



33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025

Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya



BİLDİRİ KİTABI

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

İÇİNDEKİLER

DAVET

KURULLAR

BİLİMSEL PROGRAM

SÖZLÜ BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİLER



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

Türk Dermatoloji Derneği olarak, sizleri 22 - 26 Ekim 2025 tarihleri arasında Antalya'da Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı ev sahipliğinde gerçekleştireceğimiz ve bu sene 33'üncüsünü düzenleyeceğimiz Ulusal Kongremize davet etmekten büyük mutluluk duyuyoruz.

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. Ertan YILMAZ

Türk Dermatoloji Derneği Başkanı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız ve Dermatoloji Camiasının Kıymetli Üyeleri,

“Atatürk’ün Şehri” Samsun’dan sizlere selam ve sevgilerimizi iletiyoruz. Samsun, bağımsızlık mücadelemizin sembolü olmanın yanı sıra, bilimin ve eğitimin de önemli bir merkezi olarak bilinmektedir. Adını Mustafa Kemal Atatürk’ün Samsun’a gelişiyle Millî Mücadelenin başladığı tarihten alan Ondokuz Mayıs Üniversitesi’nin mensubu olmanın gururunu yaşıyoruz. Kurtuluş Mücadelesi’nin ruhunu yücelterek ve şehrimizin köklü tarihinden aldığımız ilhamla,

22-26 Ekim 2025 tarihlerinde, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi’nin ev sahipliğinde Antalya’da gerçekleştirilecek olan 33. Ulusal Dermatoloji Kongresi’ne sizleri davet etmekten büyük mutluluk duyuyoruz.

Ulusal Dermatoloji Kongresi, dermatoloji alanındaki en güncel gelişmeleri ve yenilikleri paylaşmak, meslektaşlarımız arasında bilgi ve deneyim alışverişini teşvik etmek amacıyla düzenlenen ülkemizdeki en önemli bilimsel toplantılardan biridir. Bu yılki kongremizin konularını dermatolojideki yenilikleri kapsayacak ve klinik pratikte sık karşılaştığımız sorunlara çözüm arayacak şekilde planlamayı hedefledik. Katılımcılar çeşitli konuları kapsayan oturumlarda, çalıştaylarda, panel tartışmaları ve poster sunumlarında alanında deneyimli isimlerle bir araya gelerek bilgi alışverişinde bulunma ve alandaki yenilikleri öğrenme fırsatı bulacaklardır. Sosyal etkinliklerle de zenginleştirilen kongre programımızla katılımcılarımıza eşsiz bir deneyim sunmayı hedeflemekteyiz.

Kongreye dair detaylı bilgi ve kayıt işlemleri için kongre web sitemizi <https://www.ulusaldermatoloji2025.org.tr/> ziyaret edebilir, kayıt ve konaklama seçeneklerini inceleyebilirsiniz. Kongre tarihleri yaklaştıkça daha fazla bilgi ve güncellemeleri sizlerle paylaşacağız.

Antalya’nın tarihi ve doğal güzellikleri eşliğinde gerçekleştireceğimiz bu kongrede, sizlerin değerli katkıları ve katılımı bizleri onurlandıracaktır.

2025 Ekim’inde Antalya’da görüşmek dileğiyle,

Sevgi ve Saygılarımızla,

Prof. Dr. Nilgün Şentürk
Kongre Başkanı



33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

KURULLAR

Onursal Başkan

Fatma AYDIN

TDD Başkanı

Ertan YILMAZ

Kongre Başkanı

Nilgün ŞENTÜRK

Kongre Sekreterleri

Müge GÜLER ÖZDEN

Esra PANCAR YÜKSEL

Düzenleme Kurulu

Akın AKTAŞ

Başak YALÇIN

Gökhan ŞAHİN

Nihal KUNDAKÇI



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

BİLİMSEL PROGRAM

A SALONU / KOZMETOLOJİ KURSU

14.00-17.45	KOZMETOLOJİ KURSU
Moderatör	Hakan ERBİL
14.00-14.45	Toksin Uygulamaları - Başak YALICI ARMAĞAN
14.45-15.00	Kahve Arası
15.00-15.45	Dolgu Uygulamaları - Gonca GÖKDEMİR
15.45-16.00	Kahve Arası
16.00-16.45	İp Askı Uygulamaları - Pelin EŞME
16.45-17.00	Kahve Arası
17.00-17.45	Estetik ve Klinik Dermatolojide Otolog Yağ Uygulamaları - Ercan ÇALIŞKAN

B SALONU / TIRNAK HASTALIKLARI KURSU

14.00-19.30	TIRNAK HASTALIKLARI KURSU
Moderatörler	Fatih GÖKTAY, Vefa Aslı ERDEMİR
14.00-15.00	Oturum-1 Normal Tırnak, Onikoskopi, Onikomikoz
Oturum Başkanları	Pelin KOÇYIĞIT, Sezgi SARIKAYA SOLAK
14.00-14.15	Tırnak Anatomi ve Fizyolojisi - Esra SARAÇ
14.15-14.30	Onikoskopi - Vefa Aslı ERDEMİR
14.30-14.45	Onikomikoz - Ayda ACAR
14.45-14.50	Tartışma
14.50-15.00	Kahve Arası



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

22 EKİM 2025 ÇARŞAMBA

15.00-16.00	Oturum-2 Enflamatuvar Tırnak Hastalıkları
Oturum Başkanları	Vefa Aslı ERDEMİR, Güldehan ATIŞ
15.00-15.15	Liken Planus - Sezgi SARIKAYA SOLAK
15.15-15.30	Psoriasis - M. Çiğdem OBA KAYMAZ
15.30-15.45	Kronik Paronişi - Aslı TATLIPARMAK
15.45-15.50	Tartışma
15.50-16.00	Kahve Arası
16.00-17.00	Oturum-3 Tırnak Cerrahisi
Oturum Başkanları	Tuğrul DERELİ, Gülsüm GENÇOĞLAN
16.00-16.15	Tırnak Cerrahisinde Preoperatif Değerlendirme ve Anestezi Teknikleri - Zeynep ALTAN FERHATOĞLU
16.15-16.30	Tırnak Hastalıklarında Biyopsi Teknikleri - Ozan ERDEM
16.30-16.45	Cerrahi Sonrası Bakım ve Ağrı Yönetimi - Buğra Burç DAĞTAŞ
16.45-16.50	Tartışma
16.50-17.00	Kahve Arası
17.00-18.00	Oturum-4 Tırnak Batması
Oturum Başkanları	Güneş GÜR AKSOY, Fatih GÖKTAY
17.00-17.15	Lateral Tırnak Batması - Tamer İrfan KAYA
17.15-17.30	Kerpeten Tırnak - Ayşenur ŞAM SARI
17.30-17.45	Distal Gömülme-Retronişi - Aslı BİLGİÇ BARUT
17.45-17.50	Tartışma



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

17.50-18.00	Kahve Arası
18.00-19.30	Oturum-5 Tırnak Tümörleri
Oturum Başkanları	Seher BOSTANCI, Tamer İrfan KAYA
18.00-18.15	Onikopapilloma Onikomatrikoma - Güldehan ATİŞ
18.15-18.30	Miksoid Psödokist - Gaye GÜLDİKEN
18.30-18.45	Glomus Tümörü - Gülsüm GENÇOĞLAN
18.45-19.00	Keratoakantom-Bowen Hastalığı-Skuamöz Hücreli Karsinom - Pelin KOÇYİĞİT
19.00-19.15	Melanonişi - Fatih GÖKTAY
19.15-19.20	Tartışma
19.20-19.30	Kapanış

C SALONU / DERMOSKOPİ KURSU

14.00-18.40	DERMOSKOPİ KURSU
Moderatör	Bengü Nisa AKAY
14.00-15.20	Oturum-1
Oturum Başkanları	Bengü Nisa AKAY, Gamze Erfan
14.00-14.15	Dermatoskop ile Nevüs Tipi Tanıma - Hatice Gamze DEMİRDAĞ
14.15-14.30	Dermatoskop ile Breslow Kalınlığını Tahmin Edelim - Tülin GÜLEÇ
14.30-14.45	Pembe Tümörlerde Dermatoskopi, Zor mu Kolay mı? - Bengü Nisa AKAY
14.45-15.00	Yüz Düz Pigmentli Lezyonlarda Ayırıcı Tanı - Gamze ERFAN
15.00-15.20	Tartışma



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

22 EKİM 2025 ÇARŞAMBA

15.40-17.00	Oturum-2
Oturum Başkanları	Mustafa Turhan ŞAHİN, Ercan ARCA
15.40-15.55	Yüksek Riskli Non Melanom Deri Tümörlerinde Dermatoskopik İpuçları - Bengü ÇEVİRGEN CEMİL
15.55-16.10	İnflamaskopi ile Tanı Koyuyorum - Handan Merve EROL MART
16.10-16.25	Pediatric Dermatoskopide Kurallar Farklı mı? - Özlem ÖZBAĞÇIVAN
16.25-16.40	UV Dermatoskopi - Aslan YÜREKLİ
16.40-17.00	Tartışma
17.00-17.20	Kahve Arası
17.20-19.20	Oturum-3
Oturum Başkanları	Tülin Güleş, Bengü Nisa AKAY
17.20-17.35	Olgularla Trikoskopi ile Tanı Koyuyorum - Ercan ARCA
17.35-17.50	Palmoplantar Lezyonlarda Ayırıcı Tanı - Şirin YAŞAR
17.50-18.05	Mukoskopi, Ne Zaman Endişelenelim? - Özgür TİMURKAYNAK
18.05-18.20	Vakalarla Tırnak Dermatoskopisi - Vefa Aslı ERDEMİR
18.20-18.40	KAHOOT
	Handan Merve EROL MART, Hatice Gamze DEMİRDAĞ

D SALONU / SAÇ HASTALIKLARI KURSU

13.30-17.30	SAÇ HASTALIKLARI KURSU
Moderatör	Özlem DİCLE
13.30-14.00	Temel Trikoskopi - Michela STARACE
14.00-15.00	Oturum-1 Tanı ve Tedavi
14.00-14.15	Patern Saç Dökülmeleri (Ayırıcı Tanı) - Güneş GÜR AKSOY
14.15-14.30	Androgenetik Alopesi Tedavisinde Algoritmik Yaklaşımı - Özlem DİCLE



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

14.30-14.45	Effluvium- Enfeksiyonlar, İlaçlar, Beslenme ve Saç - Aslı BİLGİÇ BARUT
14.45-15.00	Tartışma
15.00-15.15	Kahve Arası
15.15-16.15	Oturum-2 Tanı ve Tedavi
15.15-15.30	Alopesi Areata Tanısı, Erişkin ve Pediatrik Hastalarda Ayırıcı Tanı - Ayşe AKMAN KARAKAŞ
15.30-15.45	Alopesi Areata Tedavisine Pratik Yaklaşım, JAK İnhibitörlerinin Kullanımı - Tülin GÜLEÇ
15.45-16.00	Primer Sikatrisyel Alopesiler (Tanı ve Algoritmik Tedavi Yaklaşımım) - Deren ÖZCAN
16.00-16.15	Tartışma
16.15-16.30	Kahve Arası
16.30-17.30	Oturum-3
16.30-16.45	Olgularla Saç Dökülmelerinde Histopatolojik Değerlendirme - Cüyan DEMİRKESEN
16.45-17.00	Saç Dökülmelerinde Girişimsel Uygulamalar ve Etik - Arzu KARATAŞ
17.00-17.15	Olgularla Saç Dökülmelerinde Trikoskopik Değerlendirme- Özlem DİCLE, Tülin GÜLEÇ
17.15-17.30	Kapanış

22 EKİM 2025 ÇARŞAMBA



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

	SALON A	SALON B	SALON C
Saat	AKNE ve ROZASEA	PEDİATRİK DERMATOLOJİ I	SERBEST BİLDİRİLER
	Moderatörler: Ertan YILMAZ, Nilsel İLTER	Moderatörler: Sevgi BAHADIR, Serap UTAŞ	Moderatörler: Fatih GÖKTAY, Esra SARAÇ
08.30-09.40	1-Akne Hastalarının Değerlendirilmesi Seray KÜLCÜ ÇAKMAK 2-Akne Tedavisinde Püf Noktalar Asude KARA POLAT 3-Kırmızı Yüz Nilsel İLTER 4-Rozasea'de Klinik Tipe Göre Tedavi Seçimi Ayşe Serap KARADAĞ	1-Yenidoğanlarda Fizyolojik ve Patolojik Deri Bulguları Sibel ERSOY EVANS 2-Yenidoğanda Deri Bakımı Gülhan GÜREL 3-Hangi Durumlarda İmmün Yetmezlik Düşünelim Bilge FETTAHLIOĞLU 4-Kongenital Nevüsleri Nasıl Takip Edelim? Ayşe ÖKTEM	
09.40-10.10	 ANKA WEST Gouri Sıvı PCL - Dünyanın İlk Sıvı Polikapralaktonu Moderatör: Erol KOÇ Konuşmacı: Aydın SARAY	 UYDU SEMPOZYUMU - BAYER Atopik Dermatitte Sağlam Temel: Klinik Pratikte Temizleme ve Nemlendirmenin Gücü Oturma Başkanı: Özlem SU KÜÇÜK Konuşmacı: Nazan YILMAZ	SERBEST BİLDİRİLER Moderatörler: Deniz SEÇKİN, Sevil VURAL
10.10-10.30	Kahve Molası		
10.30-11.00	KONFERANS Moderatör: Nihal KUNDAKCI Malignitelerin Eşlik Ettiği Genodermatozlar Can BAYKAL	 BERKO İLAÇ "sağlıklı yarınlar" UYDU SEMPOZYUMU - BERKO İLAÇ Bebek Bezi Dermatitinde Güncel Tedavi Yaklaşımları Konuşmacı: Sibel ERSOY EVANS	

23 EKİM 2025 PERŞEMBE



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

23 EKİM 2025 PERŞEMBE

	SALON A	SALON B	SALON C
	KUTANÖZ T HÜCRELİ LENFOMALAR	BAĞ DOKUSU HASTALIKLARI	SERBEST BİLDİRİLER
	Moderatörler: Şebnem ÖZKAN, Hatice ERDİ ŞANLI	Moderatörler: Akın AKTAŞ, Emine TAMER	Moderatörler: Handan KELEKÇİ, Bengü ÇEVİRGİN CEMİL
11.00-12.10	1-Sınıflandırma ve Evreleme <i>Dilek BAYRAMGÜRLER</i> 2-Mikozis Fungoideste Klinik-Patolojik Korelasyon (Düet) <i>Sedef ŞAHİN, Cüyan DEMİRKESEN</i> 3-Hangi Hastaya Hangi Tedavi? <i>Hatice ERDİ ŞANLI</i>	1-Otoantikör Sonuçlarının Yorumlanması <i>Melih AKYOL</i> 2-Kutanöz ve Sistemik Lupus Eritematosus <i>Duru ONAN</i> 3-Dermatomiyozit <i>Fadime KILINÇ</i> 4-Morfea, Liken Sklerozus et Atrofikus (LSA) <i>Hilal KAYA ERDOĞAN</i>	
12.10-12.40		 UYDU SEMPOZYUMU - ELEKTRO KOZMETİK Aerolase Yeni Bir Dermatolojik Lazer Oturum Başkanı: Ergün DİNÇ Konuşmacı: Eda KİBAR	
12.40-13.30	Öğle Arası		
	ATOPIK DERMATİT	ENFEKSİYON VE ENFEKASYONLAR	KOZMETİK KURSU
	Moderatörler: Yalçın TÜZÜN, Nilgün ATAKAN	Moderatörler: Osman KÖSE, Mualla POLAT	
13.30-14.40	1-Patogeneizde Genetik ve Epigenetik Faktörler <i>Özlem Su KÜÇÜK</i> 2-Erken ve Geç Başlangıçlı Atopik Dermatit <i>M. Çiğdem OBA KAYMAZ</i> 3-Tedavide Güncel Gelişmeler <i>Başak YALÇIN</i> 4-İdame Tedavi ve İlaç Değişimi Nasıl Yönetilmeli? <i>Demet KARTAL</i>	1-Dirençli Dermatofit Enfeksiyonlarına Yaklaşım <i>Gülcan SAYLAM KURTIPEK</i> 2-Skabiye <i>Aslan YÜREKLİ</i> 3-Leishmania <i>Mehmet HARMAN</i> 4-Kene Kaynaklı Hastalıklar <i>Ömer KUTLU</i>	KİMYASAL PEELİNG <i>Burcu TUĞRUL</i>



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025

Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

14.40-15.10

Kahve Molası

SALON A

SALON B

SALON C

15.10-16.20

FOTODERMATOLOJİ

DERMATOLOJİDE YAPAY ZEKA

BİYOSTİMÜLANLAR VE
MEZOTERAPİ

Moderatörler: Ayla
GÜLEKON, Rebiay KIRAN

Moderatörler: Emel ÖZTÜRK
DURMAZ, Murat DURDU

Nida KAÇAR

1-Fotodermatozların Klinik
Ayırıcı Tanısında İpuçları
Dilek SEÇKİN
2-UV Dost mu, Düşman mı?
Gülşen AKOĞLU
3-Fotokoruma Stratejileri
(Oral, Topikal)
Ayşe AKMAN
4-UV Filtrelerinin Yan
Etkileri Var mı? Bilim Ne
Diyor?
Emel ERDAL

1-Eğitimde
Murat DURDU
2-Pratik Uygulamada
Gülşüm GENÇOĞLAN
3-Dermatokozmetolojide
Özgür TİMURKAYNAK
4-Teledermatoloji ve
Aplikasyonlarda
İlkay CAN

16.40-17.50

TEDAVİDE
ZORLANDIKLARIMIZ

SNİK DERMATOLOJİDE DESTEK
TEDAVİLER

SAÇ EKİMİ

Moderatörler: Emel FETİL,
Ekin ŞAVK

Moderatörler: Şebnem AKTAN,
Selma EMRE

Şule GÜNGÖR

1-Morfea
Meltem USLU
2-Oral Liken Planus
Deniz AKSU ARICA
3-Skatrisyel Alopesiler
Deren ÖZCAN
4-Saçlı Deri Follikülitleri
Işıl Deniz OĞUZ KIYAK

1-Yaşlanma Karşıtı Topikaller
Aysun ŞİKAR AKTÜRK
2-Kollajen
Filiz CANPOLAT
3-Vitaminler
Emine TAMER
4-Probiyotikler
Efsun TANAÇAN

17.50-18.30

Açılış Programı

23 EKİM 2025 PERŞEMBE



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

	SALON A	SALON B	SALON C
Saat	SAÇ HASTALIKLARI	ÜRTİKER VE ANJİOÖDEM	SERBEST BİLDİRİLER
	Moderatörler: Server SERDAROĞLU, İlkin ZİNDANCI	Moderatörler: Oktay TAŞKAPAN, Sevgi AKARSU	Moderatörler: Tamer İrfan KAYA, Rukiye YASAK GÜNER
08.30-09.40	1-Alopesi Areata Tedavisi Asena Çiğdem DOĞRAMACI 2-Telogen Effluvium Yıldız HAYRAN 3-Kadın ve Erkeklerde Androgenetik Alopesi Tedavisi Göknur KALKAN 4-Saç Ekimine Uygun Hasta Seçimi Arzu KARATAŞ	1-Ürtiker Taklitçileri Rafet KOCA 2-Tanısal Testler Andaç SALMAN 3-Güncel ve Gelecek Tedavi Seçenekleri Emek KOCATÜRK GÖNCÜ 4-Herediter Anjioödem Bahar SEVİMLİ DİKİCİER	
09.40-10.10	ERDAĞI MEDİKAL UYDU SEMPOZYUMU - ERDAĞI MEDİKAL Altın Eksozom ile Rejeneratif Estetikte Devrim Oturma Başkanı: Hatice ERDİ ŞANLI Konuşmacı: Gonca GÖKDEMİR, Mustafa TÜMTÜRK	NORA MEDİKAL ESTETİK KÖZMETİK UYDU SEMPOZYUMU - NORA MEDİKAL Cilt Tedavilerinde Kombine Lazer Tedavileri (Xlase Plus NG:yag BBI Erbium Fraksiyonel) Oturma Başkanı: Zahide ERİŞ ZORLU Konuşmacı: Derya BOSTAN AĞIRDICI	SERBEST BİLDİRİLER Moderatörler: Kamil MÜLAYİM, Ayşe TUNÇEL VURAL
10.10-10.30	Kahve Molası		
10.30-11.00	KONFERANS Vesiculobullous Diseases in Childhood Moderatör: Başak YALÇIN Konuşmacı: Regina FÖLSTER-HOLST	BİLİM İLAÇ UYDU SEMPOZYUMU - BİLİM İLAÇ Fungal Tehditler Modern Çözümler Oturma Başkanı: Mualla POLAT Konuşmacı: Murat DURDU	

24 EKİM 2025 CUMA



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025

Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

	SALON A	SALON B	SALON C
	PSÖRİASIS Moderatörler: Mehmet Ali GÜRER, Nihal KUNDAKÇI 1-Patogeneizde Yenilikler <i>Esra ADIŞEN</i> 2-Sistemik Tedavi Seçimi <i>Sibel DOĞAN GÜNAYDIN</i> 3-Remisyon Sonrası İdame Yönetimi <i>Murat BORLU</i> 4-Komorbiditeler Önlenbilir mi? <i>Emel BÜLBÜL BAŞKAN</i>	DERMATOLOJİDE LAZER TEDAVİLERİ Moderatörler: Erol KOÇ, Recep DURSUN 1-Dermatolojide Kullanılan Enerji Bazlı Tedavilerde Temel Prensipler <i>Recep DURSUN</i> 2-Vasküler Lezyonlar <i>Ersay ACER</i> 3-Pigmentasyon ve Dövme Silme <i>Zehra AŞIRAN SERDAR</i> 4-Rejuvenasyon <i>Nida KAÇAR</i>	SERBEST BİLDİRİLER Moderatörler: Alpaslan ACAR, Efsun TANAÇAN
11.00-12.10			
12.10-12.40	 UYDU SEMPOZYUMU - ATT Vasküler Lezyonlarda Excel V+ (1064nm + 532nm) Deneyimleri Konuşmacı: Seçil ÖZDÖL	Humanis UYDU SEMPOZYUMU - HÜMANİS Uyuzda 10 Soru, Çözümde Ziver. Oturum Başkanı: Ercan ÇALIŞKAN Konuşmacılar: Aslan YÜREKLİ, İlkay CAN	
12.40-13.30	Öğle Arası		
	BÜLLÖZ HASTALIKLAR Moderatörler: Soner UZUN, Murat BORLU 1-Tanışal Algoritma <i>Soner UZUN</i> 2-OİBH'nin Tedavisinde Yenilikler <i>Mehmet Salih GÜREL</i> 3-Kalıtısal Büllöz Hastalıkların Tedavisinde Yenilikler <i>Zafer TÜRKOĞLU</i> 4-OİBH'de Komorbiditeler <i>Selda Pelin KARTAL</i>	KAŞINTI Moderatörler: Şevki ÖZDEMİR, Ali KARAKUZU 1-Dermatolojik Hastalıklarda Kaşıntı <i>Başak YALICI ARMAĞAN</i> 2-Sistemik Hastalıklarda Kaşıntı <i>Hatice UCE ÖZKOL</i> 3-Nöropatik Kaşıntı ve Yanma <i>Zeynep ALTAN FERHATOĞLU</i> 4-Prurigo Nodularis <i>Ayda ACAR</i>	SERBEST BİLDİRİLER Moderatörler: Osman KÖSE, Ayça CORDAN YAZICI
13.30-14.40			
14.40-15.00	Kahve Molası		
	KONFERANS Dermoskopide İpuçları Moderatör: Sedef ŞAHİN Konuşmacı: Bengü Nisa AKAY	 Eczacıbaşı UYDU SEMPOZYUMU - ECZACIBAŞI Oprelast ile Değişimi Başlatın Oturum Başkanı: Özlem SU KÜÇÜK Konuşmacı: Neslihan DEMİREL ÖĞÜT	
15.00-15.30			
15.30-18.00	TÜRK DERMATOLOJİ DERNEĞİ GENEL KURULU		
18.00-19.00	TÜRK DERMATOLOJİ YETERLİK GENEL KURULU D SALONU		

24 EKİM 2025 CUMA



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025

Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

25 EKİM 2025 CUMARTESİ

	SALON A	SALON B	SALON C
Saat	JAK İNHİBİTÖRLERİ: 21.YÜZYILIN STEROİDLERİ Mİ?	DERMATOLOJİK ONKOLOJİ	SERBEST BİLDİRİLER
	Moderatörler: Serap ÖZTÜRKCAN, Sema AYTEKİN	Moderatörler: Tülin ERGUN, Mustafa Turhan ŞAHİN	Moderatörler: Ayten FERAHBAŞ KESİKOĞLU, Leyla BAYKAL SELÇUK
08.30-09.40	1-Bağ Dokusu Hastalıkları ve Behçet Hastalığı Ayşe BOYVAT 2-Büllöz Hastalıklar ve Toksik Epidermal Nekroliz Savaş YAYLI 3-JAK İnhibitörlerinin Diğer Kullanım Alanları Tuba Kevser UZUNÇAKMAK 4-Hangi Yan Etkilerle Karşılaşabiliriz? İlkin ZİNDANCI	1-Paraneoplastik Dermatozlar Deniz DEMİRSEREN 2-Hedefe Yönelik ve İmmunolojik Tedavilerin Kutanöz Yan Etkileri Salih Levent ÇINAR 3-Kemoterapi ve Radyoterapi Alan Hastada Deri Bakımı Özlem ÖZBAĞÇIVAN 4-Graft Versus Host Hastalığı İlteriş TOPAL	
09.40-10.10	abbvie UYDU SEMPOZYUMU - ABBVİE Psoriasis ve Atopik Dermatitte Gelişmiş Tedavi Seçenekleri Oturma Başkanları: Bilal DOĞAN, Serhat İNALÖZ Konu: SKYRIZI ile Plak Psoriasis Tedavisinde Sürdürülebilir Etklilik Aslı HAPA Konu: RINVOQ ile Atopik Dermatit Tedavisinde Sürdürülebilir Etklilik Burhan ENGİN	elektro UYDU SEMPOZYUMU - ELEKTRO KOZMETİK Dermablate: Dermatolojik Fraksyonel Erbiyum Lazer Oturma Başkanı: Recep DURSUN Konuşmacı: Selami Aykut TEMİZ	SERBEST BİLDİRİLER Moderatörler: Gökhan Şahin, Eda ÖKSÜM



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025

Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

25 EKİM 2025 CUMARTESİ

	SALON A	SALON B	SALON C
10.10-10.30	Kahve Molası		
10.30-11.00	KONFERANS	 MENARINI Türkiye	
	Moderatör: Murat BORLU	UYDU SEMPOZYUMU - MENARİNİ Ürtiker 4.0	
	Treatment of Condylomata Acutinata	Bilaxten ile Artan Doz, Artan Semptom Kontrolü, Düşük Yan Etki	
	Konuşmacı: Sárdy MIKLÓS	Oturum Başkanı: Emek KOCATÜRK GÖNCÜ Konuşmacı: Andaç SALMAN	
11.00-12.10	HİDRADENİTİS SUPPURATİVA	NÖTROFİLİK / EOZİNOFİLİK DERMATOZLAR	SERBEST BİLDİRİLER
	Moderatörler: Seher BOSTANCI, Serhat İNALÖZ	Moderatörler: Afet AKDAĞ KÖSE, Aylin TÜREL ERMERTCAN	Moderatörler: Selda IŞIK MERMUTLU, Sema KOÇ YILDIRIM
	1-Patogeneizde Yenilikler Meltem TÜRKMEN 2-Komorbiditelere Multidisipliner Yaklaşım Aslı HAPA 3-Kanıtı Dayalı Kılavuzlar Eşliğinde Tedavi Önerileri Burhan ENGİN 4-Cerrahi Ne Zaman, Nasıl? Aslı TATLIPARMAK	1-Behçet Hastalığı Erkan ALPSOY 2-Piyoderma Gangrenosum Gökhan ŞAHİN 3-Sweet Sendromu Ayşenur BOTSALI 4-Eozinofilik Dermatozlar Filiz TOPALOĞLU	
	KONFERANS		
12.10-12.40	Moderatör: Güneş GÜR AKSOY	UYDU SEMPOZYUMU - GSK SHINGRIX ile Zonaya Karşı Etkin Koruma	
	Melanonychia	Konuşmacılar: Nilsel İLTER, Suda TEKİN	
	Konuşmacı: Michela STARACE		
12.40-13.30	Öğle Arası		



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

	SALON A	SALON B	SALON C
	VİRAL HASTALIKLAR VE AŞILAMA	GEBELİK VE LAKTASYON	SERBEST BİLDİRİLER
	Moderatörler: Bilal DOĞAN, Kamer GÜNDÜZ	Moderatörler: Güliz İKİZOĞLU, Şirin YAŞAR	Moderatörler: İsa AN, Sevgi KULAKLI
13.30-14.40	1-HPV Tedavisi Neslihan DEMİREL ÖĞÜT 2-HPV Aşıları Kime, Ne Zaman? Kenan AYDOĞAN 3-VZV Aşıları Kime, Ne Zaman? Algün POLAT EKİNCİ 4-İmmünespresyonda Aşılama Esra TANYEL	1-Gebelik Dermatolojileri Filiz CEBECİ KAHRAMAN 2-Gebelikte CYBH Yönetimi Sema KOÇ YILDIRIM 3-Dermatolojide Sık Kullanılan İlaçların Güvenliği Leyla BAYKAL SELÇUK 4-Deri ve Saç Bakımı Eda ÖKSÜM	
14.40-15.00	Kahve Molası		
15.00-15.30	KONFERANS Alerjik Kontakt Dermatit: İpuçlarından Tanıya Adım Adım Moderatör: Ayşen KARADUMAN Konuşmacı: Esen ÖZKAYA	L'ORÉAL Dermatolojik Güzellik UYDU SEMPOZYUMU - L'OREAL Türkiye'nin İlk Dermokozmetik Akne Konsensusu Oturma Başkanı: Nilşel İLTER Konuşmacı: Aslı TATLIPARMAK	
15.40-16.00	Egzema Yama Testi		
16.00-17.10	PİGMENTASYON HASTALIKLARINDA ALGORİTMALAR Moderatörler: Sedat ÖZÇELİK, Hayriye SARICAOĞLU 1-Hipopigmente Lezyonlara Yaklaşım Esra PANCAR YÜKSEL 2-Vitiligo Tedavisi İlgen ERTAM SAĞDUYU 3-Hiperpigmente Lezyonlara Yaklaşım Arzu KILIÇ 4-Melasma Tedavisi Özlem ÖZBAĞÇIVAN	VASKÜLİT Moderatörler: Günseli ÖZTÜRK, İlknur ALTUNAY 1-Küçük Damar Vaskülitlerine Yaklaşım Özge Sevil KARSTARLI BAKAY 2-Vaskülitlerde Steroid ve Adjuvanların Kullanımı Esra KOKU AKSU 3-Ürtikeryal Vaskülit Didem DİDAR BALCI 4-Livedoid Vaskülopatilere Yaklaşım ve Yeni Tedaviler Evren ODYAKMAZ	Kozmetoloji Kursu REJUVENASYONDA ENERJİ BAZLI CİHAZLAR (HIFU, İğneli Radyofrekans) Pınar ÖZTAŞ

25 EKİM 2025 CUMARTESİ



33.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

	SALON A	SALON B
Saat	TANI KOYARKEN ZORLANDIKLARIMIZ	YAŞLI NÜFUSUMUZ ARTIYOR
	Moderatörler: Mehmet KARAKAŞ, Işıl İNANIR	Moderatörler: İdil ÜNAL, Ümit TÜRSEN
09.00-10.10	1-Atrofi ile Seyreden Hastalıklar Sühan GÜNAŞTI 2-Skleroza Hastalıklar Gamze SERASLAN 3-Skatrisyel Alopesi Nilgün SOLAK 4-Subkutan Nodüller Perihan ÖZTÜRK	1-Yaşlılarda Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklar Sevgi KULAKLI 2-Yaşlılarda Deri Kanseri ve Yönetimi Zeynep KESKİNKAYA 3-Yaşlılarda İmmünesupresif Ajanlar Serkan YAZICI 4-Yaşlılarda Biyolojikler ve Küçük Moleküller İsa AN
10.10-10.30	Kahve Molası	
10.30-11.40	TEDAVİ VE TAKİP İLKELERİ Moderatörler: Murat ÖZTAŞ, Müzeyyen GÖNÜL 1-Fototerapi Murat ÖZTAŞ 2-Retinoitler (İsotretinoin, Asitretin, Beksaroten) Müzeyyen GÖNÜL 3-Konvansiyonel İmmünesupresifler Mehmet MELİKOĞLU 4-Dapson, Kolşisin, Hidroksiklorokin, İnterferon Ayşe AKBAŞ	PEDİATRİK DERMATOLOJİ II Moderatörler: Neslihan ŞENDUR, Deniz YÜCELTEEN 1-Döküntülü Hastalıklar Deniz YÜCELTEEN 2-Vasküler Anomaliler Deniz AKKAYA 3-Mastositozlar Munise DAYE 4-Pediyatrik Psoriasis Zeynep TOPKARCI
11.40-12.30	KAPANIŞ	

26 EKİM 2025 PAZAR



SÖZLÜ BİLDİRİLER



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-01][KABUL:SÖZLÜ]

AKNE VULGARİS TEDAVİ SEÇİMİ ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: 3. BASAMAK BİR MERKEZİN 11 YILLIK VERİLERİ

Fahrettin Küçükhemek, Gülay Keyik Kodalak, Zeliha Karabudak Özbakır, Yağmur Aypek
Güngör, Burcu Beksaç, Nilsel İlter

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD, Ankara

GİRİŞ:

Akne vulgaris, tüm dünyada özellikle ergenlik döneminde yaygın olarak görülen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Sadece ergenliği değil, erişkin dönemleri de etkileyebilen bu hastalık, yaşam kalitesini düşürmesi ve kalıcı izlere neden olabilmesi sebebiyle önemli bir sağlık sorunudur. Akne tedavisinde topikal ve sistemik ajanlar çeşitli kombinasyonlarla uygulanmakta olup, ulusal tedavi alışkanlıklarının uluslararası kılavuzlarla uyumu ve zamanla değişen tedavi eğilimlerinin değerlendirilmesi klinik pratik açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı Gazi Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nın, 11 yıllık hasta verileri ışığında yaş, cinsiyet ve başvuru yılına göre akne tedavi eğilimlerini analiz etmek ve elde edilen bulguları literatürle karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Bu retrospektif kesitsel çalışmaya, 2013–2023 yılları arasında akne vulgaris tanısıyla dermatoloji polikliniğine başvuran toplam 20.750 birey dahil edilmiştir. Hastaların yaşı, cinsiyeti, başvuru yılı ve uygulanan tedavi türleri (topikal, sistemik, kombine) kayıt altına alınmıştır. Yaş grupları <18, 18–30 ve >30 olarak sınıflandırılmış; başvuru dönemi ise 2013–2018 ve 2018–2023 olmak üzere iki periyoda ayrılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi için ki-kare testi kullanılmış; $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Katılımcıların yaş ortalaması $22,57\pm 8,03$; %70,4'ü kadın ($n=14.599$), %29,6'sı erkektir ($n=6.150$). En az bir topikal tedavi uygulananların oranı %70,7, en az bir sistemik tedavi uygulananların oranı %59,8, kombine tedavi uygulananların oranı ise %30,6'dır. En sık reçete



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

edilen sistemik ajan izotretinoin (%40,3), en sık kullanılan topikal ajan ise benzoil peroksit-klindamisin kombinasyonudur (%23,8). Yaş grubu ile tüm tedavi türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Kombine tedavi oranı <18 yaş grubunda %33,6 iken, >30 yaş grubunda %27,1'dir. Sistemik tedavi <18 ve 18–30 yaş gruplarında eşit oranlarda (%60,3), >30 yaşta ise daha düşüktür (%56,3) 2013–2018 ve 2018–2023 dönemleri karşılaştırıldığında, topikal tedavi oranlarında anlamlı artış ($p=0,023$), tetrasiklin, doksisisiklin ve azitromisin gibi sistemik antibiyotik tedavi oranlarında azalma ve retinoid içerikli kombinasyonlarda artış saptanmıştır. Sistemik ajanlarda izotretinoin, doksisisiklin ve azitromisin kullanımında 2013-2018 yılları arasında artış izlenirken, dapson kullanım oranı oldukça düşüktür. Kadın hastalar tüm yaş gruplarında baskındır ve oranları %62,8–74,8 arasında değişmektedir. Başvuru yılı arttıkça <18 yaş grubunun oranı artarken, >30 yaş grubunun oranında düşüş gözlenmiştir ($p<0,001$).

TARTIŞMA:

Bu çalışma, akne tedavi uygulamalarında yaş, cinsiyet ve zamana bağlı olarak anlamlı değişiklikler olduğunu göstermektedir. Kliniğimizde tedavi seçiminde zamanla, antibiyotiklerin yerini retinoid kombinasyonlarına bırakması ve sistemik izotretinoin kullanımındaki artış bakteriyel rezistansla ilgili global kılavuz önerileriyle uyumludur. Başvuru yılı arttıkça genç bireylerin oranının artması, aknenin tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğu konusundaki toplumsal bilincin artmasıyla birlikte tedaviye daha erken başlama eğiliminin ortaya çıkmasıyla açıklanabilir. Kadın hastaların başvuru oranlarının erkeklerden belirgin şekilde yüksek olmasının, kadınlarda akne prevalansının daha yüksek olmasına ve kadınların kozmetik kaygılarının erkeklere kıyasla daha yüksek olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamız, yüksek hasta sayısı ve on bir yıl gibi uzun sayılabilecek bir süreci içeren retrospektif bir araştırma olması nedeniyle zaman içindeki tedavi trendlerindeki değişime ve tedavi seçimlerindeki cinsiyet ve yaş grupları arasındaki farklılıklara ışık tutmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: akne, tedavi, sistemik tedavi, topikal tedavi

KAYNAKLAR: [1] Hay RJ et al. The Global Burden of Skin Disease in 2010. J Invest Dermatol. 2014.

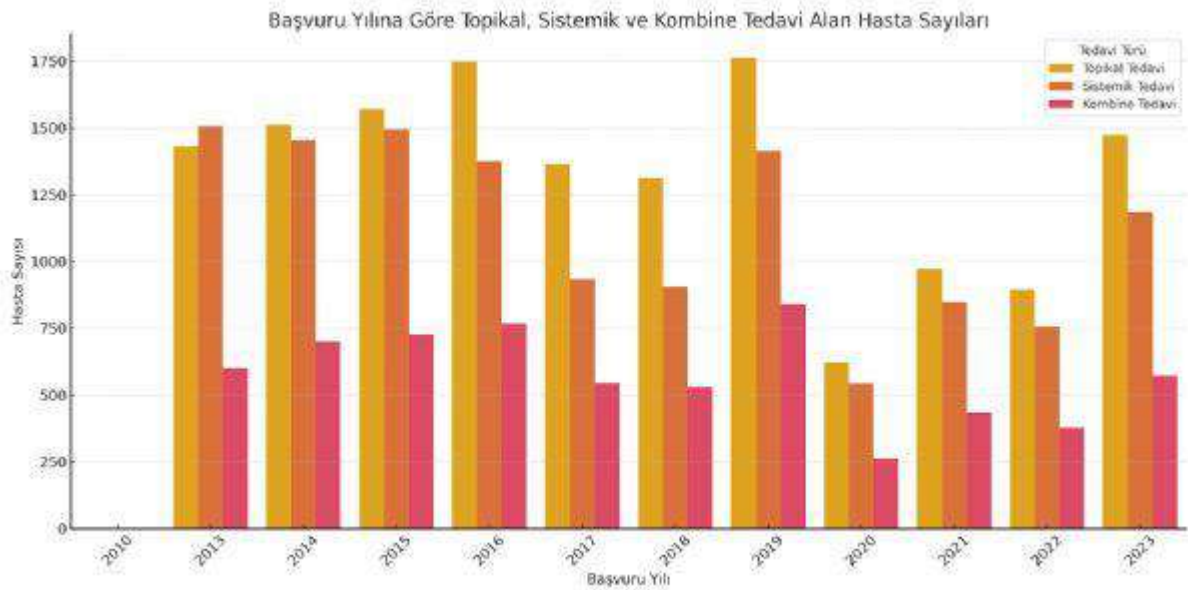
[2] GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Lancet. 2020.

[3] Tanghetti EA. The role of inflammation in the pathology of acne. J Clin Aesthet Dermatol. 2013.

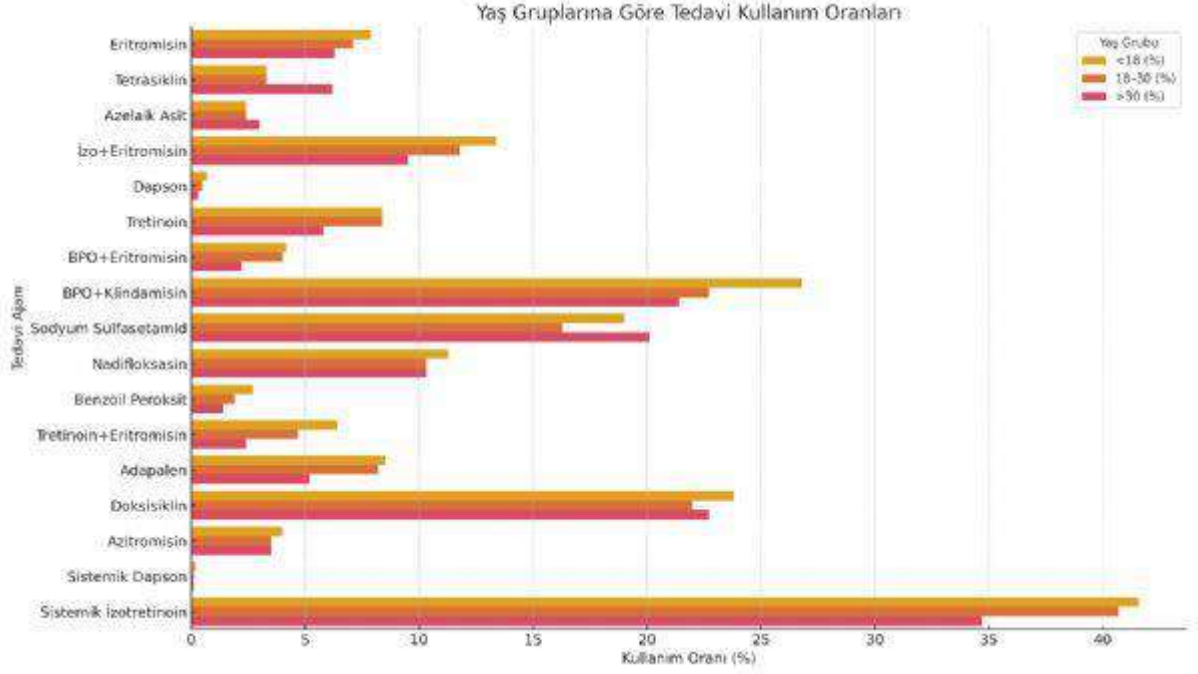
[4] Collier CN et al. The prevalence of acne in adults 20 years and older. J Am Acad Dermatol. 2008.

- [5] Dalgard F et al. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne. J Am Acad Dermatol. 2008.
- [6] Tan J et al. Quality of life and acne: A review. Br J Dermatol. 2004.
- [7] Bhate K, Williams HC. Epidemiology of acne vulgaris. Br J Dermatol. 2013.
- [8] Thiboutot D et al. Practical management of acne. J Am Acad Dermatol. 2021.
- [9] Nast A et al. European evidence-based (S3) guideline for acne. JEADV. 2016.
- [10] Zaenglein AL et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2016.
- [11] Dreno B et al. Global Alliance to Improve Outcomes in Acne: Update 2022. JEADV. 2023.

TABLO 1



TABLO 2





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-02][KABUL:SÖZLÜ]

ROZASEA HASTALARINDA SERUM CLAUDİN-3 DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve Sarı Acar, Merve Dalmış, Filiz Canpolat, Selda Pelin Kartal

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ:

Rozasea, genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle gelişen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Son yıllarda, bağırsak–cilt aksı kavramı doğrultusunda, bağırsak bariyer bütünlüğündeki bozulmaların inflamatuvar cilt hastalıklarının patogeneğinde rol oynayabileceği ileri sürülmektedir. Claudin-3 proteini, bağırsak epitelinde yer alan sıkı bağlantı (tight junction) proteinlerinden biridir ve artmış bağırsak geçirgenliğinin biyobelirteci olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, rozasea hastalarında serum Claudin-3 düzeylerini sağlıklı bireylerle karşılaştırmak ve Claudin-3 düzeylerinin hastalık şiddeti [Rozasea Alan ve Şiddet İndeksi (RASİ)] ile algılanan stres düzeyi [Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ-10)] arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Bu kesitsel vaka-kontrol çalışmasına, 40 rozasea hastası ve 40 sağlıklı kontrol bireyi dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik ve klinik verileri kaydedilmiş; tüm bireylerden alınan kan örneklerinden serum Claudin-3 düzeyleri ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) yöntemi ile ölçülmüştür. Rozasea hastalarında hastalık şiddeti RASİ skoru ile, stres düzeyi ise ASÖ-10 ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde Pearson korelasyon, Mann-Whitney U testi, çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Rozasea hastalarında serum Claudin-3 düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p = 0,034$). Claudin-3 düzeyleri ile hastalık şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r = 0,451$; $p = 0,0035$). Önceden sistemik/topikal tedavi almış olan hastalarda Claudin-3 düzeyleri, tedavi almamışlara kıyasla anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p = 0,0035$). Claudin-3 düzeyleri ile ASÖ-10 skorları, Demodex varlığı, klinik tutulum lokalizasyonu, subjektif semptomlar ve çoğu tetikleyici faktör arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Bununla birlikte, alkolü tetikleyici olarak bildiren hastalarda Claudin-3



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p = 0,0446$).

SONUÇ:

Bu çalışma, rozasea hastalarında serum Claudin-3 düzeylerinin artmış olduğunu ve bu artışın hastalık şiddeti ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, önceden tedavi almış bireylerde Claudin-3 düzeylerinin daha düşük bulunması, bu biyobelirtecini tedavi yanıtının takibinde de potansiyel rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Elde edilen veriler, Claudin-3'ün rozasea patogeneziindeki yerini ve klinik izlemdeki olası önemini desteklemekte olup, gelecekteki prospektif çalışmalara ışık tutabilir.

Literatürde rozasea hastalarında Claudin-3 düzeylerini araştıran ilk klinik çalışmalardan biri olan bu araştırma, bağırsak bariyer bütünlüğü ile cilt hastalıkları arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Bu yönüyle, rozasea'nın sistemik yönlerinin anlaşılmasına katkıda bulunarak yeni tanı ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine zemin hazırlayabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Rozasea, Claudin-3, Bağırsak bariyer bütünlüğü, RASİ skoru, ELISA

KAYNAKLAR: Egeberg A et al. Br J Dermatol. 2016;175(4):871–877.

Turner JR. Nat Rev Immunol. 2009;9(11):799–809.

Yüksel Ü, Ülfer G. Dermatol Ther. 2022;35(10):e15713

HASTA VE KONTROL GRUPLARININ SERUM CLAUDİN-3 DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Claudin 3 düzeyi	medyan(min-maks)	p
hasta grubu(40)	7,50(3,82-36,55)	0.034
kontrol grubu(40)	5,95(0,05-23,54)	0.034

Rozasea hastaları ile sağlıklı kontrollerin serum Claudin-3 düzeyleri karşılaştırılmıştır. Rozasea grubunda Claudin-3 düzeyi medyan 7,50 ng/mL (3,82–36,55) iken, kontrol grubunda 5,95 ng/mL (0,05–23,54) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p = 0,034$)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-03][KABUL:SÖZLÜ]

**ATOPIK DERMATİT HASTALARINDA DUPİLUMAB TEDAVİSİ İLE İLİŞKİLİ DEMODEKS
YOĞUNLUĞUNDA ARTIŞ: TEK MERKEZLİ GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMA**

Ayşe Nur Sarıbaş Yıldırım, Pınar Dursun, Ayça Yazıcı

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

AMAÇ:

Atopik dermatit, kaşıntı ile seyreden, tekrarlayıcı ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Orta-şiddetli AD tedavisinde kullanılan ilk biyolojik ajan olan dupilumab, IL-4 reseptör alfa zincirine bağlanarak IL-4 ve IL-13 sinyallemesini inhibe eder ve böylece Th2 aracılı inflamasyonu baskılar. Faz 3 klinik çalışmalarda en sık bildirilen yan etkiler enjeksiyon yeri reaksiyonları ve konjonktivit olmakla birlikte; blefarit, baş-boyun eritemi, hipereozinofili gibi çeşitli advers olaylar da tanımlanmıştır. Ancak bu yan etkilerin patogenezi aydınlatılamamıştır. Literatürde, dupilumab sonrası gelişen baş-boyun eriteminin bazı olgularda Demodeks paraziti ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Kliniğimizde, dupilumab tedavisi alan orta-şiddetli atopik dermatit hastalarında tedaviye dirençli baş-boyun bölgesinde eritem, kaşıntı, yanma hissi gibi semptomların, literatürde bildirilen olgu sunumlarıyla uyumlu şekilde Demodeks enfestasyonu ile ilişkili olabileceği hipotezinden hareketle, bu hasta grubunda dupilumab tedavisine sekonder gelişen Demodeks enfestasyonunu araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Kliniğimizde, 2022-2024 yılları arasında orta-şiddetli atopik dermatit nedeniyle dupilumab tedavisi alan hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve Standartize yüzeyel cilt biyopsisi (SSSB) ile Demodeks sayısı verileri değerlendirildi. SSSB’de, 1 cm² alanda >5 Demodeks sayısı anlamlı kabul edildi.

BULGULAR:

Çalışmaya dupilumab tedavisi alan 31 hasta dahil edildi; %43,3’ü erkek, %56,7’si kadındı ve yaş ortalaması 47,8 olarak belirlendi. Dupilumab kullanım süresi 4–60 ay arasında değişmekte olup ortalama 23,1 aydı. Demodeks yoğunluğu SSSB ile değerlendirildi ve hastaların 14’ünde (%45,16) 1 cm² alanda >5 Demodeks saptandı. Bu bulgular, benzer demografik ve klinik özelliklere sahip, immünsüpresif tedavi almamış atopik dermatit tanılı 30 kişilik kontrol grubu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ile karşılaştırıldı. Demodeks pozitiflik oranı, dupilumab kullanan grupta kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0.006$). Demodeks pozitif grupta papül ve püstül benzeri semptomlar anlamlı olarak daha sık izlendi ($p=0.045$) ve bu semptomlar ortalama 24,62 haftada ortaya çıktı. UV maruziyeti sonrası semptom artışı da Demodeks pozitif grupta anlamlı şekilde fazlaydı ($p=0.014$). Dupilumab tedavi süresi ile Demodeks infestasyonu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0.545$). Yaş dağılımı, akne gelişimi ve diğer dermatolojik semptomlar açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Ayrıca, Demodeks görülen ve görülmeyen hastalar arasında dupilumab öncesi ve sonrası eozinofil düzeylerindeki değişim açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.860$).

SONUÇ:

Hashizume ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, dupilumab tedavisi sonrası yüz bölgesinde persistan eritem gelişen bir olguda, önceki biyopsilerle karşılaştırıldığında foliküler ünitelerde belirgin şekilde artmış Demodeks yoğunluğu histopatolojik olarak gösterilmiştir.

Bu bulgu, immünmodülatör etkinin cilt mikrobiyotası üzerinde Demodeks lehine bir değişim yaratabileceğini düşündürmektedir. Biz de bu çalışmadan esinlenerek, kliniğimizde belirlenen dahil edilme ve dışlanma kriterlerini karşılayan, dupilumab tedavisi altındaki hastalarda SSSB yöntemi ile Demodeks pozitifliğini araştırdık ve elde ettiğimiz sonuçlarda, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek pozitiflik oranı saptadık ($p=0.006$).

Literatürde dupilumab tedavisine bağlı baş-boyun eritemi, Filomena Russo ve arkadaşları tarafından paradoksal bir advers olay olarak tanımlanmış; Bruin-Weller ve arkadaşlarının faz 3 çalışmasında ise dupilumab kullanan hastalarda alerjik konjonktivit oranlarının plasebo grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ancak çalışmamızda, dupilumab kullanan hastalarda baş-boyun eritemi ($p=0,945$) ve konjonktivit ($p=0,242$) gelişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ve bu bulgular söz konusu advers etkilerin her hastada ortaya çıkmadığını düşündürmüştür.

SONUÇ:

Dupilumab kullanan atopik dermatit hastalarında Demodeks infestasyonunun anlamlı düzeyde yüksek olduğunu ortaya koyarak literatürde daha önce sistematik olarak ele alınmamış çarpıcı bir bulguyu gün yüzüne çıkarmıştır. Demodekse bağlı semptomların, immünmodülatör tedavi sürecinde göz ardı edilmemesi gerektiğini düşündüren bu sonuç, dupilumab sonrası gelişen cilt belirtilerini araştırmaya yönelik daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Demodeks, Dupilumab, Atopik Dermatit



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1) Weidinger, S., Beck, L.A., Bieber, T. et al. Atopic dermatitis. Nat Rev Dis Primers 4, 1 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41572-018-0001-z>
- 2) Beck LA, Thaçi D, Hamilton JD, Graham NM, Bieber T, Rocklin R, Ming JE, Ren H, Kao R, Simpson E, Ardeleanu M, Weinstein SP, Pirozzi G, Guttman-Yassky E, Suárez-Fariñas M, Hager MD, Stahl N, Yancopoulos GD, Radin AR. Dupilumab treatment in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. N Engl J Med. 2014 Jul 10;371(2):130-9. doi: 10.1056/NEJMoa1314768. PMID: 25006719.
- 3) Guttman-Yassky, E., Esfandiari, E., Mano, H. et al. Durable improvements in atopic dermatitis in the head and neck and across other anatomic regions with rocatinlimab. Arch Dermatol Res 316, 747 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00403-024-03426-x>
- 4) Hashizume H, Ishikawa Y, Hata A. Increased Demodex mites after dupilumab therapy in facial skin: A case report. J Dermatol. 2024 Jul;51(7):e237-e238. doi: 10.1111/1346-8138.17150. Epub 2024 Feb 29. PMID: 38421810.
- 5) Russo F, Rizzo A, Santi F, Lamberti A, Lazzeri L, Flori ML, Rubegni P. A paradoxical head and neck erythema: an adverse event due to dupilumab in adult patients with atopic dermatitis. Int J Dermatol. 2022 Jun;61(6):e204-e206. doi: 10.1111/ijd.15871. Epub 2021 Sep 4. PMID: 34480761.
- 6) de Bruin-Weller M, Thaçi D, Smith CH, Reich K, Cork MJ, Radin A, Zhang Q, Akinlade B, Gadkari A, Eckert L, Hultsch T, Chen Z, Pirozzi G, Graham NMH, Shumel B. Dupilumab with concomitant topical corticosteroid treatment in adults with atopic dermatitis with an inadequate response or intolerance to ciclosporin A or when this treatment is medically inadvisable: a placebo-controlled, randomized phase III clinical trial (LIBERTY AD CAFÉ). Br J Dermatol. 2018 May;178(5):1083-1101. doi: 10.1111/bjd.16156. Epub 2018 Mar 25. PMID: 29193016.
-

FASİYAL ERİTEM



Demodeks görülen hasta grubundaki bir hastada gerçekleşen fasiyal eritem.

MİKROSKOBİK GÖRÜNTÜ



SSSB yöntemiyle bakılan bir alanda 5'ten fazla demodeks paraziti.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

	Demodeks Pozitif SSSB >5	Demodeks Negatif SSSB<5	p
Papül Püstül	3	0	0,045
UV Maruziyeti Sonrası Semptomların Artışı	6	1	0,014
Tedavi Süresi	6(1-10)	19,1(3-48)	0,503
Eozinofil Düzeyi Değişimleri	-91.4(-1220,-5)	-824.7(-13,900,-20)	0,860

VAKA VE KONTROL GRUBU KIYASLAMASI

	VAKA	KONTROL	p
Demodeks Pozitif SSSB >5	14	4	0,006
Demodeks Negatif SSSB<5	17	26	

Vaka ve Kontrol Grubunda SSSB yöntemi ile Demodeks Pozitifliği Kıyaslaması



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-04][KABUL:SÖZLÜ]

**JANUS KİNAZ İNHİBİTÖRLERİNİN HEMATOLOJİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİLERİNİN
RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

Berke Köklüce, Meltem Türkmen

İzmir Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir

AMAÇ:

Atopik dermatit (AD) tedavisinde sistemik Janus kinaz (JAK) inhibitörlerinin kullanımı giderek artmaktadır. Bu ilaçların yaygınlaşmasıyla birlikte yan etkileriyle karşılaşma sıklığı da artmıştır. JAK1 inhibitörleri ile tedavi edilen hastalarda nadiren de olsa anemi, nötropeni ve lenfopeni gibi hematolojik yan etkiler bildirilmiştir. Bu çalışmada, atopik dermatit tanısı ile selektif JAK1 inhibitörleri olan upadacitinib ve abrocitinib kullanan hastalarda hematolojik parametreler üzerindeki etkilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya, İzmir Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniğinde takip edilen, atopik dermatit tanısı almış ve selektif JAK1 inhibitörü tedavisi başlanmış hastalar dahil edilmiştir. Veriler retrospektif olarak hastane bilgi yönetim sisteminden elde edilmiş ve değerlendirilen tüm bilgiler anonimleştirilmiştir. Çalışma, İzmir Şehir Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar Tarihi: 04/06/2025; Karar No: 2025/259). Hastaların JAK inhibitörü tedavisine başlamadan önceki ve tedaviye başladıktan 8 hafta sonraki hemoglobin, eritrosit, trombosit, lökosit, nötrofil ve lenfosit düzeyleri incelenmiş; veriler IBM SPSS Statistics programı ile analiz edilmiştir.

BULGULAR:

Toplam 36 atopik dermatit hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilen hastalardan 28 tanesi abrocitinib, 8 tanesi upadacitinib tedavisi almaktadır. JAK inhibitörü tedavisinin sekizinci haftasında, hastaların hemoglobin düzeylerinde anlamlı bir azalma saptanmıştır (13.84 ± 1.56 g/dL'den 13.32 ± 1.59 g/dL'ye; $p = .002$). Eritrosit sayısı 4.83 ± 0.55 milyon/mm³'ten 4.56 ± 0.53 milyon/mm³'ye düşmüş ve bu fark anlamlı bulunmuştur ($p < .001$). Trombosit sayısı $289.89 \pm 76.38 \times 10^3/\text{mm}^3$ 'den $249.25 \pm 68.26 \times 10^3/\text{mm}^3$ 'ye



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

gerileyerek anlamlı azalma göstermiştir ($p < .001$). Lökosit düzeyleri $7.57 \pm 2.03 \times 10^3/\text{mm}^3$ 'den $6.86 \pm 1.91 \times 10^3/\text{mm}^3$ 'ye düşmüş ($p = .024$) ve nötrofil sayısı da $4.41 \pm 1.56 \times 10^3/\text{mm}^3$ 'ten $3.70 \pm 1.37 \times 10^3/\text{mm}^3$ 'ye gerileyerek anlamlı fark oluşturmuştur ($p = .007$). Lenfosit düzeylerinde ise anlamlı bir değişiklik izlenmemiştir ($p = .283$).

Abrocitinib kullanan hastalarda hemoglobin, eritrosit, trombosit, lökosit ve nötrofil düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanırken ($p < .05$), lenfosit düzeylerinde anlamlı değişiklik izlenmemiştir. Upadacitinib kullanan hastalarda ise hematolojik parametreler açısından tedavi öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > .05$).

SONUÇ:

Atopik dermatit tanılı hastalarda JAK inhibitörlerinin hematolojik etkileri erken dönemde belirginleşebilmektedir. Abrocitinib tedavisi sonrası bazı hematolojik parametrelerde anlamlı düşüşler gözlenmiştir. Upadacitinib kullanan hastalarda ise benzer bir değişiklik saptanmamış olmakla birlikte, bu durum düşük örneklem büyüklüğüne bağlı olarak istatistiksel gücün yetersizliğinden kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle, upadacitinibin hematolojik etkilerini daha sağlıklı değerlendirebilmek için daha geniş örneklemle yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Atopik dermatit, hemogram, janus kinaz inhibitörleri

KAYNAKLAR: 1. Ständer S. Atopic Dermatitis. Ropper AH, editor. New England Journal of Medicine. 2021 Mar 25;384(12):1136–43.

2. David Boothe W, Tarbox JA, Tarbox MB. Atopic Dermatitis: Pathophysiology. Advances in experimental medicine and biology [Internet]. 2017;1027:21–37.

3. Torres T, Ferreira EO, Gonçalo M, Mendes-Bastos P, Selores M, Filipe P. Update on Atopic Dermatitis. Acta Médica Portuguesa [Internet]. 2019 Sep 2;32(9):606.

4. Kim J, Kim BE, Leung DYM. Pathophysiology of atopic dermatitis: Clinical implications. Allergy Asthma Proc. 2019 Mar 1;40(2):84-92.

5. Chovatiya R, Paller AS. JAK inhibitors in the treatment of atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2021 Oct;148(4):927-40.

6. Schuler CF, Billi AC, Maverakis E, Tsoi LC, Gudjonsson JE. Novel insights into atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2023 May;151(5):1145-54.

7. Huang IH, Chung WH, Wu PC, Chen CB. JAK-STAT signaling pathway in the pathogenesis of atopic dermatitis: An updated review. Front Immunol. 2022;13:1068260.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

8. Chu DK, Schneider L, Asiniwasis RN, Boguniewicz M, De Benedetto A, Ellison K, et al. Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE- and Institute of Medicine-based recommendations. Ann Allergy Asthma Immunol. 2024 Mar;132(3):274-312.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-05][KABUL:SÖZLÜ]

ERİŞKİN DÖNEM ATOPIK DERMATİT: OLGULARIN ÇOCUKLUK VEYA ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI OLMALARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Esen Özkaya¹, Yasemin Erdem¹, Goncagül Babuna Kobaner¹, Ozgke Impram Ntousounous¹, Fatma Kübra Gül Çiftçi¹, Armağan Kutlay¹, Şevkiye Aydoğdu¹, M.burak Günay²

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

²Danderyds Hospital, Stockholm, Sweden

AMAÇ:

Atopik dermatit (AD) tüm yaş gruplarındaki bireyleri etkileyebilen bir kronik inflamatuvar deri hastalığıdır. Hastalık çocuklarda ve erişkinlerde farklı klinik ve morfolojik özellikler gösterebilir. Erişkin dönem AD erken (çocuklukta) başlayan hastalığın devamı olabileceği gibi geç (erişkin) başlangıçlı da olabilir. Bu çalışmada erken ve geç başlangıçlı erişkin AD'li hastaları karşılaştırarak erişkin dönem AD'li hasta grubunun demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerini tanımlamayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Bu tek merkezli, retrospektif çalışmaya, Alerji polikliniğimizde 1996-2022 yılları arasında Hanifin ve Rajka tanı kriterlerine göre AD tanısı konulan hastalar arasından 18 yaş ve üstü olanlar dahil edildi. Bu hastalar, AD başlangıç yaşı 18 yaşından küçük olanlar için çocukluk başlangıçlı, 18 yaş ve üzeri olanlar için ise erişkin başlangıçlı olmak üzere, iki gruba ayrıldı. Bu iki grup demografik, klinik ve laboratuvar özellikler açısından karşılaştırıldı. Hastalık şiddeti SCORAD ile değerlendirildi.

BULGULAR:

Toplam 1349 kayıtlı AD hastasının, 379'u (%28,1) erişkin dönem AD (18 yaş ve üstü) idi. Bunların 187'si (%49,3) erişkin başlangıçlı (18 yaş ve üstü başlangıç) idi. Erişkin başlangıçlı grupta yaş aralığı 18-67 yıl olup ortalama yaş 30 olarak hesaplandı. Erişkin başlangıçlı grupta erkek hasta oranı (%50,3) çocukluk başlangıçlı gruba (%39,1) göre daha yüksekti ($p<0,05$). Mukozal atopi, gıda alerjisi, yüksek total IgE ve eozinofili oranları iki grupta benzerdi. Hanifin Rajka minör kriterlerinin sayısı erişkin başlangıçlı grupta daha düşüktü ($p<0,001$). Bu grupta metal hassasiyeti, kulak memesi ragadları, keilit ve gıdalar ile alevlenme daha az sıklıkta görüldü (sırasıyla $p<0,05$, $p=0,001$, $p=0,001$, $p<0,05$). Çocukluk başlangıçlı grupta başlangıç



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

lezyonu olarak simetrik yüz tutulumu daha sık ($p<0,001$); periorbital, gövde ve ekstansör tutulum erişkin başlangıçlı grupta daha sık ($p<0.001$); fleksural tutulum her iki grupta benzer sıklıktaydı. Klasik ekzema morfolojisi gösteren lezyonlar erişkin başlangıçlı grupta daha az görüldü (%96,4'e karşı %88,8); benzer şekilde izole klasik morfoloji görülme oranı da daha düşüktü (%77,6'ya karşı %62,8, $p<0,001$). Numüler morfoloji erişkin başlangıçlı grupta daha sık görüldü ($p<0,05$). Erişkin başlangıçlı grupta şiddetli hastalık oranı yüksekti (%12,8'e karşı %4,7, $p<0,05$).

SONUÇ:

Erişkin başlangıçlı AD'nin erişkin hastaların önemli bir bölümünü oluşturduğu görülmüştür. Bu hasta grubunda erkek cinsiyet, şiddetli hastalık oranı yüksek; klasik morfoloji gösteren lezyonlar ile Hanifin Rajka minör kriterlerinin sayısı daha düşüktü. Erişkin başlangıçlı hastalar kendilerine özgü demografik ve klinik özellikleri dikkate alınarak değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: atopik dermatit, çocukluk başlangıç, erişkin başlangıç, Hanifin ve Rajka

KAYNAKLAR: Silverberg JI, Vakharia PP, Chopra R, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, Kantor R, Hsu DY. Phenotypical Differences of Childhood- and Adult-Onset Atopic Dermatitis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2018 Jul-Aug;6(4):1306-1312.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-06][KABUL:SÖZLÜ]

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ REFAKATÇİLERİNDE REKÜRREN AFTÖZ STOMATİT VE BEHÇET HASTALIĞI SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Şeyma Erdoğan¹, Mestan Emek², Hilal Kirişcioğlu³, İlayda Aslan³, Samet Çelebioğlu³, Erkan Alpsoy¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Öğrencileri (Dönem 3), Antalya

AMAÇ:

Bu çalışmanın amacı, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde hasta refakatçileri arasında Rekürren Aftöz Stomatit (RAS) ve Behçet Hastalığı (BH) sıklığını belirlemek ve görsel destekli veri yöntemi kullanılarak bu sıklığın daha güvenilir şekilde saptanıp saptanamayacağını değerlendirmektir. Bu özgün yöntemle hastalık belirtilerinin daha doğru hatırlanması sağlanarak tanı sürecinin duyarlılığının artırılması hedeflenmiştir.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya, Dermatoloji, Romatoloji, Göz ve Psikiyatri poliklinikleri dışındaki polikliniklere başvuran hastaların 18 yaş üzeri gönüllü refakatçileri dahil edilmiştir. Katılımcılara, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve "Google Forms" platformu üzerinden uygulanan görsel destekli, 16 soruluk bir anket uygulanmıştır. Toplam 2509 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Anket sonuçlarına göre şüpheli bulguları olan vakalar bir dermatoloji uzmanı tarafından muayene edilerek değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Anket sonuçlarına göre RAS veya BH açısından şüpheli olan 114 (% 4,5) kişi, Natah ve ark. kriterleri ve Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu kriterleri esas alınarak muayene edilmiştir.

Daha önce bir doktor tarafından katılımcıların 138'ine (%5,5) RAS, 12'sine (%0,5) ise BH tanısı konulmuştur. Tipik RAS görsellerinin gösterilmesi ile "ağız yarası/aft" tanımına verilen "Evet" yanıtı 2058 (%18)'den 2061 (%17,9)'e düşerek benzer seviyede kalmıştır. RAS için anlık sıklık %3,2, yaşamboyu sıklık %9,4 bulunmuştur. Bir kişiye yeni BH tanısı konulmuştur, 4 kişinin mevcut BH tanısı doğrulanmıştır (200/100.000 (%95 GA 72,8-441,0/100 000)). Ayrıca BH



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

tanısı olduğunu belirten 8 katılımcının tanısı uzman hekim tarafından doğrulanamamıştır.

SONUÇ:

Natah ve ark. kriterleri kullanıldığında RAS yaşamboyu sıklığı toplum için bildirilen genel sıklıktan daha düşük bulunmuşken, anlık sıklığın daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bunun nedeni son 3 yıl içinde 3 veya daha fazla oral aft geçirilmesi kriterinin yer alması olabilir. Görsel destek sunulması, katılımcıların aft tanımını netleştirmelerine yardımcı olarak, potansiyel yanlış anlaşılmalara düzeltmiş ve böylece verilerin doğruluğunu artırmıştır, bununla birlikte beklenenin aksine RAS tanısı oranında bir artış gözlenmemiştir. BH sıklığı 200/100.000 olarak hesaplanmıştır ki bu oran, Türkiye'de daha önce bildirilen sıklık çalışmalarına benzerlik göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Anket, Behçet Hastalığı, Görsel Destek, Rekürren Aftöz Stomatit, Sıklık

KAYNAKLAR: 1- Acar MA, Akbaba M, Yalaz M. 1989. "Çukurova bölgesinde Behçet hastalığı prevalansı. Deri ve Zührevi Hastalıklarda Yenilikler Sempozyumu", 272-5.

2- Alpsoy, E. 2016. "Behcet's disease: A comprehensive review with a focus on epidemiology, etiology and clinical features, and management of mucocutaneous lesions", The Journal of dermatology, 43, 620-632.

3- Azizlerli, G., Köse, AA., Sarica, R., vd. 2003. "Prevalence of Behcet's disease in Istanbul, Turkey", Int J Dermatol, 42, 803-6.

4- Baş, Y., Seçkin, HY., Kalkan, G., vd. 2016. "Investigation of Behçet's Disease and Recurrent Aphthous Stomatitis Frequency: The Highest Prevalence in Turkey", Balkan Med J, 33(4), 390-5.

5- Başaran, N., Kalyoncu, U., Karadağ, Ö., vd. 2022. "Recurrent Aphthous Stomatitis and Related Factors in Turkish Adult Population: A Striking Outcome of Cappadocia Chronic Diseases Epidemiological Study", Cumhuriyet Medical Journal, 44, 233-238.

6- Behçet H. 1937. "Considerations sur les lesions aphteuses de la bouches et des parties genitale, ainsi que sur les manifesta- tions oculaires d'origine probablement virutiques et observa- tions concernant leur foyer d'infection", Deri Hast Frengi Kl Arş, 4, 1521-30.

7- Cakır, N., Dervis, E., Benian, O., vd. 2004. "Prevalence of Behçet's disease in rural western Turkey: a preliminary report", Clin Exp Rheumatol, (4 Suppl 34), S53-5.

8- Cakır, N., Pamuk, ÖN., Derviş, E., vd. 2012. "The prevalences of some rheumatic diseases in western Turkey: Havsa study", Rheumatol Int, 32(4), 895-908.

9- Çiçek, Y., Çanakçı, V., Özgöz, M., vd. 2004. "Prevalence and handedness correlates of recurrent aphthous stomatitis in the Turkish population", Journal of public health dentistry,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

64, 151-6.

10- Çölgeçen, E., Özyurt, K., Ferahbaş, A., vd. 2015. "The prevalence of Behçet's disease in a city in Central Anatolia in Turkey", *Int J Dermatol*, 54(3), 286-9.

11- Darjani A., Joukar F., Naghipour M., vd. 2021. "Lifetime prevalence of recurrent aphthous stomatitis and its related factors in Northern Iranian population: The PERSIAN Guilan Cohort Study". *Clin Oral Investig*, 25:711-718.

12- Demirhindi, O., Yazıcı, H., Binyıldız, P., vd. 1981. "Silivri Fener köyü yöresinde Behçet hastalığı sıklığı ve bu hastalığın toplum içerisinde taranmasında kullanılabilecek bir yöntem", *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi*, 12, 509-14.

13- Edgar, N. R., Saleh, D., Miller, R. A. 2017. "Recurrent Aphthous Stomatitis: A Review", *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 10, 26-36.

14- Floto, R. A., Smith, K. G. 2003. "The vagus nerve, macrophages, and nicotine", *The Lancet*, 361, 1069-1070.

15- Hoonakker J. D., Adeline-Duflot F., Orcel, vd. 2023. "Use of visual aids in general practice consultations: A questionnaire-based survey", *PEC innovation*, 2, 100159.

16- Houts P. S., Doak C. C., Doak L. G., vd. 2006. "The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence", *Patient education and counseling*, 61, 173-190.

17- Idil, A., Gürler, A., Boyvat, A., vd. 2002. "The prevalence of Behçet's disease above the age of 10 years. The results of a pilot study conducted at the Park Primary Health Care Center in Ankara, Turkey", *Ophthalmic Epidemiology*, 9, 325-31.

18- Kural-Seyahi E., Fresko I., Seyahi N., vd. 2003. "The long-term mortality and morbidity of Behçet syndrome: a 2-decade outcome survey of 387 patients followed at a dedicated center", *Medicine*, 82, 60-76.

19- Manfredini, M., Guida, S., Giovani, M., vd. 2021 "Recurrent aphthous stomatitis: treatment and management", *Dermatology practical & conceptual*, 11.

20- Mbanda N., Dada S., Bastable K., vd. 2021. "A scoping review of the use of visual aids in health education materials for persons with low-literacy levels", *Patient Education and Counseling*, 104, 998-1017.

21- Miloğlu, Ö., Göregen, M., Altun, U. 2007. "Doğu anadolu bölgesindeki rekürrent aftöz ülserasyon sıklığı ve olası risk faktörleri", *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 1, 1-5.

22- Rogers RS. 1997. "Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders", *Seminars in cutaneous medicine and surgery*, 16, 278-83.

23- Rivera, C. 2019 "Essentials of recurrent aphthous stomatitis", *Biomedical reports*, 11, 47-50.

24- Rivera-Hidalgo F., Shulman JD., Beach MM. 2004. "The association of tobacco and other



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

factors with recurrent aphthous stomatitis in an US adult population", Oral Diseases, 10, 335-45.

25- Saadoun, D., Bodaghi, B., Cacoub, P. 2024. "Behçet's Syndrome.", The New England journal of medicine, 390, 640–651

26- Saadoun, D., Wechsler, B. 2012. "Behçet's disease", Orphanet journal of rare diseases, 7, 20.

27- Sahli, E., Gurbuz-Koz, O. 2017. "Ocular Manifestations of Behçet's Disease". InTech, 111-136.

28- Samreen, I., Darji, P., Genobaga, S., vd. 2023. "Pulmonary Artery Aneurysm in Behcet Disease: Medical, Endovascular or Surgical Intervention". Cureus, 15, e49368.

29- Sánchez, J., Conejero, C., Conejero, R. 2020. "Recurrent aphthous stomatitis. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)", 111, 471-480.

30- Shulman, JD., Beach, MM., Rivera-Hidalgo, F. 2004. "The prevalence of oral mucosal lesions in US adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994", The Journal of the American Dental Association, 135, 1279-1286.

31- Sopori, M. 2002 "Effects of cigarette smoke on the immune system", Nature Reviews Immunology, 2, 372–377.

32- Soy M., Erken E., Konca K., vd. 2000 "Smoking and Behçet's Disease", Clinical Rheumatology 19, 508–509.

33- Tursen U., Gurler A., Boyvat A. 2003. "Evaluation of clinical findings according to sex in 2313 Turkish patients with Behcet's disease", International Journal of Dermatology, 42, 346-51.

34- Vural, S., Boyvat, A. 2022. "The skin in Behçet's disease: Mucocutaneous findings and differential diagnosis", JEADV Clinical Practice, 1, 11-20.

35- Wechsler FB., Davatchi F. 1990. "Criteria for diagnosis of Behcet's disease", Lancet, 335, 1078–1080.

36- Yurdakul, S., Günaydin, I., Tüzün, Y., vd. 1988. "The prevalence of Behçet's syndrome in a rural area in northern Turkey", J Rheumatol, 15(5), 820-2.

37- Zouboulis CC., Keitel W. 2002. "A historical review of early descriptions of Adamantiades- Behcet's disease", J Invest Dermatol, 119, 201–205.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-07][KABUL:SÖZLÜ]

BEHÇET HASTALIĞI:129 HASTANIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Nurşah Zengin Baş, Ruveyda Küçük, Serra Rana Cesur, İlteriş Oğuz

Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği İstanbul

AMAÇ:

Bu çalışmanın amacı Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde son on yıldır BH tanısı ile takip edilen hastaların klinik ve demografik verilerini inceleyerek ülkemizde yapılan benzer çalışmaların sonuçları ile karşılaştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamız Mart 2014-Mart 2025 yılları arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran ve BH takip polikliniğinde izlenen toplam 129 hastanın verilerinin retrospektif olarak incelenmesiyle yapılmıştır. Hastalar Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu (UBÇG) kriterlerine göre BH tanısı konmuş kişilerden oluşmaktadır. Hastalığın bulgularından olan oral aft, genital ülser, eritema nodozum benzeri lezyon (ENBL),PPL klinik olarak değerlendirilmiştir. Hastaların doğum tarihleri, hastalık başlangıç yaşları, özgeçmiş ve soygeçmişleri, doğum yerleri, paterji test sonuçları, kullandıkları tedaviler standart bir forma kaydedilmiştir. Paterji testi sistemik tedavi almayan hastaların ön kol derilerine 20 Gauge'lik steril iğne ile intradermal olarak yapılmıştır. 24-48 saat sonra pikür yerinde 2mm'den büyük papül ve püstül oluşumu pozitif sonuç olarak değerlendirilmiştir. Sistemik organ tutulumları (göz, artiküler, SSS, pulmoner, gastrointestinal sistem ve vasküler sistem) ilgili branşlara konsülte edilerek görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar tetkikleri ile branş uzmanı tarafından tanı konulmuştur. Hastalardan elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS 15.0 for Windows programı kullanılmıştır.

BULGULAR:

Çalışmaya 70 (%54,3) kadın, 59 (%45,1) erkek olmak üzere toplam 129 hasta dahil edildi. Hastaların başvuru anındaki yaş ortalaması $34,2 \pm 12,5$, hastalık başlangıç yaşı ortalaması (tanı kriterlerinin tamamlandığı yaş) $26,1 \pm 8,3$ olarak saptandı. Hastaların tanı yaşına baktığımızda 18 yaşın altında 14 (%10,9), 18-24 yaş aralığında 51(% 39,5), 25-34 yaş aralığında 45(% 34,9), 35-44 yaş aralığında 16 (%12,4), 45 yaş ve üzerinde toplam 3 (%2,3) hasta olduğu saptandı. Hastalığın tanı yaşı cinsiyet dağılımına göre incelendiğinde erkeklerde



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

25,3 ± 7,4; kadınlarda ise 26,8±8,9 olduğu görüldü. Oral aft görülen en sık başvuru şikayeti idi. Toplam 129 hastanın 129'unda (%100) oral aft görülmüştü. En sık görülen mukokutanöz bulgu oral aft iken, 100 (%77,5) hastada genital ülser, 34 (%26,4) hastada ENBL, 26 (%20,2) hastada PPL, 83 (%64,3) hastada ise deri paterji pozitifliği saptandı. Her iki cinsiyete bakıldığında paterji testi pozitifliği görülmesi açısından anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,262). Genital ülser hastaların toplam 100 tanesinde görüldü. ENBL %26.4 (18 kadın, 16 erkek) hastada saptandı. Hastaların %20,2'sinde (7 kadın, 19 erkek) göz tutulumu vardı. Göz tutulumu erkeklerde kadınlardan anlamlı derecede yüksek saptandı (p=0,002) Nörolojik tutulum hastaların %7'sinde (7 erkek, 2 kadın) saptandı. Gastrointestinal tutulum hastaların %3.9'unda (4E,1K) ileoçekal ülser olarak, pulmoner tutulum ise hastaların %1,6'sında (1E, 1K) pulmoner anevrizma en az sistemik tutulum olarak saptandı.

SONUÇ:

BH, oluşumunda çevresel, genetik ve immünolojik faktörlerin yer aldığı sistemik bir vaskülit olup halen etiyopatogenezinde aydınlatılması gereken pek çok nokta bulunmaktadır Yurt içi ve yurt dışında yapılan pek çok çalışmada BH'nın erkeklerde görülme oranının kadınlardan daha sık olduğu rapor edilmiştir. BH'de organ tutulumlarının sıklığı, çalışmada kullanılan tanı kriterleri ve araştırmanın yapıldığı kliniğe göre değişiklikler gösterebilir. Çalışmamız dermatoloji kliniğinde yapıldığından deri lezyonları daha yüksek oranda saptanmıştır. Çalışmamız tek merkezli olup sadece takip polikliniğine başvuran hastalar dahil edilmiştir. Bu nedenle sınırlı sayıda hasta verisi paylaşılmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Behçet hastalığı, genital ülser, oral aft

- KAYNAKLAR:** 1. Behcet H: Uber rezidiverende, aphtose durch ein Virus verursachte Geschwure am Mund, am Auge, und den Genitalien. Dermatol Wochenschr 1937;105:1152-7.
2. International Study Group for Behçet's Disease: Criteria for diagnosis of Behçet's disease. Lancet 1990;335:1078-80.
3. TURSEN U, GURLER A, BOYVAT A. EVALUATION OF CLINICAL FINDINGS ACCORDING TO SEX IN 2313 TURKISH PATIENTS WITH BEHÇET'S DISEASE. INT J DERMATOL. 2003;42:346- 351.,
4. FERNA'NDEZ-A'VILA DG, RINCO'N-RIAÑO DN, BERNAL-MACI'AS S, ET AL. PREVALENCE AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF BEHCET DISEASE IN COLOMBIA: DATA FROM THE NATIONAL HEALTH REGISTRY 2012-2016. RHEUMATOL INT. 2020;40:17-20.
5. Alpsoy E, Donmez L, Onder M, et al. Clinical features and natural course of Behçet's disease in 661 cases: a multicentre study. Br J Dermatol. 2007;157:901-906.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

6. Gündüz Ö, Gürler A, Ayanoglu BT, et al. Ufuk Üniversitesi Behçet Hastalığı Merkezinde Takip Edilen Behçet Hastalarının Epidemiyolojik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Dermatol.* 2015;25:85-91.
7. Gürler A, Boyvat A, Türsen U. Clinical manifestations of Behçet's disease: an analysis of 2147 patients. *Yonsei Med J.* 1997;38:423-427.
8. Mahr A, Belarbi L, Wechsler B, et al: Population-based prevalence study of Behçet's disease: differences by ethnic origin and low variation by age at immigration. *Arthritis Rheum* 2008;58:3951-9
9. Karıncaoglu Y, Borlu M, Toker SC, et al. Demographic and clinical properties of juvenile-onset Behçet's disease: A controlled multicenter study. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:579-84.
10. Soylu M, Şekeroğlu HT, Erdem E, Demircan N: Behçet's Disease: The Clinical and Demographic Characteristics of 406 Patients. *Turk J Rheumatol* 2012;27:115-20.
11. Boyvat A. Behçet Hastalığında Deri ve Mukoza Belirtileri. *Türkderm.* 2009;43:42-47.
12. Gürler A, Boyvat A, Türsen U. Clinical manifestations of Behçet's disease: an analysis of 2147 patients. *Yonsei Med J.* 1997;38:423-427.
13. Alpsoy E. Behçet Hastalığının Deri ve Mukoza Belirtileri. *Türkderm.* 2003;37:92-99.
14. Alpsoy E, Zouboulis CC, Ehrlich GE. Mucocutaneous lesions of Behcet's disease. *Yonsei Med J.* 2007;48:573-85.
15. Dogan B, Taskapan O, Harmaneri Y: Prevalance of pathergy test positivity in Behçet's disease in Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:228-9.
16. Boyvat A. Behçet Hastalığında Deri ve Mukoza Belirtileri. *Türkderm.* 2009;43:42-47.
17. Evereklioglu C, Düzgün B. Behçet Hastalığı'nda Göz Tutulumu. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics.* 2017;10:283-238.
18. Cheng TK, Thong BY, Chng HH: Behçet's disease: experience in a tertiary rheumatology center in Singapore and a review of the literature. *Ann Acad Med Singapore* 2004;33:510-4.
19. Davatchi F, Chams-Davatchi C, Shams H, et al. Behcet's disease: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. *Expert Rev Clin Immunol.* 2017;13:57-65.
20. Karabacak E, Dogan B, Goker K, et al. Behçet hastalığı: 182 hastanın klinik ve demografik özellikleri. *Türkderm.* 2014;48:121-126.
21. Can M, Direskeneli H: Behçet Hastalığında Kas, İskelet Sistemi ve Damar Tutulumu. *Turkderm* 2009;43 Özel Sayı:54-60.
22. El Menyawi MM, Raslan HM, Edrees A: Clinical features of Behcet's disease in Egypt. *Rheumatol Int* 2009;29:641-6
23. Uslu M, Karaman G, Savk E, et al. Aydın'da Behçet Hastalığı Deneyimi: 67 Hastanın retrospektif Değerlendirmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2008;9:21-26.
24. Pipitone N, Boiardi L, Olivieri I, et al: Clinical manifestations of Behçet's disease in 137 Italian patients: results of a multicenter study. *Clin Exp Rheumatol* 2004;22:46-51.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

25. Can M, Direskeneli H: Behçet Hastalığında Kas, İskelet Sistemi ve Damar Tutulumu. Turkderm 2009;43 Özel Sayı:54-60.
26. Balta I, Akbay G, Kalkan G, et al. Demographic and clinical features of 521 Turkish patients with Behçet's disease. Int J Dermatol. 2014;53:564-569.
27. Erkan F, Gül A, Tasali E. Pulmonary manifestations of Behçet's disease. Thorax. 2001;56:572-578.
28. Ozcan OU, Gürlek A, Yıldız G, et al. Management of Pulmonary Artery Aneurysm and Intracardiac Thrombus in a Young Male With Behçet's Disease. Arch Rheumatol. 2014;29:318-320.
29. Bang D, Lee J, Lee E, et al: Epidemiological and clinical survey of Behcet's disease in Korea: the first multicenter study. J Korean Med Sci 2001;16:615-8.
30. Yücel A, Sönmezoğlu Marakli S, Aksungur VL, et al: Clinical evaluation of Behçet's disease: a five year follow-up study. J Dermatol 2005;32:365-70.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-08][KABUL:SÖZLÜ]

**KUTANÖZ SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMDA HİSTOPATOLOJİK CD47, CD163, CD68
EKSPRESYONLARININ DERMATOSKOPIK VE KLİNİKOPATOLOJİK VERİLERLE KORELASYONU**

Ahmet Turan Ünsal¹, Mustafa Tosun¹, Rukiye Yasak Güner¹, Melih Akyol¹, Ramazan Oğuz Yüceer²

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

AMAÇ:

Bu çalışma, kutanöz skuamöz hücreli karsinom (kSHK) olgularında histopatolojik CD47, CD163 ve CD68 ekspresyonlarının dermatoskopik ve klinikopatolojik parametrelerle ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır (1). CD47, tümör hücrelerinin immün sistemden kaçışında kritik rol oynayan bir "Beni Yeme" sinyali olarak bilinmektedir (2). CD163 ve CD68 makrofaj infiltrasyonunu gösteren immün belirteçler olup, tümör mikroçevresinde prognostik öneme sahiptir (3). Bu belirteçlerin ekspresyon düzeylerinin kSHK'nin klinik seyri, dermatoskopik bulguları ve histopatolojik özelliklerle ilişkisinin kapsamlı olarak değerlendirilmesi hedeflenmiştir (4).

MATERYAL-METOD:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği'nde 1 Ocak 2022 – 1 Kasım 2024 tarihleri arasında histopatolojik olarak doğrulanmış kSHK tanılı 66 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu, boyutu, klinik seyri ve dermatoskopik görüntüleri retrospektif olarak analiz edilmiştir. Tümör dokuları immünohistokimyasal yöntemlerle CD47, CD163 ve CD68 belirteçleri açısından değerlendirilmiş ve ekspresyon düzeyleri H skoruna göre sınıflandırılmıştır. İstatistiksel analiz SPSS 27 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiş; Kikare testi ve Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir (5).

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 71.4 ± 1.5 yıl olup, olguların %71.2'si erkekti. CD163 ekspresyonu yüksek olan hastalarda nüks, dermatoskopik ve histolojik ülserasyon



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

anlamli olarak daha sık izlendi ($p<0.05$). CD68 ekspresyonunun özellikle perinöral invazyon ve klinik ağrı ile güçlü korelasyonu belirlendi ($p<0.01$). CD68 ekspresyonu yoğun olan tümörlerde lenfovasküler invazyon sıklığı da anlamli olarak daha yüksekti (6). CD47 ekspresyonu yüksek olgularda agresif dermatoskopik vasküler paternler, düzensiz keratinizasyon ve histolojik ülserasyon belirgin şekilde daha sık bulundu ($p<0.05$). Dermatoskopik değerlendirmede iyi diferansiye tümörlerde beyaz halka ve keratin yapıların görülme sıklığı yüksek iken kötü diferansiye tümörlerde polimorf vaskülarite ve ülserasyon daha baskındı. Ayrıca lenfovasküler invazyon varlığında dallanan damar ve lineer düzensiz damar yapılarının sıklığı artmıştı ($p<0.01$). CD47 ve CD68 ekspresyon düzeyleri tümör boyutu ile pozitif korelasyon gösterirken, CD163 ve CD68 ekspresyonları arasında da pozitif korelasyon gözlemlendi ($p<0.05$) (7).

SONUÇ:

Bu çalışma, kSHK'de CD47, CD163 ve CD68 ekspresyonlarının tümör agresifliği, dermatoskopik özellikler ve klinikopatolojik parametrelerle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. CD163 ve CD68 ekspresyonlarının özellikle nüks, ülserasyon, ağrı ve perinöral invazyon gibi kötü prognostik göstergelerle güçlü ilişkisi, bu belirteçlerin prognostik değerlendirme ve klinik yönetimde kullanılabileceğini göstermektedir. CD47 ekspresyonunun tümör immün kaçış mekanizmasındaki rolü nedeniyle, immünoterapötik hedef olarak değerlendirilmesi gelecekte mümkün görünmektedir. Bulgularımız, kSHK için tanısallı doğruluğun artırılması ve kişiye özel tedavi stratejilerinin geliştirilmesine önemli katkılar sağlayabilir. Ayrıca bu immün belirteçlerin rutin patolojik incelemeye dahil edilmesi klinik pratiğe faydalı olabilir ve yüksek riskli hasta gruplarında daha agresif tedavi yaklaşımlarının belirlenmesine yardımcı olabilir (8).

ANAHTAR KELİMELEER: Kutanöz Skuamöz Hücreli Karsinom, Dermatoloji, CD47, CD68, CD163

KAYNAKLAR: KAYNAKLAR:

1. Willingham SB, Volkmer JP, Gentles AJ, Sahoo D, Dalerba P, Mitra SS, et al. The CD47-signal regulatory protein alpha (SIRPa) interaction is a therapeutic target for human solid tumors. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012;109(17):6662–6667.
2. Huang CY, Yu HS, Chai CY, Wu CS, Hsiao YP, Kuo TT, et al. CD47 promotes tumor invasion and metastasis in nonmelanoma skin cancer. *Transl Oncol*. 2020;13(2):100862.
3. Troiano G, Caponio VCA, Adipietro I, Staffieri A, Picciotti M, Lo Muzio L, et al. Prognostic significance of CD68, CD163 and matrix metalloproteinase-9 (MMP-9) expression in oral



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

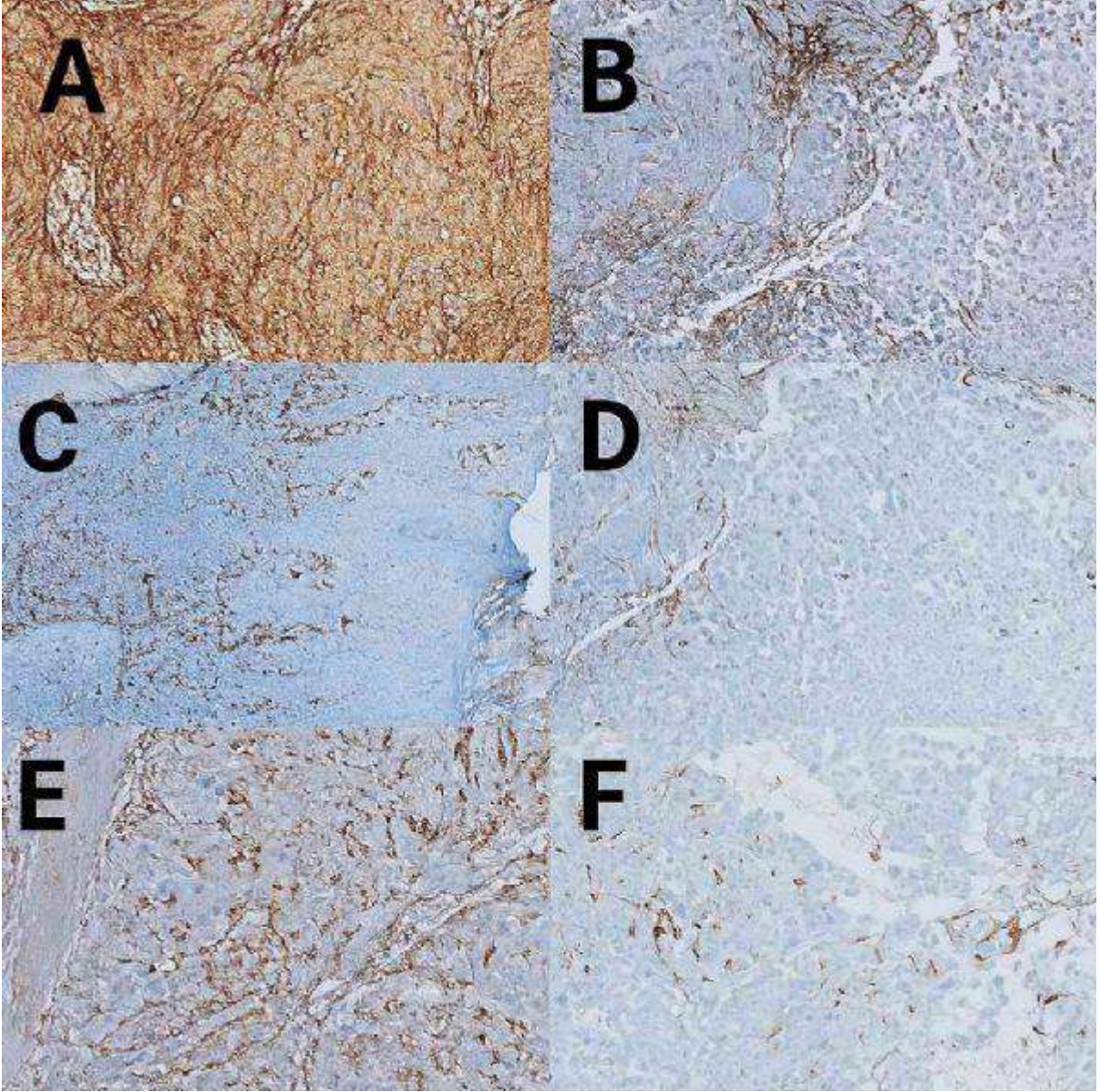
22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2019;93:66–75.

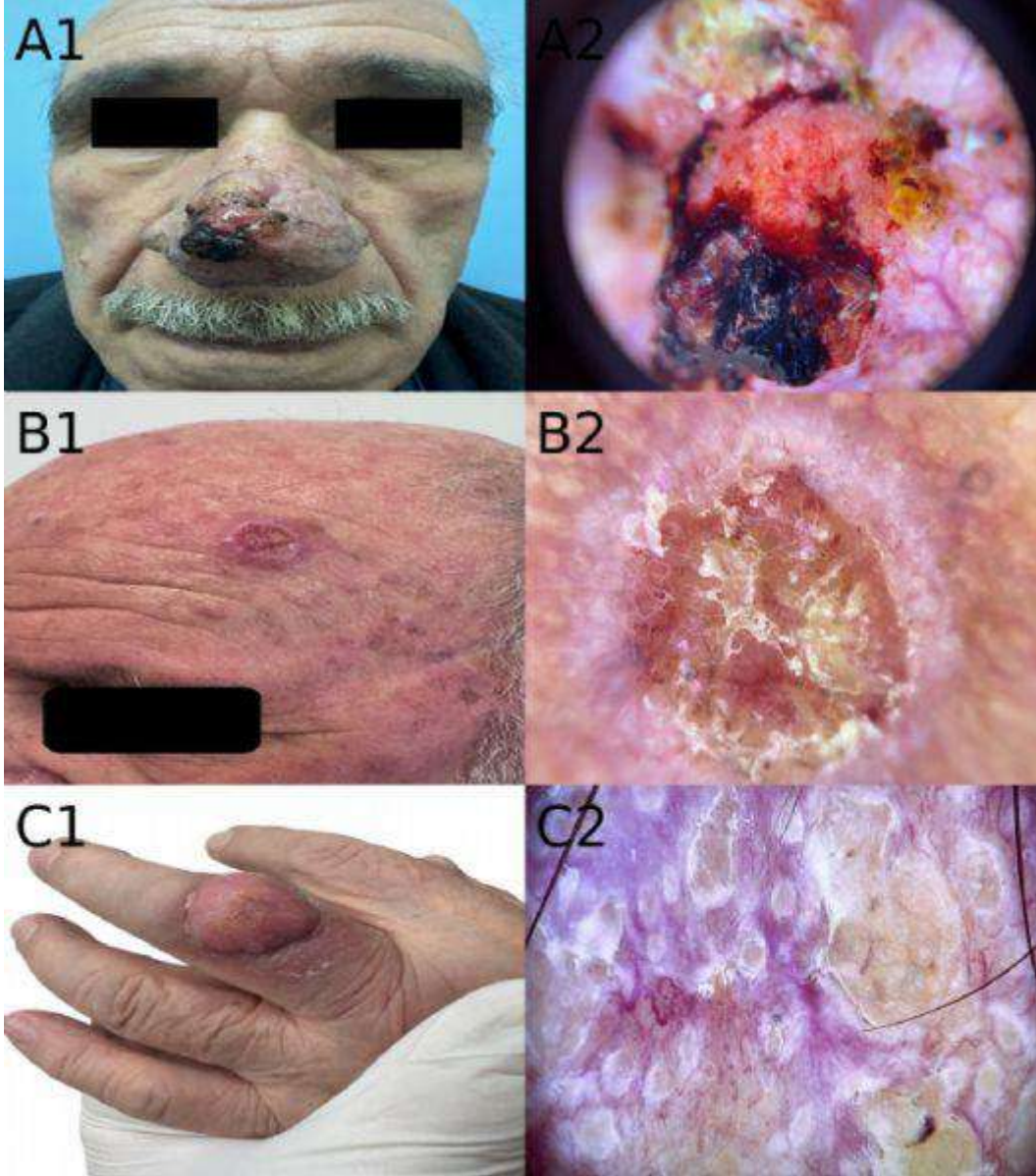
4. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, Longo C, Moscarella E, Specchio F, et al. The dermatoscopic universe of squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2015;172(5):1308–1315.
5. Chen Y, Li Y, Wang X, Zhang X, Liu Y. Clinical significance and immune infiltration analyses of CD47 in cutaneous squamous cell carcinoma. *J Pathol Clin Res.* 2023;9(3):151–164.
6. Ürün M, Gökdemir G, Karadağ AS, İnan Doğan E. Evaluation of CD68 and CD163 expression in cutaneous squamous cell carcinoma: association with clinical and histopathological features. *An Bras Dermatol.* 2025. <https://doi.org/10.1016/J.ABD.2024.09.005>.
7. Karaarslan I, Erdemir VA, Açıkgöz G, Ünlü A. Dermoscopic-histopathological correlation in cutaneous squamous cell carcinoma. *Turk J Dermatol.* 2016;10(3):112–118.
8. Balermipas P, Michel Y, Wagenblast J, Seitz O, Weiss C, Rödel C, et al. Head and neck cancer relapse after chemoradiotherapy correlates with CD163+ macrophages in primary tumour and CD11b+ myeloid cells in recurrences. *Br J Cancer.* 2014;111(8):1509–1518.

CD47, CD68, CD163'ÜN YÜKSEK VE DÜŞÜK EKSPRESYONLARININ PREPARATLAR ÜZERİNDE GÖSTERİLMESİ



A. Tümör hücrelerinde membranöz yüksek CD47 ekspresyonu (CD47 DAB, 100x) B. Tümör hücrelerinde membranöz düşük CD47 ekspresyonu (CD47 DAB, 100x) C. Peritümoral ve intratümoral makrofajlarda yüksek CD68 ekspresyonu (CD68, DAB, x100). D. Peritümoral ve intratümoral makrofajlarda CD68 düşük ekspresyonu (CD68, DAB, x100) E. Peritümoral ve intratümoral makrofajlarda nokta şeklinde granüler yüksek CD163 ekspresyonu (CD163, DAB, x100) F. Peritümoral ve intratümoral makrofajlarda nokta şeklinde granüler CD163 düşük ekspresyonu (CD163, DAB, x100)

KLİNİK VE DERMOSKOPIK GÖRÜNTÜ ÖRNEKLERİ



Görsel Açıklamaları (A1–C2) A1: 73 yaşında erkek hasta. Burun ucunda, yaklaşık 2.5×1.5 cm boyutlarında, ağrılı, nodüloülseratif özellikte bir lezyon izlenmektedir. A2: A1’de görülen burun ucundaki lezyonun Dermlite DL5 el dermatoskopi ile alınan dermoskopik görüntüsünde, yoğun polimorf vaskülarite ve belirgin ülserasyon alanları dikkat çekmektedir. B1: 68 yaşında erkek hasta. Sol frontal bölgede, yaklaşık 1.5×1 cm boyutlarında, ağrısız, nodüloülseratif bir lezyon görülmektedir. B2: B1’de görülen lezyonun dermoskopik görüntüsünde, merkezde yer yer keratin artıkları içeren ülseratif alan ve çevresinde firkete benzeri damar yapıları ile birlikte lineer düzensiz damarlar izlenmektedir. C1: 76 yaşında



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

kadın hasta. Sol elin 3. parmak dorsalinde, yaklaşık 2.5 × 2 cm boyutlarında, ağrısız, nodüler bir lezyon mevcuttur. C2: C1'de görülen lezyonun dermoskopik görüntüsünde, yaygın targetoid folikül yapıları eşliğinde atipik damarlanma odakları saptanmaktadır. Not: Görseller, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı arşivinden alınmıştır. Hastalardan fotoğrafların kullanımı için aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

CD47, CD68 VE CD163 EKSPRESYONLARI İLE KLİNİKOPATOLOJİK PARAMETRELERİN İLİŞKİSİ

Parametre	CD47 Pozitiflik(%)	CD68 Pozitiflik(%)	CD163 Pozitiflik(%)	Anlamlılık(p)
Ülserasyon	65.4	69.2	76.9	p<0.05 (tümü)
Perinöral İnvazyon	42.3	57.7	53.8	p<0.05 (CD68)
Nüks Durumu	38.5	46.2	65.4	p<0.05 (CD163)
Klinik Ağrı Varlığı	50.0	71.2	57.7	p<0.05 (CD68)
Lenfovasküler İnvazyon	46.2	61.5	57.7	p<0.05 (CD68)

CD47, CD68 ve CD163 immün belirteçlerinin pozitif ekspresyon durumlarının, ülserasyon, perinöral invazyon, nüks, ağrı ve lenfovasküler invazyon gibi klinikopatolojik parametrelerle ilişkisi sunulmuştur. Pozitif ekspresyon oranları yüzde olarak verilmiş, istatistiksel anlamlılık p<0.05 eşliğine göre değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirme için Ki-kare testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

DERMOSKOPIK BULGULAR İLE CD47, CD68 VE CD163 EKSPRESYONLARI ARASINDAKİ KORELASYON

Dermoskopik Bulgular	CD47 İle Korelasyon	CD68 İle Korelasyon	CD163 İle Korelasyon	Anlamlılık(p)
Dallanan (arborize) damar varlığı	Pozitif	Pozitif	Negatif	<0.05
Lineer Düzensiz Damar Varlığı	Pozitif	Pozitif	Yok	<0.05
Polimorf Vaskülarite Varlığı	Pozitif	Pozitif	Yok	<0.05
Baskın Kırmızı Renk	Pozitif	Pozitif	Yok	<0.05
Ülserasyon Varlığı	Pozitif	Pozitif	Pozitif	<0.01
Keratinin Lezyon Üzerinde Düzensiz Dağılımı	Pozitif	Pozitif	Pozitif	<0.05
Keratin Varlığı	Pozitif	Pozitif	Yok	<0.05

Kutanöz skuamöz hücreli karsinomlarda gözlenen dermoskopik bulgular ile CD47, CD68 ve CD163 ekspresyonları arasındaki korelasyonlar özetlenmiştir. İstatistiksel analiz Spearman korelasyon testi ile yapılmış olup $p < 0.05$ düzeyi anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir. Pozitif: Belirteç ekspresyonu ile ilgili dermoskopik bulgunun birlikte artış gösterdiğini (doğrudan ilişki); Negatif: Belirteç düzeyi arttıkça ilgili bulgunun azaldığını (ters yönlü ilişki); Yok: Belirteç ile dermoskopik bulgu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadığını ifade etmektedir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-09][KABUL:SÖZLÜ]

**PERİFERAL KLOD YAPISI GÖRÜLEN NEVÜSLERDE UZUN DÖNEM BİLGİSAYARLI
DERMATOSKOPİ TAKİBİ VE SONUÇLARI**

Kaan Gündüz¹, Handan Merve Erol Mart¹, Ömer Faruk Şimşek¹, İlay Özsan¹, Murat Doğuş Günel², Ayşe Öktem¹, Bengü Nisa Akay¹

¹Ankara Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Periferik klodlar (PK), hem benign melanositik nevüslerde hem de melanomlarda izlenebilen dermatoskopik yapılardır. Ancak, bu yapıların malign ve benign lezyonlardaki morfolojik özellikleri, dağılım paternleri ve zamansal değişimleri farklılık gösterebilir. Bu çalışmada, uzun dönem bilgisayarlı dermatoskopik takiplerle PK içeren benign nevüslerin özelliklerinin değerlendirilmesi ve melanomlardan ayırt edilmesini sağlayabilecek parametrelerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, 1998–2025 yılları arasında Ankara Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Dermatoskopi Ünitesinde PK içeren melanositik lezyonları FotoFinder AT-BM Master sistemiyle takip edilen

231 hasta dahil edilmiştir. Hastalara ait demografik veriler, kişisel ve ailesel melanom öyküsü, toplam

melanositik lezyon sayısı, PK içeren lezyon sayısı, lezyonların başlangıç ve son boyutları, dermatoskopik

paternleri (unikomponent/multikomponent), PK dağılımı (parsiyel/tam), renk ve şekil asimetrisi, pigmentasyon

değişimi, takip süresi, eksizyon kararı ve histopatolojik sonuçlar değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Toplam 8720 lezyonun 2421'inde (%27,7) PK saptandı ve bu lezyonlar ortalama 3 yıl izlendi.

Hem

lezyon hem de hasta sayısı değerlendirildiğinde, erkek cinsiyet yaklaşık 1,5 kat daha baskındı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Hastalar yaşa göre

üç gruba ayrıldı: 35 yaş altı (lezyonların yaklaşık %50'si), 35–45 yaş arası (%35) ve 45 yaş üstü (%12).

Literatürle uyumlu olarak 1,3,4, ileri yaşta hem toplam hem de ortalama PK içeren lezyon sayısında anlamlı azalma

izlendi. Klinisyenlerin eksizyon kararını etkileyen temel parametreler; hasta yaşı, lezyonun başlangıç ve son

boyutları arasındaki fark, pigmentasyon değişimi ve periferik klod artışı olarak belirlendi ($p < 0.001$). Lezyonun

ve klod yapılarının gerileme eğilimi göstermesinin eksizyon olasılığını azalttığı görüldü. PK içeren lezyonların

genel olarak büyüme eğilimi gösterdiği bilinse de 1,2,4, bu eğilimin ileri yaş grubunda azaldığı tespit edildi ($p <$

0.001). Pigmentasyonu takiplerde azalan lezyonların, pigmentasyonu sabit kalan veya artanlara kıyasla daha az

büyüme gösterdiği saptandı ($p < 0.001$). Başlangıçta ve takiplerde simetrik olan lezyonlar, en az bir vizitte şekil

asimetrisi gelişen lezyonlara göre daha fazla boyut değişikliği gösterdi ($2.779 \pm 0.5203 \text{ mm}^2$; $p < 0.001$). Ayrıca,

takip süresindeki her bir yıllık artışın lezyon boyut farkında ortalama 0.71 mm^2 'lik bir artışla ilişkili olduğu

belirlendi ($p < 0.001$). PK içeren lezyonların yaklaşık üçte ikisinde klod sayısında azalma saptanırken, üçte

birinde klod sayısı sabit kaldı. Sadece %1 oranındaki lezyonda klod sayısında artış izlendi.

Histopatolojik incelemeye gönderilen 306 (~%12) PK içeren lezyondan 42'sine (%12) şiddetli atipi, 14'üne

(%5) ise malign melanom tanısı kondu. Önceden melanom öyküsü bulunan hastalarda, PK içeren lezyonlarında

şiddetli atipi veya melanom gelişme riskinin 4,5 kat arttığı saptandı ($p = 0.019$). Ayrıca, lezyonun başlangıç ve

son alanı arasındaki her bir birimlik artışın bu riski yaklaşık %5 oranında artırdığı; alan farkı $\geq 2.36 \text{ mm}^2$ olan

lezyonların ise $< 2.36 \text{ mm}^2$ olanlara kıyasla şiddetli atipi veya melanom açısından 2,8 kat daha fazla risk taşıdığı

belirlendi ($p = 0.043$).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

PK içeren lezyonların çoğu benign seyirli olup, zaman içerisinde klod sayısında azalma eğilimi görülmüştür. Pigmentasyon, periferik klod sayısı, hasta yaşı, ilk ve son boyut arasındaki farkta artışın eksizyon

kararı verilmesinde belirleyici olduğu; buna karşın lezyonun veya periferik klodlarının yok olma eğiliminde

olmasının eksizyon eğilimini azalttığı saptanmıştır. Bu bulgular, özellikle geçmişte melanom öyküsü bulunan

hastalarda dinamik dermatoskopik takibin, hem malign lezyonların erken tanısında hem de gereksiz

eksizyonların önlenmesinde kilit rol oynadığını göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: periferik klod, dermatoskopi, nevüs takibi, melanom

KAYNAKLAR: 1. Zalaudek I, Schmid K, Marghoob AA, Scope A, Manzo M, Moscarella E, et al. Frequency of dermoscopic nevus subtypes by age and body site: a cross-sectional study. Arch Dermatol. 2011;147(6):663-70.

2. Williams NM, Navarrete-Dechent C, Marchetti MA, De Bedout V, Jaimes N. Diagnostic utility of circumferential peripheral globules under dermoscopy in adults. J Am Acad Dermatol. 2021;85(5):1300-2.

3. Bajaj S, Dusza SW, Marchetti MA, Wu X, Fonseca M, Kose K, et al. Growth-Curve Modeling of Nevi With a Peripheral Globular Pattern. JAMA Dermatol. 2015;151(12):1338-45.

4. Ilut PA, Camela E, Lallas K, Papageorgiou C, Manoli SM, Kyrgidis A, et al. The Natural Evolution of Nevi with Peripheral Globules. Dermatology. 2023;239(5):760-7.

FİĞÜR 1: PERİFERAL KLODLU LEZYON SAYISININ YAŞ ARALIKLARINA GÖRE DAĞILIMI



35 yaş altı hastaların toplam periferik klodlu lezyon sayısı: 1295, 35-45 yaş arası hastaların toplam periferik klodlu lezyon sayısı: 868, 45 yaş üzeri hastaların toplam periferik klodlu lezyon sayısı: 247

FİĞÜR 2: PERİFERAL KLODLU LEZYON ÖZELLİKLERİNİN PARAMETRELERE GÖRE İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMESİ

Parametre Tahminleri (Sabit Katsayılar)

İsim	Etki	Tahmin	SE	%95 Güven Aralığı		df	t	p
				Alt	Üst			
(Sabit terim)	(Sabit terim)	5.209	0.4023	4.420	5.998	1162	12.95	<.001
YAŞ GRUBU (1)	35-45 - 34 ve altı	-0.977	0.4358	-1.831	0.122	190	-2.24	0.026
YAŞ GRUBU (2)	46 ve üstü - 34 ve altı	-2.101	0.6419	-3.360	0.842	377	-3.27	0.001
EKSİZE	Eksize - Değil	1.921	0.5748	0.794	3.049	1902	3.34	<.001
TAKİP SÜRESİ	TAKİP_SÜRESİ_YIL	0.710	0.0711	0.571	0.850	1729	9.98	<.001
PİGMENTASYON (1)	AYNI - AZALMIŞ	1.264	0.3322	0.613	1.916	1903	3.81	<.001
PİGMENTASYON (2)	ARTMIŞ - AZALMIŞ	2.689	0.4148	1.876	3.503	1901	6.48	<.001
ŞEKİL ASİMETRİSİ	VAR - YOK	-2.779	0.5203	-3.799	1.758	1903	-5.34	<.001

SE: Standart Hata df: serbestlik derecesi



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TABLO 1: HASTA VE LEZYON ÖZELLİKLERİNİN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

	Tüm Hastalar	Erkek	Kadın
Hasta Sayısı	231 (%100)	146 (%63,2)	85 (%36,8)
Yaş Ortalaması	37,6	38,57	36,07
Toplam (%) Takipli Lezyon Sayısı / Ortalama Takipli Lezyon Sayısı	8720 (%100) 37,74	5966 (%68,4) 41,14	2754 (%31,6) 32,4
Toplam Periferik Klodlu Lezyon Sayısı (%)	2421 (%100)	1689 (%69,7)	732 (%30,3)
Ortalama Periferik Klodlu Lezyon Sayısı	10,48	11,56	8,61
Periferik Klodlu Lezyonların Ortalama Takip Süresi (Gün)	1067,3	1055,3	1096,6
Eksize Periferik Klodlu Lezyon Sayısı (%)	306 (%100)	209 (%68,3)	97 (%31,7)
Eksizyon sonucu: Şiddetli atipi / SAMPUS Olan Lezyon Sayısı (%)	42 (%100)	29 (%69)	13 (%31)
Eksizyon sonucu: Malign Melanom Olan Lezyon Sayısı (%)	14 (%100)	10 (%71,4)	4 (%28,6)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-10][KABUL:SÖZLÜ]

MİKOZİS FUNGOİDES’TE LDH/ALBÜMİN ORANININ (LAR) PROGNOSTİK DEĞERİ

Furkan Keleş, Gamze Taş Aygar, Selda Pelin Kartal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı,
Ankara

AMAÇ:

Kutanöz T hücreli lenfoma olan Mikozis Fungoides (MF), genellikle indolent seyretmekle birlikte ilerleyebilen bir hastalıktır. Yüksek LDH/albumin oranı (LAR), diffüz büyük B hücreli lenfoma (DLBCL), kolorektal kanser ve COVID-19’a bağlı ARDS gibi farklı hastalıklarda kötü prognoz göstergesi olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada, LAR’ın MF hastalarında prognozu öngörmedeki değerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Ankara Etlik Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniğinde takip edilen MF hastaları retrospektif olarak değerlendirilmiş, çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 92 hasta analize alınmıştır. Kontrol grubu olarak benzer yaş ve cinsiyet dağılımına sahip 94 sağlıklı birey dahil edilmiştir. Hasta dosyalarından klinik bulgular, albümin, LDH, sedimentasyon ve CRP değerleri kaydedilmiş; LAR, CRP/albumin oranı (CAR), nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR) ve sistemik inflamatuvar indeks (SII; Nötrofil x Trombosit / Lenfosit) hesaplanmıştır. Hastalar erken evre (IA-IIA) ve ileri evre (IIB ve üzeri) olarak gruplandırılmıştır. Veriler SPSS 25.0 programı ile analiz edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılmış, değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Biyobelirteçlerin ileri evreyi öngörmedeki ayırt edici gücünü belirlemek için ROC eğrisi analizi yapılmış ve AUC değerleri hesaplanmıştır.

BULGULAR:

MF grubunda yaş ortalaması 53.08 ± 13.43 yıl, kontrol grubunda ise 46.71 ± 12.37 yıl idi. MF grubunda %46.7 erkek, %53.3 kadın; kontrol grubunda %46.8 erkek, %53.2 kadın dağılımı mevcuttu. Ortalama hastalık süresi 64 ay idi. Klinik evre dağılımı evre 1A: 15, 1B: 12, 2A: 45, 2B: 15, 3A: 4, 3B: 1 hasta olarak belirlendi. Hasta ve kontrol grubu arasında LAR, CAR, SII,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

LDH, CRP ve sedimentasyon değerleri açısından anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Bu parametreler MF grubunda anlamlı şekilde yüksek, albümin düzeyi ise anlamlı olarak düşük bulundu ($p < 0.05$). Cinsiyet, yaş, hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile LAR arasında anlamlı ilişki izlenmedi ($p > 0.05$). LAR, LDH ve klinik evre ile anlamlı pozitif, albümin ile ise anlamlı negatif korelasyon gösterdi. Erken ve ileri evre hastalar karşılaştırıldığında albümin, LDH ve LAR açısından anlamlı fark bulunurken, sedimentasyon, CRP, CAR, NLR, PLR ve SII açısından fark izlenmedi. ROC analizinde ileri evreyi öngörmekte LAR'ın AUC değeri 0.877 (95% CI: 0.816–0.939) ile albümin (0.854; 95% CI: 0.789–0.920) ve LDH'den (0.829; 95% CI: 0.756–0.902) daha yüksek bulunmuştur. Cut-off değeri ≥ 6.01 olarak belirlenen LAR, ileri evreyi öngörmekte istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p < 0.0001$) ve daha yüksek ayırt edici güç ve özgüllük sağlamıştır.

SONUÇ:

LDH/albumin oranı, MF hastalarında ileri evreyi öngörmekte albümin ve LDH parametrelerine göre daha güçlü bir biyobelirteç olarak belirlenmiştir. LAR'ın MF hastalarında prognoz belirlemede pratik, ucuz ve erişilebilir bir parametre olarak kullanılabileceği düşünülmektedir. Sonuçlarımız, MF yönetiminde LAR'ın klinik kullanıma entegrasyonu ile hasta takibi ve risk sınıflamasına katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Albümin, Laktat Dehidrogenaz, Laktat Dehidrogenaz/Albümin Oranı (LAR), Mikozis Fungoides, Prognoz

KAYNAKLAR: [1] Hodak E, Amitay-Laish I. Mycosis fungoides: A great imitator. Clin Dermatol. 2019;37(3):255-267.

[2] Maguire A, Puelles J, Raboisson P, et al. Early-stage Mycosis Fungoides: Epidemiology and Prognosis. Acta Derm Venereol. 2020;100(1):adv00013.

[3] Hristov AC, Tejasvi T, Wilcox RA. Mycosis fungoides and Sézary syndrome: 2019 update. Am J Hematol. 2019;94(9):1027-1041.

[4] Liu Z, Jin K, Guo M, et al. Prognostic value of the CRP/Alb ratio in pancreatic cancer. Ann Surg Oncol. 2017;24(2):561-568.

[5] Fan Z, Fan K, Gong Y, et al. The CRP/Albumin Ratio Predicts Survival and Monitors Chemotherapeutic Effectiveness in Advanced Pancreatic Cancer. Cancer Manag Res. 2019;11:8781-8788.

[6] Taş-Aygar G, Ataş H, Gönül M, Kartal SP. Importance of the C-Reactive Protein to Albumin Ratio in the Diagnosis and Prognosis of Mycosis Fungoides. Dermatol Pract Concept.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2024;14(2):e2024097.

[7] Olsen E, Vonderheid E, Pimpinelli N, et al. Revisions to the staging and classification of mycosis fungoides and Sezary syndrome. Blood. 2007;110(6):1713-1722.

[8] Zhou Y, Zhang W, Jin H, et al. Prognostic role of the lactate dehydrogenase to albumin ratio in small cell lung cancer. Cancer Med. 2021;10(12):3975-3984.

[9] Yang J, Zhang H, Cheng S, et al. Prognostic significance of LDH/albumin ratio in patients with hepatocellular carcinoma. Medicine (Baltimore). 2021;100(50):e28276.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-11][KABUL:SÖZLÜ]

MİKOZİS FUNGOİDESLİ HASTALARDA İKİNCİ PRİMER MALİGNİTE GELİŞİMİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Hanife Karataş, Gamze Taş Aygar, Müzeyyen Gönül, Selda Pelin Kartal

Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ:

Mikozis fungoides (MF), kutanöz T hücreli lenfomaların en sık görülen formudur. MF'li hastalarda ikinci bir malignite gelişimi, hastalığın morbiditesini ve mortalitesini artırmakta, izlem ve tedavi sürecini karmaşıklaştırmaktadır. Literatürde konu ile ilgili araştırma sayısı azdır ve risk faktörleri tam olarak belirlenememiştir. Bu çalışmada üçüncü basamak bir sağlık merkezinde takip edilen MF hastalarındaki ikinci primer malignite gelişimi ve etki eden faktörler araştırılmıştır.

MATERYAL-METOD:

2010–2024 yılları arasında kliniğimizde takip edilen MF tanısı alan hastalar geriye dönük olarak araştırılmış ve ikinci primer malignitesi olan olgular değerlendirmeye alınmıştır. Hastaların cinsiyetleri, yaşları, MF tanısı aldığı yaş, hastalık süresi, klinik alt tipleri, tedavi öyküleri, sekonder malignite gelişimi, malignitenin tipi ve gelişim zamanı incelendi. Ayrıca, fototerapi alan hasta sayısı, sekonder deri kanseri gelişimi ve immünsupresif tedavi geçmişi analiz edildi.

BULGULAR:

Toplam 182 MF hastası tarandı ve 86'sı erkek (%47.2), 96'sı kadındı (%52.7). Hastaların tanı anındaki ortalama yaşı 48.3 idi (5-83 yaş) Ortanca hastalık süresi 2 yıldır (1-29 yıl). Hastaların 93.4'ü erken evre iken yalnızca %6.6'sı ileri evredeydi.

182 MF hastasının 12'sinde (%6.6) ikinci bir primer malignite saptandı. Bunların 2'sinde MF tanısından önce (kolon karsinoma ve in situ skuamöz hücreli kanser) malignite teşhis edilmişken 10'unda MF tanısından sonra tanı konulmuştu. Bu maligniteler 4 hastada lenfomatoid papülozis, 2 hastada papiller tiroid karsinomu, 2 hastada renal hücreli karsinom birer hastada mesane karsinomu ve marjinal zon lenfoma idi. Bir hastada ise mide kaynaklı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

birden fazla malignite teşhis edilmişti.

İkinci malignitesi MF tanısından sonra gelişen hastalar istatistiksel değerlendirmeye alındı. Bunların 8'i erkek 2'si kadındı ve anlamlı olarak erkeklerde ikinci malignite gelişme riski daha yüksekti (4.8 kat). Malignite gelişimi için geçen ortalama süre 2.5 yıldır (1–11 yıl). Bu olguların hepsi erken evre MF'li ve 6'sında (%60') metotreksat (MTX) kullanım öyküsü mevcuttu. MTX 'ın ortalama kullanım süresi 9 aydır (3-18 ay) ve MTX kullanımı yaklaşık 10.2 kat risk faktörü olarak bulundu (OR: 10.2; %95 Güven Aralığı: 2.67 – 39.13). Erkek cinsiyet ve MTX kullanımı lojistik regresyon analizi ile değerlendirmeye alındığında MTX kullanımı anlamlı ve bağımsız risk faktörü olarak bulunurken erkek cinsiyetin MTX kullanımına bağlı risk faktörü olarak saptandı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların (%70.8) fototerapi tedavisi almıştı, ortalama seans sayısı 70'ti ve hiçbir hastada sekonder deri kanseri gelişimi saptanmadı.

SONUÇ:

Bu çalışmada, MF tanılı hastalarda ikinci primer malignite gelişme oranı %6.6'ydı ve literatürde bildirilenle uyumluydu. İki hasta MF tanısından önce 2. primer malignite tanısı almıştı. Bu tesadüfi olabileceği gibi ortak bir patogenetik faktöre de bağlı olabilir. Kullanılan ilaçlarla ikinci malignite gelişim riskine daha MF'li hastalarda hiç bakılmamıştır. Çalışmamızda ise MTX 'ın 10.2 kat riski artırdığı tespit edilmiştir. Erkek cinsiyet 4.8 kat risk artışına neden oluyor gibi görünse de bunun MTX kullanımına bağlı bir risk olduğu saptandı. Bu nedenle MF'li hastalarda MTX tercihini yaparken daha seçici davranılması gerektiğini ve MTX kullanan hastaların daha yakın takibi gerektiğini düşünmekteyiz. MTX'ın malignite riskini arttırdığı bilirse de MF'li hastalarda bu süre daha kısalabilir ya da risk diğer popülasyonlardan daha fazla olabilir, bunu ileride yapılacak karşılaştırmalı çalışmalar netleştirebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Mikozis Fungoides, Sekonder Malignite, Lenfomatoid Papülozis, Metotreksat, Kutanöz T hücreli lenfoma

KAYNAKLAR: 1-Goyal A, O'Leary D, Goyal K, Rubin N, Bohjanen K, Hordinsky M, Chen ST, Pongas G, Duncan LM, Lazaryan A. Increased risk of second primary hematologic and solid malignancies in patients with mycosis fungoides: A Surveillance, Epidemiology, and End Results analysis. J Am Acad Dermatol. 2020 Aug;83(2):404-411. doi: 10.1016/j.jaad.2019.07.075. Epub 2019 Jul 30. PMID: 31374302; PMCID: PMC7021276.

2-Cengiz FP, Emiroğlu N, Onsun N. Frequency and Risk Factors for Secondary Malignancies in



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Patients with Mycosis Fungoides. Turk J Haematol. 2017 Dec 1;34(4):378-379. doi: 10.4274/tjh.2017.0234. Epub 2017 Aug 23. PMID: 28832009; PMCID: PMC5774354.

3-Atci T, Yerlioğlu Ak D, Baykal C. Evaluation of secondary malignancies in a large series of mycosis fungoides. A Bras Dermatol. 2024 May-Jun;99(3):370-379. doi: 10.1016/j.abd.2023.06.004. Epub 2024 Jan 22. PMID: 38262820; PMCID: PMC11074560.

4-Goyal A, O'Leary D, Goyal K, Rubin N, Janakiram M. Screening for second malignancies in mycosis fungoides: non-Hodgkin lymphoma, Hodgkin lymphoma, lung cancer, bladder cancer and melanoma. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021 Sep;35(9):1821-1829. doi: 10.1111/jdv.17384. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34013554.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-12][KABUL:SÖZLÜ]

MİKOZİS FUNGOİDES HASTALARINDA FOTOTERAPİ ÖZELLİKLERİNİN VE REMİSYON SÜRELERİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasan Aksoy, Mustafa Bozkır, Ozan Erdem, Vefa Aslı Erdemir

İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

AMAÇ:

Mikozis Fungoides (MF), en sık görülen kutanöz T hücreli lenfomadır. Hastalığın tedavisinde dar bant ultraviyole B (DBUVB) ve psoralen ultraviyole A (PUVA) yaygın olarak kullanılan fototerapi seçenekleridir. Özellikle DBUVB ile tedavi edilen hastalarda tam remisyon oranları literatürde %30 ila %90 arasında değişmektedir. Ayrıca remisyon süreleri ve idame tedavisinin bu süreler etkisi konusunda literatürde çelişkili veriler mevcuttur. Bu çalışmada MF tanısıyla fototerapi alan hastalarda tedaviye ilişkin özelliklerin remisyon oranına ve remisyon süresine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışma için Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (2025/0048). Hastanemiz dermatoloji kliniğinde son 10 yıl içinde fototerapi uygulanan hastalar; otomasyondaki muayene ve laboratuvar kayıtları, fototerapi başlangıcındaki klinik özellikleri içeren takip formu ve doz şemasını içeren fototerapi formu kullanılarak retrospektif olarak tarandı. Elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edildi. Nominal verilerin frekansları, sıralı verilerin frekans ve medyan değerleri, sürekli verilerin ortalama ve standart sapmaları hesaplandı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, iki bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında ise bağımsız örneklem t-testi kullanıldı. Gruplar remisyon süreleri açısından karşılaştırılırken tam remisyona ulaşmayan hastalar için remisyon süresi sıfır kabul edilerek analiz yapıldı.

BULGULAR:

Çalışmamızda 33'ü erkek, 27'si kadın olmak üzere toplam 60 hasta değerlendirildi. Katılımcıların fototerapi gördükleri sıradaki yaş ortalaması $57,19 \pm 14,59$ idi. Bu 60 hastada toplam 79 fototerapi epizodu analiz edildi. Olguların 42'si (%53,2) Evre IA, 35'i (%44,3) Evre IB idi. DBUVB uygulanan olgu sayısı 74, PUVA uygulanan olgu sayısı ise 4'tü. Ortalama tedavi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

süresi 4,07 ay, ortalama seans sayısı 39,57, maksimum doz ortalaması 2,71 Joule/cm² (J/cm²) idi. Kümülatif doz ortalaması DBUVB alan olgularda 59,28 ± 36,20 J/cm², PUVA alan olgularda ise 197,08 ± 25,12 J/cm² olarak hesaplandı. Olguların 46'sına (%58,2) idame tedavisi uygulanmış olup, en sık idame rejimi 18 (%22,8) olguda ilk ay haftada iki, ikinci ay haftada bir şeklindeydi. İdame tedavisi alanlarda medyan idame tedavi süresi iki ay, ortalama idame tedavi süresi ise 1,76 ay idi. Olguların 43'ünde (%54,4) tam remisyon, 20'sinde (%25,3) parsiyel remisyon elde edildi. Tam remisyona girenlerde ortalama remisyon süresi 7,46 ± 4,60 ay olarak bulundu. Tüm olgular birlikte değerlendirildiğinde ise ortalama remisyon süresi 3,93 ± 5,04 ay idi.

Tam remisyona ulaşan olgularda maksimum DBUVB dozu, remisyona ulaşamayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksekti (2,32 ± 0,36 J/cm²'ye karşı 1,97 ± 0,72 J/cm²; p<0,001). Ayrıca idame tedavisi uygulananlarda, uygulanmayanlara göre tam remisyon oranı anlamlı şekilde daha yüksek bulundu (%76,7'ye karşı %23,3; p<0,001).

İdame tedavisi uygulananların ortalama remisyon süresi de uygulanmayanlara göre anlamlı derecede daha uzundu (5,48 ± 5,15 aya karşı 1,80 ± 4,09 ay; p=0,001). DBUVB olguları, kümülatif dozun medyan değeri olan 58,69 J/cm²'ye ulaşmış olgularına göre gruplandırıldığında, bu doza ulaşan olguların ortalama remisyon süresi 5,43 ± 5,57 ay, altında kalanların ise 2,49 ± 4,14 ay olarak hesaplandı (p=0,014).

SONUÇ:

Çalışmamızda, DBUVB alan MF hastalarının yarısından fazlasında tam remisyon sağlandığı, daha yüksek maksimum dozlarla uygulanan seansların ve idame tedavisinin tam remisyon oranlarını artırdığı; ayrıca idame tedavisinin ve yaklaşık 60 J/cm²'nin üzerindeki kümülatif dozların remisyon süresini anlamlı şekilde uzattığı saptanmıştır. Bulgularımız, MF tedavisinde DBUVB'nin etkinliğini göstermekte; maksimum dozun, idame tedavisinin ve kümülatif dozun önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: mikozis fungoides, fototerapi, idame, remisyonu tetikleme

KAYNAKLAR: 1. Rattanakaemakorn P, Ploydaeng M, Udompanich S, Thadanipon K, Rutnin S, Rajatanavin N. Phototherapy as a treatment of early-stage mycosis fungoides and predictive factors for disease recurrence: A 17-year retrospective study. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2021;87(5):645-650. doi:10.25259/IJDVL_555_19



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2. Pattamadilok B, Poomputsar T. A retrospective, descriptive study of patients with Mycosis fungoides treated by phototherapy (oral PUVA, NB-UVB) with a twice-weekly regimen at the Institute of Dermatology, Bangkok, Thailand, with an experiential timeline of 13 years. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2021;37(1):49-55. doi:10.1111/phpp.12611
3. Nikolaou V, Sachlas A, Papadavid E, et al. Phototherapy as a first-line treatment for early-stage mycosis fungoides: The results of a large retrospective analysis. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2018;34(5):307-313. doi:10.1111/phpp.12383
4. Shirzadian Kebria A, Asghari J, Tirgar Tabari S, Aryanian Z, Shirafkan H. Efficacy of narrowband UVB phototherapy in early-stage mycosis fungoides in Iranian patients [published correction appears in Lasers Med Sci. 2022 Dec;37(9):3783. doi: 10.1007/s10103-022-03618-9.]. Lasers Med Sci. 2022;37(8):3231-3235. doi:10.1007/s10103-022-03611-2



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-13][KABUL:SÖZLÜ]

PİGMENTE PURPURİK DERMATOZLAR İLE PİGMENTE PURPURİK DERMATOZ BENZERİ MİKOZİS FUNGOİDES'İN DERMATOSKOPİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Handan Merve Erol Mart¹, Zeynep Keskin¹, Hatice Erdi Şanlı¹, Aylin Okçu Heper², Bilge Ayça Kırmızı², Bengü Nisa Akay¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Pigmente purpurik dermatozlar (PPD), kapillerit sonucu gelişen kronik, asemptomatik veya kaşıntılı peteşiyal kanamalarla karakterize bir grup inflamatuvar deri hastalığıdır. Klinik olarak genellikle alt ekstremitelerde lokalize, başlangıçta eritemli olan ve zamanla altın-kahverengi pigmentasyona dönüşen maküllerle kendini gösterir(1,2). PPD sıklıkla nökslerle seyrederek ve staz dermatiti, senil purpura, kontakt dermatit, vaskülit ve purpurik mikozis fungoides gibi birçok dermatolojik tabloyla benzerlik göstererek ayırıcı tanıyı güçleştirir(3). Kutanöz T hücreli lenfomalar içerisinde yer alan pigmente purpurik dermatoz benzeri mikozis fungoides (PPD-MF), klinik olarak PPD'yi taklit eden purpurik lezyonlarla seyredebilir(4,5). Bu iki antite arasındaki belirgin klinik örtüşme, doğru tanının konulmasını ve uygun tedavi stratejilerinin belirlenmesini gerekli kılmaktadır. Tanı koymada histopatolojik inceleme ve klonalite analizi gibi invaziv yöntemler altın standart olarak kabul edilmekle birlikte, son yıllarda non-invaziv bir yöntem olan dermatoskopi'nin ayırıcı tanıya katkısı giderek daha fazla önem kazanmaktadır(5). Bu çalışmada, PPD ile PPD-MF olgularının dermatoskopik özelliklerini karşılaştırarak dermatoskopi'nin ayırıcı tanıdaki katkısını değerlendirmeyi amaçladık. Yöntem: Çalışmaya, Eylül 2014 – Haziran 2025 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'na başvuran, klinik ve histopatolojik olarak PPD-MF tanısı almış 11 hasta ile PPD tanısı almış 19 hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Lezyonların dermatoskopik görüntüleri FotoFinder AT BM Master ve Dermlite DL5 (USA) cihazları ile kaydedilerek üç dermatolog tarafından retrospektif olarak değerlendirildi. Gözlemciler arasında görüş farklılığı oluştuğunda, dermatoskopik bulgular konsensusa varılarak ortak kararlar belirlendi. PPD ve PPD-MF olguları; damar morfolojisi, arka plan rengi, kahverengi pigment ağı ve beyaz çizgilerin varlığı açısından karşılaştırıldı. Damar yapıları virgül, halka, nokta, klod, lineer, kıvrımlı, noktali-kıvrımlı (spermatozoa benzeri) ve retiküler olarak sınıflandırıldı. Arka plan renkleri ise pembe-



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

turuncu, pembe-kahverengi ve turuncu-kahverengi olarak gruplandırıldı. Toplanan veriler Fisher's Exact Test ile analiz edildi.

BULGULAR:

PPD-MF ve PPD grupları arasında yapılan karşılaştırmada altı dermatoskopik parametrede istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Virgül damarlar PPD-MF grubunda %54,5 oranında izlenirken, PPD grubunda hiç gözlenmedi ($p < 0.001$). Lineer (%36,4 vs. %0,0; $p = 0.012$), kıvrımlı (%54,5 vs. %15,8; $p = 0.042$) ve noktalı-kıvrımlı damarlar (%45,5 vs. %0,0; $p = 0.003$) da PPD-MF grubunda anlamlı olarak daha sık görüldü. Halka, nokta, klod ve retiküler damar yapıları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Arka plan rengi ve diğer yapılar değerlendirildiğinde; turuncu-kahverengi arka plan PPD grubunda %52,6, PPD-MF grubunda %9,1 oranında saptandı ($p = 0.023$). Beyaz çizgiler de PPD grubunda (%36,8) anlamlı olarak daha sık izlenirken, PPD-MF grubunda gözlenmedi ($p = 0.029$). Pembe-turuncu arka plan PPD-MF grubunda (%72,7) PPD grubuna (%47,4) göre daha sık izlendi, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Benzer şekilde, kahverengi pigment ağı PPD grubunda daha sık görülmesine rağmen (%42,1 vs. %9,1) bu farklılık da istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadı.

SONUÇ:

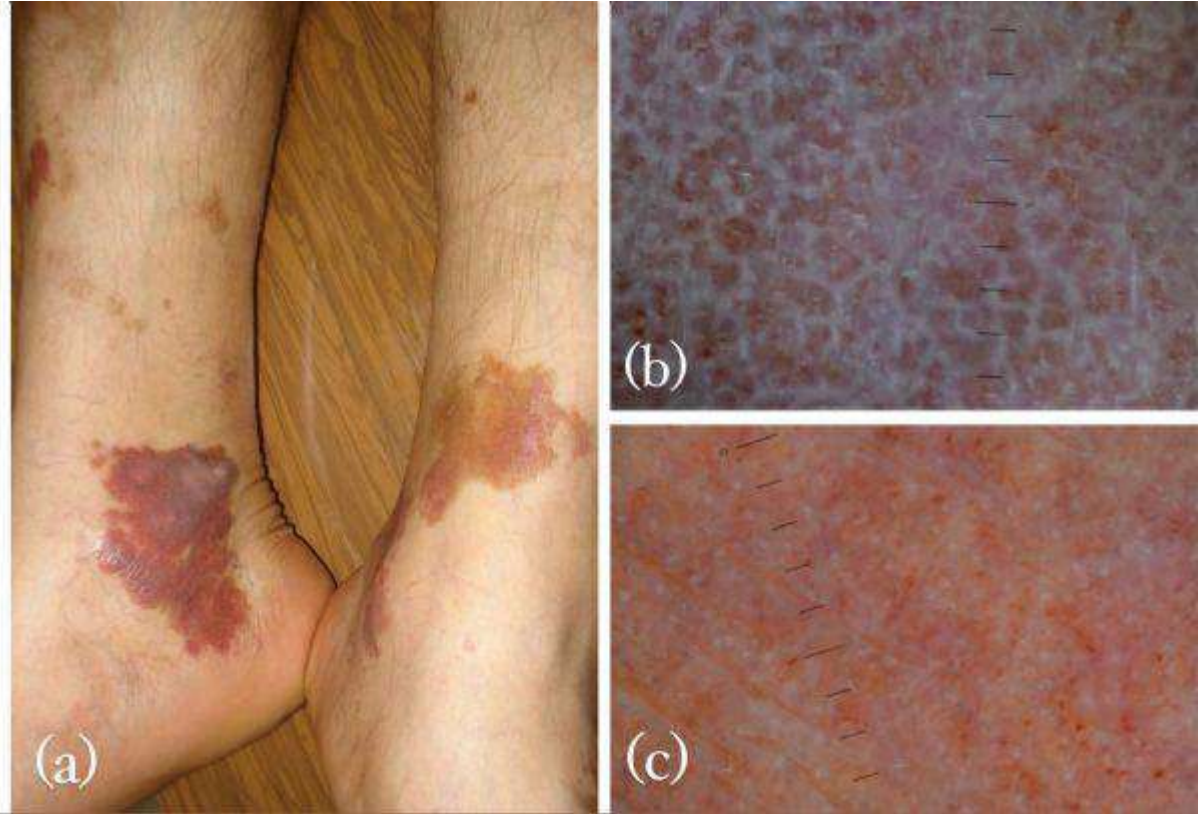
Bu çalışma, PPD ve PPD-MF olgularının bazı dermatoskopik özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğunu göstermiştir. Özellikle virgül, lineer, kıvrımlı ve noktalı-kıvrımlı damar yapılarının PPD-MF lehine ipucu sağlayabileceği; turuncu-kahverengi arka plan ve beyaz çizgilerin ise PPD tanısını destekleyebileceği görülmektedir. Bununla birlikte, dermatoskopi invaziv olmayan faydalı bir tanı aracı olsa da kesin tanı için histopatolojik inceleme gerekliliği devam etmektedir. Bulguların doğrulanması amacıyla daha geniş örneklemli ve takip temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELELER: Dermatoskopi, pigmente purpurik dermatoz, pigmente purpurik dermatoz benzeri mikozis fungoides

KAYNAKLAR: 1.Çaytemel C, Baykut B, Ağırşöl Ş, Caf N, Demir FT, Türkoğlu Z, Uzuner EG. Pigmented purpuric dermatosis: Ten years of experience in a tertiary hospital and awareness of mycosis fungoides in differential diagnosis. J Cutan Pathol. 2021 May;48(5):611-616.
2.Kim KE, Moon HR, Ryu HJ. Dermoscopic Findings and the Clinicopathologic Correlation of Pigmented Purpuric Dermatitis: A Retrospective Review of 60 Cases. Ann Dermatol. 2021 Jun;33(3):214-221

- 3.Metin MS, Elmas ÖF. Dermoscopic profile of pigmented purpuric dermatosis: new observations. Postepy Dermatol Alergol. 2019 Dec;36(6):687-691
- 4.Cases of Pigmented Purpuric Dermatitis-like Mycosis Fungoides. Dermatol Pract Concept. 2024 Apr 1;14(2):e2024084
- 5.Nasimi M, Bonabiyan M, Lajevardi V, Azizpour A, Nejat A, Dasdar S, Kianfar N. Pigmented purpuric dermatoses versus purpuric mycosis fungoides: Clinicopathologic similarities and new insights into dermoscopic features. Australas J Dermatol. 2022 Feb;63(1):81-85.

PİGMENTE PURPİRİK DERMATOZ ÖRNEK OLGU



Figür2.(a); PPD klinik görünüm, (b); Dermatoskopik incelemede beyaz çizgiler, (c) Dermatoskopik incelemede halka, nokta ve klod damar yapıları

PİGMENTE PURPURİK DERMATOZ BENZERİ MİKOZİS FUNGOİDES ÖRNEK OLGU



Figür1. (a);PPD-MF klinik görünüm (b); Dermatoskopik incelemede klod, virgül, lineer, kıvrımlı, noktalı-kıvrımlı(spermatozoa benzeri) damar yapıları (c) Dermatoskopik incelemede pembe-turuncu alt zemin üzerinde halka, nokta, klod, virgül, kıvrımlı, noktalı-kıvrımlı(spermatozoa benzeri) damar yapıları



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-14][KABUL:SÖZLÜ]

**ERKEN EVRE MİKOZİS FUNGOİDES TEDAVİSİNDE TOPİKAL KLOBETAZOL PROPİYONAT VE
TOPİKAL TAKROLİMUS ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Aslı Aksu, Ayşegül Öz, Hazel Ezgi Kaya, Pınar Özdemir Çetinkaya, Birgül Özkesici Kurt, İlknur Kıvanç Altunay

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

AMAÇ:

Topikal kalsinörin inhibitörleri (TKİ), T hücre aktivasyonu ve sitokin salınımını baskılayarak bağışıklık yanıtını düzenler. Bu sayede hem immünomodülatör hem de antienflamatuar etki gösterir. Birçok dermatolojik hastalıkta kullanılmasına rağmen, mikozis fungoides'in (MF) erken evrelerinde etkinliklerine dair sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Erken evre MF tedavisinde topikal ajanlar ön plandadır. Bu aşamada en sık tercih edilen tedavilerden biri topikal kortikosteroidlerdir. Ancak son çalışmalar, özellikle yüz ve kıvrım bölgelerinde pimekrolimus gibi TKİ'lerin steroid kullanımını azaltabilecek bir seçenek olabileceğini göstermektedir. NCCN 2024 gibi bazı kılavuzlar, TKİ'lerin erken evre deri lezyonlarında alternatif olarak değerlendirilebileceğini belirtmektedir. Ancak bu konuda net bir öneri henüz mevcut değildir. MF'de bu tedavi yöntemlerini doğrudan karşılaştıran çalışma sayısı da oldukça azdır. Bu çalışmanın amacı, topikal %0.1 takrolimus merhem ile %0.05 klobetazol propiyonat merhem klinik etkinliğini, yan etkilerini ve tedaviye uyum düzeylerini değerlendirmek ve karşılaştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif çalışma, 2019-2025 yılları arasında bir üniversite hastanesinin dermatolojik polikliniğinde yürütüldü. Çalışmaya, evre IA-IB MF tanısı konmuş, son 1 ayda topikal, son 2 ayda sistemik, son 4 ayda oral retinoid tedavisi almamış hastalar dahil edildi. Hamile, emziren, 18 yaşın altında olan ve folikülotrofik MF tanısı olan bireyler çalışmaya alınmadı. Hastaların demografik ve klinik özelliklerini kapsayan kapsamlı bir veri seti derlendi. Bu özellikler, klinik evrelemeye ek olarak yaş, cinsiyet ve hastalığın süresini içeriyordu. Hastalar %0.1 takrolimus ve %0.05 klobetazol propiyonat kullananlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastalar en az 16 hafta tedavi aldı ve 2 yıl takip edildi. Klinik yanıt standart onkoloji kriterlerine göre tam yanıt (TY), parsiyel yanıt (PY), stabil hastalık (SH) ve progresif hastalık



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

(PH) olarak sınıflandırıldı. Ek olarak, klinik yanıt süresi, nüks oranları, nüksetmeye kadar geçen süre ve tedavi uyumu not edildi. Yan etkiler ve tedavi bırakma nedenleri kaydedildi.

BULGULAR:

Çalışmaya 20'si %0.1 takrolimus ve 20'si %0.05 klobetazol propiyonat merhem ile tedavi edilmek üzere toplam 40 hasta dahil edildi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet oranı ve her bir değişken için klinik özellikler açısından anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Takrolimus grubunda TY oranı %60, klobetazol grubunda ise %95 olup fark anlamlıydı ($p=0.009$). PY oranları sırasıyla %20 ve %5 idi, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.157$). SH yalnızca takrolimus grubunda gözlemlendi (%20; $p=0.037$). Hiçbir grupta PH saptanmadı. TY'ye ulaşma süresi takrolimus grubunda 3.5 ay, klobetazol grubunda 2 ay idi ($p=0.520$). Klobetazol grubunda TY sonrası nüks oranı %60 iken, takrolimus grubunda %15 olup istatistiksel fark anlamlıydı ($p=0.042$). Remisyon süresi iki grup arasında anlamlı farklılık göstermedi. Yan etki olarak yalnızca bir takrolimus hastasında (%5) irritasyon görüldü. Takrolimus grubunda 4 hasta tedaviyi bırakırken, klobetazol grubunda bırakma olmadı ($p=0.037$).

SONUÇ:

Her iki topikal ajan da erken evre MF tedavisinde etkili bulunmuştur. Klobetazol propiyonat, daha yüksek oranda tam klinik yanıt sağlarken, takrolimus grubunda nüks oranı anlamlı düzeyde daha düşük gözlenmiştir. Çalışmamızda %0.1 takrolimus ile elde edilen %80'lik toplam klinik yanıt oranı, önceki pimerekrolimus verilerine kıyasla daha yüksektir. Klobetazol propiyonat, yüksek etkinlik gösterse de, yan etki riski nedeniyle takrolimus uzun süreli kontrol ve hassas bölgelerde kullanım için tercih edilebilecek bir alternatiftir. Ancak bu sonuçların genellenebilmesi için daha geniş örneklemli, randomize ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: klobetazol propiyonat, mikozis fungoides, takrolimus

- KAYNAKLAR:** 1. Weiner DM, Clark AK, Bhansali RS, et al. Usage and safety of topical tacrolimus in patients with mycosis fungoides. Clin Exp Dermatol. 2022 Jun;47(6):1200-1201. doi: 10.1111/ced.15162. Epub 2022 Apr 1. PMID: 35245947.
2. Ortiz-Romero PL, Maroñas Jiménez L, et al. Activity and safety of topical pimerekrolimus in patients with early stage mycosis fungoides (PimTo-MF): a single-arm, multicentre, phase 2 trial. Lancet Haematol. 2022 Jun;9(6):e425-e433. doi: 10.1016/S2352-3026(22)00107-7. PMID: 35654076.
3. Wennberg E, Richards PQ, et al. Topical treatments for early-stage mycosis fungoides using

Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) criteria: A systematic review. JAAD Int. 2021 Mar 11;3:26-41. doi: 10.1016/j.jdin.2021.01.002. PMID: 34409369; PMCID: PMC8362313.

4. Saritha Kartan, Doaa Shalabi. Response to topical corticosteroid monotherapy in mycosis fungoides. PMID: 32428610 DOI: 10.1016/j.jaad.2020.05.043

TAKROLİMUS VE KLOBETAZOL PROPİYONAT GRUPLARINDA KLİNİK YANIT, NÜKS ORANLARI VE TEDAVİNİN BIRAKILMASININ KARŞILAŞTIRILMASI

	0.1% Tacrolimus Grubu (n=20)	%0,05 Klobetazol Propiyonat Grubu (n=20)	p
Klinik yanıt (n, %)			
TY	12 (60%)	19 (95%)	0,009
PY	4 (20%)	1 (5%)	0,157
SH	4 (20%)	-	0,037
TY için geçen süre [medyan (ÇA), ay]	3.5 (3.5)	2 (1)	0.520
PY için geçen süre [medyan (ÇA), ay]	1 (1.5)		0.114
Nüks** (n, %)	3 (15%)	12 (60%)	0,042
Remisyon süresi /Nüksetmeye kadar geçen süre [medyan (ÇA), ay]	5	6 (5.5)	0,885
İrritasyon (n, %)	1 (5%)	0	0,317
Tedavinin Bırakılması (n, %)	4 (20%)	0	0,037
• İrritasyon sebebiyle (n, %)	1 (5%)	0	0,317
• Yetersiz yanıt sebebiyle (n, %)	3 (15%)	0	0,075
T1a			
• TY	7 (50%)	13 (92.9%)	0,014



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

T2a • TY	5 (83.3%)	6 (100%)	0,317

Veriler, parametrik olmayan sürekli değişkenler için medyan (çeyrekler açıklığı) ve kategorik değişkenler için n (%) olarak ifade edildi. Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanıldı. TY: Klinik tam yanıt, ÇA: Çeyrekler açıklığı, PY: Parsiyel yanıt, SH: Stabil hastalık * $p < 0,05$ ** Nüks oranı yalnızca TY elde eden hastalarda değerlendirildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-15][KABUL:SÖZLÜ]

ERKEN DÖNEM MİKOZİS FUNGOİDES VE TAKLİTÇİ LEZYONLARI ARASINDA ARGİROFİLİK ÇEKİRDEKÇİK DÜZENLEYİCİ BÖLGELER (AGNORS) BOYAMA YÖNTEMİNİN TANIYA KATKISI VE KLİNİKOPATOLOJİK PARAMETRELERLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yunus Özcan¹, Rumeysa Nimet Bayraktar¹, Mehmet Gamsızkan², Recep Eröz⁴, Emin Özlü⁵, Yavuz Eyüp³

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Düzce

³Medistate Kavacık Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, İstanbul

⁴Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Aksaray

⁵Doç. Dr. Emin Özlü Kliniği

AMAÇ:

Çalışmamızın amacı erken evre mikozis fungoides (MF) olguları ile histopatolojik olarak ekzositoz gösteren inflamatuvar dermatozların, AgNOR (Argirofilik çekirdeklik düzenleyici bölge) boyama yöntemi kullanılarak ayırt edilmesinin sağlanması ve klinikopatolojik parametrelerle ilişkisinin değerlendirilmesidir.

MATERYAL-METOD:

Histopatolojik olarak MF tanısı almış 30 olgu ve ekzositoz gösteren 30 inflamatuvar dermatoz (İD) olgusu retrospektif incelenmiştir. AgNOR boyalı preparatlardaki epidermis ve dermiste bulunan 30'ar adet lenfosit fotoğraflanıp her lenfositteki ortalama AgNOR sayısı ile total AgNOR alanı/Total çekirdek alanı oranı değerleri (TAA/TÇA) hesaplanmıştır. Her bir grubun AgNOR parametrelerindeki değişiklikler karşılaştırılarak, bulunan sonuçların istatistiksel analizi yapılmıştır.

BULGULAR:

MF hastalarında hem dermiste hem epidermiste ortalama AgNOR sayısı ile total AgNOR alanı/Total çekirdek alanı (TAA/TÇA) oranı İD'lara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır ($p < 0,005$). Her hastanın dermisteki lenfositleri ile epidermisteki lenfositlerinin ortalama AgNOR sayısı ve

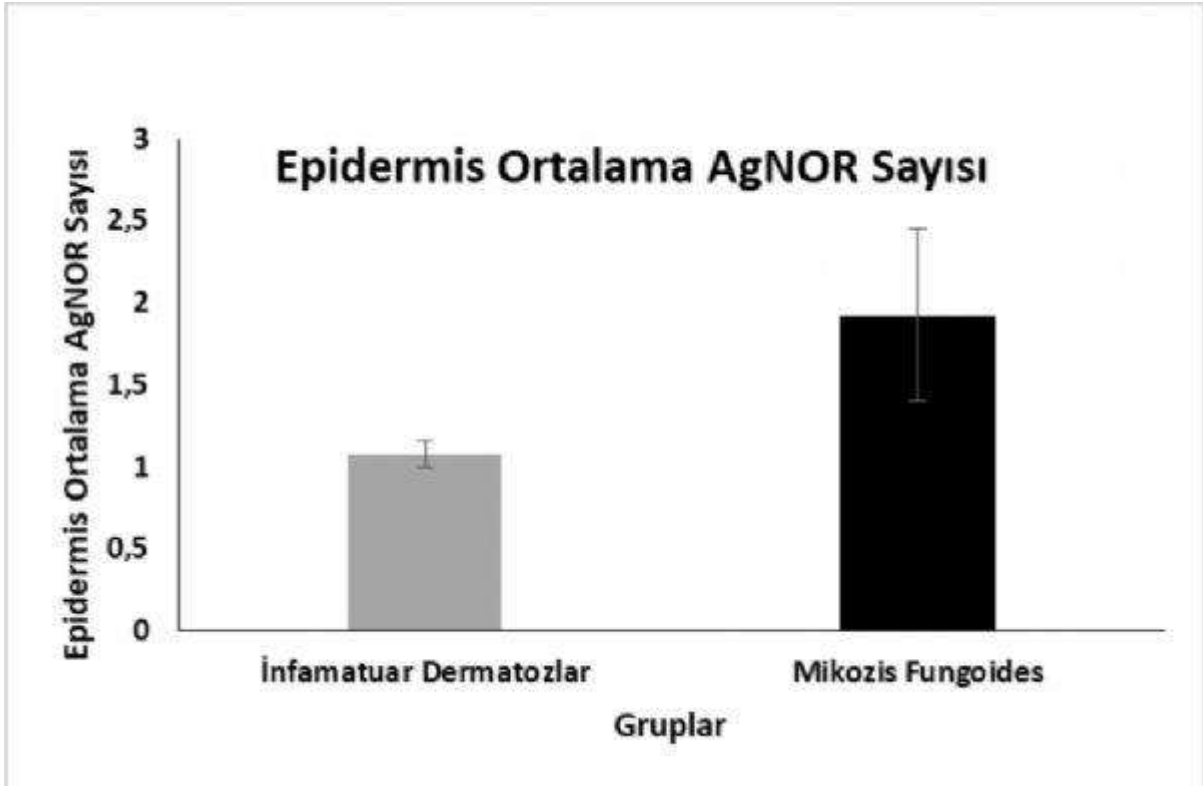
TAA/TÇA oranlandığında, MF hastalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüklük saptanmıştır ($p<0,005$).

SONUÇ:

MF, özellikle erken evrelerde hem klinik hem histopatolojik olarak İD'larla sıkça karışabilmekte ve ayrımını yapmakta güçlükler yaşanabilmektedir. Bu yüzden, tekrarlayan biyopsilere ihtiyaç duyulabilmekte ve tanıda gecikmeler yaşanabilmektedir. Dolayısıyla tanıyı destekleyecek yeni histopatolojik belirteçlere ihtiyaç vardır. Çalışmamız, kolay ve ucuz bir boyama yöntemi olan AgNOR'un, MF'in histopatolojik ayrımına katkı sağlayabileceğini ve doğru tanıya ulaşılmasında yardımcı bir yöntem olabileceğini göstermektedir. Daha geniş kapsamlı çalışmalar metodun güvenilirliğini artırabilir ve günlük pratikte kullanımına imkan sağlayabilir.

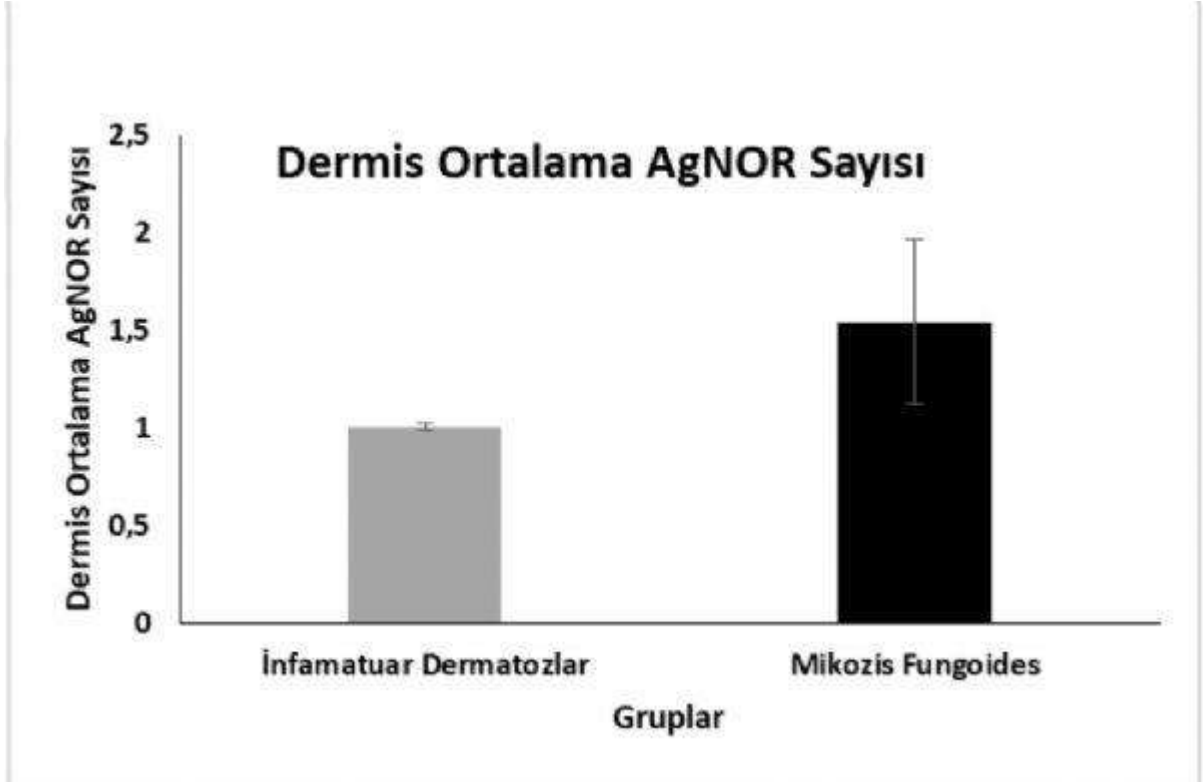
ANAHTAR KELİMELEER: AgNOR, deri lenfomaları, inflamatuvar dermatozlar

RESİM 1



İnflamatuvar dermatozlar ve MF grubundaki bireylerin ortalama epidermis AgNOR sayısı kıyaslaması

RESİM 2



İnflamatuvar dermatolojiler ve MF grubundaki bireylerin ortalama dermis AgNOR sayısı kıyaslaması



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-16][KABUL:SÖZLÜ]

**ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR SAĞLIK MERKEZİNDEKİ ERKEN EVRE MİKOZİS FUNGOİDES
HASTALARININ TANI, TEDAVİ VE PROGRESYON ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: 15
YILLIK RETROSPEKTİF ANALİZ**

Ahmet Soyugür, Murat Orhan Öztaş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ:

Dermatolojideki "büyük taklitçilerden" biri olarak bilinen MF, kutanöz T hücreli lenfomaların en yaygın alt tipidir. Hastaların büyük çoğunluğu erken evrede tanı almakta olup, bu durum hastalığa bağlı mortalite oranını düşük tutmaktadır. Ancak, dirençli kaşıntı ve tekrarlayan lezyonlar gibi semptomlar hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca, erken evre hastalarda da hastalık seyri boyunca nüks veya progresyon görülebilmektedir. Bu çalışma, merkezimizdeki erken evre MF hastalarının demografik ve klinik özelliklerini, hastalık seyri boyunca yaşanan değişiklikleri, tedavi yanıtlarını ve nüks/progresyon dinamiklerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Elde edilen bulguların, erken evre MF yönetiminde takip stratejilerinin ve hasta bakım süreçlerinin iyileştirilmesine katkı sağlaması hedeflenmektedir.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya üçüncü basamak sağlık merkezimizde, MF konusunda deneyimli dermatologlar tarafından takip edilen 140 erken evre MF hastası dahil edilmiş olup bu hastaların demografik verileri, tanısal süreçleri, klinik ve laboratuvar bulguları, takip süreleri, uygulanan tedaviler ve yanıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Elde edilen veriler, istatistiksel analiz yöntemleriyle değerlendirilip yorumlanmıştır.

BULGULAR:

Örneklem grubumuzda her iki cinsiyetten eşit sayıda hasta yer almıştır. Tanı yaşı ortalaması 49,2 yıl olup, hastaların tanı yaşları 19 ile 82 yıl arasında değişmektedir. Ortalama takip süresi 6,2 yıl olarak hesaplanmış olup, hastalar 1 ile 26 yıl arasında değişen sürelerde takip edilmiştir. Hastaların %76,4'ünün (n=107) tanı anındaki evresinin IA, %21,4'ünün (n = 30) IB ve %2,2'sinin (n = 3) IIA olduğu saptanmıştır. Hastaların ortalama mSWAT skoru 7,5 olarak



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

hesaplanmıştır. Başlangıç tedavisi olarak hastaların %94,3'ü (n = 132) deriye yönelik tedavi, %3,6'sı (n = 5) sistemik tedavi ve %2,1'i (n = 3) kombine tedavi almıştır. Hastaların %53,6'sında (n = 75) başlangıç tedavisine tam yanıt gözlenirken, %34,3'ünde (n = 48) kısmi yanıt, %9,3'ünde (n = 13) stabil hastalık ve %0,7'sinde (n = 1) hastalıkta progresyon izlenmiştir.

SONUÇ:

Erken evre MF hastalarının düzenli ve önerilen sıklıkta takibi, hastalığın ilerlemesini ve nükslerini önlemede büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın bulguları, hastalardaki klinik özellikleri; tedavi yanıtları ve progresyon gibi parametrelerle ilişkilendirerek MF'nin erken evrede yönetimine dair mevcut literatüre katkı sağlamaktadır. Daha geniş hasta gruplarında ve uzun süreli takiplerle yapılacak ileri çalışmalar, hastalığın seyrini ve takip algoritmalarını daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Kutanöz lenfoma, mikozis fungoides, prognoz, sağkalım

KAYNAKLAR: 1. Hodak E, Sherman S, Papadavid E, Bagot M, Querfeld C, Quaglino P, et al. Should we be imaging lymph nodes at initial diagnosis of early-stage mycosis fungoides? Results from the PROCLIP international study. Br J Dermatol. 2021;184 (3):524–31. doi:10.1111/bjd.19303.

2. Scarisbrick JJ, Quaglino P, Prince HM, Papadavid E, Hodak E, Bagot M, et al. The PROCLIP international registry of early-stage mycosis fungoides identifies substantial diagnostic delay in most patients. Br J Dermatol. 2019;181 (2):350–7. doi:10.1111/bjd.17258.

3. Larocca C, Kupper T. Mycosis fungoides and Sézary syndrome: An update. Hematol Oncol Clin North Am. 2019;33 (1):103. PMID: 7147244.

4. Maguire A, Puelles J, Raboisson P, Chavda R, Gabriel S, Thornton S. Earlystage mycosis fungoides: Epidemiology and prognosis. Acta Derm Venereol. 2020;100 (1). doi:10.2340/00015555-3309.

5. Specht L, Skov L. Cutaneous lymphomas. Clin Oncol. 2019;31 (11):797–807. doi:10.1016/j.clon.2019.08.006.

6. Bradford PT, Devesa SS, Anderson WF, Toro JR. Cutaneous lymphoma incidence patterns in the United States: A population-based study of 3,884 cases. Blood. 2009;113 (21):5064. PMID: 2686177.

7. Willemze R, Cerroni L, Kempf W, Berti E, Facchetti F, Swerdlow SH, et al.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

The 2018 update of the WHO-EORTC classification for primary cutaneous lymphomas. Blood. 2019;133 (16):1703. PMID: 6473500.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-17][KABUL:SÖZLÜ]

**PEMFIGUS VULGARİS HASTALARINDA TZANCK YAYMA BULGULARININ HASTALIK
AKTİVİTESİYLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zeynep Arslan¹, Vefa Aslı Erdemir², Mehmet Salih Gürel²

¹Bursa İznik Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Bursa

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji ABD, İstanbul

AMAÇ:

Pemfigus vulgaris (PV), deri ve mukozaları tutabilen, intraepidermal büller ve büllerin açılmasıyla oluşan erode lezyonlarla karakterize, hayati tehdit edebilen nadir otoimmün büllöz bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı PV hastalarında ucuz ve kolay bir yöntem olan Tzanck yayma ile elde edilen bulguların hastalık aktivitesiyle ilişkisini ve klinik seyrinde prognostik önemini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamıza Mayıs 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında Dermatoloji Kliniği'ne başvuran PV hastaları dahil edildi. Pemfigusa ait vezikül/bül/erode lezyonu olan hastaların pemfigus hastalık alan indeksi (PDAİ), lezyonlardan alınan Tzanck yayma bulguları ve rutin takiplerinde istenen desmoglein düzeyleri değerlendirildi. Tzanck yayma preparatlarında tüm lam taranarak akantolitik hücre sayımı yapıldı ve buna göre 1 ile 4 arası puanlandı (1 puan: 1-3 hücre, 2 puan: 4-10 hücre, 3 puan: 11-20, 4 puan: >21 hücre veya hücre kümeleri). Anti-desmoglein antikör düzeyleri enzyim-linked immunosorbent assay (ELISA) yöntemiyle çalışıldı.

BULGULAR:

Çalışmamızda PV aktif lezyonlarından alınan örnekler Tzanck yaymadaki akantolitik hücre sayısına göre puanlandığında Tzanck yayma puanının hastalığın klinik aktivitesi ($p<0,001$), PDAİ ($r:0,266$; $p:0,001$), anti-dsg1 düzeyi ($1:0,606$, $p<0,001$), anti-dsg3 düzeyi ($r:0,492$, $p<0,001$) ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdiği saptandı. Hastalık aktivitesini öngörmede %75 sensitivite ve spesifiteyle Tzanck yayma puanının anti-dsg1, anti-dsg3 ve PDAİ ile karşılaştırıldığında en iyi parametre olduğu görüldü. Ayrıca hastalığın aktif olmayan dönemlerinde ortaya çıkan lezyonlardan alınan örneklerin Tzanck yayma puanının hastalığın



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

aktivasyonu ile korelasyon gösterdiği saptandı ($p<0,001$).

SONUÇ:

Tzanck yaymadaki akantolitik hücre yoğunluğu PV hastalarında hastalık aktivitesi ile korele bulunmuştur. Ayrıca hastalığın remisyonda iken aktivasyon evresine ilerleyişinin öngörülmesinde kullanılabileceği gösterilmiştir. Çalışmamız Tzanck yayma gibi ucuz, hızlı, güvenilir, basit bir yöntemin PV hastalarında hastalık aktivitesini saptamada güvenilir ve anlamlı olduğunun gösterilmesine katkıda bulunmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: pemfigus vulgaris, Tzanck yayma, sitoloji, hastalık aktivitesi, prognostik faktör

KAYNAKLAR: 1. Murrell DF, Peña S, Joly P, Marinovic B, Hashimoto T, Diaz LA, et al. Diagnosis and management of pemphigus: Recommendations of an international panel of experts. J Am Acad Dermatol. 2020;82(3):575–585.e1.

2. Delavarian Z, Layegh P, Pakfetrat A, Zarghi N, Khorashadizadeh M, Ghazi A. Evaluation of desmoglein 1 and 3 autoantibodies in pemphigus vulgaris: correlation with disease severity. J Clin Exp Dent. 2020;12(5):e440–e445.

3. Hertl M, Jedlickova H, Karpati S, Marinovic B, Uzun S, Yayli S, et al. Pemphigus. S2 Guideline for diagnosis and treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(3):405–414.

4. Harman KE, Brown D, Exton LS, Groves RW, Hampton PJ, Mohd Mustapa MF, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of pemphigus vulgaris 2017. Br J Dermatol. 2017;177(5):1170–1201.

5. Hallaji Z, Mortazavi H, Lajevardi V, Tamizifar B, Amirzargar A, Daneshpazhooh M, et al. Serum and salivary desmoglein 1 and 3 ELISA in pemphigus vulgaris: correlation with phenotype and severity. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24(3):275–280.

6. Kumar B, Arora S, Kumaran MS, Jain R, Dogra S. Study of desmoglein 1 and 3 antibody levels in relation to disease severity in Indian patients with pemphigus. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2006;72(3):203–206.

7. Mortazavi H, Shahdi M, Amirzargar AA, Naraghi ZS, Valikhani M, Daneshpazhooh M, et al. Desmoglein ELISA in diagnosis and correlation with severity of pemphigus vulgaris. Iran J Allergy Asthma Immunol. 2009;8(1):53–56.

8. Kasperkiewicz M, Ellebrecht CT, Takahashi H, Yamagami J, Zillikens D, Payne AS, et al. Pemphigus. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17026.

9. Ruocco E, Brunetti G, Del Vecchio M, Ruocco V. Practical use of cytology in dermatology. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011;25(2):125–129.



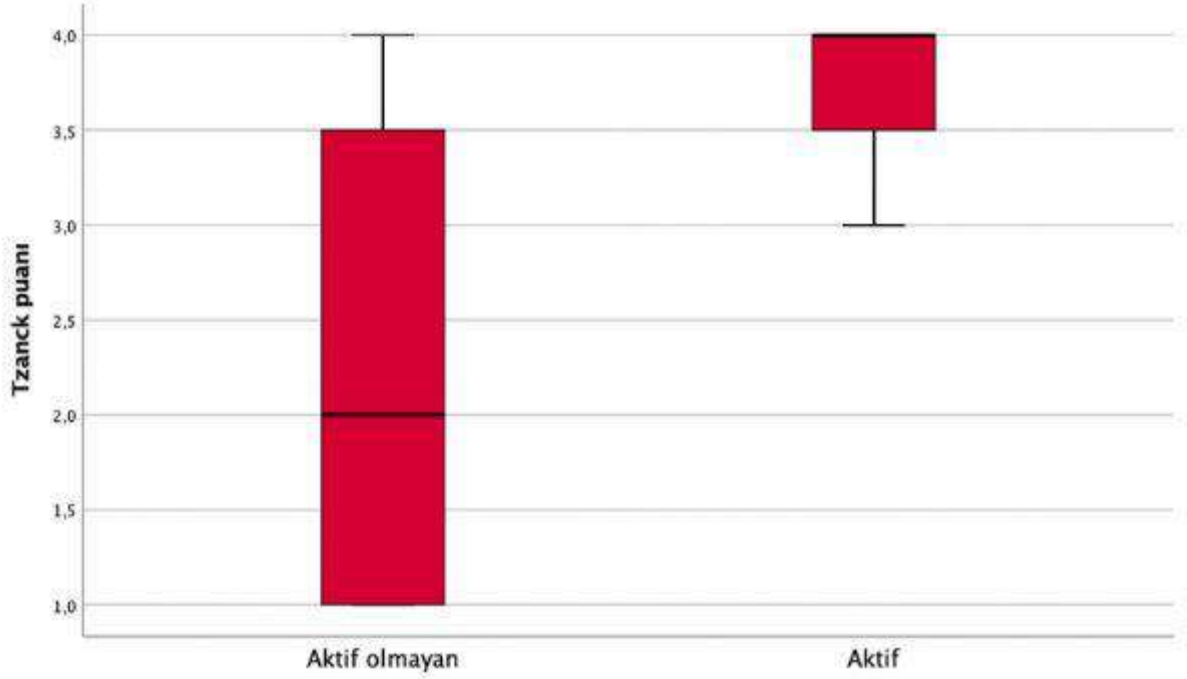
**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

10. Ruocco E, Baroni A, Donnarumma G, Ruocco V. Diagnostic procedures in dermatology. *Clin Dermatol.* 2011;29(5):548–556.
11. Aithal V, Kini U, Jayaseelan E. Role of DIF on Tzanck smears in pemphigus vulgaris. *Diagn Cytopathol.* 2007;35(7):403–407.
12. Rosenbach M, Murrell DF, Bystryk JC, Dulay S, Dick S, Fakhrazadeh S, et al. Reliability and convergent validity of two outcome instruments for pemphigus. *J Invest Dermatol.* 2009;129(10):2404–2410.
13. Harman KE, Seed PT, Gratian MJ, Bhogal BS, Challacombe SJ, Black MM. Severity of pemphigus correlates with Dsg1 and Dsg3 antibody levels. *Br J Dermatol.* 2001;144(4):775–780.
14. De D, Khullar G, Handa S, Joshi N, Saikia B, Minz RW. Correlation between salivary and serum anti-Dsg1 and Dsg3 titers in PV. *Clin Exp Dermatol.* 2017;42(6):648–650.
15. Daneshpazhooh M, Chams-Davatchi C, Khamesipour A, Mansoori P, Taheri A, Firooz A, et al. Dsg1 and Dsg3 ELISA in Iranian PV patients: correlation with phenotype and disease activity. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21(10):1319–1324.
16. Russo I, De Siena FP, Saponeri A, Alaibac M. Evaluation of Dsg1 and Dsg3 antibody titers at diagnosis and remission in pemphigus. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(46):e8801.
17. Harman KE, Gratian MJ, Bhogal BS, Challacombe SJ, Black MM. Study of Dsg1 autoantibodies in PV: racial frequency and phenotype. *Br J Dermatol.* 2000;143(2):343–348.
18. Verma KK, Khaitan BK, Singh MK. Antibody deposits in Tzanck smears in PV. *J Cutan Pathol.* 1993;20(4):317–319.
19. Ruocco V, Coscia-Porrazzi L, Pisani M. Cytodiagnosis in oral PV: A study of 30 cases. *J Dermatol.* 1984;11(6):535–540.
20. Blank H, Burgoon CF. Abnormal cytology of epithelial cells in PV: a diagnostic aid. *J Invest Dermatol.* 1952;18(3):213–223.
21. Eryilmaz A, Durdu M, Baba M, Yıldırım FE. Diagnostic reliability of Tzanck smear in dermatologic diseases. *Int J Dermatol.* 2014;53(2):178–186.
22. Durdu M, Baba M, Seçkin D. Value of Tzanck test in diagnosis of vesiculobullous and pustular lesions. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(6):958–964.
23. Zhou T, Fang S, Li C, Hua H. Comparative study of IIF, ELISA, and Tzanck smear in pemphigus. *J Oral Pathol Med.* 2016;45(10):786–790.
24. Mokhtari M, Rasolmali R, Kumar PV. PV of skin: cytological findings and pitfalls. *Acta Cytol.* 2012;56(3):310–314.
25. Endo Y, et al. Gingivitis and Tzanck smear insights. *Quintessence Int.* 2008;39(4):11.
26. Daneshpazhooh M, Zafarmand Sedigh V, Balighi K, Hosseini SH, Ramezani A, Kalantari MS, et al. Immunologic prediction of relapse in PV patients in remission. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(6):1160–1165.

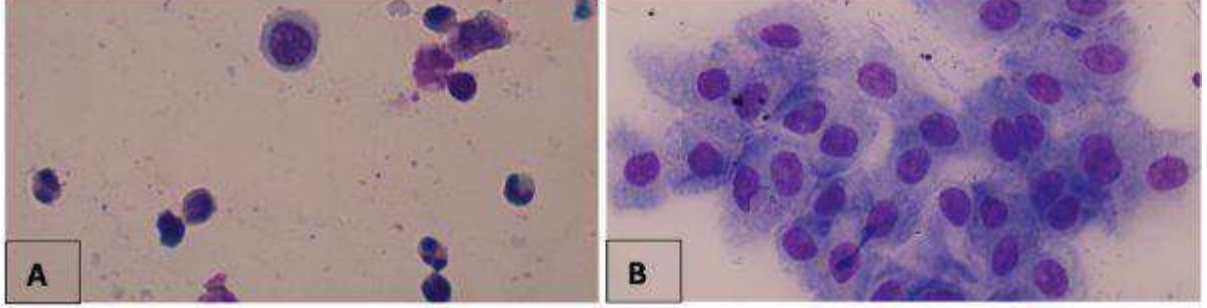
27. Abasq C, Mouquet H, Gilbert D, Tron F, Grassi V, Musette P, et al. ELISA testing of anti-Dsg1 and 3 antibodies in PV management. Arch Dermatol. 2009;145(5):529–535.
28. Ratnam KV, Pang BK. Value of negative DIF in managing PV remission. J Am Acad Dermatol. 1994;30(4):547–550.

GRAFİK 1



Tzanck yayma puanı ile hastalığın klinik aktivitesinin karşılaştırılması.

RESİM 1



A. Klinik olarak aktif olmayan gruptaki bir PV hastasından alınan yayma örneği. Tek bir akantolitik hücre ve etrafında enflamatuvar hücreler. B. Şiddetli klinik ile seyreden bir PV hastasının Tzanck yayması. Küme yapmış çok sayıda akantolitik hücre, akantolitik hücreler tüm alanı doldurmakta, x100.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-18][KABUL:SÖZLÜ]

**DİPEPTİDİL PEPTİDAZ-4 İNHİBİTÖRÜ İLE İLİŞKİLİ VE İLAÇ İLİŞKİLİ OLMAYAN KLASİK BÜLLÖZ
PEMFİGOİD HASTALARINDA KLİNİK, HİSTOPATOLOJİK VE DİREKT İMMÜNOFLORESAN
BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI**

Ferdi Öztürk¹, Sıdar İlik¹, Ümmühan Şeker¹, Serkan Yazıcı¹, Kenan Aydoğan¹, Emel Bülbül Başkan¹, Şaduman Balaban Adım², Hatice Ortaç³, Hayriye Sarıcaoğlu¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

³Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Bursa

AMAÇ:

Büllöz pemfigoid, 60 yaş üzerindeki bireylerde en sık görülen otoimmün büllöz deri hastalığıdır. Olguların büyük çoğunluğu spontan olarak gelişmekle birlikte, bazı olgular çeşitli ilaç grupları tarafından tetiklenebilmektedir. 2011 yılından itibaren, dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörleri (gliptinler) ile ilişkili büllöz pemfigoid olguları bildirilmiştir. DPP-4 inhibitörleri ile ilişkili gelişen olgular ile spontan gelişen olgular arasında klinik, histopatolojik ve immünofloresan bulguları açısından farklılıklar bulunduğunu bildiren çalışmalar sınırlı sayıdadır.

Bu çalışmanın amacı, DPP-4 inhibitörleri ile ilişkili olarak gelişen ve spontan gelişen büllöz pemfigoid olgularını; klinik, histopatolojik ve direkt immünofloresan (DIF) boyanma paternleri açısından karşılaştırmak ve ayrıca farklı gliptin türlerinin bu parametreler üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD:

Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra, Ocak 2012 ile Mayıs 2024 tarihleri arasında kliniğimizde klinik ve histopatolojik olarak büllöz pemfigoid tanısı almış 204 hastanın elektronik hasta kayıtları retrospektif olarak incelendi. Gliptin dışındaki ilaçlarla ilişkili olduğu düşünülen ve hem klinik hem de histopatolojik kriterleri karşılamayan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Hastaların yaş, cinsiyet, DPP-4 inhibitörü kullanım durumu ve tipi; lezyonların anatomik dağılımı; uygulanan tedavi protokolleri ve süreleri; eşlik eden hastalıklar; DIF boyanma paternleri; total IgE, eozinofil, hemoglobin, trombosit düzeyleri; kaşıntı varlığı ve klinik



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

prezantasyon tipi (tipik/atipik) kayıt altına alındı.

Tüm analizler SPSS 25.0 programıyla yapıldı. Çalışmada sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro-Wilk testiyle değerlendirildi. Grup karşılaştırmalarında dağılıma göre uygun istatistiksel testler (Mann Whitney U, ANOVA, Kruskal-Wallis, Bonferroni, Dunn-Bonferroni) kullanıldı. Kategorik değişkenler için Pearson Ki-Kare testi, Fisher'ın kesin Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi uygulandı. Anlamlılık düzeyi %5 olarak kabul edildi.

BULGULAR:

Toplam 204 hastanın yaş ortalaması $72,13 \pm 10,8$ yıl olup yaş aralığı 31–98 yıl arasında değişmekteydi. Hastaların %63,2'si kadın ($n=129$), %36,8'i erkekti ($n=75$). Gliptin kullanan hasta sayısı 67 idi. Bu hastalardan 44'ü (%65,7) vildagliptin, 14'ü (%20,9) linagliptin, 6'sı (%9) sitagliptin ve 3'ü (%4,5) saksagliptin kullanmaktaydı. Mukozal tutulum hastaların %22,1'inde gözlemlendi. Klinik olarak olguların %92,6'sı tipik prezantasyon ile başvurmuştu.

Gliptin kullanan hasta grubunda gövdede tutulum oranı %92.5 ve gliptin kullanmayan hasta grubunda ise %79.5 olup, gliptin kullanan hasta grubunda gövdede tutulum oranının daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,018$). Hipertansiyon ($p=0,001$), kardiyovasküler hastalık ($p=0,020$) ve anemi ($p=0,041$) gliptin kullanan grupta anlamlı olarak daha yüksek oranlarda gözlemlendi. Gliptin ile indüklenen büllöz pemfigoid olguları ile gliptinle ilişkili olmayan (spontan gelişen) olgular arasında DIF boyanma paternleri (C3c, IgG, IgA, fibrinojen) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Farklı gliptin türleri arasında azatioprin kullanımı ($p=0,030$) ve anemi varlığı ($p=0,014$) açısından anlamlı fark saptandı. Özellikle sitagliptin ve vildagliptin kullanan hastalarda anemi oranı daha yüksekti.

SONUÇ:

Gliptinlerle ilişkili büllöz pemfigoid olgularında gövdede tutulum, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık ve anemi oranları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bu olgularda ayrıca erkek cinsiyet, gövde ve saçlı deri tutulumu ile eozinofil sayısının da daha yüksek olduğu belirtilmiştir ancak çalışmamızda gliptin kullanan grupta yalnızca gövde tutulumu istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Farklı gliptin türleriyle tetiklenen olgular arasında klinik pratiğe yansiyacak düzeyde belirgin bir farklılık gözlenmemiştir. Klinik farklılıkların daha iyi anlaşılabilmesi için daha büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELER: Büllöz pemfigoid, DPP-4 inhibitörü, gliptin, otoimmün büllöz hastalık

KAYNAKLAR: 1)Kridin K. Dipeptidyl-peptidase IV inhibitors (DPP4i)-associated bullous pemphigoid: Estimating the clinical profile and exploring intraclass differences. Dermatol Ther. 2020 Jul;33(4):e13790. doi: 10.1111/dth.13790. Epub 2020 Jul 14. PMID: 32506731.

2)Chouchane K, Di Zenzo G, Pitocco D, Calabrese L, De Simone C. Bullous pemphigoid in diabetic patients treated by gliptins: the other side of the coin. J Transl Med. 2021 Dec 20;19(1):520. doi: 10.1186/s12967-021-03192-8. PMID: 34930319; PMCID: PMC8691092.

3)Reolid A, Muñoz-Aceituno E, Rodríguez-Jiménez P, González-Rojano E, Llamas-Velasco M, Fraga J, Daudén E. Bullous pemphigoid associated with dipeptidyl peptidase-4 inhibitors. A case series and analysis of cases reported in the Spanish pharmacovigilance database. Int J Dermatol. 2020 Feb;59(2):197-206. doi: 10.1111/ijd.14658. Epub 2019 Oct 12. PMID: 31605541.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-19][KABUL:SÖZLÜ]

PSORİASİS HASTALARININ AŞILANMA KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşen Yılmaz Umut, Yıldız Gürsel Ürün

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Edirne

AMAÇ:

Psoriasis, genetik yatkınlığa sahip bireylerde çevresel tetikleyicilerin de etkisi ile ortaya çıkabilen kronik inflamatuvar cilt hastalığıdır. Psoriasis hastalarında hem eşlik eden komorbiditeler hem de tedavide kullanılan immünsüpresif ilaçların etkisiyle sistemik enfeksiyonlara eğilim artmaktadır. Psoriasis hastalarına influenza, pnömokok, zona, kızamık-kabakulak-kızamıkçık (KKK), tetanoz ve riskli gruptaki kişilere hepatit B (hepB), hepatit A (hepA) aşılarını yaptırmaları önerilmektedir. Bu açıdan psoriasis olgularında koruyucu hekimlik daha fazla önem kazanmaktadır. Aşı ile önlenebilen enfeksiyonların azaltılması etkin bir aşılama bilinci ve programı ile sağlanabilir. Bu çalışma ile hem hastaların hem de hekimlerin aşılama konusunda farkındalıklarının ortaya çıkarılması, hastaların doğru bilgilendirilmesinin sağlanması ve aşılama konusunda dikkat edilecek hususların belirlenmesi, psoriasis alan şiddet indeksi (PAŞİ), dermatoloji yaşam kalite indeksi (DYKİ) ve kısa form 36 (SF-36)'nın aşılama oranları üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamıza klinik ve histopatolojik olarak psoriasis tanısı alan toplam 320 hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, hastalık şiddeti (PAŞİ), geçmişte ve şu anda kullanılan tedaviler, hastalığın veya tedavilerin yaşam kalitesi üzerine etkisi (DYKİ ve SF-36), erişkin aşılama takvimi konusunda bilgi düzeyleri ve aşılama oranları anket yöntemi ile prospektif olarak incelendi.

BULGULAR:

Hastaların %50,9'u (n=163) kadındı, yaş ortalaması 47.0 yıl idi. Hastaların %55,9'unun (n=179) en az bir komorbiditesi vardı. Eşlik eden hastalıklar arasında en sık görülen hipertansiyon (%25,9, n=83) olarak bulundu. Psoriatik artrit (PsA) sıklığı %20,6 (n=66), tırnak tutulumu sıklığı %54,7 (n=175) idi. Hastaların %46,9'unun (n=150) biyolojik tedavi, %33,1'inin (n=106) konvansiyonel tedavi aldığı görüldü (Tablo1). Aşılama oranları; hepB için %70,4 (n=225),



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

hepA için %7,2 (n=23), erişkin tipi Difteri-Tetanoz için %83,7 (n=268; %73,4'ü son 10 yıl içerisinde), pnömokok için %10,6 (n=34), influenza için %25,3 (n=81; %6,9'u her yıl), meningokok için %2,8 (n=9), boğmaca için %16,6 (n=53), KKK için %35,3 (n=113), varicella için %29,4 (n=94), zona için %0,6 (n=2) olarak bulundu (Tablo2). Hastaların yaklaşık üçte ikisi aşı olma önerisi almıştı (%65,0, n=208). Aşılama önerisi alanların %73,1'ine (n=152) öneri dermatolog tarafından yapılmıştı (Şekil1). Aşı olma önerisi almadığını belirten %35 (n=112) hastanın aşılama sebepleri sorulduğunda 'aşıdan haberdar değildim' (%39,7, n=127) ilk sırada yer aldı. Canlı ve ölü aşı arasındaki farkı bildiğini belirten hasta oranı %13,4 (n=43), 'Biyolojik ajan kullanırken canlı aşı yaptırabilir misiniz?' sorusuna 'Evet' yanıtı verenlerin oranı %54,4 (n=174) olarak bulundu. Hastaların %7,5'i (n=24) aşı sonrası yan etki geliştiğini ifade etti. Gelişen yan etkilerin çoğunluğu lokal, aşı yeri reaksiyonuydu (%79,2, n=19). Hastaların PAŞİ skorları ile DYKİ skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde (Spearman's rho = 0,428) ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (p<0,01). PAŞİ skorları ile SF-36 enerji (Spearman's rho = -0,125), SF-36 duygusal esenlik (Spearman's rho = -0,128) ve SF-36 genel sağlık (Spearman's rho = -0,111) skorları arasında negatif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptandı (tümü için p<0,05) (Şekil 2).

SONUÇ:

Çalışmamızda psoriasis hastaları için kılavuzlarda önerilen aşılama programına uyulmadığı; klinik pratikte daha çok tavsiye ettiğimiz hepB dışında yüksek oranlarda aşılanmanın olmadığı görülmüştür. Bu konuda hem hastaların hem de hekimlerin farkındalıklarının daha yüksek olması gerektiğini düşünüyoruz.

ANAHTAR KELİMELEER: Psoriasis, Aşılama, Psoriasis alan ve şiddet indeksi

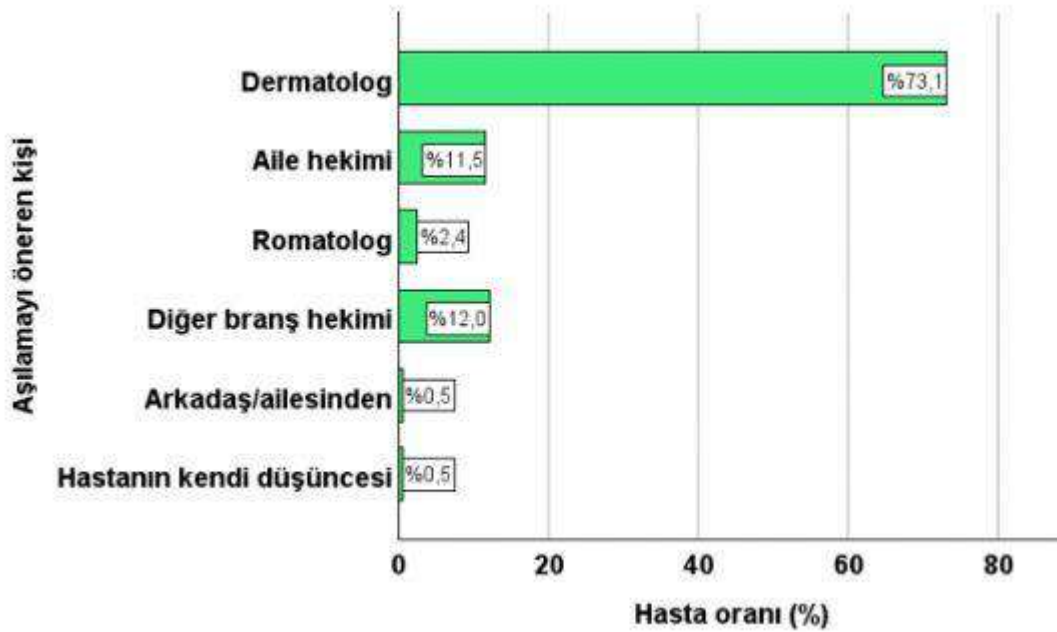
KAYNAKLAR: 1. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet 2015;386(9997):983-94.

2. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. Int J Mol Sci. 2019;20(6).

3. Lejri-El Euch H, Chirpaz E, Foucher A, Sultan-Bichat N, Randrianjohany A, Poubeau P, et al. Vaccination against influenza and pneumococcal infections in patients with autoimmune disorders under biological therapy: Coverage and attitudes in patients and physicians. Eur J Intern Med 2019;69:25-31.

4. Summa C, Patel P, Kesselman MM, Demory Beckler M. Psoriasis: To Vaccinate or Not to Vaccinate? Cureus 2021;13(6):e15860.

ŞEKİL 1. AŞILAMA ÖNERİSİNİN ALINDIĞI KİŞİLERİN DAĞILIMI



ŞEKİL 2. ÖLÇEK PUANLARI VE BİREYSEL ÖZELLİKLER ARASINDAKİ KORELASYONLAR

	DYKI	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	Yaş (yıl)	VKI (kg/m ²)
PAŞİ	,428 ^a	-,031	-,086	-,080	-,125 ^b	-,128 ^b	-,095	-,041	-,111 ^b	-,051	,139 ^b
DYKI		-,097	-,293 ^a	-,193 ^a	-,181 ^a	-,228 ^a	-,235 ^a	-,239 ^a	-,192 ^a	-,151 ^a	,047
(1)			,322 ^a	,147 ^a	,055	,054	,243 ^a	,365 ^a	,345 ^a	-,302 ^a	-,241 ^a
(2)				,265 ^a	,260 ^a	,280 ^a	,349 ^a	,363 ^a	,258 ^a	,024	-,035
(3)					,176 ^a	,171 ^a	,153 ^a	,159 ^a	,173 ^a	,061	-,059
(4)						,596 ^a	,210 ^a	,218 ^a	,095	-,004	-,001
(5)							,331 ^a	,211	,123 ^b	,049	-,088
(6)								,368 ^a	,121 ^b	-,037	-,158 ^a
(7)									,339 ^a	-,131 ^b	-,132 ^b
(8)										-,007	-,056
Yaş (yıl)											,388 ^a

(1) SF-36 Fiziksel işlevsellik; (2) SF-36 Fiziksel sağlık sorunları nedeniyle rol kısıtlamaları; (3) SF-36 Duygusal sorunlar nedeniyle rol kısıtlamaları; (4) SF-36 Enerji; (5) SF-36 Duygusal esenlik; (6) SF-36 Sosyal işlevsellik; (7) SF-36 Ağrı; (8) SF-36 Genel sağlık

VKI: Vücut kütle indeksi, PAŞİ: Psöriasis Alan Şiddet İndeksi, DYKI: Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi, SF: Short form.

^ap<0,01, ^bp<0,05



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TABLO 1. HASTALIK SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Psoriasis hastası (n=320)		n (%)
Psoriasis süresi (yıl)	<5	88 (27,5)
Psoriasis süresi (yıl)	5-10	40 (12,5)
Psoriasis süresi (yıl)	>10	192 (60,0)
Psoriasis alt tipi	Plak	287 (89,7)
Psoriasis alt tipi	Palmoplantar püstüler	18 (5,6)
Psoriasis alt tipi	Palmoplantar plak	11 (3,4)
Psoriasis alt tipi	Diğer	4 (1,3)
Psoriatik artrit		66 (20,6)
Tırnak tutulumu		175 (54,7)
Birinci derece akrabalarda psoriasis öyküsü		113 (35,3)
Başvuru sırasında alınan tedaviler*		
Başvuru sırasında alınan tedaviler*	Topikal tedavi	61 (19,1)
Başvuru sırasında alınan tedaviler*	Konvansiyonel tedavi	106 (33,1)
Başvuru sırasında alınan tedaviler*	Fototerapi	3 (0,9)
Başvuru sırasında alınan tedaviler*	Biyolojik tedavi	150 (46,9)
Önceden alınan tedaviler*		
Önceden alınan tedaviler*	Topikal tedavi	263 (82,2)
Önceden alınan tedaviler*	Konvansiyonel tedavi	168 (52,5)
Önceden alınan tedaviler*	Fototerapi	20 (6,3)



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Önceden alınan tedaviler*	Biyolojik tedavi	35 (10,9)
Başvuru sırasında immünsüpresif tedavi alanlar		237 (74,1)
İmmünsüpresif tedavi öyküsü		145 (45,3)
İmmünsüpresif tedavi altında hastane yatış öyküsü		0 (0,0)

*Birden fazla tedavi alan hastalar var Konvansiyonel tedavi: Asitretin, Metotreksat, Siklosporin, Apremilast, Fototerapi: Dar bant UVB, PUVA, Biyolojik ajan: TNF- α , IL12/23, IL-17, IL-23 inhibitörleri, Diğer: İzole tırnak, izole genital, izole mukozal psoriasis, Tırnak tutulumu: pitting, lökonişi, lunulada kırmızı lekeler, tırnak plağının ufalanması, onikoliz, yağ damlası, splinter hemoraji.

TABLO 2. AŞILAR İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Psoriasis hastası (n=320)		n (%)
Hbsag		8 (2,5)
Anti-Hbs		216 (67,9)
Anti-Hbc IgG		63 (19,7)
Anti-HCV		5 (1,6)
Aşı olma önerisi alma		208 (65,0)
Hepatit B aşısı olma	Evet çocukluk aşısı olarak	52 (16,3)
Hepatit B aşısı olma	Evet sonradan hastalığım sonrası oldum	173 (54,1)
Hepatit B aşısı olma	Hayır	95 (29,7)
Hepatit A aşısı olma	Evet çocukluk aşısı olarak	22 (6,9)



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Hepatit A aşısı olma	Evet sonradan hastalığım sonrası oldum	1 (0,3)
Hepatit A aşısı olma	Hayır	297 (92,8)
Td aşısı olma	Evet son 10 yıl içerisinde	235 (73,4)
Td aşısı olma	Evet 10 yıldan fazla zaman önce	33 (10,3)
Td aşısı olma	Hayır	52 (16,3)
Pnömonokok aşısı olma	Evet	34 (10,6)
İnfluenza aşısı olma	Evet, her yıl	22 (6,9)
İnfluenza aşısı olma	Evet ara sıra	59 (18,4)
İnfluenza aşısı olma	Hayır	239 (74,7)
Meningokok aşısı olma	Evet	9 (2,8)
Boğmaca aşısı olma	Evet	8 (2,5)
Boğmaca aşısı olma	Hayır	267 (83,4)
Boğmaca aşısı olma	Çocukluk döneminde oldum	45 (14,1)
COVID-19 aşısı olma	Evet, Sinovac/Coronovac	35 (10,9)
COVID-19 aşısı olma	Evet, Sinovac/Coronovac ve Pfizer/BioNTech	72 (22,5)
COVID-19 aşısı olma	Evet, Pfizer/BioNTech	196 (61,3)
COVID-19 aşısı olma	Hayır	17 (5,3)



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı olma	Evet	113 (35,3)
Varicella aşısı olma	Evet	81 (25,3)
Varicella aşısı olma	Hayır	143 (44,7)
Varicella aşısı olma	Çocukluk döneminde geçirdim	83 (25,9)
Varicella aşısı olma	Çocukluk döneminde aşı oldum	13 (4,1)
Herpes zoster aşısı olma	Evet	2 (0,6)
Aşı olmama sebebi	Aşıdan haberdar değildim	127 (39,7)
Aşı olmama sebebi	Risk altında değilim, sağlıklıyım	80 (25,0)
Aşı olmama sebebi	Aşıların işe yaradığına inanmıyorum	3 (0,9)
Aşı olmama sebebi	Aşıların yan etkilerinden korkuyorum	10 (3,1)
Aşı olmama sebebi	Aşılar çok pahalı, temin edemiyorum	0 (0,0)
Aşı olmama sebebi	Doktor aşı yapılmasını önermedi	100 (31,3)
Hastalar tarafından bildirilen aşı sonrası yan etki gelişimi		24 (7,5)
Canlı ve ölü aşı arasındaki farkı bilme durumu	Evet	43 (13,4)
Canlı ve ölü aşı arasındaki farkı bilme durumu	Hayır	277 (86,6)
Biyolojik ajan alır iken canlı aşı yaptırabilir misiniz?	Evet	174 (54,4)



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Biyolojik ajan alır iken canlı aşı yaptırabilir misiniz?	Hayır	146 (45,6)
Biyolojik ajan kullanır iken ölü aşı yaptırabilir misiniz?	Evet	185 (57,8)
Biyolojik ajan kullanır iken ölü aşı yaptırabilir misiniz?	Hayır	135 (42,2)

Hbsag: Hepatit B virüs yüzey antijeni, Anti-Hbs: Hepatit B yüzey antikor, Anti-Hbc IgG: Hepatit B çekirdek antijenine karşı gelişen immünglobulin G antikor, Anti-HCV: Hepatit C virüs antikor, Td: Erişkin tipi Difteri-Tetanoz, COVID-19: Koronavirüs hastalığı-19.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-20][KABUL:SÖZLÜ]

**DERİ PRİCK TESTİ BULGULARININ RETROSPEKTİF İNCELEMESİ: 1002 OLGULUK ÜÇÜNCÜ
BASAMAK DENEYİMİ**

Başak Şişdağ, Mustafa Akın, Zafer Türkoğlu, Ezgi Aktaş

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Deri prick testi (DPT), alerjik hastalıkların tanısında sık kullanılan güvenilir bir yöntemdir. Bu çalışmada amaç, dermatoloji polikliniğinde DPT uygulanan hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi; test sonuçlarının klinik tanı, demografik veriler ve semptom süresi gibi parametrelerle ilişkilerinin analiz edilmesidir. Ayrıca, toplumumuzda yaygın duyarlılık gösteren alerjenlerin belirlenmesi ve DPT'nin tanısallık etkinliğinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif kesitsel çalışmaya, 2021–2024 yılları arasında dermatoloji polikliniğinde DPT uygulanan 1002 hasta dahil edilmiştir. Yaş, cinsiyet, semptom süresi, başvuru nedenleri, alerjik hastalıklar, atopi öyküsü ve test sonuçları hasta dosyalarından elde edilmiştir. Spesifik alerjenlere duyarlılık oranları ve test sonuçlarının klinik durumlarla ilişkisi istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 1002 olgunun yaş ortalaması $32,5 \pm 14,6$ yıl olup olguların %72,0'si kadın (n=721), %28,0'i erkektir (n=281). Hastaların DPT yapılmasına neden olan yakınmalarının ortalama süresi $9,3 \pm 5,9$ yıl olarak saptanmıştır. En sık başvuru nedeni kaşıntı (%67,7) olurken, bunu solunum yakınmaları (%16,9), kaşıntı ile birlikte solunum şikayetleri (%9,9), solunum-göz-kaşıntı kombinasyonları (%1,8) ve izole göz yakınmaları (%0,79) takip etmiştir. Klinik olarak hastaların %19,3'ünde ürtiker/anjioödem, %11,1'inde atopik dermatit ve %2,4'ünde nörotik kaşıntı saptanmıştır. DPT sonuçlarına göre hastaların %48,8'inde en az bir alerjene duyarlılık saptanırken, %51,2'sinde pozitiflik tespit edilmemiştir. En sık pozitiflik 1 (%13,4) veya 2 (%12,7) alerjenle sınırlı olmakla birlikte 6 ve üzeri alerjene duyarlı olan



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

bireylerin oranı %6,0 olarak belirlenmiştir. En yaygın duyarlılık gösterilen alerjenler *Dermatophagoides Pteronyssinus* (%23,8), *D. farinae* (%19,5), üzüm otu (%11,8), çayır çimen polenleri (%10,2) ve hamam böceği (%9,4) idi. Hastaların ortalama serum Total IgE düzeyleri 454.1 ± 1155.3 IU/mL, eozinofil yüzdeleri 0.22 ± 0.21 , mutlak eozinofil sayıları ise 223.8 ± 215.9 hücre/mm³ olarak hesaplandı. Total IgE düzeyi ile pozitif duyarlılık saptanan hamam böceği ($r = -0.177$, $p = 0.0003$), *D. farinae* ($r = -0.176$, $p = 0.0003$), *D. pteronyssinus* ($r = -0.141$, $p = 0.0041$), çayır-çimen poleni ($r = -0.133$, $p = 0.0067$) ve yumurta beyazı ($r = -0.108$, $p = 0.0273$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. Eozinofil yüzdesi açısından fındık ($r = 0.078$, $p = 0.017$), badem ($r = 0.074$, $p = 0.022$), yumurta beyazı ($r = 0.070$, $p = 0.029$), yumurta sarısı ($r = 0.063$, $p = 0.045$) ve tavuk eti ($r = 0.060$, $p = 0.050$) duyarlılıklarıyla anlamlı pozitif korelasyonlar izlendi. Ürtikeri olan hastalarda domates ($r = 0.081$, $p = 0.011$), badem ($r = 0.078$, $p = 0.013$), soya fasulyesi ($r = 0.073$, $p = 0.021$) ve balık eti ($r = 0.066$, $p = 0.037$) pozitiflikleri anlamlıydı. Nörotik kaşıntı öyküsü olanlarda ise tavuk eti ($r = 0.077$, $p = 0.015$) ve şeftali ($r = 0.072$, $p = 0.022$) ile zayıf fakat anlamlı korelasyonlar saptandı. Atopik dermatit öyküsü bulunan bireylerde yumurta sarısı pozitifliği anlamlı düzeyde daha sık izlendi ($r = 0.100$, $p = 0.0015$). Astım ve rinit öyküsü olan hastalarda çayır-çimen poleni ($r = 0.128$, $p < 0.0001$), üzüm otu ($r = 0.110$, $p = 0.0005$), *Alternaria alternata* ($r = 0.107$, $p = 0.0007$), *D. farinae* ($r = 0.107$, $p = 0.0007$) ve *D. pteronyssinus* ($r = 0.106$, $p = 0.0008$) gibi inhaler alerjenlere karşı pozitiflik anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ailede atopi öyküsü olan hastalarda yumurta beyazı ($r = 0.124$, $p = 0.00008$), yumurta sarısı ($r = 0.120$, $p = 0.00014$) ve yer fıstığı ($r = 0.103$, $p = 0.0011$) duyarlılıklarıyla pozitif korelasyon saptandı. Birden fazla alerjene pozitif yanıt veren bireylerde hastalık süresinin anlamlı şekilde daha uzun olduğu belirlendi ($r = 0.084$, $p = 0.006$). Hastalık süresi ile *D. farinae* ($r = 0.097$, $p = 0.009$) ve üzüm otu ($r = 0.066$, $p = 0.046$) pozitifliği arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı.

SONUÇ:

Çalışmamızda, DPT ile saptanan alerjen duyarlılıklarının, klinik bulgularla ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Özellikle *D. pteronyssinus* pozitifliğinin, rinit/astım semptomları ile olan ilişkisi dikkat çekicidir. Elde edilen bulgular, DPT'nin yalnızca alerjen duyarlılığını saptamakla kalmayıp, semptom-klinik korelasyonun belirlenmesinde de değerli bir tanısal araç olduğunu desteklemektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: astım, deri prick testi, *Dermatophagoides pteronyssinus*, total IgE



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1.Tezcan, D et al. "Retrospective evaluation of epidermal skin prick tests in patients living in Aegean region." *Allergologia et immunopathologia* vol. 31(4);2003: 226-30.
- 2.Dai, Lingman et al. "Investigation of Allergic Sensitizations in Children With Allergic Rhinitis and/or Asthma." *Frontiers in pediatrics* vol. 10; 2022: 842293.
- 3.Larenas-Linnemann, D E et al. "Patterns of skin prick test positivity in allergic patients: usefulness of a nationwide SPT chart review." *Allergologia et immunopathologia* vol. 39(6); 2011: 330-6.
- 4.Sönmez Tamer, Gül den, and Seyda Calışkan. "Kocaeli bölgesinde atopik hastalık semptomlari olan olgularda ev tozu akari alerji prevalansi" [Prevalence of house dust mite allergy in cases with atopic disease symptoms in Kocaeli province, Turkey]. *Mikrobiyoloji bulteni* vol. 43(2); 2009: 309-12.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-22][KABUL:SÖZLÜ]

MELANOM VE NON-MELANOM DERİ KANSERLERİNDE CHATGPT-4O'NUN TANISAL DOĞRULUĞU

Esranur Ünal¹, Saadet Nurşah Gedikli², Muhammed Burak Yücel²

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kayseri

AMAÇ:

Deri kanserlerinin erken teşhisinde yapay zeka destekli sistemlerin kullanımı giderek önem kazanmaktadır. Özellikle dermatolog sayısının yetersiz olduğu bölgelerde, yapay zeka modellerinin tanı sürecine katkı sağlaması umut vericidir. Bu çalışmada, ChatGPT-4o'nun makroskopik ve dermoskopik görüntüler kullanılarak melanom ve non-melanom deri kanserlerini teşhis etme doğruluğu ile lezyon yönetimi konusunda sunduğu öneriler değerlendirilmiştir.

MATERYAL-METOD:

Histopatolojik olarak doğrulanmış melanom veya non-melanom (bazal hücreli karsinom [BCC], skuamöz hücreli karsinom [SCC]) deri kanseri tanısı almış 90 hasta bu çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalardan yüz yüze gerçekleştirilen dermatolojik muayene sırasında makroskopik ve dermoskopik görüntüler elde edilmiştir. Değerlendirmenin ilk aşamasında yalnızca makroskopik görüntüler, ikinci aşamasında ise makroskopik ve dermoskopik görüntüler birlikte ChatGPT-4o modeline yüklenerek ön tanı alınmıştır. Ön tanının histopatolojik tanı ile uyuşmadığı durumlarda, modelden üç olası ayırıcı tanı istenmiştir. Elde edilen tanı, altın standart kabul edilen histopatolojik tanı ile karşılaştırılmış; tanısal doğruluk, bu uyum temel alınarak değerlendirilmiştir. Bu doğruluk, dört farklı düzeyde analiz edilmiştir: Top-1, yalnızca makroskopik görüntülere dayalı olarak elde edilen ön tanının histopatolojik tanıyla uyumu; Top-2, makroskopik ve dermoskopik görüntülere dayalı ön tanının histopatolojik tanıyla uyumu; Top-3, yalnızca makroskopik görüntüler üzerinden modelin sunduğu üç ayırıcı tanıdan en az birinin histopatolojik tanıyla eşleşmesi; Top-4 ise, makro ve dermoskopik görüntülere dayalı üç ayırıcı tanıdan herhangi birinin histopatolojik tanıyla uyumu olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, modele her vaka için yalnızca bir tedavi seçeneği belirlemesine izin verilmiş ve bu bağlamda önerdiği müdahale yöntemi kaydedilmiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

ChatGPT-4o modelinin tanısal doğruluğu genel olarak değerlendirildiğinde, Top-1 için %73,3; Top-2 için ise %66,6 olarak bulunmuştur. Dermoskopik görüntülerin makroskopik görüntülere eklenmesi doğruluk oranında bir düşüşe yol açmış, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ayırıcı tanılar dahil edildiğinde doğruluk oranı Top-3 için %75, Top-4 düzeyinde ise %76,6 olarak hesaplanmıştır. Dermoskopik görüntülerin eklenmesi, ayırıcı tanı doğruluğu açısından da anlamlı bir artış sağlamamıştır ($p > 0,05$). Tanısal doğruluk, hastalık gruplarına göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde şu bulgular elde edilmiştir: BCC için Top-1 %79,6 iken, Top-2'de %67,8'e düşmüş; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,065$). Top-3 %91,6 iken Top-4 ise %78,9 olarak bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). SCC olgularında, Top-1 %72,7, Top-2 ise %81,8 olarak bulunmuş; bu artış da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 1,00$). Ayırıcı tanı değerlendirmelerinde ise hem Top-3 hem de Top-4 düzeyinde %100 doğruluk elde edilmiştir. Malign melanom olgularında, hem Top-1 hem de Top-2 %84,6 olarak bulunmuştur. Ancak ayırıcı tanı içeren değerlendirmelerde (Top-3 ve Top-4) doğru tanı model tarafından sunulmamıştır (%0). Lentigo maligna vakalarında ise, Top-1 ve Top-2 düzeyinde doğru tanıya ulaşılmamış (%0); Top-3 ve Top-4 düzeylerinde modelin doğruluk oranı sırasıyla %57,1 ve %85,7 olarak kaydedilmiştir. Model, değerlendirilen tüm vakalar için tedavi yaklaşımı olarak eksizyon önermiştir.

SONUÇ:

ChatGPT-4o deri kanserlerinin tanısında belirli bir düzeyde doğruluk göstermiştir; ancak mevcut haliyle dermatolojik klinik uygulamalarda tek başına güvenilir bir tanı aracı olarak kullanılabilmesi için yeterli kanıt sunmamaktadır. Yapay zeka destekli karar destek sistemlerinin deri kanseri tanısında tamamlayıcı bir araç olarak kullanım potansiyeli bulunmakla birlikte, bu teknolojilerin klinik karar mekanizmalarının bir parçası haline gelebilmesi için daha geniş hasta gruplarında yürütülecek karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Deri Kanseri, Dermoskopi, Yapay zeka

KAYNAKLAR: 1- Cai EM, Pathmarajah P, Daneshjou R, Ko JM, Chiou AS. Evaluating the appropriateness of skin cancer prevention recommendations obtained from an online chat-based artificial intelligence model. JAAD Int. 2024;18:145-147. Published 2024 Nov 10. doi:10.1016/j.jdin.2024.07.028

2- Block BR, Powers CM, Chang A, et al. Diagnostic performance of generative pretrained



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

transformer -4 with vision technology versus board-certified dermatologists: A comparative analysis using dermoscopic and clinical images. *JAAD Int.* 2024;18:142-144. Published 2024 Nov 25. doi:10.1016/j.jdin.2024.10.006

3- Ciuciulete AR, Stepan AE, Andreiana BC, Simionescu CE. Non-Melanoma Skin Cancer: Statistical Associations between Clinical Parameters. *Curr Health Sci J.* 2022 Jan-Mar;48(1):110-115. doi: 10.12865/CHSJ.48.01.16. Epub 2022 Mar 31. PMID: 35911940; PMCID: PMC9289586.

4- Cameron MC, Lee E, Hibler BP, Barker CA, Mori S, Cordova M, Nehal KS, Rossi AM. Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(2):303-317. doi: 10.1016/j.jaad.2018.03.060

5- Davis LE, Shalin SC, Tackett AJ. Current state of melanoma diagnosis and treatment. *Cancer Biol Ther.* 2019;20(11):1366-1379. doi:10.1080/15384047.2019.1640032

6- Aggarwal P, Knabel P, Fleischer AB Jr. United States burden of melanoma and non-melanoma skin cancer from 1990 to 2019. *J Am Acad Dermatol.* 2021;85(2):388-395. doi:10.1016/j.jaad.2021.03.109

7- Janda M, Olsen C, Mar V, Cust A. Early detection of skin cancer in Australia – current approaches and new opportunities. *Public Health Res Pract.* 2022;32(1):3212204. doi: 10.17061/phrp3212204

8- Melarkode N, Srinivasan K, Qaisar SM, Plawiak P. AI-Powered Diagnosis of skin cancer: A contemporary review, open challenges and future research directions. *Cancers.* 2023;15(4):1183. doi: 10.3390/cancers15041183

9- Trager MH, Gordon ER, Breneman A, Kim E, Samie FH. Accuracy of ChatGPT in diagnosis and management of dermoscopic images. *Arch Dermatol Res.* 2025;317(1):184. Published 2025 Jan 7. doi:10.1007/s00403-024-03729-z

10- Weber P, Tschandl P, Sinz C, Kittler H. Dermatoscopy of Neoplastic Skin Lesions: Recent Advances, Updates, and Revisions. *Curr Treat Options Oncol.* 2018 Sep 20;19(11):56.

11- Lee C, Witkowski A, Żychowska M, Ludzik J. The role of mobile teledermoscopy in skin cancer triage and management during the COVID-19 pandemic. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2023;89(3):347-352. doi:10.25259/IJDVL_118_2022

12- O'Hagan R, Poplausky D, Young JN, et al. The accuracy and appropriateness of ChatGPT responses on nonmelanoma skin cancer information using zero-shot chain of thought prompting. *JMIR Dermatol.* 2023;6:e49889. doi: 10.2196/49889

13- Shifai N, van Doorn R, Malvey J, Sangers TE. Can ChatGPT vision diagnose melanoma? An exploratory diagnostic accuracy study. *J Am Acad Dermatol.* 2024 May;90(5):1057-1059. doi: 10.1016/j.jaad.2023.12.062. Epub 2024 Jan 19. PMID: 38244612.

14- Wei ML, Tada M, So A, Torres R. Artificial intelligence and skin cancer. *Front Med*



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

(Lausanne). 2024 Mar 19;11:1331895. doi: 10.3389/fmed.2024.1331895. PMID: 38566925; PMCID: PMC10985205.

15- Sattler SS, Chetla N, Chen M, Hage TR, Chang J, Guo WY, Hugh J. Evaluating the Diagnostic Accuracy of ChatGPT-4 Omni and ChatGPT-4 Turbo in Identifying Melanoma: Comparative Study. JMIR Dermatol. 2025 Mar 21;8:e67551. doi: 10.2196/67551. PMID: 40117499; PMCID: PMC11952272.

16- Chetla N, Chen M, Chang J, Smith A, Hage TR, Patel R, Gardner A, Bryer B. Assessing the Diagnostic Accuracy of ChatGPT-4 in Identifying Diverse Skin Lesions Against Squamous and Basal Cell Carcinoma. JMIR Dermatol. 2025 Mar 21;8:e67299.

17- Shapiro J, Avitan-Hersh E, Greenfield B, Khamaysi Z, Dodiuk-Gad RP, Valdman-Grinshpoun Y, Freud T, Lyakhovitsky A. The use of a ChatGPT-4-based chatbot in teledermatology: A retrospective exploratory study. J Dtsch Dermatol Ges. 2025 Mar;23(3):311-319. doi: 10.1111/ddg.15609. Epub 2025 Jan 12. PMID: 39801186.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-23][KABUL:SÖZLÜ]

**YAPAY ZEKA TABANLI MODELLERİN DOĞRULUK PERFORMANSINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER:
DERMATOLOJİ LİTERATÜR HACMİ, MODEL TÜRÜ VE SORU ZORLUĞU ÜZERİNE BİR ANALİZ**

Gözde Şimşek, Umut Hayri Ünal, Ahmet Tuğrul Su, Aslan Yürekli

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ:

Yapay zeka tabanlı büyük dil modelleri (Large Language Models, LLM) tıbbi karar destek, sınav simülasyonu ve eğitim alanlarında hızla yaygınlaşmaktadır. Ancak bu modellerin doğruluk performansını belirleyen faktörler halen net değildir. Bu çalışmada; (1) reasoning (akıl yürüten) ve non-reasoning (akıl yürütmeyen) modellerin doğruluk performansları arasında fark olup olmadığı, (2) soru zorluğunun model doğruluğunu etkileyip etkilemediği ve (3) zor sorular özelinde reasoning kabiliyetinin doğruluğa katkı sağlayıp sağlamadığı araştırılmıştır. Ayrıca (4) model doğruluğu ile dermatoloji literatür hacmi arasındaki ilişki analiz edilmiştir.

MATERYAL-METOD:

Dört farklı LLM modeli (ChatGPT-3o, DeepSeekR1, ChatGPT-4, Gemini 2.5 Flash) ile toplam 203 dermatoloji sınav sorusu yanıtlandı. Sorular, European Board of Dermatology and Venereology (UEMS) uzmanlık sınavına hazırlık amacıyla oluşturulmuş, önceden doğruluk oranları test edilmiş bir soru havuzundan seçildi. Modeller iki gruba ayrıldı: reasoning modeller (ChatGPT-3o, DeepSeekR1) ve non-reasoning modeller (ChatGPT-4, Gemini-2.5). Sorular, beş dermatoloji alt alanına (genel, pediatrik, cerrahi, dermatopatoloji, temel bilim) sınıflandırıldı. Ayrıca, önceki insan yanıtlarının doğruluk oranına göre üç zorluk düzeyine ayrıldı: %30'dan az doğru yanıtlanmış sorular "zor", %30-80 arası "orta", %80'den fazla doğru yanıtlanmış sorular ise "kolay" olarak tanımlandı. Her alt alan için PubMed'de Mayıs 2025'te güncel MeSH terimleriyle arama yapılarak dört yayın hacmi metriği (toplam sonuç sayısı, abstract sayısı, full-text sayısı ve ücretsiz full-text sayısı) elde edildi. İstatistiksel analizlerde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü ANOVA ve Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı.

BULGULAR:

Reasoning modellerin genel doğruluk oranı, non-reasoning modellere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.001$). Soru zorluğu doğruluğu etkiledi (ANOVA $p < 0.001$): tüm modeller zor sorularda daha düşük başarı gösterdi. Ancak reasoning modeller zor sorularda, non-



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

reasoning modellere kıyasla daha yüksek doğruluk oranına sahipti ($p = 0.01$). Literatür hacmi ile doğruluk oranı arasında tüm yayın metriklerinde negatif korelasyon bulundu. En güçlü korelasyon non-reasoning modeller ile toplam PubMed sonuçları arasında saptandı ($r = -0.779$). Reasoning modellerde ise bu korelasyon daha ılımlıydı ($r = -0.560$).

SONUÇ:

LLM doğruluk performansı, yalnızca model mimarisi ile değil; soru zorluğu ve literatür hacmi gibi faktörlerle de ilişkili görünmektedir. Akıl yürütebilen modellerin zor sorularda daha üstün performans göstermesi, bu modellerin daha karmaşık düşünce örüntülerini başarıyla yürütebildiğini göstermektedir. Literatür hacmi ile gözlenen negatif korelasyon ise, veri bolluğunun bilgi netliğine eşdeğer olmadığını düşündürmektedir. Bu çalışma, LLM performans analizlerinde literatür yapısı ve soru zorluğu gibi faktörlerin dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: yapay zeka, literatür volumü, Ilm

KAYNAKLAR: <https://www.studyprn.com>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-24][KABUL:SÖZLÜ]

LİKEN PLANUS VE VİRAL HEPATİT SEROPOZİTİFLİĞİ: RETROSPEKTİF BİR İNCELEME

Gizem Arslan Belhan, Oğuz Kaan Yılmaz, Gamze Taş Aygar, Selda Pelin Kartal

Ankara Etlik Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

GİRİŞ:

Liken planus (LP), nedeni tam olarak bilinmeyen kronik inflamatuvar bir dermatozdur. Viral enfeksiyonların LP patogeneğinde rol oynayabileceği uzun süredir düşünülmektedir. Özellikle hepatit B (HBV) ve hepatit C (HCV) enfeksiyonlarının LP ile ilişkili olabileceği çeşitli çalışmalarda gündeme gelmiştir. Literatürde, HCV ile LP arasındaki ilişkinin coğrafi olarak değişkenlik gösterdiği ve Doğu Asya, Güney Amerika ve Orta Doğu gibi bölgelerde daha belirgin olduğu, buna karşın Avrupa ve Kuzey Amerika’da anlamlı bir ilişki gösterilemediği bildirilmektedir. Yapılan bir global meta-analiz’de ise, LP hastalarının HCV seropozitif olma riskinin kontrol gruplarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan ulusal bir değerlendirmede, LP hastalığı ile HCV ile HBV seropozitivitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Bu çalışma, hastanemiz dermatoloji kliniğinde tanı almış LP hastalarında HBV ve HCV seropozitifliğini değerlendirmeyi ve LP ile viral hepatitler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM:

Bu retrospektif çalışma, Ekim 2022–Mayıs 2025 tarihleri arasında dermatoloji kliniğimizde kutanöz ve/veya oral LP tanısı almış 95 hastanın dosya verileri incelenerek gerçekleştirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, LP tipi (oral/kutanöz), HBsAg, anti-HCV, karaciğer enzimleri ve tedavi öyküsü kaydedildi. LP grubundaki HBsAg ve anti-HCV pozitiflik oranları, Türkiye genel popülasyon verileriyle binom test kullanılarak karşılaştırıldı. Alt grup analizleri için Fisher’s exact test uygulandı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlendi.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 95 hastanın yaş ortalaması 45.1 ± 13.2 yıl olup, %65.3’ü kadın, %34.7’si erkekti. HBsAg pozitifliği %2.1 (n=2), anti-HCV pozitifliği ise %1.1 (n=1) olarak saptandı. Bu oranlar, genel Türkiye popülasyonunda bildirilen HBsAg (%4.0) ve anti-HCV (%1.0) oranlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.59$ ve $p=0.62$). Çalışmamızdaki 95



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

hastadan 25'inde (%26,3) oral tutulum mevcuttu. Cinsiyet, yaş grubu ve oral tutulum açısından da seropozitiflik oranlarında anlamlı fark izlenmedi ($p>0.05$). Pozitif olguların tümünde karaciğer enzimleri normal sınırlarda idi ve klinik olarak aktif hepatit izlenmedi.

TARTIŞMA:

Çalışmamızda, LP hastalarında HBV ve HCV seropozitiflik oranları genel popülasyondan anlamlı derecede farklı bulunmamıştır. Bu sonuç, Türkiye'den daha önce bildirilen bazı verilerle uyumludur. Avrupa'da yapılan bir çalışmada da LP ile HBV arasında bir ilişki kurulamamıştır. HCV ile ilgili olarak ise, özellikle mukozal LP olgularında bazı bölgelerde anlamlı bir ilişki bildirilmiş; ancak bu durum coğrafi yaygınlıkla paralel seyretmiştir. LP hastalarında rutin hepatit taranması konusunda literatürde çelişkili sonuçlar bulunmakla birlikte, çalışmamızın sonucunda bu taramanın rutin olarak değil, hasta bazında risk durumları gözetilerek yapılabileceğini göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: liken planus, viral hepatit, HBV, HCV

KAYNAKLAR: 1- Shengyuan L, Songpo Y, Wen W, Wenjing T, Haitao Z, Binyou W. Hepatitis C virus and lichen planus: a reciprocal association determined by a meta-analysis. Arch Dermatol. 2009;145(9):1040-1047. doi:10.1001/archdermatol.2009.200
2- Lodi G, Pellicano R, Carrozzo M. Hepatitis C virus infection and lichen planus: a systematic review with meta-analysis. Oral Dis. 2010;16(7):601-612. doi:10.1111/j.1601-0825.2010.01670.x
3- Birkenfeld S, Dreier J, Weitzman D, Cohen AD. A study on the association with hepatitis B and hepatitis C in 1557 patients with lichen planus. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011;25(4):436-440. doi:10.1111/j.1468-3083.2010.03809.x
4- Tozun N, Ozdogan O, Cakaloglu Y, et al. Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections and risk factors in Turkey: a fieldwork TURHEP study. Clin Microbiol Infect. 2015;21(11):1020-1026. doi:10.1016/j.cmi.2015.06.028
5- Karavelioğlu D, Koytak ES, Bozkaya H, Uzunalimoğlu O, Bozdayi AM, Yurdaydin C. Lichen planus and HCV infection in Turkish patients. Turk J Gastroenterol. 2004;15(3):133-136.
6- Żychowska M, Żychowska M. No evidence for association between cutaneous lichen planus and hepatitis B and C virus infection in south Poland - a case-control study. Int J Dermatol. 2020;59(6):698-703. doi:10.1111/ijd.14880



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-25][KABUL:SÖZLÜ]

**SEBOREİK DERMATİT HASTALARINDA SERUM IGE DÜZEYLERİNİN VE PERİFERAL
EOZİOFİLİNİN İNCELENMESİ: BİR OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI**

Ezgi Aktaş¹, Şeyma Gürbüz¹, Ayşe Elif Tapkı¹, Mehmet Alp Matur², Elif Moustafa¹, Yavuz Semiz³

¹Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye

²Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

³Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

AMAÇ:

Kronik, inflamatuvar, tekrarlayıcı bir deri hastalığı olan seboreik dermatit (SD) etyopatogenezinde immün disregülasyon, inflamatuvar süreçler, deri disbiyozu, genetik ve başta stres olmak üzere çevresel faktörler gibi pek çok etmen suçlanmaktadır. Immunglobulin E (IgE) alerjik ve inflamatuvar süreçlere katkıda bulunan bir moleküldür. Genetik yatkınlık zemininde immün sisteminin çevresel alerjenlere aşırı tepki vermesi durumu olan atopi, IgE antikorlarının yüksek düzeyleri ile karakterizedir ve atopik dermatit, alerjik rinit ve astım gibi hastalıkların gelişimine yol açabilir. Eozinofiller, özellikle alerjik inflamatuvar süreçlerde olmak üzere immün yanıtların düzenlenmesinde rol oynayan multifonksiyonel lökositlerdir. Kronik inflamatuvar ve tekrarlayıcı karakterde olan SD ve atopik durumların patofizyolojisinde bazı ortak mekanizmaların rol oynadığı düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı atopik dermatit veya başka bir inflamatuvar deri hastalığı bulunmayan SD hastalarının alerjik rinit, konjonktivit ve astım gibi atopik hastalıkları olup olmadığını ve atopinin bir göstergesi olarak serum IgE düzeylerini ve periferik eozinofil düzeylerini incelemektir.

MATERYAL-METOD:

Bu prospektif, tek merkezli, olgu-kontrol çalışmasına 83 SD hastası ve cinsiyet ve yaş uyumlu 69 sağlıklı kontrol dahil edildi. Atopik dermatit bulguları ve/veya öyküsü olan kişiler çalışmaya dahil edilmedi. Herhangi bir ek inflamatuvar dermatozu veya sistemik inflamatuvar hastalığı olan, sistemik ilaç kullanım öyküsü olan kişiler çalışmaya dahil edilmediler. Katılımcıların yaş,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

cinsiyet gibi demografik verileri, hastalık ile ilgili bilgileri ve atopi öyküleri sorgulanmış ve kaydedilmiştir. Tüm katılımcıların serum total IgE düzeyleri ve tam kan sayımındaki eozinofil değerleri incelenmiştir.

BULGULAR:

SD hastaları ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet dağılımları açısından anlamlı fark yoktu (sırasıyla; $p=0.62$, $p=0.76$). İki grup arasında konjonktivit, rinit veya astım öyküsü bulunması açısından anlamlı fark izlenmedi (sırasıyla; $p=0.487$, $p=0.229$, $p=0.557$). Serum total IgE düzeyleri incelendiğinde SD hastalarında bu değer kontrollerden anlamlı olarak daha yüksekti (301.67 ± 935.64 kU/L vs 70.34 ± 78.46 kU/L, $p=0.018$). Serum eozinofil yüzdesi ve mutlak eozinofil sayıları da SD hastalarında kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla; $p=0.008$, $p=0.036$). Hasta grubunda SD alan şiddet indeksinin (SASI) yüz skorları ile serum eozinofil sayısı ve yüzdesi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon izlendi (sırasıyla; $r=0.360$, $p=0.001$; $r=0.233$, $p=0.034$). Skalp ve yüze ait toplam SASI skorlarıyla serumdaki mutlak eozinofil sayısı değerleri arasında da pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon izlendi ($p=0.016$, $r=0.265$). Tüm grup incelendiğinde serum IgE, eozinofil mutlak sayısı ve yüzdesi ile yaş, cinsiyet, konjonktivit, rinit veya astım öyküsü bulunması arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (hepsi için $p>0.05$). serum IgE düzeyleri eozinofil mutlak sayısı ve yüzdesi ile pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdi (sırasıyla; $p=0.045$, $r=0.221$; $p=0.044$, $r=0.221$).

SONUÇ:

Bu çalışmada SD hastalarının serum total IgE düzeyleri sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Buna ek olarak, artmış eozinofil düzeyleri ve bunun hastalık şiddetiyle korelasyonu SD hastalarında eozinofillerin rol oynadığı bir inflamatuvar komponent olduğunu gösteriyor olabilir. Atopik ve alerjik süreçlerle ilişkisi olduğu bilinen IgE düzeylerinin ve eozinofil sayılarının SD hastalarında yüksek bulunmuş olması alerjenlerin ve hipersensitivitenin SD patogeneğinde sandığımızdan daha fazla rol oynadığını düşündürmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: atopi, immunglobulin E, kaşıntı, seboreik dermatit

KAYNAKLAR: 1. Spiewak R. Diseases from the Spectrum of Dermatitis and Eczema: Can "Omics" Sciences Help with Better Systematics and More Accurate Differential Diagnosis? Int



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

J Mol Sci. 2023 Jun 21;24(13):10468. doi: 10.3390/ijms241310468. PMID: 37445645; PMCID: PMC10342122.

2. Moises-Alfaro CB, Caceres-Rios HW, Rueda M, Velazquez-Acosta A, Ruiz-Maldonado R. Are infantile seborrheic and atopic dermatitis clinical variants of the same disease? Int J Dermatol. 2002 Jun;41(6):349-51. doi: 10.1046/j.1365-4362.2002.01497.x. PMID: 12100690.

3. Jung WH. Alteration in skin mycobiome due to atopic dermatitis and seborrheic dermatitis. Biophys Rev (Melville). 2023 Mar 13;4(1):011309. doi: 10.1063/5.0136543. PMID: 38505818; PMCID: PMC10903429.

4. Tucker D, Masood S. Seborrheic Dermatitis. 2024 Mar 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 31869171.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-26][KABUL:SÖZLÜ]

ONİKOMİKOZ TANILI HASTALARDA DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİ VE AİLE ETKİ ÖLÇEĞİ

Fatma Çevik Özdamar, Mehmet Kamil Mülayim

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim
Dalı, Kahramanmaraş

AMAÇ:

Onikomikoz, tırnaklarda mantar enfeksiyonu sonucu gelişen, yaygın görülen bir dermatolojik hastalıktır. Genel popülasyonun %10'unda görülür. Klinik olarak tırnakta renk değişikliği, tırnak plağının tırnak yatağından ayrılması ve tırnak kalınlaşması ile kendini gösterir. Dermatolojik hastalıkların hem hastaların yaşam kalitesini etkilediği hem de aile üyelerinin psikososyal durumunu etkileyebildiği bilinmektedir. Bu çalışma, onikomikoz hastalarında yaşam kalitesi düzeyini ve hastalığın aile üyeleri üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamız Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulunda 12.12.2023 tarih ve 05 karar no ile onay aldı. Kasım 2023-Kasım 2024 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirildi. Kliniğimizde onikomikoz tanısı alan 18 yaş üzeri 206 hasta ve 206 hasta yakını dahil edildi. Katılımcı hastalara yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacı ile dermatolojik hastalıklarda yaşam kalite indeksi formu uygulandı. Katılımcı hasta yakınlarına hastalığın aile bireyleri üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amacı ile dermatolojik hastalıklarda aile etki ölçeği formu uygulandı.

BULGULAR:

Araştırmaya dahil edilen 206 hastanın yaş ortalaması 46.86 ± 14.00 yıl olup, yaş aralığı 20-79 yıl arasında değişmektedir. Hastaların %42.7'si kadın, %57.3'ü erkek olup, erkek hastaların yaş



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ortalaması (48.75 ± 14.12), kadın hastalardan (44.32 ± 13.55) anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.024$). DLQI değerlendirmesinde, hastaların puanları 0-28 arasında değişmekte olup, çoğunluğun (%55.3) orta düzeyde etkilenim gösterdiği (6-15 puan) saptanmıştır. Kadın hastaların yaşam kalitesi puanları erkek hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($r=0.088$, $p>0.05$). Hastalarda en çok etkilenim gösteren alanlar sırasıyla fiziksel semptomlar (2.84 ± 1.26), günlük yaşam aktiviteleri (2.67 ± 1.18) ve duygusal etkilenim (2.52 ± 1.32) olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen 206 hasta yakınının yaş ortalaması 41.46 ± 13.74 yıl olup, yaş aralığı 18-73 yıl arasında değişmektedir. Hasta yakınlarının %63.7'si kadın, %36.3'ü erkek olarak saptanmıştır. DH-AEÖ değerlendirmesinde, hasta yakınlarının çoğunluğunun (%55.3) orta düzeyde etkilenim gösterdiği (6-15 puan) belirlenmiştir. Kadın hasta yakınlarının etkilenim düzeyi (13.45 ± 10.89), erkek hasta yakınlarından (9.56 ± 8.97) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş grupları ile DH-AEÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hasta yakınlarında en yüksek etkilenim alanları üzüntü duyma (1.93 ± 1.58), endişe/kaygı/korku hissetme (1.53 ± 1.50) ve iş yükünün artması (1.50 ± 1.62) olarak belirlenmiştir. DLQI ve DH-AEÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve çok güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r=0.996$, $p<0.01$).

SONUÇ:

Tırnak mantar enfeksiyonu olan onikomikoz, tüm tırnak hastalıklarının yaklaşık %50'sini oluşturan, günlük aktiviteleri kısıtlayan ve psikososyal etkileri bulunan önemli bir dermatolojik sorundur. Çalışmamız, onikomikozun hem hasta hem de hasta yakınlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini kapsamlı şekilde değerlendiren özgün bir araştırmadır. Literatürde onikomikozun aile üzerindeki etkilerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunması, araştırmamızın değerini artırmaktadır. DLQI ve DH-AEÖ skorları arasında saptanan güçlü pozitif korelasyon, hastalığın sadece bireyi değil, aile sistemini de etkilediğini göstermektedir. Bu bulgular ışığında, onikomikoz tedavisinde bütüncül yaklaşım benimsenmeli, hastaların fiziksel semptomlarının yanı sıra psikososyal ihtiyaçları da değerlendirilmelidir. Özellikle kadın hastalarda yaşam kalitesi etkileniminin daha yüksek olduğu dikkate alınarak, bu gruba yönelik ek destek mekanizmaları geliştirilmeli, toplumsal farkındalığı artıracak eğitim programları düzenlenmeli ve aile merkezli bakım yaklaşımları benimsenmelidir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELER: aile etkisi, onikomikoz, yaşam kalitesi

KAYNAKLAR: 1. Gupta AK, Stec N, Summerbell RC, Shear NH, Piguet V, Tosti A, et al.

Onychomycosis: a review. J Eur Acad Dermatol Venereol 2020; 34(9): 1972-1990.

2. Westerberg DP, Voyack MJ. Onychomycosis: Current trends in diagnosis and treatment. Am Fam Physician 2013; 88(11): 762-70.

3. Narang T, Bhattacharjee R, Gupta S, Saikia UN, Dogra S, Kaur I. Quality of life and psychological morbidity in patients with superficial cutaneous dermatophytosis. Mycoses 2019; 62(8): 680-685.

4. Turan E. Development and preliminary validation of the dermatological family impact scale. 2014; 74-81.

5. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994; 19(3): 210-6.

6. Mushtaq S, Farooqui S, Akhter K, Rehman A, Awan S. Impact on quality of life in patients with dermatophytosis. Australas J Dermatol 2020; 61(2): e184-e188.

7. Bersano J, Cordeiro MG, Marson FAL. Prevalence and risk predictors of onychomycosis in patients on hemodialysis: an observation, prospective, and unicenter study in Brazil. Front Med (Lausanne) 2023; 10: 1268324.

8. Gupta AK, Stec N, Summerbell RC, Shear NH, Piguet V, Tosti A, et al. Global prevalence of onychomycosis in general and special populations: An updated perspective. Mycoses 2024; 67(4): e13725.

9. Lipner SR, Falotico JM, Konda A. On the Basis of Sex: Impact and Treatment of Toenail Onychomycosis in Female Patients. J Clin Aesthet Dermatol 2023; 16(10): 52-57.

10. Maskan Bermudez N, Lipner SR, Vlahovic TC, Scher RK. Onychomycosis: Old and New. J Fungi (Basel) 2023; 9(5).

11. Gupta AK, Stec N, Summerbell RC, Shear NH, Piguet V, Tosti A, et al. Epidemiology of Onychomycosis in the United States Characterized Using Molecular Methods, 2015-2024. J Fungi (Basel) 2024; 10(9).

12. Milobratovic D, Jankovic S, Vukičević J, Marinkovic J, Jankovic J, Railic Z. Quality of life in patients with toenail onychomycosis. Mycoses 2013; 56(5): 543-551.

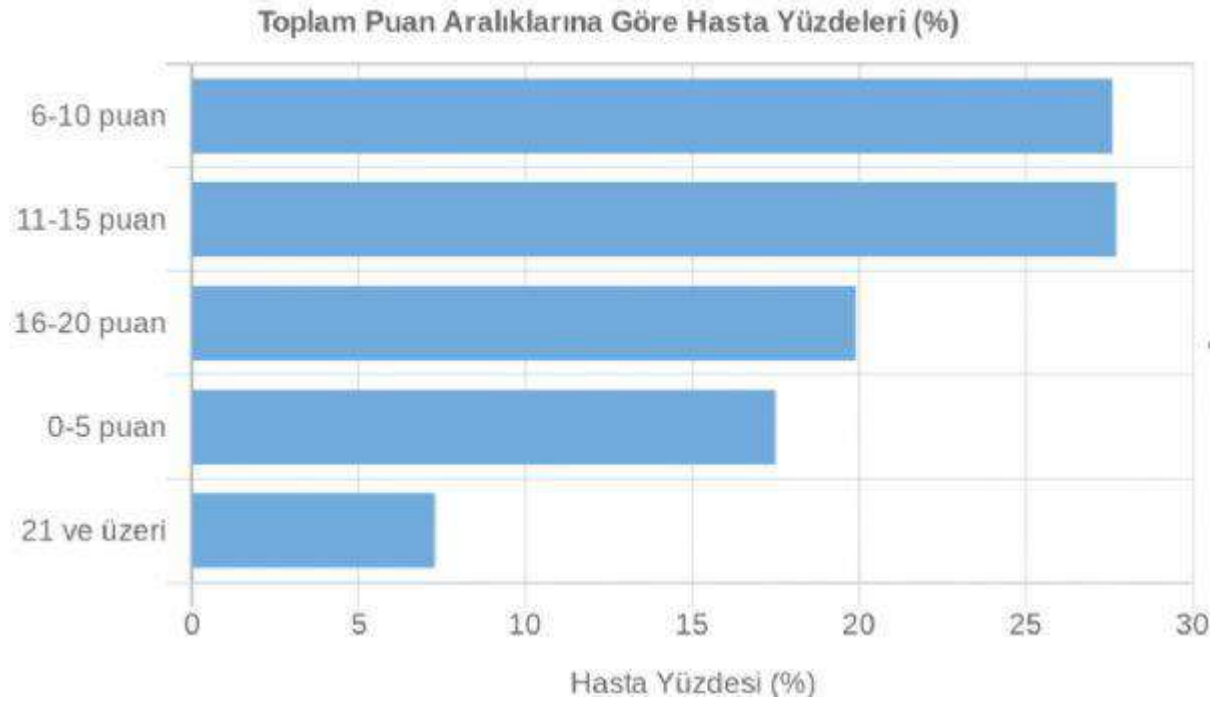
13. Schein JR, Gause D, Stier DM, Lubeck DP, Bates MM, Fisk R. Onychomycosis. Baseline results of an observational study. J Am Podiatr Med Assoc 1997; 87(11): 512-9.

14. Sampogna F, Finlay AY, Salek SS, Chernyshov P, Dalgard FJ, Evers AWM, et al. Measuring the impact of dermatological conditions on family and caregivers: a review of dermatology-specific instruments. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31(9): 1429-1439.

15. Souza MLM, Miot HA, Martinez JE. Translation, cultural adaptation, and validation of the

Family Dermatology Life Quality Index instrument into the Brazilian Portuguese language (FDLQI-BRA). An Bras Dermatol 2024; 99(6): 939-942.

ŞEKİL 1



Toplam DLQI puan aralıklarına göre hasta yüzdeleri

ŞEKİL 2



DLQI ve DH-AEÖ toplam puanları arasındaki ilişki



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-27][KABUL:SÖZLÜ]

**PENİSTE KAŞINTILI PAPÜLÜN ERKEK UYUZ HASTALARININ KLİNİK TANISINDAKİ ÖZGÜLLÜĞÜ
VE DUYARLILIĞI: RETROSPEKTİF ANALİZ**

Mehmet Metehan Karacan¹, Murat Durdu², Soner Uzun¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Antalya

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Adana

AMAÇ:

Uyuz hastalığı (Skabiyes), *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* akarının neden olduğu ve tüm dünyada yaygın olarak görülen bulaşıcı bir deri hastalığıdır. Geceleri artan kaşıntı ve spesifik deri lezyonlarının olduğu hastalıkta nonspesifik klinik bulgular tanıyı geciktirebilmektedir. Hastalığın fizik muayene bulgularının duyarlılık ve özgüllüğünün saptanması erken teşhis, doğru tedavi ve bulaştırıcılığın önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmada erkek hastalarda peniste gözlenen kaşıntılı papüllerin uyuzdaki tanısal değeri ve ayırıcı tanıdaki önemi retrospektif olarak incelenmiştir.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamızda 01.07.2024-30.05.2025 tarihlerinde Başkent Üniversitesi Adana Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'na kaşıntı ve/veya peniste kaşıntılı papül şikayeti ile başvuran hastalar retrospektif olarak incelendi. Peniste kaşıntılı papülün uyuzdaki duyarlılığı, özgüllüğü, Pozitif Prediktif Değeri ve Negatif Prediktif Değeri hesaplandı. Ayrıca hastaların yaşı, varsa eşlik eden lezyonların yeri ve tipi, aile öyküsü, komorbiditeler ve tedavi geçmişi gibi veriler kaydedildi.

BULGULAR:

11 aylık dönemde kaşıntı yakınması ile başvuran 1-82 yaşları arasında yer alan 871 erkek hastanın 451'ine dermoskopik ve/veya mikroskopik olarak uyuz tanısı konuldu. Uyuz hastalarının 104'ünde peniste kaşıntılı papül bulunduğu tespit edildi. Aynı çalışma periyodunda uyuz dışı hastalıklara bağlı peniste kaşıntılı papülü bulunan 11 (Psöriasis Vulgaris [n=1], Liken Planus [n=2], Herpes Genitalis [n=2], Sifiliz [n=1], PLEVA [n=1], skabiyes sonrası



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

dermatit [n=2] ve Prurigo Nodularis [n=2]) erkek hasta saptandı. Bu bulgularla penisteki kaşıntılı papüller uyuz açısından değerlendirildiğinde 104 gerçek pozitif, 409 gerçek negatif, 11 yalancı pozitif ve 347 yalancı negatif erkek hasta tespit edildi. Elde edilen bu verilerle, peniste kaşıntılı papülün erkek uyuz hastalarındaki özgüllüğü (409/409+11) %97.4, duyarlılığı (104/104+347) ise %23.1 olarak hesaplandı. Bu bulgunun Pozitif Prediktif Değeri (104/104+11) %90.4, Negatif Prediktif Değeri (409/409+347) ise %54.1 idi.

SONUÇ:

Çalışmamız, erkeklerde peniste kaşıntılı papülün uyuzla özgüllüğünün oldukça yüksek olduğunu tespit etmiştir. Yani bu bulgu varsa kişinin uyuz olma ihtimali oldukça yüksektir (%97.4). Pozitif Prediktif Değerin oldukça yüksek olması (%90.4) peniste kaşıntılı papülün uyuzu güçlü şekilde işaret ettiğini göstermektedir. Ancak duyarlılığının düşük (%23.1) olması nedeniyle bu bulgunun negatif olması uyuz tanısını dışlamaz. Bu veriler literatürdeki penis ve/veya skrotumda bulunan kaşıntılı papül/nodüllerin uyuz lehine değerlendirildiği çalışmalarla uyumluydu. Literatürde erkekte penis ve skrotumda görülen kaşıntılı papüllerin hemen her zaman uyuzu işaret ettiği belirtilmiş olmasına karşın bu bulgunun tanısallık değeri ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda da peniste kaşıntılı papül bulunan hastaların uyuz olma oranı yüksekti. Literatürde sadece peniste kaşıntılı papül olabileceği gibi vücudun farklı bölgelerinde lezyonların eşlik edebileceği belirtilmiştir. Çalışmamızda da sadece penis tutulumu veya farklı bölgelerde polimorfik, ekzematizasyon, ekskoriyasyon gibi lezyonları olan hastalar mevcuttu. Literatürde kaşıntılı papüllerin parazite karşı gelişen hipersensitivite sonucu ortaya çıktığı ve bazı olgularda tedavi sonrasında birkaç ay sürebildiği bildirilmiştir. Çalışmamızda da daha önce uyuz tanısı alıp tedavi gören ve aktif uyuz saptanmayan ancak peniste kaşıntılı papülü olan hastalar tespit edildi. Sonuç olarak özellikle dermoskopik ve mikroskopik muayene yapamayan aile hekimleri, dahiliye ve pediatri hekimlerinin kaşıntılı hastayı değerlendirirken peniste papül/nodülleri tespit etmesinin uyuzu işaret etmede duyarlılığı düşük olmasına karşın özgüllüğü ve Pozitif Prediktif Değeri oldukça yüksektir.

ANAHTAR KELİMELEER: Duyarlılık, Özgüllük, Peniste Kaşıntılı Papül, Uyuz

KAYNAKLAR: 1-Soner Uzun, Murat Durdu, Aslan Yürekli, Mehmet K. Mülayim, Melih Akyol, Sevtap Velipaşaoğlu, Mehmet Harman, Ayşegül Taylan-Özkan, Ekin Şavk, Devrim Demir-Dora, Levent Dönmez, Umut Gazi, Habibullah Aktaş, Aysun Ş. Aktürk, Gülay Demir, Fatih Göktay, Mehmet S. Gürel, Neşe G. Gürok, Ayşe S. Karadağ, Özlem S. Küçük, Çağrı Turan, Müge G. Özden, Zeynep K. Ural, Orçun Zorbozan and Kosta Y. Mumcuoğlu. Clinical practice guidelines



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

for the diagnosis and treatment of scabies. *International Journal of Dermatology* 2024, 63, 1642–1656. doi:10.1111/ijd.17327

2-Tony F. Bruno, David J. Seo. A Boy with an Itch: A Case Report of Genital Nodular Scabies. *Global Pediatric Health*. doi.org/10.1177/2333794X241295986

3-Abheek Sil, Satarupa Mondal, Dibyendu B. Bhanja, Madhab Datta, Gour Sundar Mukherjee, Sayantani Chakraborty. Pruritic genital nodules. *Pediatrics and Neonatology* (2020). doi.org/10.1016/j.pedneo.2019.12.004

4-Don Bambino Geno Taia, Omar Abu Saleha, Rachel Miest. Genital nodular scabies. *IDCases* (2020). <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2020.e00947>

5-Di-Qing Luo, Mei-Xing Huang, Juan-Hua Liu, Wen Tang, Yu-Kun Zhao and Rashmi Sarkar. Case: Bullous Scabies. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 95(3), 2016, pp. 689–693. doi:10.4269/ajtmh.16-0273

6-Oluwole T. O.a,b, Okunbor H. N.b, Osinowo A. O.b, Oduola A. B.candAigbovo E. O. Genital Nodular Scabies: A Case Report. *Asian Journal of Medical Principles and Clinical Practice* Volume 7, Issue 2, Page 368-374, 2024;Article no.AJMPCP.123857.

7-Hima Gopinath, Kaliaperumal Karthikeyan. Genital scabies: Haven of an unwelcome guest. *Indian J Sex Transm Dis* 2020;41:10-6. doi:10.4103/ijstd.IJSTD_69_17

8-Subhajit Sadhukhan, Anupama Bains, Abhishek Bhardwaj, Suman Patra, Deepak Vedant, Charu Sharma, Gautam Ram Chaudhary. Clinical and dermoscopic profile of non-venereal genital dermatoses and its impact on the quality of life: A crosssectional study of 550 cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. doi:10.25259/IJDVL_776_2024

GLANS PENİSTE KAŞINTILI NODÜL



Glans peniste kaşıntılı nodülü bulunan uyuz hastası.

PENİS VE SKROTUMDA KAŞINTILI PAPÜLONODÜLLER



Uyuz tanısı konulan 4 yaş erkek hastada peniste ve skrotumda bulunan kaşıntılı papülonodüller.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-28][KABUL:SÖZLÜ]

KLASİK VE KURUTLU UYUZDAN FARKLI YENİ BİR UYUZ FORMU: YÜKSEK PARAZİT YÜKLÜ UYUZ

Aslan Yürekli¹, Murat Durdu², Selami Aykut Temiz³, Işıl Deniz Oğuz⁴, Burak Akşan⁴, Sevgi Kulaklı⁴, Fatma Etgü⁵, İlkay Can⁶, Sema Aytekin⁷, Ülker Gül⁸, Özlem Su Küçük⁹, Suzan Demir Pektaş¹⁰, Emine Tuğba Alataş¹⁰, Tuğba Tehçi¹¹, İlayda Muslu¹⁰, Melisa Özay⁹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Adana

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya

⁴Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Giresun

⁵Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ordu

⁶Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Balıkesir

⁷Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara

⁹Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

¹⁰Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Muğla

¹¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Adana

AMAÇ:

Skabiyez, şiddetli kaşıntıya neden olan ektoparazitik bir enfestasyondur. Son yıllarda vaka sayısında artışla birlikte tedaviye yanıt vermeyen olgular da sıklaşmıştır. Direnç genellikle permetrinle ilişkilendirilse de, oral tedaviler de dahil olmak üzere tüm seçeneklerde başarısızlık oranları artmaktadır. Hasta uyumsuzluğu, tek doz ilaç kullanımı, hijyen eksikliği ve aile bireylerinin tedavi edilmemesi başlıca nedenler arasında yer almaktadır. Skabiyez, klasik formda 10–20 akar ile seyreden, kurutlu formda bu sayı milyonlara ulaşabilen iki ana formda görülür. Kurutlu skabiyez genellikle immünsüpresyonla ilişkilidir ve tedavisi zordur. Son dönemde topikal tedaviye dirençli, klasik görünümlü hastalarda yüksek parazit yükü saptanmış; bu durum klasik ve kurutlu skabiyez arasında ara bir formu düşündürmüştür. Bu olguların sıklığını belirlemek üzere prospektif bir çalışma planlanmıştır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

MATERYAL-METOD:

Bezmialem Üniversitesi Etik Kurulu onayıyla, Helsinki Deklarasyonu'na uygun şekilde yürütülen bu prospektif ve çok merkezli çalışma, Türk Dermatoloji Derneği Mikroskopi Çalışma Grubu kapsamında gerçekleştirildi. Dermatoloji polikliniklerine başvuran ve antiparazitik tedavilere rağmen iyileşmeyen skabiyez hastaları dermoskopi ile değerlendirildi. Elli ve üzeri sayıda tünel veya parazit saptanan hastalar çalışmaya dâhil edildi. Komorbid hastalığı olanlar, immünsüpresif bireyler ve parazit sayımı yapılamayan çocuklar dışlandı.

BULGULAR:

Çalışma süresince 3316 skabiyez hastası değerlendirildi. Yüksek parazit yüküne sahip hasta sayısı 76 idi. Bu hastaların 42'si erkek (%56,1), 24'ü kadın (%43,9) idi. Ortalama yaş 30,24 yıl idi. Hastalarda 50 ile 400 arasında değişen parazit sayısı gözlemlendi ve ortalama sayı 86 idi. Spearman Rho Korelasyon Analizi'ne göre yaş ile tünel sayısı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı ($r=0,365$) ($p<0,01$). Kadın ve erkekler arasında tünel sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ailede yüksek parazit yükü varlığı tünel sayısını etkilemedi.

SONUÇ:

Klasik kaynaklarda bağışıklık sistemi normal bireylerde maksimum 20 akar bulunduğu, bu sayının immün sistem tarafından dengede tutulduğu belirtilmektedir. Ancak klinik olarak klasik skabiyeze benzeyen fakat beklenenden çok daha fazla akar içeren hastalar saptanmıştır. Bu hastalarda immünsüpresyon, komorbidite ya da kurutlu skabiyezle uyumlu kurutlar olmaması nedeniyle kurutlu skabiyez dışlanmıştır. Bu olgularda 50 ile 400 arasında akar tespit edilmiştir; bu sayı klasik skabiyez için çok fazla, kurutlu skabiyez içinse çok azdır. Bu akar sayısının yalnızca bağışıklık sistemi ile açıklanamayacağı kanaatindeyiz.

Bir akarın yaşam döngüsünü tamamlayabilmesi için konak cilde tutunması, tünel kazması, erkek akar ile karşılaşması ve tünelde yumurtlaması gerekir. Tünel kazma becerisini geliştirmiş akarlara sahip hastalarda parazit yükü daha fazladır. Akarlar bu işlemi ağız içindeki chelicera adı verilen iki keskin dişle gerçekleştirir. Bu sırada deriye dik şekilde dalarak stratum korneumu kesmeye başlarlar. Bu süreçteki başarı, hastadaki parazit yükünü belirler. Yüksek parazit yüküne sahip hastalardan elde ettiğimiz akarlarda daha fazla hareketlilik saptadık. Şekil ve boyut olarak normal akarlardan farklı olmasalar da, bu gözlenen hareketlilik sayesinde daha iyi tünel kazarak hayatta kalma şanslarının arttığını düşünmekteyiz (Video-1). Çalışmamızda yüksek parazit yüküne sahip hastaların çoğu, topikal tedavilerden fayda görmemişti. Bu hastalara topikal tedaviye ek olarak oral ivermektin planladık ve %89 oranında başarı sağladık. Bu hastalardaki bir diğer problem, klasik skabiyez hastalarına göre çok daha bulaştırıcı olmalarıdır. Kurutlu skabiyezde olduğu gibi bu hastalarda da oral ve



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

topikal tedavi kombinasyonu önerilmelidir. Skabiyez salgınlarını kontrol altına almak ve uygun tedavi stratejileri geliştirmek için akar fizyolojisi, biyolojisi ve immünolojisi üzerine daha fazla çalışma yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: Akar, İvermektin, Permetrin dirençli, Skabiyez, Skabiyez salgını

- KAYNAKLAR:** 1-Baykal C, Atci T, Kutlay A, Baykut B, Türkoğlu Z. Scabies outbreak in Turkey in 2018- 2019. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021 Jun;35(6):e384-e385.
- 2- Mbuagbaw L, Sadeghirad B, Morgan RL, Mertz D, Motaghi S, Ghadimi M, Babatunde I, Zani B, Pasumarthi T, Derby M, Kothapudi VN, Palmer NR, Aebischer A, Harder T, Reichert F. Failure of scabies treatment: a systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol. 2024 Jan 23;190(2):163-173.
- 3- Rinaldi F, Chirico R, Trink A, Pinto D. Resistance and Pseudo-resistance to permethrin: the importance of controlling scabies. Front Cell Infect Microbiol. 2023 Nov 13;13:1297337.
- 4- Aussy A, Houivet E, Hébert V, Colas-Cailleux H, Laaengh N, Richard C, Ouvry M, Boulard C, Léger S, Litrowski N, Benichou J, Joly P; investigators from the Normandy Association of Medical Education in Dermatology. Risk factors for treatment failure in scabies: a cohort study. Br J Dermatol. 2019 Apr;180(4):888-893.
- 5- Uzun S, Durdu M, Yürekli A, Mülâyim MK, Akyol M, Velipaşaoğlu S, Harman M, Taylan-Özkan A, Şavk E, Demir-Dora D, Dönmez L, Gazi U, Aktaş H, Aktürk AŞ, Demir G, Göktay F, Gürel MS, Gürok NG, Karadağ AS, Küçük ÖS, Turan Ç, Ozden MG, Ural ZK, Zorbozan O, Mumcuoğlu KY. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies. Int J Dermatol. 2024 Jun 23.
- 6- Selvaraj R, Purushothaman S, Indra Couppoussamy K. Crusted scabies. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2023 May 28;1-2.
- 7- Devi GC, Hazarika N. Erythroderma secondary to crusted scabies. BMJ Case Rep. 2021 Dec 14;14(12):e248000.
- 8- El-Moamly AA. Scabies as a part of the World Health Organization roadmap for neglected tropical diseases 2021-2030: what we know and what we need to do for global control. Trop Med Health. 2021 Aug 16;49(1):64.
- 9- Gazi U, Taylan-Ozkan A, Mumcuoglu KY. Immune mechanisms in human Sarcoptes scabiei (Acari: Sarcoptidae) infestations. Parasite Immunol. 2022 Jan;44(1-2):e12900.

YÜKSEK PARAZİT YÜKÜ OLAN HASTA



YÜKSEK PARAZİT YÜKÜ OLAN HASTA





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-29][KABUL:SÖZLÜ]

TÜRKİYE’DE SKABİYEZ TANI VE TEDAVİSİNDE DERMATOLOGLARIN YAŞADIĞI ZORLUKLAR

Nurcan Metin¹, Esmâ Uslu², Zeynep Utlu³, Enes Kirik¹

¹Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi, Erzurum Şehir Hastanesi, Erzurum, Türkiye

²Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi, Özel Buhara Hastanesi, Erzurum, Türkiye

³Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, Türkiye

AMAÇ:

Uyuz, etkeni *Sarcoptes scabiei* olan kaşıntılı ve bulaşıcı bir deri hastalığıdır ve dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Mevcut kılavuzlarda uyuzun tedavisinde, topikal permetrin, benzil benzoat, kükürt, malathion, krotamiton, sinerjize piretrinler ve topikal veya oral ivermektin gibi ajanların kullanılabileceği belirtilmektedir. Ülkemizde birkaç yıldır olan oral ivermektin tedavisi ile uyuz tedavisinde bir yol katedilmiş olsa da, dermatologlar tarafından farklı tedavi seçenekleri uygulanmaktadır. Topikal permetrin %5 tedavisi çoğu hekim tarafından etkili ve güvenli olarak birinci basamak tedavi olarak hala tercih edilirken, bazı dermatologlar etkisiz olduğunu düşünmekte ve reçete etmemektedir. Bu çalışmamızda ülkemizin farklı kesimlerinden dermatologların skabiyez tanı ve tedavide genel yaklaşımlarını, deneyimlerini ve yaşadıkları zorlukları öğrenmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Çalışmada çevrimiçi bir anket kullanarak kesitsel bir araştırma yürütüldü. 15 Haziran-15 Temmuz 2024 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından Google Forms üzerinde oluşturulan anket sorularının katılımcılar tarafından yanıtlanması istendi. Bir çalışma duyuru görseli oluşturuldu ve bu duyuru görseli araştırmacıların sosyal medya hesapları aracılığıyla dağıtıldı.

BULGULAR:

Skabiyez tedavisinde erişkin, gebe ve 2 yaş üstü çocuklarda en çok tercih edilen ilaç kükürtlü majistrallerdi (sırasıyla 60.7%, 55.1%, 62.6%). 0-2 yaş arası çocuklarda ise en çok permetrin tercih ediliyordu (62.6%). Tedavi cevapsızlığını, katılımcıların 89,7%’si hastaların tedaviyi yanlış uygulamalarına ve şikayeti olmayan aile üyelerinin tedavi önerisine uymamalarına bağlamıştı. 47.7% katılımcı permetrinin tedavide yanıtı olmadığını ifade etti. %70 oranında uyuz tanı ve tedavisinde hasta muayenesinin 2-7 dk arasında gerçekleştirildiği ve topikal tedavilerin kullanım şeklini anlatmanın çok zaman alıcı olduğu belirtildi. Hekimlerin 90%’i



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

uyuz tedavisinde hastanelerdeki yükün azaltılıp, aile hekimlerinin bu konuda bilgilendirilmesi ve aile taramaları yapmaları gerektiğini ifade etti.

SONUÇ:

Çalışmamıza göre dermatologlar uyuzun tedavisinde zorlanmaktadır. Permetrine yanıtıslığı çoğu katılımcı düşünmekte ve daha çok kükürtlü karışımlar tercih etmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişebilirliğin de artmasıyla ülkemizde son yıllarda sağlık hizmeti alma talebinde ciddi artışlar yaşanmıştır. Bu da topikal tedavinin ve diğer tedavilerin ayrıntılarını hastaya anlatabilmek için hastaya ayrılan sürelerin oldukça yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Hasta muayene sürelerinin yetersiz oluşu nedeniyle hastalara tedavinin detaylı anlatılmasında, diğer aile bireylerinin tedavisinde zorluk yaşanması ve bunun sonucunda yetersiz tedaviler ve salgınlar, hekimlerin bu konudaki yorgunluk ve bıkkınlığı da bu çalışmada ön planda olan sonuçlardır. Bu nedenle doğru tanı ve tedavi açısından muayene sürelerinin uzatılması gerekliliği, aile hekimlerinin uyuz tanı ve tedavi konusunda bilgilendirilmesi ve aile taramaları yapmaları gerekliliği de vurgulayacağımız noktalardır.

ANAHTAR KELİMELEER: skabiye, tedavi, permetrin, dermatolog

KAYNAKLAR: 1. 1.Scabies: advances in noninvasive diagnosis. Micali G, Lacarrubba F, Verzi AE, Chosidow O, Schwartz RA. PLoS Negl Trop Dis. 2016;10:0. doi: 10.1371/journal.pntd.0004691

2. 2.The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Karimkhani C, Colombara DV, Drucker AM, et al. Lancet Infect Dis. 2017;17:1247–1254. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30483-8.

3. Marks M, Engelman D, Romani L, Mason D, Sokana O, Kama M, Whitfeld M, Steer AC, Kaldor J. Exploration of a simplified clinical examination for scabies to support public health decision-making. PLoS Negl Trop Dis. 2018 Dec 27;12(12):e0006996. doi: 10.1371/journal.pntd.0006996. PMID: 30589906; PMCID: PMC6307692.

4. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31:1248–53

5. 3. Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R, Geisel B, Klink-Rehbein S, Nast A, et al. S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies – short version. J Dtsch Dermatol Ges. 2017;13:1–13

6. Workowski KA, Bolan GA. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64:1–13

7. Meyersburg D, Kaiser A, Bauer JW. Loss of efficacy of topical 5% permethrin for treating scabies: an Austrian single-center study. J Dermatolog Treat. 2020;4:1–4.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

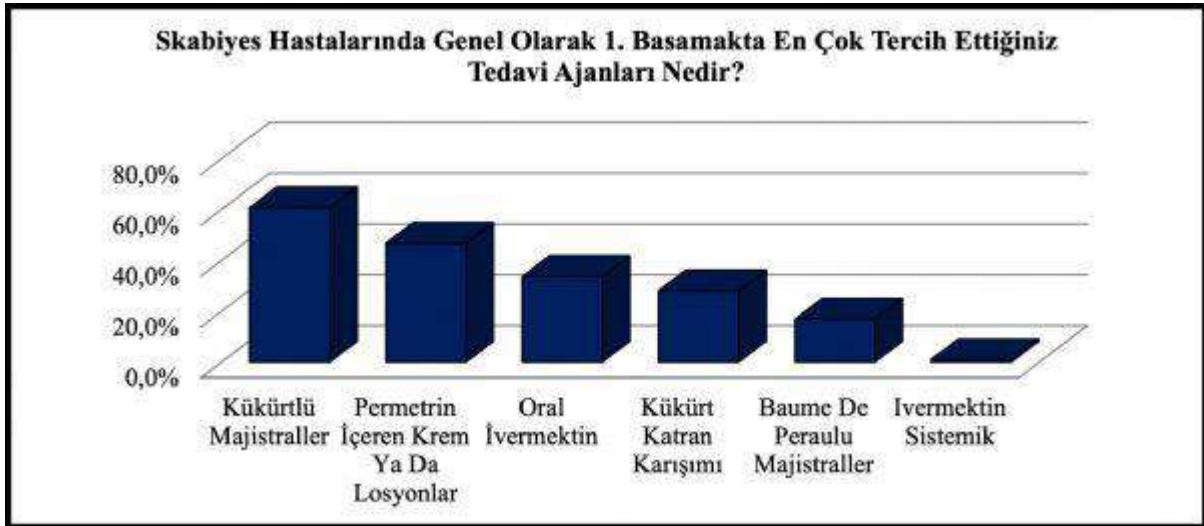
www.ulusadermatoloji2025.org.tr

8. Luque-Luna M, Corbella-Bagot L, Giavedoni P. Permethrin-resistant scabies. *Med Clin (Barc)*. 2024 Apr 26;162(8):403-404. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2023.11.012. Epub 2024 Jan 5. PMID: 38184464.
9. Mayer KE, Biedermann T, Posch C. European scabies challenge: what about permethrin-resistant mites? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Sep;36(9):e712-e713. doi: 10.1111/jdv.18181. Epub 2022 May 5. PMID: 35470925.
10. Uzun S, Durdu M, Yürekli A, Mülayim MK, Akyol M, Velipaşaoğlu S, Harman M, Taylan-Özkan A, Şavk E, Demir-Dora D, Dönmez L, Gazi U, Aktaş H, Aktürk AŞ, Demir G, Göktay F, Gürel MS, Gürok NG, Karadağ AS, Küçük ÖS, Turan Ç, Ozden MG, Ural ZK, Zorbozan O, Mumcuoğlu KY. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies. *Int J Dermatol*. 2024 Dec;63(12):1642-1656. doi: 10.1111/ijd.17327. Epub 2024 Jun 23. PMID: 38922701; PMCID: PMC11589009.
11. Turan Ç, Metin N, Utlu Z. Epidemiological Evaluation of Scabies Cases Encountered in the Last Three Years as a Tertiary Health Center. *Türkiye Parazitol Derg*. 2020 Jun 2;44(2):77-82. doi: 10.4274/tpd.galenos.2020.6796. PMID: 32482039.
12. Özden MG, Ertürk K, Kartal SP, Yaylı S, Göktay F, Doğramacı CA, et al. An extraordinary outbreak of scabies in Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34: e818–e820.
13. Turan Ç, Metin N. Impact of Pandemic in the Frequency of Scabies: Possible Scabies Outbreak Scenario Aftermath COVID-19. *Türkiye Parazitol Derg*. 2021 Aug 4;45(3):190-194. English. doi: 10.4274/tpd.galenos.2021.7236. PMID: 34346874.
14. Ertugrul G, Aktas H. Uyuz hastalığında kükürtlü merhem ve permetrin tedavisinin karşılaştırılması. *Dermatol Ther*. 2022; 35:e15897.
15. Aydemir S, Kul Z, Barlik F, Saygin M, Ekici A, Yilmaz H. Increase in Scabies Cases and Permethrin Nonresponse in Türkiye. *Indian J Public Health*. 2025 Jan 1;69(1):63-66. doi: 10.4103/ijph.ijph_137_24. Epub 2025 Mar 21. PMID: 40214320.
16. Mang R, Kremer A, Lehmann P, Assmann T. Skabies – klinische Therapieresistenz auf Permethrin: Fallbeschreibungen und eine kritische Auseinandersetzung mit den aktuellen Therapieempfehlungen [Scabies-clinical resistance to permethrin therapy: Case reports and a critical discussion of current treatment recommendations]. *Hautarzt*. 2021 Jul;72(7):595-599. German. doi: 10.1007/s00105-021-04783-8. Epub 2021 Mar 15. PMID: 33721046.
17. Yürekli A. Is there a really resistance to scabies treatment with permethrin? In vitro killing activity of permethrin on *Sarcoptes scabiei* from patients with resistant scabies. *Dermatol Ther*. 2022; 35:e15260.
18. Beştemir A, Aydın H. Yıllık 300 milyon Hasta Muayenesi; Türkiye’de 2. ve 3. Basamak Kamu Sağlık Tesisleri Acil Servis ve Poliklinik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. Eylül 2022;12(3):496-502. doi:10.31832/smj.1128439
19. Mounsey KE, Murray HC, King M, Oprescu F. Retrospective analysis of institutional scabies

outbreaks from 1984 to 2013: lessons learned and moving forward. Epidemiol Infect. 2016; 144: 2462–2471

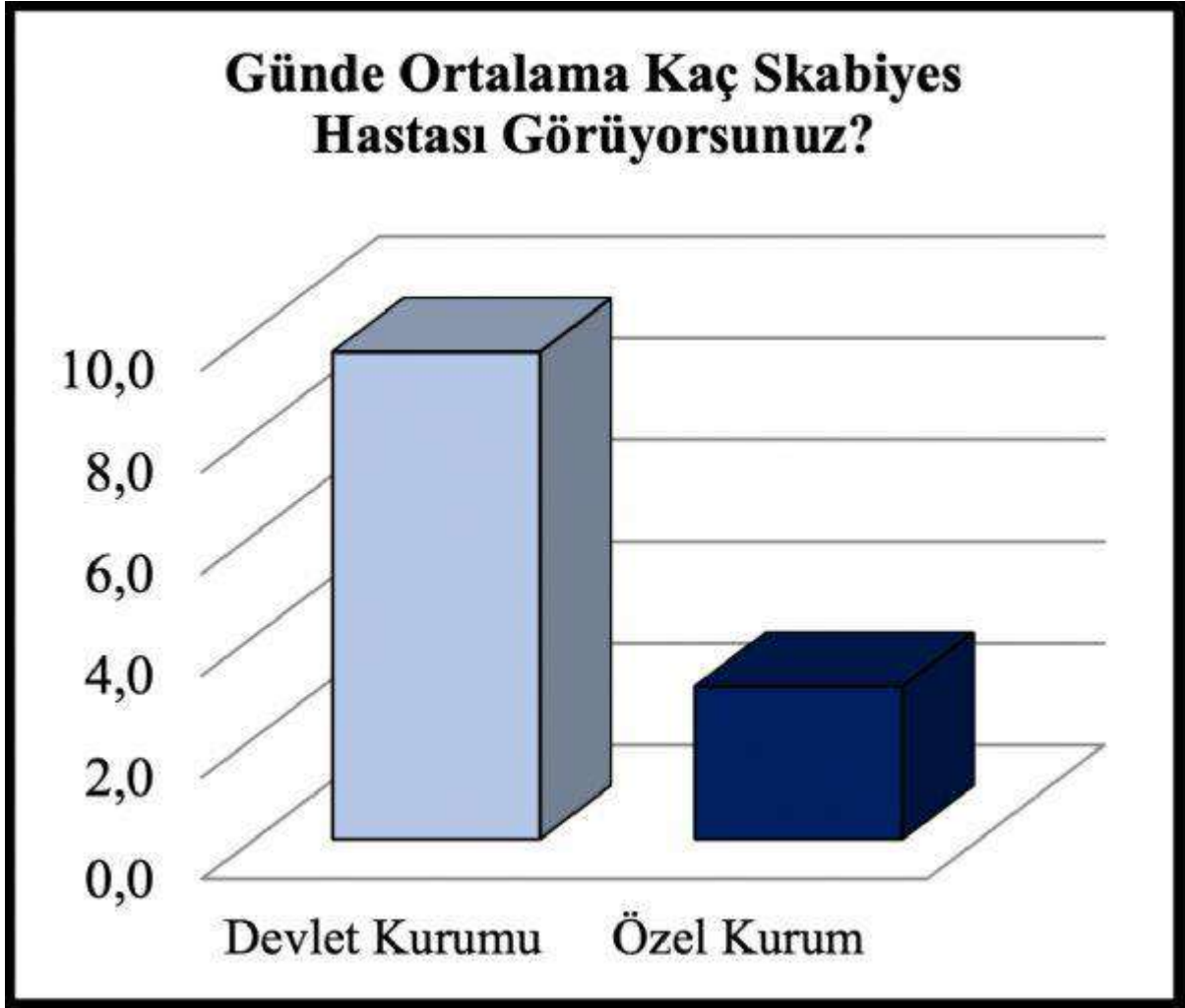
20. ETGU, Fatma; ONDER, Sevda. Evaluating knowledge level about scabies in primary care physicians during the scabies outbreak of Turkey. Turkish Journal of Dermatology, 2023, 17.2: 57-63.

FIGÜR-1



Skabiyes Hastalarında Genel Olarak 1. Basamakta En Çok Tercih Ettiğiniz Tedavi Ajanları Nedir?

FIGÜR-2



Günde Ortalama Kaç Skabiyes Hastası Görüyorsunuz?

TABLO-1 DEMOGRAFİK VERİLER VE UYUZ TEDAVİSİNDE TERCİHLER

		Min-Maks	Medyan	Ort.±ss/n-%
Yaş		25.0 - 80.0	35.0	38.9 ± 10.1
Cinsiyet		Erkek Kadın		22 20.6% 85 79.4%



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Hangi Bölgede Çalışıyorsunuz?	Akdeniz Bölgesi Doğu Anadolu Bölgesi Ege Bölgesi Güneydoğu Anadolu Bölgesi İç Anadolu Bölgesi Karadeniz Bölgesi Marmara Bölgesi			3 2.8% 16 15.0% 18 16.8% 5 4.7% 23 21.5% 10 9.3% 32 29.9%
Şu Anda Hangi Hastanede Çalışmaktasınız?	Eğitim ve Araştırma Hastanesi Devlet Hastanesi Özel Hastane Üniversite Hastanesi Muayenehane Şehir Hastanesi Özel Tıp Merkezi			36 33.6% 27 25.2% 21 19.6% 17 15.9% 4 3.7% 1 0.9% 1 0.9%
Günde Ortalama Kaç Skabiyes Hastası Görüyorsunuz?		0.0 - 50.0	5.0	8.0 ± 8.5
Skabiyes Hastalarında Genel Olarak 1. Basamakta En Çok Tercih Ettiğiniz Tedavi Ajanları Nedir?			n	%
Kükürtlü Majistraller			65	60.7%
Permetrin İçeren Krem Ya Da Losyonlar			50	46.7%
Oral İvermektin			36	33.6%
Kükürt Katran Karışımı (Wilkinson Pomad)			30	28.0%
Baume De Peraulu Majistraller			18	16.8%
Ivermektin Sistemik			1	0.9%
Gebe Uyuz Vakalarında Tedavi Tercihiniz?				
Kükürtlü Majistraller			59	55.1%
Permetrin İçeren Krem Ya Da Losyonlar			56	52.3%



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Baume De Peraulu Majistraller			20	18.7%
Kükürt Katran Karışımı (Wilkinson Pomad)			5	4.7%
0-2 Yaş (Yenidoğan) Dönemindeki Uyuz Vakalarında Tedavi Tercihiniz?				
Permetrin İçeren Krem Ya Da Losyonlar			46	43.0%
Kükürtlü Majistraller			39	36.4%
Baume De Peraulu Majistraller			35	32.7%
Kükürt Katran Karışımı (Wilkinson Pomad)			27	25.2%
Xabion Losyon			3	2.8%
2 Yaş Üzeri (Çocukluk Döneminde) Uyuz Vakalarında Tedavi Tercihiniz?				
Kükürtlü Majistraller			67	62.6%
Permetrin İçeren Krem Ya Da Losyonlar			56	52.3%
Baume De Peraulu Majistraller			20	18.7%
Kükürt Katran Karışımı (Wilkinson Pomad)			17	15.9%
Oral İvermektin			14	13.1%

TABLO-2 TEDAVİ CEVABI YA DA CEVAPSIZLIĞI KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİNİZ?

Tedavi Cevabı ya da Cevapsızlığı Konusundaki Düşünceleriniz?	n	%
Hastaların Tedaviyi Yanlış Uygulamaları	96	89.7%
Aile Üyelerinde Şikayet Olmasa Da Aile Tedavisi Kullanması İstendiği Halde Bu Öneriye Uymamaları	96	89.7%
Kükürtlü Majistrallere Cevap Verdiğini Düşünüyorum	80	74.8%
Taşıyıcı Ancak Tedavisiz Bireylerle Temasın Devam Etmesi	78	72.9%
Oral İvermektin Tedavisine Cevap Verdiğini Düşünüyorum	68	63.6%
Tedavi Ajanlarının İrritasyon Özelliği Nedeniyle Tedavinin Tamamlanamaması	56	52.3%
Kükürt Katran Karışım Tedavilerine Cevap Verdiğini Düşünüyorum	54	50.5%
Permetrinli Tedavilere Yanıtsız Olduğunu Düşünüyorum	51	47.7%
1. Basamakta Yanlış Tanı	51	47.7%
Tedavi ve Hasta Bilgilendirmenin Yetersiz Oluşu	50	46.7%



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Kısıtlı Muayene Süresi Nedeniyle Hastanın Bilgilendirilmesinde ve Anlamasında	47	43.9%
Yetersizlik	44	41.1%
İlaç Direnci	44	41.1%
Permetrinli Tedavilere Cevap Verdiğini Düşünüyorum	40	37.4%
Baume De Peraulu Majistral Tedavilerine Cevap Verdiğini Düşünüyorum	38	35.5%
Ortam ve Kıyafet Temizliğinin Doğru ve Etkili Yapılmaması	5	4.7%
Ortam Temizliğini Doğru ve Etkili Yapılmaması	4	3.7%
Oral İvermektin Tedavisine Yanıtsız Olduğunu Düşünüyorum	2	1.9%
Baume De Peraulu Majistral Tedavilerine Yanıtsız Olduğunu Düşünüyorum	2	1.9%
Oral İvermektinin Tek Başına Yetersiz Olduğunu Gözlemledim	1	0.9%
Kükürt Katran Karışım Tedavilerine Yanıtsız Olduğunu Düşünüyorum	1	0.9%
Tam Olarak Şu Tedaviye Yanıt Vermekte veya Yanıtsız Demek Uygun Değil Bence.	1	0.9%
Hastadan Hastaya Yanıt Düzeyi Değişmekte.	1	0.9%
Permetrin ve Kükürtlü Tedavi Kombinasyonlarına Yanıt Veriyor	1	0.9%
Oral İvermektin Eğer Yanında Topikal Tedavi Uygulandıysa Anamlı	1	0.9%
Oral İvermektin Sonrası İdame 7. ve 10. Günde Muhakkak Gerekliğini Düşünüyorum	1	0.9%
Düşünüyorum	1	0.9%
Dirençli Vakalarda Kükürtlü Majistral ile Birlikte Oral İvermektin Kullanıyorum	1	0.9%
Kükürtlü Majistrallere Yanıtsız Olduğunu Düşünüyorum	1	0.9%
En Önemli Sorunun Re-Enfeksiyon Olduğunu Düşünüyorum	1	0.9%
Hastalığı Saklamaları	1	0.9%
Bir De Kullanım Sekli Dogru Anlatilmadigindan Sadece Kasinan Yerlere He Rgun Surup Gelen Çok Görüyorum	1	0.9%
1 Hafta Sonra Tekrarlanması Gerekliği Söylenmiyor		
Hastaların Uyuz Olduklarına İnanmayıp Tedaviyi Uygulanmamaları		
Parazit ile İlgili Faktörler Olabilir.		
Yanlış Tanı Sebebi ile Birinci Basamaklarda Uyuz İlaçlarının Sık Kullanılması		



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-30][KABUL:SÖZLÜ]

**HERPES ZOSTER TANISI ALAN HASTALARIN DEMOGRAFİK – KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN
RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ, AĞRI SÜRESİ VE AĞRI ŞİDDETİNİN BOY-KİLO-VÜCUT
KİTLE ENDEKSİ AÇISINDAN ARAŞTIRILMASI**

Veysel Duru, Sabir Hasanbeyzade

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

AMAÇ:

Zona olarak da bilinen herpes zoster (HZ), dorsal kök ganglionlarında latent kalan varicella-zoster virüsü (VZV) enfeksiyonunun reaktivasyonundan kaynaklanır ¹. HZ atağından sonra oluşan ve döküntünün iyileşmesinden sonra da devam eden ağrıya postherpetik nevralji (PHN) denmektedir ². PHN zonanın en sık görülen komplikasyonudur ve uzun semptom süresi ile yaşam kalitesini derinden etkileyebilen şiddetli ağrıya neden olabilir ³. VZV aynı zamanda büyük ve küçük kan damarlarında tespit edilmiştir; ve lokal inflamasyon, patolojik vasküler yeniden şekillenme ve kronik arteriyel değişikliklerden sonraki damar tıkanıklığı (ateroskleroz), iskemi ve kardiyovasküler olay riskini de artırabilir ⁴. Bu makale, zona hastalarının genel demografik ve klinik özelliklerini, ağrı şiddeti ve ağrı sürelerini ve vücut kitle endeksinin (VKİ) bu parametrelere etkisini araştırmaktadır.

MATERYAL-

METOD:

Çalışma için etik kurul onayı alındı. Çalışmada Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran ve HZ tanısı alan 18 yaş ve üzeri 82 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, boy ve kiloları, sigara ve alkol kullanım durumları çalışmaya dahil edildi. Ağrı şiddeti, hastaların ağrılarını 0 (hiç ağrı yok) ile 10 (en şiddetli ağrı) arasında derecelendirdiği Görsel Analog Skala (VAS) kullanılarak değerlendirildi. Çalışma Helsinki bildirgesi kapsamında yapılmıştır.

BULGULAR:

Çalışmaya yaş ortalaması 55.39±16.69 olan toplam 82 zona hastası dahil edildi (33/%39.8'i kadındı). Cinsiyet ile dermatom, ağrı süresi, tanı anındaki ve 3. aydaki ağrı şiddeti arasında bir ilişki saptanmazken, yaş arttıkça 3. aydaki ağrı şiddeti ve toplam ağrı süresi artmaktaydı (sırasıyla p=0.042 ve 0.027). Antiviral tedavi 4. gün ve sonrasında başlananlarda 3. aydaki ağrı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

şiddeti yüksek bulundu ($p=0.001$). Boyu 155 cm ve daha kısa olan hastalarda ağrı süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır ($p=0.018$). Boy, kilo, sigara ve alkol kullanımı ile tanı anındaki ağrı şiddeti ve 3. aydaki ağrı şiddeti arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca VKİ ile dermatom dağılımı, ilk ağrı şiddeti ve 3. aydaki ağrı şiddeti arasında fark bulunmadı (sırasıyla $P=0.201$, 0.572 ve 0.884). VKİ ile ağrı süresi arasında fark vardı ($P=0.015$, VKİ 28.4 üzerindeki kişilerde ağrı süresi artmaktaydı).

SONUÇ:

Bu bulgular, zona hastalarında ağrı yönetiminde yaş ve antiviral tedavi başlangıç zamanının önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır. Özellikle antiviral tedavinin erken başlanması ağrı şiddetini azaltmada kritik olduğu pekiştirilmiştir. Ayrıca, hastaların boy ve VKİ gibi fiziksel özelliklerinin de ağrı süresi ve şiddeti üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, zona tedavisinde kişiye özel yaklaşımların geliştirilmesi ve antiviral tedavinin mümkün olan en erken dönemde başlatılması, ağrı yönetiminde başarıyı artırabilir. Bu çalışma, zona hastalarında ağrı ile ilişkili faktörlerin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi açısından önemli veriler sunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: anti viral, herpes zoster, postherpetik nevralji, vücut kitle indeksi

KAYNAKLAR: 1. Gnann JW Jr, Whitley RJ (2002) Clinical practice. Herpes zoster. N Engl J Med 347:340–346. <https://doi.org/10.1056/NEJMc013211>

2. Dworkin RH, Schmader KE, Goldstein EJC. Treatment and prevention of postherpetic neuralgia. Clin Infect Dis 2003;36:877–82.

3. Drolet M, Brisson M, Schmader KE, et al. The impact of herpes zoster and postherpetic neuralgia on health-related quality of life: a prospective study. Can Med Assoc J 2010;182:1731–1736.

4. Nagel MA, Traktinskiy I, Azarkh Y, Kleinschmidt-DeMasters B, Hedley-Whyte T, Russman A, VanEgmond EM, Stenmark K, Frid M, Mahalingam R, et al. Varicella zoster virus vasculopathy: analysis of virus-infected arteries. Neurology. 2011;77:364–370.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-31][KABUL:SÖZLÜ]

**OFTALMİK ZONA NEDENİ İLE YATARAK TEDAVİ ALAN HASTALARIN İNCELENMESİ VE
POSTHERPETİK NEVRALJİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN TANIMLANMASI**

Mustafa Akın, Başak Şişdağ, Zafer Türkoğlu, Ezgi Aktaş

Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Herpes zoster oftalmikus(HZO), latent varisella zoster virüsünün oftalmik dalı tutmasıyla oluşan, ciddi oküler ve nörolojik komplikasyonlara yol açabilen bir enfeksiyondur. Akut dönemde göz bulguları ile seyreden hastalık, zamanla kronik komplikasyonlara ve özellikle postherpetik nevralji (PHN) gibi yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen nöropatik ağrılara neden olabilir. PHN'nin gelişiminde yaş, immünite, tutulan göz bulguları, tedaviye başlama zamanı ve eşlik eden sistemik hastalıkların rol oynayabileceği öne sürülmektedir. Çalışmada, oftalmik zona tanısı almış 70 hastanın demografik, klinik ve tedaviye ilişkin özellikleri değerlendirilmiş; akut ve kronik göz bulgularının dağılımı ile PHN gelişim oranı ortaya konmuştur. PHN gelişimini etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi ve klinik-pratik açısından anlamlı olabilecek ilişkilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışma, retrospektif, tanımlayıcı bir tasarımda planlanmıştır. 2021 Ocak-2025 Mayıs tarihleri arasında dermatoloji servisinde takip edilen, HZO tanısı almış 70 hasta çalışmaya katılmıştır. Hasta dosyalarından demografik ve klinik veriler kaydedilmiştir. Göz tutulumuna dair akut ve kronik komplikasyonlar, tedavi protokolleri, tedaviye başlama süresi, uygulanan analjezik tedavi değerlendirilmiştir. PHN tanısı, zona lezyonlarının iyileşmesini takiben 90 günden uzun süren nöropatik ağrı varlığına göre yapılmıştır. Analizde SPSS v22 kullanılmıştır.

BULGULAR:

Oftalmik zona tanısı alan 70 hastanın yaş ortalaması 60.9 ± 17.96 yıl idi. Olguların %52.9'u erkek (n=37), %47.1'i kadındı (n=33). Sigara içiciliği %44.3 (n=31) oranında mevcuttu. Hastaların %80'inde (n=56) en az bir sistemik eşlikçi hastalık bulunmaktaydı. En sık saptanan komorbiditeler hipertansiyon (%45.7; n=32) ve diyabetes mellitustu (%27.1; n=19). Akut



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

dönemde komplikasyon gelişme oranı %84.3 (n=59) olarak bulunmuş olup en sık izlenen bulgular kornea erozyonu (%37.1), gözde ağrı (%34.3), keratit (%21.4), kemozis (%20), konjonktivit (%18.6), blefarit (%17.1), hipoestezi (%11.4) ve görme kaybıydı (%10). Daha az sıklıkla keratokonjonktivit (%8.6), hareket kısıtlılığı (%8.6), üveit (%5.7), dendritik lezyon (%5.7), gözde ödem (%5.7), periorbital selülit (%5.7), pterijum (%2.9), drusen (%2.9), intraorbital basınç artışı (%2.9) ve pannus (%1.4) saptandı. Tedavide %85.7'sine (n=60) asiklovir, %21.4'üne (n=15) brivudin, %24.3'üne valasiklovirle (n=17) verilmiştir. %51.4'ünde (n=36) tedavi ilk 72 saatte başlanılmış, en sık başlama günü 3. gün (n=16; %22.9) olarak saptanmıştır.

Geç dönem komplikasyonlara bakıldığında, hastaların %45.7'sinde (n=32) kronik göz komplikasyonu geliştiği saptandı. %12.9'unda (n=9) skar dokusu geliştiği, %44.3'ünde (n=31) Hutchinson belirtisi izlendiği ve %65.7'sinde (n=46) saçlı deri tutulduğu gözlenmiştir. Hastalık başlangıç semptomu için, olguların %58.6'sında (n=41) hastalık döküntüyle başlamış, %37.1'indeyse (n=26) ilk belirti ağrı olmuştur. Mevsimsel dağılımdaysa olguların %35.7'si kış, %27.1'i ilkbahar, %20'si yaz ve %17.1'i sonbaharda görülmüştür. 70 hastanın 33'ünde (%47.1) PHN gelişmiş olup, bu gelişimle klinik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde dendritik lezyon, kornea erozyonu, kronik göz komplikasyonu ve kornea ülserasyonu olması arasında anlamlı ilişki izlendi (sırasıyla; p= 0.029, p= 0.001, 0.018, p= 0.029). Herhangi bir ek sistemik hastalık olmasıyla PHN gelişimi arasında anlamlı ilişki saptandı (p= 0.006). Parasetamol, non-steroid antiinflamatuvar veya antiepileptik gibi ağrı kontrolü için herhangi bir ajan kullanımı da PHN ile ilişkili bulundu (hepsi için; p< 0.05).

SONUÇ:

Bulgularımız, PHN'nin HZO'da oldukça sık görüldüğünü; dendritik lezyon, kornea erozyonu, kronik göz komplikasyonları ve kornea ülseri gibi oftalmik bulguların varlığının PHN gelişimiyle anlamlı olarak ilişkisi bulunmuştur. Ayrıca, eşlik eden sistemik hastalığın bulunması PHN açısından önemli bir risk faktörü olarak saptanmıştır. Bulunan veriler, oftalmik zona hastalarında PHN gelişimini öngörmeye yönelik bazı klinik ipuçları sunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Herpes Zoster Oftalmikus, Varisella Zoster Virus, Ağrı, Göz Komplikasyonları

KAYNAKLAR: 1.Liesegang, Thomas J. "Herpes zoster ophthalmicus: natural history, risk factors, clinical presentation, and morbidity." Ophthalmology 115.2 (2008): S3-S12.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- 2.Vrcek, Ivan, Eileen Choudhury, and Vikram Durairaj. "Herpes zoster ophthalmicus: a review for the internist." The American journal of medicine 130.1 (2017): 21-26.
- 3.Ting, Darren Shu Jeng, Niru Ghosh, and Saurabh Ghosh. "Herpes zoster ophthalmicus." bmj 364 (2019).
- 4.Tran, Kimberly D., et al. "Epidemiology of herpes zoster ophthalmicus: recurrence and chronicity." Ophthalmology 123.7 (2016): 1469-1475.
- 5.Litt, John, et al. "Herpes zoster ophthalmicus: presentation, complications, treatment, and prevention." Infectious Diseases and Therapy 13.7 (2024): 1439-1459.
- 6.Xiao, Zupeng, et al. "Herpes Zoster Ophthalmicus Clinical Presentation and Risk Factors for Lesion Recovery." Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology (2023): 3767-3773.
- 7.Berlinberg, Elyse J., et al. "Seasonality of herpes zoster and herpes zoster ophthalmicus." Journal of Clinical Virology 126 (2020): 104306.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-32][KABUL:SÖZLÜ]

**FOTOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA SERUM İNFLAMASYON İNDEKSİ VE
NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI DEĞİŞİMİ: RETROSPEKTİF BİR DEĞERLENDİRME**

Seçil Soylu¹, Yeşim Akpınar Kara², Efe Görkem Apaydın², Eda Kılınç Eşki¹

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Afyonkarahisar

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi
Hastalıkları Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ

Fototerapi, inflamatuvar deri hastalıklarının tedavisinde sık kullanılan bir yöntemdir. Serum İnflamasyon İndeksi (SII) ve Nötrofil/Lenfosit Oranı (NLR), sistemik inflamasyonu değerlendirmede kullanılan iki temel hematolojik parametredir. Bu biyobelirteçlerin inflamatuvar hastalıkların tanı, prognoz ve tedavi yanıtını izleme sürecindeki rolleri son yıllarda dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın amacı, fototerapi uygulanan hastalarda SII ve NLR değerlerinin 0. ay ve 2. ayda gösterdiği değişimi değerlendirmek ve bu değerlerin yaş, cinsiyet, tanı ve komorbiditelere göre değişimini araştırmaktır.

YÖNTEM

Çalışma öncesi etik kurul onayı alındı (2025/8). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Klinikleri'nde takip edilen 2 ay ve üzeri süreyle fototerapi tedavisi almış ve fototerapi öncesi ile sonrası döneme ait tam kan sayımı verilerine ulaşılabilen 46 hasta dahil edildi. Hastaların verileri retrospektif olarak toplandı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tanıları, eşlik eden komorbid hastalıkları ve laboratuvar verileri değerlendirildi. İnflamasyon belirteçleri olarak SII ve NLR hesaplandı. Verilerin analizinde Kolmogorov–Smirnov testi ile normal dağılım kontrol edildi. Wilcoxon signed-rank, Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR

Hastaların 29'u kadın ve 17'si erkek olup yaş ortalaması $50,87 \pm 20,00$ idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların tanı dağılımları; mikozis fungoides (MF) (n=5), psoriasis (n=12), pruritus (n=5) ve diğer inflamatuvar deri hastalıkları (n=24) şeklindeydi. Fototerapi sonrası SII (p = 0.900) ve NLR (p = 0.498) değerlerinde anlamlı değişiklik saptanmamıştır. Cinsiyet grupları arasında SII (p = 0.794) ve NLR (p = 0.619) değişim yüzdeleri açısından anlamlı farklılık göstermemiştir. Tanı grupları arasında SII (p = 0.432) ve NLR (p = 0.516) değişimlerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, MF tanılı hastalarda NLR değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p = 0.043). SII ve NLR değişim oranları arasında çok güçlü pozitif korelasyon saptanmıştır (p < 0.001). Çalışmada 2. ay CRP ve sedimentasyon düzeylerinde de anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Alt grup analizlerinde komorbiditesi olan ve olmayan hastalar arasında SII ve NLR değişim yüzdeleri açısından fark izlenmemiştir.

SONUÇ

Fototerapi sonrası sistemik inflamasyon belirteçleri olan SII ve NLR'de istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Ancak bu iki parametre arasında saptanan yüksek düzeydeki korelasyon, inflamasyonun takibinde birbirini tamamlayıcı biyobelirteçler olarak değerlendirilebileceklerini düşündürmektedir. MF tanılı hastalarda fototerapi sonrası NLR'deki anlamlı düşüş, bu alt grupta sistemik inflamatuvar yanıtın daha belirgin olabileceğine işaret etmektedir. Elde edilen bulgular, inflamatuvar deri hastalıklarının izleminde SII ve NLR'nin birlikte değerlendirilmesinin faydalı olabileceğini göstermektedir. Bu parametrelerin, klinik pratikte fototerapiye yanıt takibinde yararlı göstergeler olabileceği düşünülmektedir. Bu parametrelerin inflamatuvar deri hastalıklarının tedavi ve takibinde kullanımının daha iyi anlaşılabilmesi için ileriye dönük, geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: fototerapi, inflamatuvar deri hastalıkları, mikozis fungoides, nötrofil/lenfosit oranı, serum inflamasyon indeksi

KAYNAKLAR: Romaní J, Caixàs A, Carrascosa JM, Ribera M, Rigla M, Luelmo J. Effect of narrowband ultraviolet B therapy on inflammatory markers and body fat composition in moderate to severe psoriasis. *Br J Dermatol.* 2012;166(6):1237–1244.

Batycka-Baran A, Besgen P, Wolf R, Szepietowski JC, Prinz JC. The effect of phototherapy on systemic inflammatory process in patients with plaque psoriasis. *J Photochem Photobiol B.* 2016;161:396–401.

Feily A, Etemadifar M, Tabatabaei F, et al. Phototherapy in autoimmune and inflammatory skin diseases: a mechanistic perspective. *Int J Mol Sci.* 2024;25(16):8632.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-33][KABUL:SÖZLÜ]

**KELOİD TEDAVİSİNDE İNTRALEZYONEL KRİYOTERAPİ VE KORTİKOSTEROİD
ENJEKSİYONLARININ KARŞILAŞTIRMALI ETKİNLİK ANALİZİ**

Hüseyin Baytimür, Soner Uzun

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

GİRİŞ:

Keloidler, kutanöz yaralanma bölgelerinde gelişen, estetik deformitenin yanı sıra ağrı, kaşıntı ve hareket kısıtlılığına yol açarak yaşam kalitesini azaltan fibroproliferatif dermal lezyonlardır. Mevcut tedavi seçeneklerine rağmen, keloid tedavisinde altın standart bir yöntem henüz belirlenememiştir. İntralezyonel kortikosteroid enjeksiyonları yaygın olarak kullanılmakta olup, özellikle dirençli ve hacimli keloidlerde intralezyonel kriyoterapi alternatif bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır.

AMAÇ:

Bu çalışmada intralezyonel kriyoterapinin etkinliği, intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonu ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

MATERYAL VE YÖNTEM:

Akdeniz Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ve keloid tanısı alan 27 hastanın verileri retrospektif incelendi. İntralezyonel kortikosteroid (Grup 1; n=8) ve intralezyonel kriyoterapi + kortikosteroid kombinasyonu (Grup 2; n=19) uygulanan toplam 64 keloid değerlendirildi. Demografik veriler, etyoloji, lokalizasyon, hacim ve skar değerlendirme skorları [POSASH (The Patient and Observer Scar Assessment Scale, Patient), POSASG (The Patient and Observer Scar Assessment Scale, Observer), Detroit Keloid Skalası, MVSS (modified Vancouver Scar Scale)] analiz edildi.

İstatistiksel değerlendirmelerde Wilcoxon, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Hastaların yaş ortalaması $29.5 \pm 13,5$ yıl olup, %48,2'si kadın, %51,8'i erkekti. Keloidlerin en sık lokalizasyonları gövde ön yüz (%29,7), omuz ve sırt (%21,9) ve kulak (%14,1) idi. POSASH ve POSASG skorlarında kriyoterapi grubu anlamlı üstünlük gösterdi ($p < 0.001$). Hacim ve yükseklik azalması da kriyoterapi lehine anlamlıydı ($p < 0.001$). Kulak lokalizasyonunda MVSS, hacim ve yükseklik skorlarında daha belirgin iyileşme izlendi ($p < 0.05$). Post-akne ve piercing kaynaklı keloidlerde daha iyi morfolojik yanıt saptandı. Lezyon süresi arttıkça Detroit skorlarındaki iyileşme artış gösterdi ($p = 0.274$, $p = 0.028$). Önceki tedavi öyküsü skar skorlarını anlamlı etkiledi ($p < 0.05$). Post-hoc güç analizinde POSASH için %86, POSASG için %68 güç saptandı; Detroit ve MVSS skorlarında ise daha düşük güç düzeyleri hesaplandı.

Aynı hastada farklı tedavi modalitelerinin uygulanması birey içi karşılaştırma olanağı sağladı. Kriyoterapi uygulanan Grup 2 lezyonlarında POSASH, POSASG ve hacim azalımı anlamlı düzeyde daha yüksekti. Grup 1'de iyileşme sınırlıydı. Bulgular kriyoterapinin keloid tedavisinde üstün etkinliğini desteklemektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Bulgularımız, literatürde bildirilen verilerle uyumludur. Zouboulis ve ark.'nın biyofiziksel modelinde, intralezyonel kriyoterapinin derin dermal hedefleme ile minimal epidermal hasar sağladığı gösterilmiştir.

Literatürde kriyoterapi sonrası %52,2 hacim azalması ve kulak-omuz bölgesinde %59 küçülme rapor edilmiştir; çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Post-akne ve piercing kaynaklı lezyonların tedavi yanıtı daha iyi bulunmuştur. Ayrıca kriyoterapinin, mast hücresi ve periostin aracılığıyla pruritus üzerine de olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda hacim ve yükseklik azalması ile subjektif iyileşme paralel ilerlemiştir.

Retrospektif ve sınırlı örneklem hacmi kısıtlayıcı faktörler olsa da, kriyoterapinin etkin ve güvenilir olduğu, kombine tedavilerle sinerjik etki sağlayabileceği görülmüştür. Gelecekte geniş örneklemli, prospektif, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Keloid, intralezyonel kriyoterapi, kortikosteroid enjeksiyonu

KAYNAKLAR: 1. van Leeuwen MC, Bulstra AE, Ket JC, Ritt MJ, van Leeuwen PA, Niessen FB. Intralesional

Cryotherapy for the Treatment of Keloid Scars: Evaluating Effectiveness. Plast Reconstr Surg Glob

Open. 2015 Jul 8;3(6):e437.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

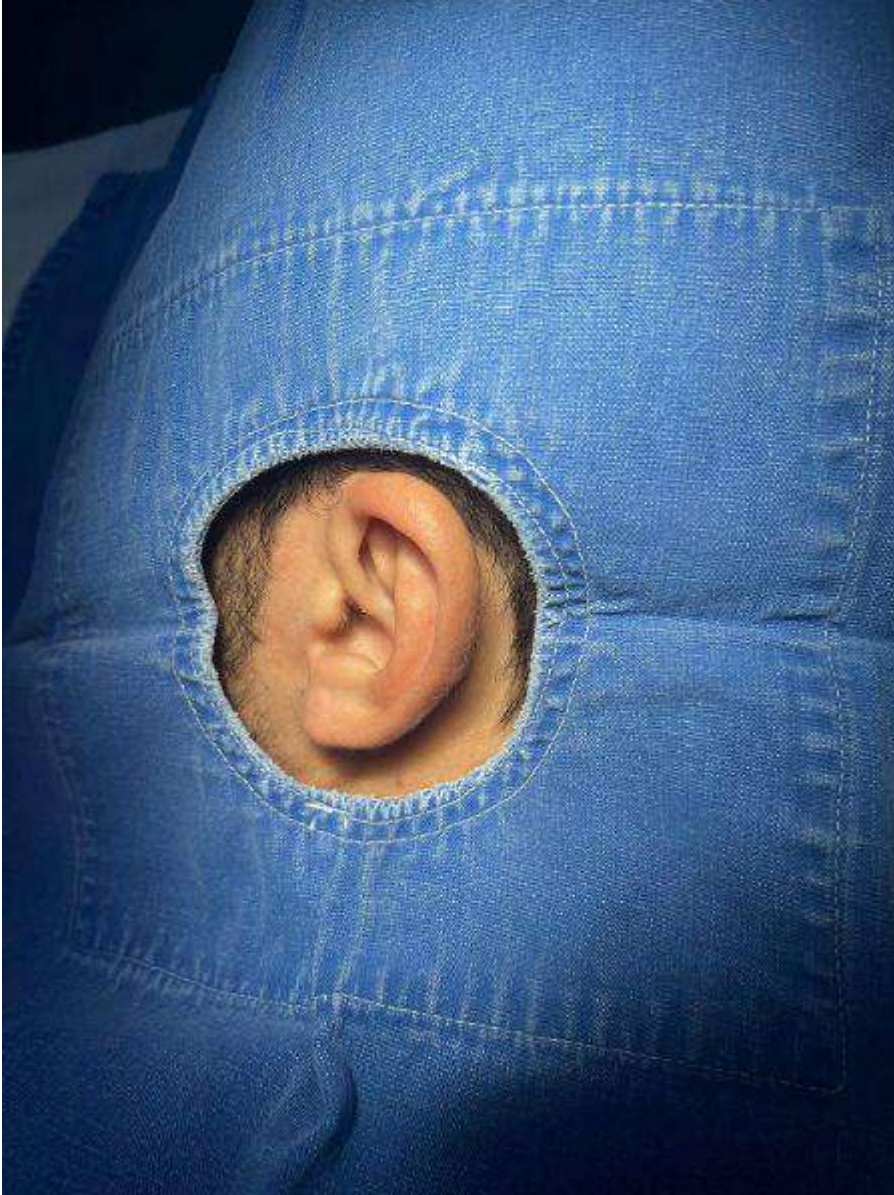
2. Goldenberg G, Lubner AJ. Use of intralesional cryosurgery as an innovative therapy for keloid scars and a review of current treatments. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2013 Jul;6(7):23-6.
 3. Har-Shai Y, Mettanes I, Zilberstein Y, et al. Keloid histopathology after intralesional cryosurgery treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(9):1027–1036.
 4. O'Boyle CP, Shayan-Arani H, Hamada MW. Intralesional cryotherapy for hypertrophic scars and keloids: a review. *Scars Burn Heal*. 2017 Apr 17;3:2059513117702162.
 5. Zouboulis VA, Zouboulis CC. A novel experimental model for studying efficacy of cryosurgery in keloids. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34:1851–1854.
 6. Speeckaert R, Lambert J, Delbaere L, Lesseliers T, van Geel N. Intralesional cryosurgery of keloids: required treatment hold time. *Br J Dermatol*. 2021;184:173.
 7. Téot L, Mustoe TA, Middelkoop E, Gauglitz GG, eds. *Textbook on Scar Management: State of the Art Management and Emerging Technologies*. Springer; 2020.
 8. Hawash AA, Ingrassi G, Nouri K, Yosipovitch G. Pruritus in Keloid Scars: Mechanisms and Treatments. *Acta Derm Venereol*. 2021;101:adv00582.
-

FIGÜR 1



Otoplasti operasyonu sonrası kulak arkasında gelişen keloid dokusu.

FIGÜR 2



Figür 1'deki keloid dokusuna uygulanan intralezyonel kriyoterapi tedavisini takiben elde edilen klinik yanıt.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-34][KABUL:SÖZLÜ]

HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA HASTALARINDA SERUM ZONULİN SEVİYESİ İLE BAĞIRSAK GEÇİRGENLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Çetinkaya¹, Burak Ünlü², Osman Gökdeniz³, Harbiye Dilek Canat⁴, Nazlı Caf⁵, Zafer Türkoğlu⁴, İbrahim Halil Yavuz⁴

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

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Polikliniği, İstanbul

³Eyüpsultan Devlet Hastanesi, Dermatoloji Polikliniği, İstanbul

⁴Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

⁵Atlas Üniversitesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ:

Hidradenitis süpurativa (HS) inflamatuvar nodül, apse ve sinüs traktüsleri ile karakterize, yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. HS için birden çok tetikleyici ajan tanımlanmış olsa da patogenezi hala tam olarak aydınlatılamamıştır. Zonulin enterositlerden salgılanan, sıkı bağlantı komplekslerinin işlevlerini ve bağırsak geçirgenliğini düzenleyen bir sinyal proteindir. Bağırsak bariyerinin bozulması ile kanda seviyeleri artmaktadır ve bağırsak geçirgenliğini gösteren bir biyomarker olarak kullanılmaktadır. Günümüzde, bağırsak geçirgenliği artışının dermatolojik hastalıkların hem patogenezi hem de hastalık şiddetinde rol oynadığı düşünülmektedir ve bu konu birçok dermatolojik hastalık için araştırma konusu olmuştur. Bu çalışma ile HS hastalarında bağırsak geçirgenliğinin hastalık patogeneziindeki rolünü belirlemek amacıyla serum zonulin seviyelerinin ölçülmesi, ayrıca bağırsak geçirgenliği ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek için serum zonulin seviyelerinin hastalık şiddetiyle karşılaştırılması amaçlanmıştır. İkincil amacımız ise, HS hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerini, yaşam kalitesini ve inflamatuvar parametrelerini değerlendirerek, bunların hastalık ve hastalık şiddeti ile ilişkisini incelemektir.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran, HS tanısı almış, araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

32 hasta ile yaş ve cinsiyet olarak uyumlu, sistemik ve dermatolojik hastalığı olmayan 32 kontrol dahil edildi. Tüm katılımcıların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, sigara, alkol kullanımı) ve hastaların klinik verileri (aile öyküsü, hastalık başlangıç yaşı, tanı yaşı, hastalık süresi, tutulum bölgeleri, daha önce uygulanan tedaviler) kaydedildi. Kilo, boy, vücut kitle indeksi (VKİ), bel çevresi, kan basıncı, hemogram, glikoz, C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), total kolesterol ve trigliserid değerleri ölçüldü. İnflamatuar indekslerden nötrofil lenfosit oranı (NLR), trombosit lenfosit oranı (PLR), sistemik inflamasyon indeksi (SII) değerleri hesaplandı. Serum zonulin değerleri Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) yöntemiyle çalışıldı. Hastalığın şiddeti; Hurley evrelemesi, Hekimin Global Değerlendirme Skoru (HS-PGA) ve Uluslararası HS Şiddet Skor Sistemine (IHS4) göre değerlendirildi. Ayrıca hastalara dermatolojik yaşam kalite indeksi (DYKİ) uygulandı ve vizüel analog skala (VAS) ile ağrı düzeyi derecelendirildi.

BULGULAR:

HS hastalarında ortalama serum zonulin değeri $473,53 \pm 690,5$ ng/ml, kontrol grubunda ise $182,04 \pm 75,11$ ng/ml olarak tespit edilmiştir. Kontrollerle kıyaslandığında, HS hastalarında serum zonulin seviyesi anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,019$). Ancak serum zonulin seviyeleri ile cinsiyet, sigara kullanma durumu, HS aile öyküsü, VKİ, bel çevresi, metabolik sendrom, inflammatuar parametreler, Hurley evrelemesi, HS-PGA ve IHS4 sistemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

SONUÇ:

Çalışmamızın sonuçları, HS'de bağırsak mukozal bariyerin bozulduğunu, buna bağlı olarak bağırsak geçirgenliğinin arttığını; bu durumun hastalık patogenezinde rolü olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bağırsak geçirgenliğini gösteren bir biyomarker olan zonulinin; HS hastalarında kanda düzeyinin arttığı, ancak hastalık şiddetinden etkilenmediği ve hastalık şiddeti için bir belirteç olamayacağı sonucuna varmaktayız. Bağırsak geçirgenliğinin düzenlenmesine yönelik geliştirilecek yeni tedavi yaklaşımları, gelecekte HS için alternatif bir tedavi seçeneği sunabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Bağırsak geçirgenliği, hidradenitis süpürativa, zonulin



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1. S. R. Goldberg, B. E. Strober, and M. J. Payette, "Hidradenitis suppurativa: Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis," *J Am Acad Dermatol*, vol. 82, no. 5, pp. 1045–1058, May 2020, doi: 10.1016/J.JAAD.2019.08.090.
2. G. Kelly, C. M. Sweeney, A. M. Tobin, and B. Kirby, "Hidradenitis suppurativa: the role of immune dysregulation," *Int J Dermatol*, vol. 53, no. 10, pp. 1186–1196, 2014, doi: 10.1111/IJD.12550.
3. C. C. Zouboulis et al., "What causes hidradenitis suppurativa ?-15 years after," *Exp Dermatol*, vol. 29, no. 12, pp. 1154–1170, Dec. 2020, doi: 10.1111/EXD.14214.
4. C. C. Zouboulis et al., "European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa," *J Eur Acad Dermatol Venereol*, vol. 29, no. 4, pp. 619–644, Apr. 2015, doi: 10.1111/JDV.12966.
5. H. H. Van der Zee, J. D. Laman, J. Boer, and E. P. Prens, "Hidradenitis suppurativa: viewpoint on clinical phenotyping, pathogenesis and novel treatments," *Exp Dermatol*, vol. 21, no. 10, pp. 735–739, 2012, doi: 10.1111/J.1600-0625.2012.01552.X.
6. A. Alikhan et al., "North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part I: Diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management," *J Am Acad Dermatol*, vol. 81, no. 1, pp. 76–90, Jul. 2019, doi: 10.1016/J.JAAD.2019.02.067.
7. J. Shlyankevich, A. J. Chen, G. E. Kim, and A. B. Kimball, "Hidradenitis suppurativa is a systemic disease with substantial comorbidity burden: a chart-verified case-control analysis," *J Am Acad Dermatol*, vol. 71, no. 6, pp. 1144–1150, Dec. 2014, doi: 10.1016/J.JAAD.2014.09.012.
8. K. Phan, A. Tatian, J. Woods, G. Cains, and J. W. Frew, "Prevalence of inflammatory bowel disease (IBD) in hidradenitis suppurativa (HS): systematic review and adjusted meta-analysis," *Int J Dermatol*, vol. 59, no. 2, pp. 221–228, Feb. 2020, doi: 10.1111/IJD.14697.
9. S. Kam, M. Collard, J. Lam, and R. M. Alani, "Gut Microbiome Perturbations in Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Case Series," *J Invest Dermatol*, vol. 141, no. 1, pp. 225–228.e2, Jan. 2021, doi: 10.1016/J.JID.2020.04.017.
10. "Sci-Hub | Adult intestinal stem cells: critical drivers of epithelial homeostasis and regeneration. *Nature Reviews Molecular Cell Biology*, 15(1), 19–33 | 10.1038/nrm3721." Accessed: Apr. 03, 2024. [Online]. Available: <https://sci-hub.se/10.1038/nrm3721>
11. L. K. Wood Heckman, M. D. DeBoer, and A. Fasano, "Zonulin as a potential putative biomarker of risk for shared type 1 diabetes and celiac disease autoimmunity," *Diabetes Metab Res Rev*, vol. 36, no. 5, Jul. 2020, doi: 10.1002/DMRR.3309.
12. C. Sturgeon and A. Fasano, "Zonulin, a regulator of epithelial and endothelial barrier functions, and its involvement in chronic inflammatory diseases," *Tissue Barriers*, vol. 4, no.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

4, Oct. 2016, doi: 10.1080/21688370.2016.1251384.

13. B. Ohlsson, M. Orho-Melander, and P. M. Nilsson, "Higher Levels of Serum Zonulin May Rather Be Associated with Increased Risk of Obesity and Hyperlipidemia, Than with Gastrointestinal Symptoms or Disease Manifestations," *Int J Mol Sci*, vol. 18, no. 3, Mar. 2017, doi: 10.3390/IJMS18030582.

14. W. Wang, S. Uzzau, S. E. Goldblum, and A. Fasano, "Human zonulin, a potential modulator of intestinal tight junctions," *J Cell Sci*, vol. 113 Pt 24, no. 24, pp. 4435–4440, 2000, doi: 10.1242/JCS.113.24.4435.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-35][KABUL:SÖZLÜ]

**ADALİMUMAB TEDAVİSİ ALAN HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA HASTALARINDA TEDAVİ
SÜREKLİLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

Batuhan Kerem Balan, Neslihan Akdoğan, İhsan Berkay Memişoğlu, Leyla Huseynova Terzi,
Başak Yalıcı Armağan, Duygu Gülseren, Sibel Doğan Günaydın, Sibel Ersoy Evans

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve zührevi hastalıkları Ana Bilim dalı, Ankara

AMAÇ:

Hidradenitis süpurativa (HS), genellikle aksiller, inguinal ve anogenital bölgelerde folliküler oklüzyonla tetiklenen, kronik-inflamatuvar, relaps-remisyonlarla seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Ağrılı nodüller, apseler, sinüs traktları ve nedbeleşme, hastaların günlük aktivitelerini kısıtlayarak yaşam kalitesini bozar. Patogeneizde keratinosit hiperproliferasyonu, disbiyotik mikrobiyotik flora, genetik yatkınlık ve T-hücresi aracılı sitokin düzensizliği iç içe seyreder. Tedavisinde hem topikal hem sistemik ajanlar kullanılabilir. Adalimumab (ADA), tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α) inhibitörü olarak orta-ağır HS tedavisinde onaylanmış biyolojik ajandır. Kontrollü çalışmalarda inflamasyonu baskılayarak lezyon sayısını ve ağrı şiddetini belirgin azaltır; ancak gerçek-yaşam kohortlarında hastaların üçte birinden fazlası ilk 12-24 ay içinde primer yanıtı veya sekonder etkinlik kaybı nedeniyle tedaviyi bırakmaktadır. Bu durum, tedaviye kimin uzun süre devam edeceğini öngörebilecek, pratik ve düşük maliyetli biyobelirteçlere duyulan gereksinimi ortaya koymaktadır.

MATERYAL-METOD:

Aralık 2018–Aralık 2024 arasında Hacettepe Üniversitesi Dermatoloji Kliniği’nde ADA başlanan HS hastasının elektronik kayıtları incelendi. HiSCR (Hidradenitis Suppurativa Clinical Response) klinik yanıt gözlenen hastalar “yanıtlı”, yalnızca etkinlik yetersizliği (primer veya sekonder) nedeniyle ilacı bırakanlar “yanıtsız” olarak tanımlandı. Advers etki ya da takip kaybı nedeniyle kesilen tedaviler dışlandı. Demografik veriler, hastalık süresi, tutulum bölgesi ve tedavi başlangıcındaki laboratuvar değerleri (lökosit, nötrofil, nötrofil/lenfosit oranı [NLR], ortalama eritrosit hacmi [MCV], eritrosit sedimentasyon hızı [ESH] ve C-reaktif protein [CRP]) kaydedildi. Nicel değişkenler için ROC eğrileri oluşturularak en iyi kesme değerleri saptandı. Kaplan-Meier eğrileri ilaç süresini karşılaştırdı. Çok değişkenli Cox regresyonu oluşturuldu. İstatistiksel analizler SPSS 26.0 kullanılarak yapıldı ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Çalışmaya ADA tedavisi alan toplam 67 hasta dahil edildi; bunların 25'i yanıtız grupta, 42'si ise yanıtılı grupta hastalardı. ROC analizi uygulanarak eldi edilen optimal eşik değler ve bunlara ait AUC (Area Under the Curve) p değlerleri şekildeydi: lökosit sayısı $>11.675 \times 10^9/L$ ($p<0.001$), nötrofil sayısı $>7.45 \times 10^9/L$ ($p<0.001$), nötrofil-lenfosit oranı (NLR) >2.55 ($p<0.001$), CRP >14.3 mg/L ($p<0.001$), ESH >44 mm/saat ($p<0.001$) ve MCV <82.05 fL ($p=0.030$). Kaplan–Meier sağkalım analizinde, yukarıda verilen kesme değlerlerine göre yüksek lökosit sayısı, yüksek nötrofil, yüksek NLR, yüksek CRP, yüksek ESH ve düşük MCV varlığında ADA sağkalımının anlamlı şekilde azaldığı gösterildi (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Gluteal bölge tutulumu olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı olarak ADA sağkalımı daha düşüktü ($p=0.002$). Buna karşılık cinsiyet ADA sağkalımını anlamlı düzeyde etkilemedi ($p=0.873$). Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, gluteal tutulum varlığı, CRP, nötrofil sayısı, ve MCV düzeylerini içeren Cox regresyon modelinde, yüksek CRP (>14.3 mg/L) ve düşük MCV (<82.05 fL) ADA yanıtızlık riski ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Özellikle, 14.3 mg/L üzerindeki CRP düzeyleri ADA yanıtızlık riskini 5.7 kat artırdı (OR:5.668, 95% güven aralığı (GA), 1.18–27.14; $p=0.030$), MCV düzeylerinin 82.05 fL'nin altında olması ise ADA yanıtızlık riskini 4.4 kat artırdı (OR:4.383, 95% GA, 1.49–12.84; $p=0.007$)

SONUÇ:

HS hastalarında tedavi başlangıcındaki yüksek serum CRP (>14.3 mg/L) ve düşük MCV düzeyleri (<82.05 fL), ADA'a ait sağkalımı etkileyen bağımsız prediktörlerdir. Tedavi başlangıcındaki yüksek serum CRP düzeyi veya MCV düşüklüğü saptanan HS'li olgularda tedavi planının erken dönemde gözden geçirilmesi tedavide başarıyı arttırabilir.

ANAHTAR KELİMELE: Hidradenitis süpurativa, Adalimumab, ilaçta sağkalım, C-reaktif protein (CRP), Ortalama eritrosit hacmi (MCV)

KAYNAKLAR: 1-Konstantinou MP, Krasagakis K. Prolonged drug survival of adalimumab in hidradenitis suppurativa: The importance of early intervention. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025 Jan;39(1):29-30. doi: 10.1111/jdv.20435. PMID: 39711446.

2-Saal RC, Alnaif S, Edwards JF, Wintringham JA, Smith RJ. Real-world drug survival of patients with hidradenitis suppurativa treated with adalimumab. JAAD Int. 2023 Mar 29;11:209-210. doi: 10.1016/j.jdin.2023.03.004. PMID: 37138828; PMCID: PMC10149381.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ADALİMUMAB TEDAVİSİ ALAN HS HASTALARINDA İLAÇTA SAĞKALIMI ETKİLEYEN BAĞIMSIZ RİSK FAKTÖRLERİ: COX REGRESYON ANALİZİ

Parametreler	Risk Oranı	P değeri (%95 GA)
Yaş	0.996	0.847 (0.96 - 1.034)
VKİ	0.897	0.065 (0.799 - 1.007)
Gluteal tutulumun varlığı	1.549	0.386 (0.576 - 4.162)
Düşük MCV (<82.05 fL)	4.383	0.007 (1.495 - 12.847)
Yüksek CRP (14.3 mg/L)	5.668	0.03 (1.184 - 27.143)
Cinsiyet	2.063	0.208 (0.669 - 6.363)
Yüksek nötrofil (> 7.45 x 10 ³ mg/μL)	2.663	0.162 (0.674 - 10.520)

GA: Güven Aralığı; VKİ: Vücut Kitle İndeksi; MCV: Ortalama Eritrosit Hacmi; CRP: C-Reaktif Protein



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-36][KABUL:SÖZLÜ]

HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA KOLTUK ALTI GÖRSELLERİNİN HURLEY ÖLÇEĞİNE GÖRE DERİN ÖĞRENME TABANLI SINIFLANDIRILMASI

Caner Sarı¹, Erkan Alpsoy¹, Eda Özogan¹, Serkan Uslu², Nazmi Yaraş²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyofizik Ana Bilim Dalı, Antalya

GİRİŞ-AMAÇ:

Hidradenitis süpürativa (HS) uzun süreli, tekrarlayıcı, ağrılı, sinüs traktüsleri ve skarlar sonlanabilen derin yerleşimli nodül ve apselerle ayırt edilen inflamatuvar bir hastalıktır.(1) Kliniğimizin yakın tarihli ve hastalığın doğal seyrini irdeleyen çok merkezli çalışmasında koltuk altı, HS'nin en sık başlangıç bölgesi olarak saptanmıştır. Bunu sıklık sırası ile inguinal ve gluteal bölgeler izlemiştir. Çok değişkenli analizde erkek olmak, ileri yaş, aile öyküsü, koltuk altı, inguinal ve perianal bölge tutulumu HS şiddeti ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. (2)Özetle hastalığın başlangıcında veya herhangi bir evresinde koltuk altı en fazla etkilenen anatomik bölgelerden biridir. Hastalığın şiddetini kestirmede uygun bir alandır. Muayenede rahatlıkla ulaşılabilen koltuk altı, inguinal, gluteal veya genital bölge ile karşılaştırıldığında utanma gibi nedenlerle görece hekime daha rahat muayene ettirilebilecek anatomik bölgelerin başında gelir. Tüm bu nedenlerle görüntüleme yöntemleri ile muayene için uygundur.

Bu çalışmada koltuk altı lezyonlarının görüntüleri işlenerek yapay zeka uygulaması ile HS lezyonlarının normal kontrollerden ayırımının yapılması ve hastalık şiddetinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoveneroloji Polikliniğine başvuran HS hastalarına ait 129, sağlıklı kontrollere ait 148, toplam 277 koltuk altı görüntüsü değerlendirildi. Klinik olarak hastalığın şiddeti Hurley ölçeği ile değerlendirildi. Sonrasında koltuk altı bölgelerinin fotoğrafları çekilerek geliştirilen yapay zeka modeline girdi olarak verildi. Yapay zeka modelinde özellik çıkarımı için konvolüsyonel sinir ağı kullanıldı. Elde edilen özellikler normalize edildikten sonra sınıflandırma amacıyla destek vektör makinesi (support vector machine, SVM), K en yakın komşuluk (k Nearest neighbor, KNN) ve karar ağacı (decision tree, DT) gibi makine öğrenme algoritmalarına girdi olarak sunuldu. Verilerin %70'i eğitim, %30'u test aşamasında kullanıldı. Eğitim sürecinde 5 katlı çapraz validasyon uygulandı. Her bir yapay zeka modelinin başarısı doğruluk (accuracy), duyarlılık (sensitivity),



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

özgüllük (specificty), F1 skoru ve ROC analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR:

Test verileri üzerinde yapılan değerlendirmede Hurley ölçeğine göre hastalık şiddetini tahmin etmede SVM $84,4 \pm 6,06$ (min: %75, max: %90) oranıyla en başarılı makine öğrenme modeli olarak belirlendi. Hurley ölçeğine ait grupları tahmin etmede başarısı sağlıklı kontrol için %92,5, Hurley-1 grubu için %80, Hurley-2 grubu için %87,5, Hurley-3 grubu için %100 olarak gözlemlendi. KNN modelinin ortalama başarısı $77,4 \pm 4,15$, DT modelinin ortalama başarısı ise $58,93 \pm 2,26$ olarak saptandı. Beklendiği gibi duyarlılık, özgüllük ve F1 skorunda da en yüksek başarı değerlerine SVM modeli ile ulaşıldı (sırasıyla $86,21 \pm 6,79$, $94,05 \pm 2,26$ ve $85,41 \pm 6,13$). ROC analizinden elde edilen eğri altında kalan alan (AUC) değerleri SVM için 0,95, KNN için 0,89 ve DT için 0,79 olarak belirlendi.

SONUÇ:

Konvolüsyonel sinir ağı özelliklerini kullanan yapay zeka modellerinden SVM yöntemi, HS'nin Hurley ölçeğine göre hastalık şiddet ayırımını yüksek bir doğruluk oranı ile sağlamış ve hastalığın şiddetini koltuk altı görsellerinden başarılı şekilde belirleyebilmiştir. Sonuçlar yapay zeka uygulamalarının HS'yi tanıma ve şiddetini belirlemede önemli bir uygulama olabileceğini doğrulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELE: Hidradenitis Süpürativa, Hurley, Yapay Zeka

KAYNAKLAR: 1-Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. JEADV. 2015;29(4):619-44.

2- Alpsoy E, Fettahlıoğlu Karaman B, Demirseren DD, et al. Clinical Features and Natural Course of Hidradenitis Suppurativa in Turkey: A Multicenter Study. Dermatology. 2025;241(2):162-172.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-37][KABUL:SÖZLÜ]

**HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA DOKU KÜLTÜRÜ BULGULARININ KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ:
TEK MERKEZLİ, RETROSPEKTİF, 5 YILLIK ANALİZ**

Zeyneb Tecik¹, Yavuz Çekli², Filiz Alper¹, Ercan Çalışkan¹, Tuğrul Hoşbul³, Ilgaz Kazaz³, Ayşenur Botsalı¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD, Ankara

²Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Ankara

³Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ABD, Ankara

AMAÇ:

Hidradenitis süpürativa (HS), intertriginöz bölgelerde tekrarlayan inflamatuvar lezyonlar, deri tünelleri ve skar oluşumu ile seyreden kronik bir deri hastalığıdır. HS'nin patogeneğinde genetik, immünolojik ve çevresel faktörlerin yanı sıra, mikrobiyal kolonizasyonun da önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Ancak, bu mikroorganizmaların hastalık seyrine olan etkisi ve lezyonlardaki bakteriyel çeşitliliğin klinik özelliklerle ilişkisi hala aydınlatılamamıştır. Bu çalışma, HS lezyonlarından alınan doku kültürü sonuçlarını retrospektif olarak analiz ederek bakteri üreme durumunu, mikrobiyolojik profili ve bunların hastalığın şiddeti, lokalizasyonu ve klinik parametrelerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif çalışmada, 2019–2024 yılları arasında kliniğimizde HS tanısıyla takip edilen ve lezyonlarından doku kültürü alınmış hastaların verileri değerlendirildi. Kültür sonuçları bakteri üreme durumuna göre (üreme yok, unimikrobiyal, polimikrobiyal) ve mikrobiyolojik profile göre (aerob, anaerob, hem aerob hem anaerob, üreme yok) sınıflandırıldı. Her iki sınıflandırmaya göre; hastaların demografik özellikleri, klinik parametreleri (Hurley evresi, hastalık süresi, doku kültürü lokalizasyonu, biyolojik ajan kullanımı ve süresi) ve laboratuvar bulguları (akut faz reaktanları, lökosit sayısı) karşılaştırıldı. İstatistiksel analizlerde SPSS 11.5 yazılımı kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi, Ki-kare ve Fisher exact testleri uygulandı; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Toplam 169 hastadan alınan 309 doku kültürü sonucu incelendi. Örneklerin 145 (%46,9)'i aksilladan, 43 (%13,9)'ü inguinal bölgeden, 35 (%11,3)'i gluteal bölgeden, 12 (%3,88)'si saçlı deriden ve 2 (%0,6)'si intermammarian bölgeden alınmıştı. Dahil edilen örneklerin 26'sı Hurley evre I, 83'ü Hurley evre II, 171'i Hurley evre III hastalık şiddetine sahip lezyonlardan alınmıştı.

Biyolojik ajan kullanan hastalarda anaerob üreme oranı biyolojik ajan kullanmayanlara göre daha yüksekti ($p=0,018$). Bunun dışındaki değerlendirmelerde iki grubun mikrobiyolojik profili benzer olarak değerlendirildi. Her iki grup için de en az bir ajan üremesi çok yüksek oranda saptandı (%91,5 vs %89,3).

Lokalizasyona göre değerlendirildiğinde de mikrobiyolojik profil anlamlı şekilde değişiklik göstermekteydi ($p=0,017$).

Mikrobiyolojik profile klinik ve laboratuvar parametreler arasındaki ilişkiler de değerlendirildi. Biyolojik ajan kullanma süresi en uzun hem aerob hem anaerob üreme olan grupta (10,94 ay), en kısa ise aerob grupta izlendi (8,83 ay); ancak farklılık istatistiksel açıdan anlamlı düzeye erişmedi. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte, en yüksek ortalama aerob grupta (38,64 mm/saat), en düşük ise üreme olmayan grupta (26,84 mm/saat) izlendi.

Bakteri üreme durumuna göre yapılan analizde, biyolojik ajan kullanan hastalardan alınan örneklerde polimikrobiyal üreme oranı kullanmayan hastalara göre daha yüksekti (%60 vs %48,3, $p=0,021$). Unimikrobiyal üreme açısından 2 grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

SONUÇ:

Bu çalışma, HS'de mikrobiyolojik üreme paternlerini klinik parametrelerle ilişkilendirerek literatürde sınırlı sayıda ele alınan bir alana katkı sunmaktadır. Biyolojik ajan kullanımı olan hastalarda anaerob üreme oranı ve polimikrobiyal üremenin biyolojik ajan kullanmayanlara göre daha yüksek olması biyolojik ajanların özellikle daha şiddetli hastalarda tercih edilmesi ve bu hasta grubunda daha baskın olarak beklenen mikrobiyal disbiyozla ilişkilendirilebilir. Ancak çalışmada beklenenin aksine Hurley evrelemesi ve mikrobiyolojik profil arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum çalışma popülasyonunda Hurley evrelerinin homojen dağılmaması ve ağırlıklı olarak Hurley evre III hastaların dahil edilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Geniş bir veri setine dayanan bu analizde saptanan yüksek ve heterojen mikrobiyal üreme profilleri, HS hastalarında tedavi planlaması yapılırken mikrobiyolojik değerlendirmelerin dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELEER: aerob, anaerob, doku kültürü, hidradenitis süpürativa, polimikrobiyal

KAYNAKLAR: 1-Lapins J, Jarstrand C, Emtestam L. Coagulase-negative staphylococci are the most common bacteria found in cultures from the deep portions of hidradenitis suppurativa lesions, as obtained by carbon dioxide laser surgery. Br J Dermatol. 1999;140(1):90–5.

2-Sartorius K, Killasli H, Oprica C, Sullivan A, Lapins J. Bacteriology of hidradenitis suppurativa exacerbations and deep tissue cultures obtained during carbon dioxide laser treatment. Br J Dermatol. 2011;164(3):545–51.

3-Katoulis AC, Koumaki D, Liakou AI, Vrioni G, Koumaki V, Kontogiorgi D, et al. Aerobic and anaerobic bacteriology of hidradenitis suppurativa: A study of 22 cases. Skin Appendage Disord. 2015;1(2):55–9.

4-Hsu TJ, Yeh HH, Lee CH, Tseng HC. The temporal evolution of distinct skin surface microbiome in Asian severe hidradenitis suppurativa patients during effective adalimumab treatment. J Invest Dermatol. 2021;141(1):45–51.

5-Stergianou D, Tzanetakou V, Argyropoulou M, Kanni T, Bagos PG, Giamarellos-Bourboulis EJ. Staphylococcus aureus Carriage in Hidradenitis Suppurativa: Impact on Response to Adalimumab. Dermatology. 2021;237(4):372–7.

TABLO 1. KLİNİK VE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN MİKROBİYOLOJİK PROFİL AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

	Aerob üreme	Anaerob üreme	Hem aerob hem anaerob üreme	Üreme yok
Cinsiyet, n(%)				
Kadın	32 (43,2)	5 (6,8)	26 (35,1)	11 (14,9)
Erkek	114 (48,5)	28 (11,9)	73 (31,1)	20 (8,5)
Yaş	39,3±12,3	40,3±14,4	37,5±12,6	37,1±11,3
Ort±SS	37,00	37,0	34,0	34,0
Medyan (min-maks)	(20,0-70,0)	(17,0-70,0)	(20,0-70,0)	(21,0-60,0)



33 ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Hastalık Süresi (yıl)	11,5±7,4	11,8±7,9	11,2±7,8	10,9±7,9
Ort±SS	10,0	10,0	9,0	9,0
Medyan (min-maks)	(1,0-37,0)	(2,0-41,0)	(1,0-44,0)	
Diyabetes mellitus, n(%)	126 (47,8)	7 (15,6)	15 (33,3)	30 (10,5)
Yok	20 (44,4)	33 (11,5)	88 (30,7)	1 (4,5)
Var				
Obezite, n(%)	136 (47,3)	33 (11,5)	88 (30,7)	30 (10,5)
Yok	10 (45,5)	0 (0,0)	11 (50,0)	1 (4,5)
Var				
Hurley evresi, n(%)				
I	15 (57,7)	4 (15,4)	3 (11,5)	4 (15,4)
II	31 (37,3)	9 (10,8)	35 (42,2)	8 (9,7)
III	85 (49,7)	17 (9,9)	55 (32,2)	14 (8,2)
Biyolojik ajan kullanımı, n (%)	92 (52,0)	21 (11,9)	45 (25,4)	19 (10,7)
Hayır	54 (41,5)	12 (9,2)	53 (40,8)	11 (8,5)
Evet				
Biyolojik ajan kullanma Süresi (ay)	8,8±7,4	10,6±9,2	10,9±9,9	9,8±13,9
Ort±SS	7,0	9,0	8,5	4,0
Medyan (min-maks)	(1,0-39,0)	(2,0-35,0)	(0,0-43,0)	(0,0-47,0)
Lokalizasyon, n (%)				
Aksilla	65 (44,8)	16 (11,0)	52 (35,9)	12 (8,3)
İnguinal	21 (48,8)	3 (7,0)	16 (37,2)	3 (7,0)
Gluteal	17 (48,6)	8 (22,8)	3 (8,6)	7 (20,0)
Saçlı deri	3 (25,0)	3 (25,0)	5 (41,7)	1 (8,3)
İnter-mammarian	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Bilinmeyen	35 (56,5)	1 (1,6)	18 (29,0)	8 (12,9)
Diğer	5 (50,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	0 (0,0)



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ESR (mm/saat)	38,6	33,1±33,7	31,7±31,0	4,0
Ort±SS	26,0	23,0	20,0	(0,0-47,0)
Medyan	(2,0-140,0)	(2,0-123,0)	(3,0-127,0)	26,8±27,0
(min-maks)				
CRP (mg/L)	31,9±36,3	49,4±92,9	25,3±36,8	27,2±32,2
Ort±SS	14,0	16,4	9,7	18,4
Medyan	(0,4-144,5)	(1,3-384,4)	(0,2-165,2)	(0,8-128,1)
(min-maks)				
WBC (×10 ⁹ /L)	10,5±3,5	10,1±3,0	10,5±3,7	11,0±3,7
Ort±SS	10,0	9,2	10,0	10,5
Medyan	(3,2-20,9)	(5,3-17,6)	(4,6-20,0)	(4,0-20,4)
(min-maks)				

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

TABLO 2. KLİNİK VE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN ÜREME DURUMU AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

	Polimikrobiyal üreme	Unimikrobiyal üreme	Üreme yok
Cinsiyet, n(%)			
Kadın	40 (54,1)	23 (31,0)	11 (14,9)
Erkek	124 (53,0)	90 (38,5)	20 (8,5)
Yaş			
Ort±SS	38,5±12,6	39,3±12,7	37,1±11,3
Medyan	35,0	37,0	34,0
(min-maks)	(20,0-70,0)	(17,0-70,0)	(21,0-60,0)
Hastalık süresi (yıl)			
Ort±SS	11,2±7,7	11,7±7,4	10,9±7,9
Medyan	9,0	10,0	9,0
(min-maks)	(1,0-44,0)	(1,0-37,0)	(2,0-32,0)



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Diyabetes mellitus, n(%)			
Yok	136 (51,7)	99 (37,6)	28 (10,7)
Var	28 (62,2)	14 (31,1)	3 (6,7)
Obezite, n(%)			
Yok	149 (52,1)	107 (37,4)	30 (10,5)
Var	15 (68,2)	6 (27,3)	1 (4,5)
Hurley evresi, n(%)			
I	10 (38,5)	12 (46,2)	4 (15,3)
II	48 (57,8)	27 (32,5)	8 (9,7)
III	95 (55,9)	61 (35,9)	14 (8,2)
Biyolojik ajan kullanımı, n (%)			
Hayır	85 (48,3)	72 (40,9)	19 (10,8)
Evet	78 (60,0)	41 (31,5)	11 (8,5)
Biyolojik ajan kullanma süresi (ay)			
Ort±SS	10,57±9,12	8,80±8,25	9,82±13,91
Medyan	8,00	7,00	4,00
(min-maks)	(0,00-43,00)	(1,00-39,00)	(0,00-47,00)
Lokalizasyon, n (%)			
Aksilla	82 (56,6)	51 (35,2)	12 (8,2)
İnguinal	25 (58,1)	15 (34,9)	3 (7,0)
Gluteal	16 (45,7)	12 (34,3)	7 (20,0)
Saçlı deri	6 (50,0)	5 (41,7)	1 (8,3)
İnter-mammarian	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Bilinmeyen	28 (45,9)	25 (41,0)	8 (13,1)
Diğer	6 (60,0)	4 (40,0)	0 (0,0)
ESR (mm/saat)			
Ort±SS	35,2±33,8	36,2±31,3	26,8±27,0
Medyan	21,5	26,0	16,0
(min-maks)	(2,0-127,0)	(2,0-140,0)	(2,0-88,0)



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

CRP (mg/L)	29,1±39,5	34,9±55,6	27,2±32,2
Ort±SS	12,2	10,4	18,4
Medyan (min-maks)	(0,2-168,4)	(0,4-384,4)	(0,8-128,1)
WBC (×10 ⁹ /L)	10,5±3,6	10,3±3,4	11,0±3,7
Ort±SS	10,0	10,0	10,5
Medyan (min-maks)	(4,6-20,0)	(3,2-20,9)	(4,0-20,4)

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-38][KABUL:SÖZLÜ]

**HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA HASTALARINDA DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, KOMORBİDİTELER
VE TEDAVİ GRUPLARI ARASINDA HASTALIK ŞİDDETİ SKORLARINDAKİ DEĞİŞİM:
RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

Güllü Gencebay, Sera Nur Yücesoy Temiz, Didem Dizman, Nisan Çetin Yetimova, Özlem Su Küçük

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Hidradenitis süpurativa (HS), inflamatuvar nodül, abse, sinüs traktı ve skarlarla seyreden, yaşam kalitesini ciddi etkileyen kronik bir hastalıktır. Hastalık, sigara, obezite ve eşlik eden sistemik hastalıklarla ilişkili olabilmektedir. Bu çalışmada HS hastalarında biyolojik ajan kullanımı, komorbiditeler ve hastalık şiddeti skorları (IHS4, Hurley) arasındaki ilişkiyi retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD:

2023–2025 yılları arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dermatoloji polikliniğinde takip edilen 152 HS hastası retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar biyolojik ajan kullanımı açısından iki gruba ayrıldı. Klinik şiddet, IHS4 skoru ve Hurley evresi ile değerlendirildi. %50’den fazla IHS4 azalışı “tedaviye yanıt” olarak tanımlandı. Komorbiditeler, sigara öyküsü, hastalık süresi ve tedavi geçmişi istatistiksel analizlere dahil edildi. Veriler SPSS ve Python ortamında analiz edilerek Mann–Whitney U testi, Wilcoxon signed-rank testi, Spearman korelasyon, ROC analizi ve ki-kare testleri kullanıldı.

BULGULAR:

Hastaların %71,1’i erkekti, medyan yaş 34’tü. Biyolojik ajan kullanan hasta sayısı 88 (%57.9) idi. Başlangıç IHS4 skoru biyolojik ajan kullanan grupta anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.001$). Her iki grupta da tedavi sonrası IHS4 skoru anlamlı azaldı ($p<0.001$). %50 tedavi yanıtı oranı biyolojik ajan grubunda %68, biyolojik kullanmayanlarda %75 idi ($p=0.463$). Hurley evresi ile IHS4 arasında pozitif korelasyon vardı ($r=0.32$, $p<0.01$). Sigara kullanımı, komorbidite varlığı ve cinsiyet ile tedavi yanıtı arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Ancak hastalık süresi arttıkça tedaviye yanıt alma olasılığı azalmaktaydı (ROC analizi AUC=0.66; $p=0.013$). Komorbiditelerden hipertansiyon ve inflamatuvar barsak hastalığı (İBH),



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

%50 tedavi yanıtında zayıf negatif eğilim gösterdi. Gruplar arası Hurley değişimi, sinüs sayısı ve IHS4 düşüşü anlamlıydı.

SONUÇ:

HS hastalarında biyolojik ajan kullanımı, başlangıçta daha yüksek hastalık şiddetine rağmen benzer ya da iyi tedavi yanıtı sağlayabilmektedir. Bizim çalışmamızda tedavi yanıtının biyolojik ajan kullanan grupta daha düşük olması bu olguların daha şiddetli olması ve tedavide geç kalınması ile ilişkilendirildi. Bu durum, biyolojik ajanların etkinliğini ve uygun hastada erken dönemde kullanım gerekliliğini desteklemektedir. Hastalık süresinin uzaması, tedaviye yanıtı olumsuz etkileyen bağımsız bir değişken olarak öne çıkarken; komorbid hastalıklar tedavi başarısını sınırlayabilmektedir. Sigara kullanımının ise hastalık şiddeti ve tedavi yanıtı üzerinde belirgin bir etkisi gözlenmemiştir. Elde edilen bulgular, HS yönetiminde bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin önemini vurgulamakta ve komorbiditeler ile hastalık süresinin dikkate alınarak daha etkili planlama yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Hidradenitis süpürativa, biyolojik ajan, IHS4, Hurley, komorbidite

KAYNAKLAR: Nguyen TV, Damiani G, Orenstein LAV, Hamzavi I, Jemec GBE. Hidradenitis suppurativa: an update on epidemiology, phenotypes, diagnosis, pathogenesis, comorbidities and quality of life. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35(1):50–61. doi:10.1111/jdv.16677.

Schrader AMR, Deckers IE, van der Zee HH, Boer J, Prens EP. Hidradenitis suppurativa: a retrospective study of 846 Dutch patients to identify factors associated with disease severity. J Am Acad Dermatol. 2014;71(3):460–467. doi:10.1016/j.jaad.2014.04.001.

Zouboulis CC, Tzellos T, Kyrgidis A, Jemec GBE, Bechara FG, Giamarellos-Bourboulis EJ, et al. Development and validation of the International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4), a novel dynamic scoring system to assess HS severity. Br J Dermatol. 2017;177(5):1401–1409. doi:10.1111/bjd.15748.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-39][KABUL:SÖZLÜ]

HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA TANILI HASTALARDA TÜMÖR NEKROZİS FAKTÖR GEN POLİMORFİZMİNİN İNCELENMESİ

Beril Yel Aydınoğlu¹, Hatice Gündoğan², Ceren Damla Durmaz Özdiñç², Erdem Karabulut³,
Neslihan Akdoğan¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ:

Hidradenitis süpurativa (HS), vücudun apokrin ter bezlerinden zengin kıvrım bölgelerinde, tekrarlayan ağrılı nodül, sinüs traktı ve skar oluşumu ile karakterize derinin kronik, inflamatuvar bir hastalığıdır. HS patogenezinin daha iyi anlaşılmasıyla Tümör Nekrozis Faktör (TNF)-alfa'nın patogeneizde önemli rollere sahip olduğu gösterilmiştir ve anti-TNF ilaçlar tedavi kılavuzlarında yerini almıştır. Ancak zaman içerisinde HS hastalarında tedavi yanıtlarında ve hastalık şiddetinde gözlenen farklılıkların TNF gen polimorfizmleri ile ilişkili olabileceği araştırmalara konu olmuştur. Biz de bu çalışmamız ile TNF gen polimorfizmi ile hastalığa yatkınlık ve hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Hacettepe Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzerindeki HS tanılı 87 hasta ve HS tanısı olmayan 89 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir. Eş zamanlı HIV, HBV, HCV enfeksiyonu olan, romatoid artrit, seronegatif artrit, sistemik lupus eritematosus, skleroderma, dermatomiyozit vb. romatolojik hastalığı olan, ülseratif kolit, Crohn hastalığı vb. inflamatuvar bağırsak hastalığı olan, psoriasis, orta veya şiddetli akne vulgaris, tip 1 veya tip 2 diyabetes mellitus tanısı olan ve malignite tanısı olan bireyler vaka ve kontrol gruplarına dahil edilmemiştir. Vaka ve kontrol grubunu oluşturan katılımcılardan 2 tüp periferik kan örneği alındı ve periferik kandan DNA izole edildi. Sonraki adımda TNF geninin promotor bölgesindeki -376 (rs1800750 G>A), -308 (rs1800629 G>A) ve -238 (rs361525 G>A) tek nükleotid polimorfizmleri için diziye özgü primerler kullanılarak amplifikasyon gerçekleştirilmiş olup, ardından pürifikasyon, dideoksi terminasyon tepkimesi ve yeniden pürifikasyon sonrası kapiller elektroforez ile Sanger dizi analizi yapıldı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Vaka ve kontrol grubundaki katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde, vaka grubunda toplamda 87 hasta bulunmakta olup hastaların 61'i (%70.1) erkek, 26'sı (%29.9) kadındı. Kontrol grubunda toplamda 89 sağlıklı gönüllü bulunmakta olup, katılımcıların 60'ı (%67.4) erkek, 29'u (%32.6) kadındı. Her iki grup kilo ve BMI açısından karşılaştırıldığında ortalama kilo ve BMI değerleri vaka grubunda anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p < 0.001$). Her iki grup sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında ise vaka grubunda sigara kullanımı anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p = 0.001$). Hastaların klinik özellikleri değerlendirildiğinde, ortalama hastalık başlangıç yaşı 24.28 ± 9.90 yıl ve ortalama hastalık süresi ise 10.64 ± 8.47 yıl olarak bulundu. Hastalık şiddeti Hurley evrelemesi ile değerlendirilmiş olup, hastaların %4,6'sı ($n=4$) Hurley evre I, %63,2'si ($n=55$) Hurley evre II ve %32,2'si ($n=28$) Hurley evre III olarak sınıflandırıldı. Vaka ve kontrol grubu arasında, TNF geninin promotor bölgesindeki -376 G>A (rs1800750), -308 G>A (rs1800629) ve -238 G>A (rs361525) polimorfizmlerinin varlığı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla $p = 0.24$, $p = 0.84$ ve $p = 0.19$). TNF geni GGG/GAG/GGA/AGA haplotiplerinin varlığı açısından vaka ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p = 0.23$). TNF geninin promotor bölgesindeki -376 G>A (rs1800750), -308 G>A (rs1800629) ve -238 G>A (rs361525) polimorfizmleri ile hastalık şiddeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon saptanmadı (sırasıyla $p = 0.59$, $p = 0.71$ ve $p = 0.22$).

SONUÇ:

TNF geninin promotor bölgesindeki -376 G>A (rs1800750), -308 G>A (rs1800629) ve -238 G>A (rs361525) polimorfizmleri ile HS'ye yatkınlık ve hastalık şiddeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: gen polimorfizmi, hidradenitis süpürativa, tümör nekrozis faktör-alfa



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

VAKA VE KONTROL GRUBUNUN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.

Demografik özellik	Vaka, n=87 (%)	Kontrol, n=89 (%)	p değeri
Cinsiyet, n (%)			
Erkek	61 (70.1)	60 (67.4)	
Kadın	26 (29.9)	29 (32.6)	0.67
Yaş (yıl, ortalama $\pm$ SS)	34.92 $\pm$ 13.02	33.47 $\pm$ 9.73	0.41
BKİ (kg/m ² , ortalama $\pm$ SS)	28.95 $\pm$ 5.47	25.20 $\pm$ 3.85	< 0.001
Sigara kullanımı, n (%)			
Aktif içen	61 (70.1)	41 (46.1)	
Aktif içmeyen	26 (29.9)	48 (53.9)	0.001

Kısaltmalar: BKİ, beden kitle indeksi; kg, kilogram; m, metre; n, numara; SS, standart sapma.

VAKA VE KONTROL GRUBUNUN TNF GENİNİN PROMOTOR BÖLGESİNDEKİ -376 (RS1800750) G>A, -308 (RS1800629) G>A VE -238 (RS361525) G>A POLİMORFİZMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.

SNP	Genotip/alel	Vaka, n (%)	Kontrol, n (%)	p değeri
-376 (rs1800750)	GG	85 (97.7)	89 (100)	0.24
	GA	2 (2.3)	0 (0)	
	AA	0 (0)	0 (0)	
	G aleli	172 (98.9)	178 (100)	
	A aleli	2 (1.1)	0 (0)	
-308 (rs1800629)	GG	71 (81.6)	75 (84.3)	0.84
	GA	15 (17.2)	13 (14.6)	
	AA	1 (1.1)	1 (1.1)	
	G aleli	157 (90.2)	163 (91.6)	
	A aleli	17 (9.8)	15 (8.4)	
-238 (rs361525)	GG	78 (89.7)	85 (95.5)	0.19
	GA	8 (9.2)	4 (4.5)	
	AA	1 (1.1)	0 (0)	
	G aleli	164 (94.2)	174 (97.8)	
	A aleli	10 (5.8)	4 (2.2)	

Kısaltmalar: n, numara; SNP, single nucleotide polymorphism.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-40][KABUL:SÖZLÜ]

**STEVENS-JOHNSON SENDROMU VE TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZDE İNFLAMAZOM
AKTİVASYONU: PATOGENEZDE YENİ BİR PERSPEKTİF**

Merve Kaya¹, Burak Çelik², Kübra Katipoğlu³, Funda Erduran⁴, Nuran Süngü³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa

²Jr. Hospital of Cook County, John H. Stroger, İç Hastalıkları Kliniği, Chicago

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ:

Stevens-Johnson sendromu (SJS) ve toksik epidermal nekroliz (TEN), yaygın epidermal nekroz ve ayrışma ile karakterize ciddi mukokutanöz reaksiyonlardır. İlaçlara karşı aşırı duyarlılık başlıca neden olarak bilinmesine rağmen, altta yatan mekanizmalar hâlâ tam olarak aydınlatılamamıştır. Güncel çalışmalar, özellikle inflamazom aktivasyonunu içeren doğuştan gelen immünolojik yanıtların, SJS/TEN patogenezinde önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. İnflamazomlar, mikrobiyal komponentleri ve endojen sinyalleri algılayarak doğal bağışıklık sisteminin önemli bileşenleri olarak görev yapan multiprotein komplekslerdir. Bu kompleksler, kaspaz-1 aktivasyonunu tetikler ve bunun sonucunda IL-1 β gibi proinflamatuvar sitokinlerin salınımı gerçekleşir. NLRP1 (Nucleotide-binding oligomerization domain, Leucine rich Repeat and Pyrin domain containing) ise epidermal keratinositlerden eksprese edilen temel bir inflamazom sensörü olup IL-1 β salınımına da neden olarak inflamasyona katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmada, NLRP1 ve IL-1 β gibi inflamatuvar belirteçlerin dokudaki lokalizasyonu ve yoğunluğu analiz edilerek, SJS/TEN'de epidermal hasar ve sistemik inflamasyon patogenezinde inflamazomların olası katkılarını aydınlatmak amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışmada, SJS/TEN hastalarından alınan deri biyopsilerinde NLRP1 ve IL-1 β 'nin immünohistokimyasal ekspresyonu sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Çalışmaya 22 SJS/TEN tanılı hasta ve 22 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Otoimmün hastalığı olanlar,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

malignite öyküsü bulunanlar, immünsüpresif ilaç kullanımı öyküsü olanlar ve biyopsi işlemi sırasında aktif sistemik veya lokal enfeksiyonu olanlar çalışmadan dışlanmıştır. Doku örnekleri NLRP1 ve IL-1 β için immün boyama ile değerlendirilmiş; epidermal keratinositler ve dermal lenfositlerdeki boyanma şiddeti analiz edilmiştir. Ek olarak hastaların ilk başvuru SCORTEN değerleri, mortalite durumları ve şüpheli ilaçları analize alınıp immünohistokimyasal boyanma dereceleri ile ilişkisi araştırılmıştır.

BULGULAR:

Hasta grubunda epidermal NLRP1 ekspresyonunun ortalama yüzdesi 57.50 ± 24.0 iken, kontrol grubunda bu oran 31.36 ± 23.05 olarak bulundu ($p=0.001$). Dermal NLRP1 ekspresyonu açısından, hasta grubunda ortalama değer 58.18 ± 25.0 , kontrol grubunda ise 37.5 ± 25.2 idi ($p=0.009$).

Epidermal IL-1 β ekspresyonu için hasta grubunda ortalama değer 63.64 ± 26.6 iken, kontrol grubunda 45.68 ± 29.8 olarak saptandı ($p=0.041$). Öte yandan, dermal IL-1 β ekspresyonu hasta grubunda 39.77 ± 29.17 , kontrol grubunda ise 28.18 ± 17.96 olup, gruplar arasında anlamlı bir fark izlenmedi ($p=0.293$).

Dikkat çekici olarak, hayatını kaybeden hastalarda hem keratinositlerde hem de lenfositlerde NLRP1 ekspresyonu, sağ kalanlara göre anlamlı derecede yüksek gözlenmiştir (sırasıyla $p=0.004$ ve $p=0.003$). Ayrıca, NLRP1 ekspresyonu ile mortalite arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.584$, $p=0.004$).

SONUÇ:

Bu sonuçlar, NLRP1 aracılı inflamazom aktivasyonunun SJS/TEN patogenezinde katkıda bulunabileceğini ve hastalık şiddeti ile mortalite sonuçlarını etkileyebileceğini düşündürmektedir. IL-1 β 'nin da sürece dahil olması, inflamazom kaynaklı inflamasyonun keratinosit hasarındaki rolünü desteklemektedir. Gelecekteki çalışmalar, inflamazom yolaklarını hedef almanın SJS/TEN'de epidermal hasarı azaltmadaki tedavi potansiyelini araştırmalıdır.

ANAHTAR KELİMELELER: ilaç reaksiyonu, Toksik Epidermal Nekroliz, Stevens-Johnson Sendromu, İnflamazom

KAYNAKLAR: 1. Wang L, Varghese S, Bassir F, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A systematic review of PubMed/MEDLINE case reports from 1980 to



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2020. Front Med (Lausanne). 2022;9:949520. Published 2022 Aug 24.

doi:10.3389/fmed.2022.949520.

2. Kuijper EC, French LE, Tensen CP, Vermeer MH, Bouwes Bavinck JN. Clinical and pathogenic aspects of the severe cutaneous adverse reaction epidermal necrolysis (EN). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(9):1957-1971. doi:10.1111/jdv.16339.

3. Fenini G, Karakaya T, Hennig P, Di Filippo M, Beer HD. The NLRP1 Inflammasome in Human Skin and Beyond. Int J Mol Sci. 2020;21(13):4788. Published 2020 Jul 6.

doi:10.3390/ijms21134788.

4. Shekhar M, Iqbal O, Dharan A, et al. The Role of NLRP3 Inflammasome in the Pathogenesis of Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis. Med Res Arch.

2024;12(1):10.18103/mra.v12i1.4939. doi:10.18103/mra.v12i1.4939.

5. Soorannahalli C, Rao VR, Zelman B, et al. The Potential Roles of IL-1 β , IL-6, and RIPK3 in the Pathogenesis of Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis. Diagnostics (Basel).

2025;15(3):290. Published 2025 Jan 26. doi:10.3390/diagnostics15030290.

MORTALİTE DURUMUNA GÖRE NLRP1 VE IL 1 BETA EKSPRESYONLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

	Mortalite ile sonuçlananlar (n=10)	Sağkalım ile sonuçlananlar (n=12)	p- değeri
Keratinositlerde NLRP1 ekspresyonu	72.50 $\pm$ 19.9	45.00 $\pm$ 20.0	0.004
Lenfositlerde NLRP1 ekspresyonu	74.00 $\pm$ 15.2	45.00 $\pm$ 24.2	0.003
Keratinositlerde IL-1 beta ekspresyonu	68.50 $\pm$ 27.4	59.58 $\pm$ 26.5	0.450
Lenfositlerde IL-1 beta ekspresyonu	50.50 $\pm$ 30.5	30.83 $\pm$ 25.9	0.125



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-41][KABUL:SÖZLÜ]

**TAVŞAN KULAĞINDA OLUŞTURULAN HİPERTROFİK SKAR MODELİ ÜZERİNDE POTASYUM
TİTANİL FOSFAT LAZER, INTRALEZYONEL VİTAMİN D, INTRALEZYONEL DUPİLUMAB
ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

Bengisu Meral Ketenci¹, Hülya Cenk¹, Erdem Çomut², Ayşen Buket Er Urgancı³

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

AMAÇ:

Hipertrofik skar (HS),yara iyileşme sürecindeki karmaşık biyolojik mekanizmaların düzensiz işleyişi sonucu gelişen, hem estetik hem de fonksiyonel problemlere yol açabilen bir durumdur. Günümüzde kullanılan tedavi yöntemleri sıklıkla yetersiz kalmakta ya da önemli yan etkiler taşımaktadır. Bu çalışma, hipertrofik skar tedavisinde daha önce kontrollü hayvan deneysel çalışmalarında etkinliği gösterilmemiş olan dupilumab, vitamin D3 ve KTP lazer uygulamalarının, klasik tedavi ajanı triamsinolon asetonid (TA) ile karşılaştırmalı olarak histopatolojik ve moleküler düzeydeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışmada, HS oluşumunu taklit etmek amacıyla literatürde yaygın kabul görmüş tavşan kulağı modeli kullanılmış ve model, güvenli modern cerrahi yöntemlerle başarılı şekilde oluşturulmuştur. Tavşanlar; Sham (skar oluşturulmayan tedavi uygulanmayan sağlıklı doku içeren grup), kontrol (DMSO uygulanan grup), intralezyonel triamsinolon asetonid (TA) uygulanan, intralezyonel dupilumab uygulanan, intralezyonel vitamin D3 uygulanan ve KTP lazer uygulanan olarak 6 gruba ayrıldı.Dört.hafta sonunda DMSO,TA, dupilumab ve vitamin D standart hacim dozlarda intralezyonel olarak bir kez,KTP lazer ise 2.4W dozunda tek atış olarak uygulanmıştır. Dört haftalık izlem sonunda elde edilen doku örnekleri, histopatolojik düzeyde Scar Elevation Index (SEI), fibrozis derecesi, kollajen yoğunluğu ve ortalama kapiller sayısı Hematoxilen Eozin ve Masson Trikrom ile boyanarak,Moleküler düzeyde ise TGF-β, PDGF, VEGF, EGF, FGF, CTGF, IL-17, MMP-2, MMP-9, kollajen tip I-III, fibronektin ve vimentin mRNA seviyeleri kantitatif gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (qRT-PCR) ile tespit edildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Sham grubunda tüm histolojik ve moleküler parametreler normal doku yapısını yansıtmıştır. Kontrol grubunda ise hipertrofik skar ile uyumlu olarak tüm histolojik ve MMP-2 /9 hariç moleküler parametrelerde anlamlı artış gözlenmiştir ($p<0.001$).;MMP-2 ve MMP-9 düzeylerinde ise düşüş saptanmıştır ($p<0.001$). TA ve dupilumab gruplarında, tüm histolojik parametrelerde benzer düzeyde azalma ($p<0.001$); moleküler parametrelerde ise dupilumab grubunda,MMP'ler ve IL-17 dışındaki tüm parametrelerde TA ile karşılaştırılabilir düzeyde azalma görülmüştür ($p<0.001$). Ayrıca, Dupilumab grubunda VEGF düzeyi ile kapiller sayısı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır, bu da moleküler baskılanmanın histolojik düzeye yansıdığını göstermektedir. Vitamin D grubu,histolojik ölçümlerde SEI, kollajen yüzdesi ve fibrozis derecesi ($p<0.05$) ile moleküler ölçümlerde TGF- β , IL-17, EGF, PDGF, FGF, vimentin, kollajen tip III düzeyinde azalma ($p<0.05$) gösterirken;MMP-2 düzeyinde en belirgin artışı oluşturan grup olmuştur ($p<0.001$). KTP lazer grubu histolojik ölçümlerden SEI ve kapiller sayıda ($p<0.05$); moleküler ölçümlerden VEGF, FGF, IL-17, fibronektin ve kollajen tip I düzeylerinde azalma ($p<0.05$) MMP-2 düzeyinde artma oluşturmıştır ($p<0.001$). Çalışma, her bir tedavi modalitesinin skar dokusu üzerinde farklı biyolojik mekanizmalar üzerinden anlamlı etkiler oluşturduğunu ortaya koymuştur.

SONUÇ:

Bu randomize kontrollü deneysel hayvan modelinde, intralezyonel dupilumab, intralezyonel vitamin D ve KTP lazer uygulamalarının hipertrofik skar tedavisinde etkin olabileceği gösterilmiştir. Dupilumab, TA kadar etkili olup potansiyel bir alternatif ajan olarak değerlendirilmiştir. Vitamin D düşük maliyetli ve güvenli bir seçenek olarak öne çıkarken, KTP lazer vasküler regresyon ve ECM remodeling üzerinde anlamlı etkiler gösterdiği düşünülmüştür. Çalışma, daha önce randomize kontrollü hayvan deneylerinde etkinliği gösterilmemiş bu ajanların HS tedavisinde kullanılabilirliğini ortaya koyarak literatüre özgün bir katkı sunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: hipertrofik skar, keloid, vitamin d, ktp lazer, dupilumab

KAYNAKLAR: 1. Bayat A, McGrouther DA, Ferguson MWJ. Skin scarring. Br Med J. 2003;326(7380):88-92.

2. Elsaie ML. Update on management of keloid and hypertrophic scars: A systemic review. J Cosmet Dermatol. 2021;20(9):2729-38.

3. Claman HN. Anti-inflammatory effects of corticosteroids. Clin Immunol Allergy. 1984;4(2):317-29.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

4. Vitamin D Inhibits Monocyte/Macrophage Proinflammatory Cytokine Production by Targeting MAPK Phosphatase-1 | The Journal of Immunology | American Association of Immunologists [Internet]. [a.yer 09 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://journals.aai.org/jimmunol/article/188/5/2127/83283/Vitamin-D-Inhibits-Monocyte-Macrophage>
5. Bitterman D, Patel P, Wang JY, Kabakova M, Zafar K, Lee A, vd. Systematic review of dupilumab safety and efficacy for treatment of keloid scars. Arch Dermatol Res. 23 Ağustos 2024;316(8):560.
6. Goyal A, Mehta H, Narang T, Vinay K, Chhabra S, Shilpa null, vd. A double-blinded randomised control study to compare the effectiveness and safety of intralesional vitamin D3 with intralesional triamcinolone and its correlation with tissue expression of vitamin D receptors in patients with keloid. Wound Repair Regen Off Publ Wound Heal Soc Eur Tissue Repair Soc. 2024;32(5):696-703.
7. Philips N, Portillo-Esnaola M, Samuel P, Gallego-Rentero M, Keller T, Franco J. Anti-aging and anti-carcinogenic effects of 1 α , 25-dihydroxyvitamin D3 on skin. Plast Aesthetic Res. 14 Ocak 2022;9(0):N/A-N/A.
8. Wat H, Dytoc M. Off-label uses of topical vitamin D in dermatology: a systematic review. J Cutan Med Surg. 2014;18(2):91-108.
9. Zhang J, Zhen R, Wei C. Potassium titanyl phosphate laser-induced inflammatory response and extracellular matrix turnover in rabbit vocal fold scar. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. Haziran 2018;275(6):1525-32.
10. Köse O, Waseem A. Keloids and hypertrophic scars: are they two different sides of the same coin? Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al. Mart 2008;34(3):336-46. Laser treatment of cutaneous vascular lesions: face and leg telangiectases - Hercogova - 2002 - Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology - Wiley Online Library [Internet]. [a.yer 10 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1468-3083.2002.00355.x>
11. Laser treatment of keloids and hypertrophic scars - Bouzari - 2007 - International Journal of Dermatology - Wiley Online Library [Internet]. [a.yer 16 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2007.03104.x>
12. English RS, Shenefelt PD. Keloids and hypertrophic scars. Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al. Ağustos 1999;25(8):631-8.
13. Child FJ, Fuller LC, Higgins EM, Du Vivier AW. A study of the spectrum of skin disease occurring in a black population in south-east London. Br J Dermatol. Eylül 1999;141(3):512-14.
14. Ehrlich HP, Desmoulière A, Diegelmann RF, Cohen IK, Compton CC, Garner WL, vd. Morphological and immunochemical differences between keloid and hypertrophic scar. Am J



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Pathol. Temmuz 1994;145(1):105-13.

15. Funayama E, Chodon T, Oyama A, Sugihara T. Keratinocytes promote proliferation and inhibit apoptosis of the underlying fibroblasts: an important role in the pathogenesis of keloid. J Invest Dermatol. Aralık 2003;121(6):1326-31.

16. Mitchell CD. Plastic Surgery, 2nd ed. Ann Surg. Temmuz 2007;246(1):159.

17. Friedman DW, Boyd CD, Mackenzie JW, Norton P, Olson RM, Deak SB. Regulation of collagen gene expression in keloids and hypertrophic scars. J Surg Res. Ağustos 1993;55(2):214-22.

18. Ueda K, Furuya E, Yasuda Y, Oba S, Tajima S. Keloids have continuous high metabolic activity. Plast Reconstr Surg. Eylül 1999;104(3):694-8.

19. Polarized Th2 cytokine production in patients with hypertrophic scar following thermal injury - PubMed [İnternet]. [a.yer 17 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16542140/>

20. Effect of TGF-beta2 on proliferative scar fibroblast cell kinetics - PubMed [İnternet]. [a.yer 17 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10454327/>

21. Wang R, Ghahary A, Shen Q, Scott PG, Roy K, Tredget EE. Hypertrophic scar tissues and fibroblasts produce more transforming growth factor-beta1 mRNA and protein than normal skin and cells. Wound Repair Regen Off Publ Wound Heal Soc Eur Tissue Repair Soc. 2000;8(2):128-37.

22. Periostin is induced by IL-4/IL-13 in dermal fibroblasts and promotes RhoA/ROCK pathway-mediated TGF-β1 secretion in abnormal scar formation [İnternet]. [a.yer 02 Mart 2025]. Erişim adresi:

https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2000656X.2019.1612752?casa_to

[ken=r5mxENFwB1oAAAAA%3AT5jUTDCi9MczGXFc-](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2000656X.2019.1612752?casa_to)

[iKz4dTVgUcOjElnEi0xZtJjm1fSRr_e63v_hqs2kmdo3i59forEOX1JpL4rQG](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2000656X.2019.1612752?casa_to)

23. Peterson DM, Damsky WE, Vesely MD. Treatment of lichen sclerosis and hypertrophic scars with dupilumab. JAAD Case Rep. 22 Mart 2022;23:76-8.

24. Wong AJ, Song EJ. Dupilumab as an adjuvant treatment for keloid-associated symptoms. JAAD Case Rep. 26 Mayıs 2021;13:73-4.

25. Elisyutina O, Byazrova M, Litovkina A, Smolnikov E, Chernushevich D, Sukhova M, vd. Long-Term Impact of Dupilumab Treatment on Systemic Cytokine Profile in Atopic Dermatitis Patients: A Cross-Sectional Study. 2023 [a.yer 26 Mart 2025]; Erişim adresi:

[https://www.preprints.org/frontend/manuscript/ea7225660bee80c20f794feeb63b69c2/do](https://www.preprints.org/frontend/manuscript/ea7225660bee80c20f794feeb63b69c2/download_pub)

[wnload_pub](https://www.preprints.org/frontend/manuscript/ea7225660bee80c20f794feeb63b69c2/download_pub)

26. Timms K, Guo H, Arkwright P, Pennock J. Keratinocyte EGF signalling dominates in atopic dermatitis lesions: A comparative RNAseq analysis. Exp Dermatol. Eylül 2022;31(9):1373-84.

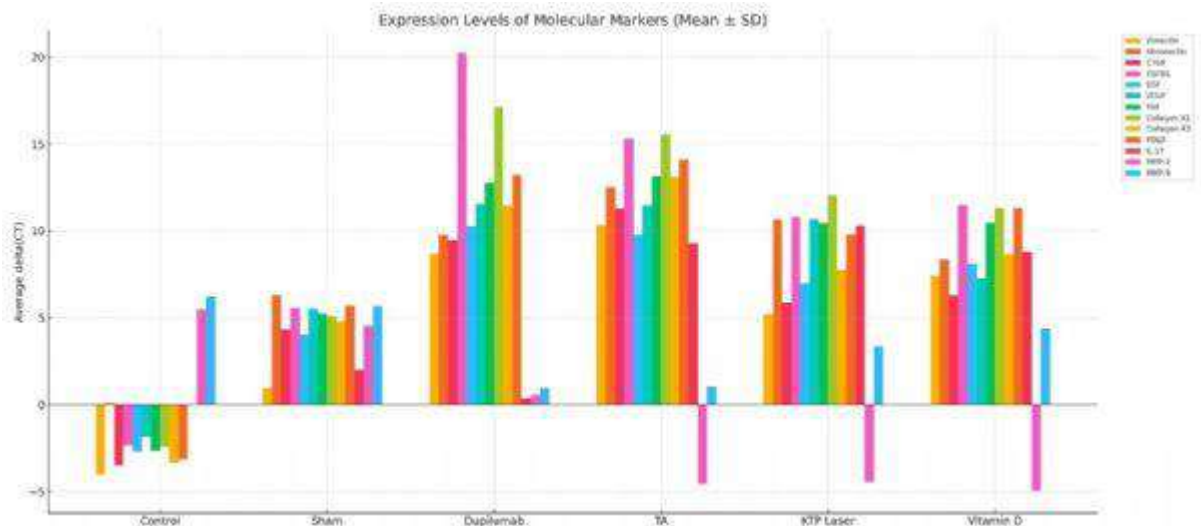
27. Bridgwood C, Wittmann M, Macleod T, Watad A, Newton D, Bhan K, vd. T Helper 2 IL-

4/IL-13 Dual Blockade with Dupilumab Is Linked to Some Emergent T Helper 17-Type Diseases, Including Seronegative Arthritis and Enthesitis/Enthesopathy, but Not to Humoral Autoimmune Diseases. *J Invest Dermatol.* Ekim 2022;142(10):2660-7.

28. Nong X, Rajbanshi G, Chen L, Li J, Li Z, Liu T, vd. Effect of artesunate and relation with TGF- β 1 and SMAD3 signaling on experimental hypertrophic scar model in rabbit ear. Arch Dermatol Res. 09 Ağustos 2019;311(10):761.

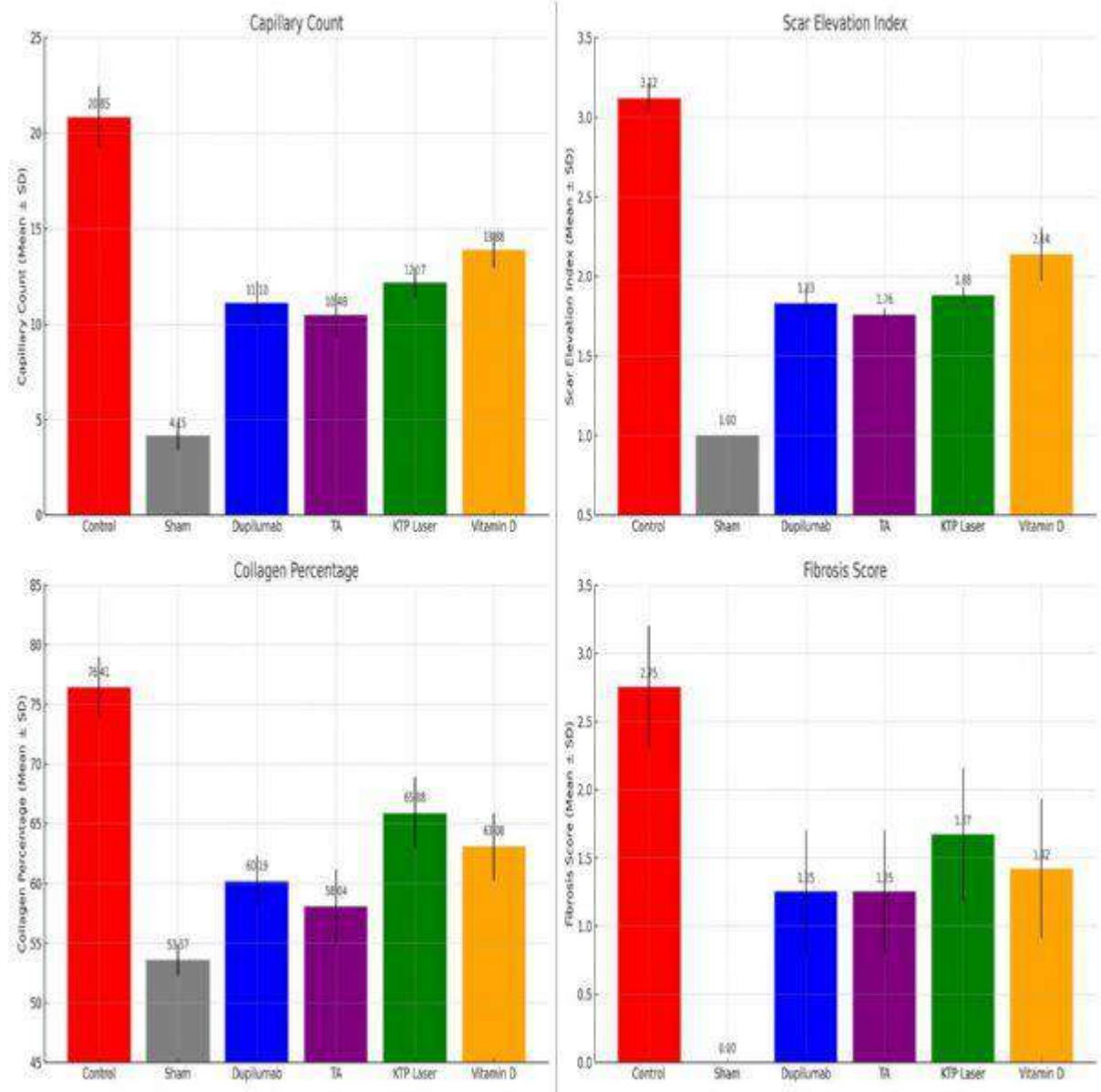
29. Song Y, Wang T, Yang L, Wu J, Chen L, Fan X, vd. EGCG inhibits hypertrophic scar formation in a rabbit ear model. *J Cosmet Dermatol*. Nisan 2023;22(4):1382-91.

GEN EKSPRESYON ANALİZ SONUÇLARI



Şekil 1: Moleküler Belirteçlerin Ekspresyon Seviyeleri (Ortalama $\pm$ SS). Grafik, kontrol, Sham, Dupilumab, Triamsinolon Asetonid (TA), KTP Lazer ve D vitamini gruplarındaki fibrozis, inflamasyon, anjiyogenez ve matriks remodelizasyonu ile ilişkili genlerin ortalama delta Ct değerlerini göstermektedir. Bu bulgular, farklı tedavi modalitelerinin skar dokusundaki moleküler yanıt profillerini değiştirdiğini göstermektedir.

HİSTOPATOLOJİK PARAMETRELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ



Şekil 2: Deney Grupları Arasında Histopatolojik Parametrelerin Karşılaştırılması. Grafiklerde sırasıyla (1) Ortalama Kılcal Damar Sayısı, (2) Skar Elevasyon İndeksi (SEI), (3) Kollajen Yüzdesi ve (4) Fibrosis Skoru ortalama $\pm$ standart sapma (SS) değerleri ile gösterilmiştir. Kontrol, Sham, Dupilumab, Triamsinolon Asetonid (TA), KTP Lazer ve D vitamini grupları karşılaştırılmıştır. Tüm tedavi gruplarında SEI ve fibrozis skorlarında kontrole kıyasla belirgin azalma gözlenmiştir. Ortalama kılcal damar yoğunluğu özellikle Dupilumab ve Triamsinolon Asetonid gruplarında kontrole göre anlamlı daha düşük seviyede izlenmiştir. Kollajen oranı en yüksek kontrol grubunda izlenirken, tedavi gruplarında belirgin remodelizasyon gözlenmiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-42][KABUL:SÖZLÜ]

**EL VE TIRNAK BÖLGESİNE YÖNELİK GÜNEŞ'TEN KORUMA FARKINDALIĞI: 1459 KATILIMCILI
KESİTSEL BİR ANKET ÇALIŞMASI**

Çınar Yıldız¹, Nilay Duman¹, Ömer Faruk Dadaş², Ayda Acar¹, Işıl Karaarslan¹, İlgen Ertam
Sağduyu¹, İdil Ünal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Güneş ışınlarına uzun süre maruz kalma; foto yaşlanma, lekelenme, aktinik keratoz ve deri kanserleri gibi ciddi dermatolojik sonuçlara yol açabilir. UV-A ve UV-B maruziyeti yalnızca sık korunan yüz ve vücut bölgelerinde değil, ihmal edilen el ve tırnaklarda da hasara neden olabilmektedir. Bu bölgeler günlük yaşamda sürekli güneşe maruz kalmakta ancak genellikle koruyucu uygulamalardan yoksun kalmaktadır. Bu çalışmada, el ve tırnaklara yönelik güneşten korunma davranışı ve farkındalığı incelenmiş; bu davranışı etkileyen sosyodemografik ve davranışsal faktörler analiz edilmiştir.

MATERYAL-METOD:

Bu kesitsel anket çalışması, Şubat-Haziran 2025 tarihleri arasında kliniğimize başvuran bireylerle yürütülmüştür. Çevrimiçi uygulanan anket formu ile 18 yaş üzerinde 1459 katılımcıdan veri toplanmıştır. Ankette yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, cilt fototipi, güneş altında çalışma durumu, araç kullanımı gibi demografik ve çevresel değişkenlerin yanı sıra; güneş koruyucu kullanım alışkanlığı, el-tırnak bölgesine yönelik koruma davranışı, manikür/kalıcı oje uygulamaları, UV maruziyeti farkındalığı ve deri kanseri öyküsü sorgulanmıştır. Hedeflenen örneklem büyüklüğü PASS11 yazılımı ile belirlenmiş, %5 Tip 1 hata, %80 güç ve küçük etki büyüklüğü (0.1) ile minimum 1283 katılımcı yeterli bulunmuştur. Veriler SPSS 26.0 programı ile analiz edilmiş, el ve tırnakların korunma durumu bağımlı değişken kabul edilerek bağımsız değişkenlerle ilişkisi değerlendirilmiştir. $p < 0.05$ istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Çalışmaya katılanların %71,1'i kadın, %28,9'u erkekti ve ortalama yaş 43,5'di. Katılımcıların, %75,8'i üniversite ve üzerinde eğitim düzeyine sahipti. Katılımcıların %21,6'sı el ve tırnaklarına güneş koruyucu sürdüğünü belirtti. Bu katılımcıların çoğunluğu (%82,8) günde 1 kere güneş koruyucu kullanmaktaydı. El ve tırnakların güneşten koruma davranışı; kadınlarda erkeklere kıyasla ($p<0.001$); yüksek lisans/doktora mezunlarında ilkökul mezunlarına kıyasla ($p<0.001$); aktif araç kullananlarda kullanmayanlara kıyasla ($p<0.001$) daha yüksek saptandı. Yaz aylarında koruyucu kullanmadan güneşlenenlerde ($p<0.001$) ve güneş altında çalışanlarda ellerin ve tırnakların korunma oranı daha düşüktü ($p=0.015$). Manikür ve protez tırnak gibi işlem yaptıranlarda korunma davranışı ve farkındalık daha yüksekti ($p<0.001$). Cilt fototipi, güneş yanığı geçmişi ve deri kanseri geçmişiyle el ve tırnakların güneşten korunma tutumları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

SONUÇ:

Bu çalışmada, el ve tırnakların güneşten korunmasına yönelik farkındalık ve koruyucu davranış düzeylerinin genel olarak düşük olduğu saptandı. Kadınlar, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireyler, araç kullananlar ve protez tırnak yaptıranlarda farkındalık daha yüksek olsa da ellerini ve tırnaklarını güneşten koruduğunu belirtenlerde dahi güneş koruyucu kullanım sıklığı yetersizdi. Özellikle erkeklerde, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde ve mesleki güneş maruziyeti olan gruplarda farkındalık daha düşüktü. Kozmetik kaygısı olan bireylerde UV maruziyeti farkındalığı ve güneş koruyucu kullanımı daha yaygındı; bu da estetik kaygıların koruyucu davranışları teşvik edebileceğini düşündürmektedir. Ancak diğer yandan UV hasarının riskleri bilinmesine rağmen tırnaklara UV uygulanmasına devam edilmesi nedenlerinin daha ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir. Estetik kaygıların, kanser endişesinin önüne geçmesi; kanser farkındalığının yetersizliğine ve eğitici etkinlik ihtiyacına işaret etmektedir. Deri kanseri öyküsü olan bireylerde koruyucu ürün kullanımının düşük olması bu gruba yönelik özel eğitimlerin gerekli olduğuna işaret etmektedir. Sonuç olarak, el ve tırnak bölgeleri yeterince güneşten korunmamaktadır. Bu bölgelerin güneşten korunma davranışlarını arttırmaya ve ilgili bölgeyi de içeren deri kanserleri hakkında farkındalığı arttırmaya ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: El, Tırnaklar, Güneş kremi, Farkındalık

KAYNAKLAR: 1- Warren DB, Riahi RR, Hobbs JB, Wagner RF Jr. Sunscreen use on the dorsal hands at the beach. J Skin Cancer. 2013;2013:269583. doi: 10.1155/2013/269583. Epub 2013



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Jun 6. PMID: 23840956; PMCID: PMC3690256.

2- Narayanan DL, Saladi RN, Fox JL. Ultraviolet radiation and skin cancer. *Int J Dermatol*. 2010 Sep;49(9):978-86. doi: 10.1111/j.1365-4632.2010.04474.x. PMID: 20883261.

3- Holman DM, Berkowitz Z, Guy GP Jr, Hawkins NA, Saraiya M, Watson M. Patterns of sunscreen use on the face and other exposed skin among US adults. *J Am Acad Dermatol*. 2015 Jul;73(1):83-92.e1. doi: 10.1016/j.jaad.2015.02.1112. Epub 2015 May 19. PMID: 26002066; PMCID: PMC4475428.

4- Metko D, Mehta S, McMullen E, Bednar ED, Abu-Hilal M. A systematic review of the risk of cutaneous malignancy associated with ultraviolet nail lamps: what is the price of beauty? *Eur J Dermatol*. 2024 Feb 1;34(1):26-30. doi: 10.1684/ejd.2024.4616. PMID: 38557455.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-43][KABUL:SÖZLÜ]

**PRİMER AKSİLLER HİPERHİDROZ TEDAVİSİNDE FRAKSİYONEL MİKROİĞNELİ RADYOFREKANS
YÖNTEMİNİN ETKİNLİĞİ VE GÜVENLİĞİ**

Sara Elmas¹, Kenan Aydoğan¹, Şaduman Balaban Adım²

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

AMAÇ:

Prospektif, kontrollü ve tek merkezde yürütülen çalışmanın amacı primer aksiller hiperhidroz tedavisinde fraksiyonel mikroiğneli radyofrekans yönteminin etkinliğini ve güvenliğini objektif ve subjektif parametrelerle değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD:

Kasım 2023–Mayıs 2024 tarihleri arasında, primer aksiller hiperhidroz tanısı almış 20 gönüllüye FMR tedavisi uygulandı. HDSS skoru 3–4 olan hastalar dahil edildi; sistemik hastalık, botulinum toksini öyküsü, aktif enfeksiyon gibi dışlayıcı kriterlere göre seçim yapıldı. Her iki aksillaya üç hafta arayla toplam üç FMR seansı uygulandı. Tedavi sırasında farklı derinlik ve enerji düzeyleriyle kademeli RF dozları verildi. Tolerans değerlendirmesi için VAS, etkinlik değerlendirmesi için HDSS skorlaması yapıldı. Tedavi öncesi ve son tedaviden 1 ay sonrası aynı aksilladan 4 mm punch biyopsi alındı; biyopsi derinliği ter bezi başlangıç derinliği, apokrin bez ve toplam ter bezi sayısı ve apokrin bezin maksimum ve minimum çapları, inflamasyon ve skar varlığı değerlendirildi.

BULGULAR:

Çalışmaya katılan 20 gönüllünün yaş ortalaması $37,7 \pm 11,26$, vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması $24,18 \pm 4,52$ idi. Katılımcıların %70'i kadın, %45'inde aile öyküsü pozitif. Fitzpatrick deri tipi en sık tip 2 olarak saptandı. Üç seans sonrası gönüllülerin ortalama ağrı skoru $6,15 \pm 1,7$ olarak değerlendirildi. VKİ ile ağrı skoru arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,132$).

HDSS skorları açısından 0., 3., 6. ve 10. haftalar arasında anlamlı azalma izlendi ($p<0,001$). En belirgin değişim 0. ve 10. hafta skorları arasında gözlemlendi. Bonferroni düzeltmesine göre 0.–3.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

hafta dışında tüm ikili karşılaştırmalar anlamlı bulundu. VKİ yüksek olan bireylerde 6. hafta HDSS skoru anlamlı şekilde daha yüksek saptandı ($p=0,021$); ancak 10. hafta skorlarında fark kayboldu ($p=0,619$).

Histopatolojik değerlendirme 17 gönüllüde tamamlandı. FMR sonrası biyopsi derinliğinde anlamlı azalma saptandı ($p=0,049$), ancak ter bezi başlangıç derinliği ve toplam ter bezi sayısında anlamlı fark yoktu. Apokrin ve ekrin ter bezi sayılarında azalma eğilimi olsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Apokrin bez çapında iki olguda dikkat çeken artış saptandı; bir hastada çap 0,17 mm'den 1,18 mm'ye, bir diğesinde 0,15 mm'den 1,24 mm'ye yükseldi. Bu durum klinik yanıtta bağımsız değerlendirildi.

FMR sonrası aksiller böyopside 4 hastada (%23) inflamasyon gözlenirken, 1 hastada skar oluştu. Ayrıca 2 hastada postinflamatuar hiperpigmentasyon gelişti; bunlardan biri geçici diğeri ise pigmentasyon tedavisi gerektirdi. İşlem sonrası tüm hastalarda kısa sürede gerileyen eritem izlendi. Bazı hastalar geçici kaşıntı, yanma hissi veya kıllanma gecikmesi bildirmiştir. Tüm hastalar tedaviyi tamamladı ve seans sonrası günlük yaşantılarına dönebildi.

SONUÇ:

Çalışmamız, fraksiyonel mikroiğneli radyofrekans tedavisinin, primer aksiller hiperhidroz tedavisinde etkili ve minimal invaziv bir yöntem olduğunu göstermekte olup, HDSS skorlarında anlamlı bir düşüş sağladığını ve yan etki profilinin düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Önemli olarak, çalışmamız, FMR'nin histopatolojik etkilerini tüm tedavi edilen hastalarda kapsamlı bir şekilde değerlendiren ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır ve ter bezi yapıları üzerindeki doğrudan etkisini ele alınmıştır.

Daha geniş hasta gruplarıyla yapılan, uzun takip sürelerini içeren ve mevsimsel değişkenliklerin kontrol edildiği gelecekteki çalışmalar, tedavi protokollerinin daha da geliştirilmesine ve FMR'nin hiperhidroz tedavisindeki uzun vadeli etkinliğinin değerlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Fraksiyonel mikroiğneli radyofrekans, primer aksiller hiperhidroz, etkinlik, güvenlik

KAYNAKLAR: 1. Ali Murat CEYHAN İE. Hiperhidrozda eski ve yeni seçenekler. Türkiye Klinikleri Kozmetik Dermatoloji - Özel Konular. 2016;9(1):80-7.

2. Strutton DR, Kowalski JW, Glaser DA, Stang PE. US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: results from a national survey. J Am Acad Dermatol. 2004;51(2):241-8.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

3. Stashak AB, Brewer JD. Management of hyperhidrosis. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2014;7:285-99.
4. Walling HW, Swick BL. Treatment options for hyperhidrosis. Am J Clin Dermatol. 2011;12(5):285-95.
5. Hamm H, Naumann MK, Kowalski JW, Kutt S, Kozma C, Teale C. Primary focal hyperhidrosis: disease characteristics and functional impairment. Dermatology. 2006;212(4):343-53.
6. Arora G, Kassir M, Patil A, Sadeghi P, Gold MH, Adatto M, et al. Treatment of Axillary hyperhidrosis. J Cosmet Dermatol. 2022;21(1):62-70.
7. Yonkus JA, Jakub JW. Anterior Axillary Arch: An Anatomic Variant Every Surgeon Operating in the Axilla Should Be Aware of. J Surg Res. 2021;259:170-4.
8. Stowell JT, McComb BL, Mendoza DP, Cahalane AM, Chaturvedi A. Axillary Anatomy and Pathology: Pearls and "Pitfalls" for Thoracic Imagers. J Thorac Imaging. 2022;37(3):W28-W40.
9. Gordon A, Alsayouri K. Anatomy, Shoulder and Upper Limb, Axilla. StatPearls. Treasure Island (FL)2025.
10. Mehmet Selman Demirci AE. üst ekstremiteler. YILDIRIM FGK, ÜZEL M, DOĞANCI Öİ, editors. İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Yayınevi; 2023. 2 p.
11. Sławomir Cieśla MW, Róża Poźniak-Balicka, Dawid Murawa. The surgical anatomy of the mammary gland. Vascularisation, innervation, lymphatic drainage, the structure of the axillary fossa (part 2.). Nowotwory journal of oncology. 2021;71(1):62-9.
12. Sato K. The physiology pharmacology of the eccrine sweat gland. Biochemistry and Physiology of the Skin. 1983:596-641.
13. Sato K. The physiology, pharmacology, and biochemistry of the eccrine sweat gland. Rev Physiol Biochem Pharmacol. 1977;79:51-131.
14. Baker LB. Physiology of sweat gland function: The roles of sweating and sweat composition in human health. Temperature (Austin). 2019;6(3):211-59.
15. Cui CY, Schlessinger D. Eccrine sweat gland development and sweat secretion. Exp Dermatol. 2015;24(9):644-50.
16. Ellis RA. Eccrine Sweat Glands: Electron Microscopy, Cytochemistry and Anatomy. In: Achten G, Brody I, Braun-Falco O, Cramer HJ, Dotzauer G, Eberhartinger C, et al., editors. Normale und Pathologische Anatomie der Haut I. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1968. p. 224-66.
17. Sato K, Dobson RL. Regional and individual variations in the function of the human eccrine sweat gland. J Invest Dermatol. 1970;54(6):443-9.
18. Kreyden OP, Scheidegger EP. Anatomy of the sweat glands, pharmacology of botulinum toxin, and distinctive syndromes associated with hyperhidrosis. Clin Dermatol. 2004;22(1):40-4.
19. Taylor NA, Machado-Moreira CA. Regional variations in transepidermal water loss,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

eccrine sweat gland density, sweat secretion rates and electrolyte composition in resting and exercising humans. *Extrem Physiol Med.* 2013;2(1):4.

20. Quinton PM. Cystic fibrosis: lessons from the sweat gland. *Physiology.* 2007;22(3):212-25.

21. Christophers E, Plewig G. Formation of the acrosyringium. *Arch Dermatol.* 1973;107(3):378-82.

22. Saga K, Sato K. Ultrastructural localization of ouabain-sensitive, K-dependent p-nitrophenyl phosphatase activity in monkey eccrine sweat gland. *J Histochem Cytochem.* 1988;36(8):1023-30.

23. Sato K, Nishiyama A, Kobayashi M. Mechanical properties and functions of the myoepithelium in the eccrine sweat gland. *Am J Physiol.* 1979;237(3):C177-84.

24. Mauro TM. Chapter 83. Biology of Eccrine and Apocrine Glands. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8e. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2012.

25. Zouboulis CC. Skin Glands: Sebaceous, Eccrine, and Apocrine Glands. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors. *Fitzpatrick's Dermatology*, 9e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019.

26. Murphy G. Histology of the skin. R. Elenitsas CJaBJ, Eds., editor. Philadelphia 1997.

27. Tirado M. [Available from:

<https://www.pathologyoutlines.com/topic/skinnotumorgeneral.html>.

28. Sato K, Sato F. Sweat secretion by human axillary apoeccrine sweat gland in vitro. *Am J Physiol.* 1987;252(1 Pt 2):R181-7.

29. Ebling FJ. Apocrine glands in health and disorder. *Int J Dermatol.* 1989;28(8):508-11.

30. Headington JT. Primary mucinous carcinoma of skin: histochemistry and electron microscopy. *Cancer.* 1977;39(3):1055-63.

31. Miller JL HH. Structure and function of the eccrine, apocrine, apoeccrine and sebaceous glands. Bologna JL JJ, Rapini RP, eds., editor. Spain: Mosby Elsevier; 2008. 489-94 p.

32. Sato F, Owen M, Matthes R, Sato K, Gisolfi CV. Functional and morphological changes in the eccrine sweat gland with heat acclimation. *J Appl Physiol* (1985). 1990;69(1):232-6.

33. Sato K, Leidal R, Sato F. Morphology and development of an apoeccrine sweat gland in human axillae. *Am J Physiol.* 1987;252(1 Pt 2):R166-80.

34. Sato K. The mechanism of eccrine sweat secretion. *Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine: Exercise, Heat, and Thermoregulation.* 1993;6:85-117.

35. Sato K, Ohtsuyama M, Samman G. Eccrine sweat gland disorders. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 1991;24(6):1010-4.

36. Inoue R, Sohara E, Rai T, Satoh T, Yokozeki H, Sasaki S, et al. Immunolocalization and translocation of aquaporin-5 water channel in sweat glands. *Journal of dermatological science.* 2013;70(1):26-33.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

37. Nejsum LN, Kwon T-H, Jensen UB, Fumagalli O, Frøkiaer J, Krane CM, et al. Functional requirement of aquaporin-5 in plasma membranes of sweat glands. *Proceedings of the national academy of sciences*. 2002;99(1):511-6.
38. Xie L, Jin L, Feng J, Lv J. The expression of AQP5 and UTs in the sweat glands of uremic patients. *BioMed research international*. 2017;2017(1):8629783.
39. Quinton PM. Effects of some ion transport inhibitors on secretion and reabsorption in intact and perfused single human sweat glands. *Pflügers Archiv*. 1981;391:309-13.
40. Ready M, Quinton P. Rapid regulation of electrolyte absorption in sweat duct. *The Journal of membrane biology*. 1994;140:57-67.
41. Sato M, Dobson M, Richard L. The effect of intracutaneous d-aldosterone and hydrocortisone on human eccrine sweat gland function. *Journal of Investigative Dermatology*. 1970;54(6).
42. Buono MJ, Claros R, DeBoer T, Wong J. Na⁺ secretion rate increases proportionally more than the Na⁺ reabsorption rate with increases in sweat rate. *Journal of Applied Physiology*. 2008;105(4):1044-8.
43. Cage GW, Dobson RL. Sodium secretion and reabsorption in the human eccrine sweat gland. *The Journal of clinical investigation*. 1965;44(7):1270-6.
44. Wilke K, Martin A, Terstegen L, Biel SS. A short history of sweat gland biology. *Int J Cosmet Sci*. 2007;29(3):169-79.
45. Sato K. Stimulation of pentose cycle in the eccrine sweat gland by adrenergic drugs. *American Journal of Physiology-Legacy Content*. 1973;224(5):1149-54.
46. Sawka MN, Leon LR, Montain SJ, Sanna LA. Integrated physiological mechanisms of exercise performance, adaptation, and maladaptation to heat stress. *Compr Physiol*. 2011;1(4):1883-928.
47. Shibasaki M, Crandall CG. Mechanisms and controllers of eccrine sweating in humans. *Front Biosci (Schol Ed)*. 2010;2(2):685-96.
48. Karakuzu A DE. Ter bezleri yapısı ve fizyolojisi Türkiye Klinikleri Ter Bezi Hastalıkları. 2019:1-4.
49. Schmid-Wendtner MH, Korting HC. The pH of the skin surface and its impact on the barrier function. *Skin Pharmacol Physiol*. 2006;19(6):296-302.
50. Watabe A, Sugawara T, Kikuchi K, Yamasaki K, Sakai S, Aiba S. Sweat constitutes several natural moisturizing factors, lactate, urea, sodium, and potassium. *J Dermatol Sci*. 2013;72(2):177-82.
51. Low PA. Sweating. 2012. In: *Primer on the Autonomic Nervous System* [Internet]. [249-51].
52. Önder M AG. hiperhidroz. *Turkderm* 2011;45:2-9.
53. Apilioğlu B BÖ. Hiperhidrozis tedavisi. *Genel Tıp Dergisi*. 2014;24:79-84.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

54. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, Glaser DA, Lowe NJ, Naver H, et al. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51(2):274-86.
55. Altman RS, Schwartz RA. Emotionally induced hyperhidrosis. *Cutis*. 2002;69(5):336-8.
56. Leung AK, Chan PY, Choi MC. Hyperhidrosis. *Int J Dermatol*. 1999;38(8):561-7.
57. Ghali FE, Fine JD. Idiopathic localized unilateral hyperhidrosis in a child. *Pediatr Dermatol*. 2000;17(1):25-8.
58. Erden F AAHA, editör. Ter Bezi Hastalıkları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.5-12.: [5-12 pp.].
59. Leung AKC, Mbbs, Frcp, Chan PYH, Choi MCK. Hyperhidrosis. *International Journal of Dermatology*. 1999;38(8):561-7.
60. Swinehart JM. Treatment of axillary hyperhidrosis: combination of the starch-iodine test with the tumescent liposuction technique. *Dermatol Surg*. 2000;26(4):392-6.
61. Heckmann M, Ceballos-Baumann AO, Plewig G. Botulinum toxin A for axillary hyperhidrosis (excessive sweating). *N Engl J Med*. 2001;344(7):488-93.
62. Sammons JE, Khachemoune A. Axillary hyperhidrosis: a focused review. *J Dermatolog Treat*. 2017;28(7):582-90.
63. Loureiro MdP, Campos JRMd, Wolosker N, Kauffman P, SpringerLink. Hyperhidrosis: A Complete Guide to Diagnosis and Management. 1st 2018. ed. Cham: Springer International Publishing; Imprint: Springer; 2018. 75-81 p.
64. Nawrocki S, Cha J. The etiology, diagnosis, and management of hyperhidrosis: A comprehensive review: Therapeutic options. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(3):669-80.
65. Hölze E. [Therapy of hyperhidrosis]. *Hautarzt*. 1984;35(1):7-15.
66. Hebert AA, Glaser DA, Green L, Hull C, Cather J, Drew J, et al. Long-term efficacy and safety of topical glycopyrronium tosylate for the treatment of primary axillary hyperhidrosis: Post hoc pediatric subgroup analysis from a 44-week open-label extension study. *Pediatr Dermatol*. 2020;37(3):490-7.
67. Glaser DA, Galperin TA. Managing Hyperhidrosis: Emerging Therapies. *Dermatologic Clinics*. 2014;32(4):549-53.
68. Wörle B, Rapprich S, Heckmann M. Definition and treatment of primary hyperhidrosis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007;5(7):625-8.
69. Papa CM, Kligman AM. Mechanisms of eccrine anidrosis. I. High level blockade. *J Invest Dermatol*. 1966;47(1):1-9.
70. Solish N, Bertucci V, Dansereau A, Hong HC, Lynde C, Lupin M, et al. A comprehensive approach to the recognition, diagnosis, and severity-based treatment of focal hyperhidrosis: recommendations of the Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee. *Dermatol Surg*. 2007;33(8):908-23.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

71. Shrivastava S, SINGH G. Tap water iontophoresis in palmoplantar hyperhidrosis. British Journal of Dermatology. 1977;96(2):189-95.
72. Bajaj V, Langtry JA. Use of oral glycopyrronium bromide in hyperhidrosis. Br J Dermatol. 2007;157(1):118-21.
73. Wolosker N, Krutman M, Teivelis MP, Paula RP, Kauffman P, Campos JR, et al. Analysis of oxybutynin treatment for hyperhidrosis in patients aged over 40 years. Einstein (Sao Paulo). 2014;12(1):42-7.
74. Grunfeld A, Murray CA, Solish N. Botulinum toxin for hyperhidrosis: a review. Am J Clin Dermatol. 2009;10(2):87-102.
75. Naumann M, Moore AP. Long-term safety of botulinum toxin type A. Mov Disord. 2003;18(9):1080-1.
76. Baumann LS, Halem ML. Systemic adverse effects after botulinum toxin type B (myobloc) injections for the treatment of palmar hyperhidrosis. Arch Dermatol. 2003;139(2):226-7.
77. Loureiro MdP, Campos JRMd, Wolosker N, Kauffman P, SpringerLink. Hyperhidrosis: A Complete Guide to Diagnosis and Management. 1st 2018. ed. Cham: Springer International Publishing; Imprint: Springer; 2018. 107-14 p.
78. Lin TS, Fang HY. Transthoracic endoscopic sympathectomy for craniofacial hyperhidrosis: analysis of 46 cases. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2000;10(5):243-7.
79. Gossot D, Galetta D, Pascal A, Debrosse D, Caliandro R, Girard P, et al. Long-term results of endoscopic thoracic sympathectomy for upper limb hyperhidrosis. Ann Thorac Surg. 2003;75(4):1075-9.
80. Suh DH, Lee SJ, Kim K, Ryu HJ. Transient median and ulnar neuropathy associated with a microwave device for treating axillary hyperhidrosis. Dermatol Surg. 2014;40(4):482-5.
81. Glaser DA, Coleman WP, 3rd, Fan LK, Kaminer MS, Kilmer SL, Nossa R, et al. A randomized, blinded clinical evaluation of a novel microwave device for treating axillary hyperhidrosis: the dermatologic reduction in underarm perspiration study. Dermatol Surg. 2012;38(2):185-91.
82. Goldman A, Wollina U. Subdermal Nd-YAG laser for axillary hyperhidrosis. Dermatol Surg. 2008;34(6):756-62.
83. Letada PR, Landers JT, Uebelhoer NS, Shumaker PR. Treatment of focal axillary hyperhidrosis using a long-pulsed Nd:YAG 1064 nm laser at hair reduction settings. J Drugs Dermatol. 2012;11(1):59-63.
84. Caplin D, Austin J. Clinical evaluation and quantitative analysis of axillary hyperhidrosis treated with a unique targeted laser energy delivery method with 1-year follow up. J Drugs Dermatol. 2014;13(4):449-56.
85. Aydin F, Pancar GS, Senturk N, Bek Y, Yuksel EP, Canturk T, et al. Axillary hair removal with 1064-nm Nd:YAG laser increases sweat production. Clin Exp Dermatol. 2010;35(6):588-92.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

86. Nestor MS, Park H. Safety and Efficacy of Micro-focused Ultrasound Plus Visualization for the Treatment of Axillary Hyperhidrosis. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2014;7(4):14-21.
87. Laubach HJ, Makin IR, Barthe PG, Slayton MH, Manstein D. Intense focused ultrasound: evaluation of a new treatment modality for precise microcoagulation within the skin. *Dermatol Surg.* 2008;34(5):727-34.
88. Kneiber D, Amin M, Nguyen TA, Gharavi NM. Review of radiofrequency microneedling: history, devices and uses. *J Cosmet Laser Ther.* 2023;25(5-8):59-64.
89. Tan MG, Jo CE, Chapas A, Khetarpal S, Dover JS. Radiofrequency Microneedling: A Comprehensive and Critical Review. *Dermatol Surg.* 2021;47(6):755-61.
90. Weiner SF. Radiofrequency Microneedling: Overview of Technology, Advantages, Differences in Devices, Studies, and Indications. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2019;27(3):291-303.
91. Ramaut L, Hoeksema H, Pirayesh A, Stillaert F, Monstrey S. Microneedling: Where do we stand now? A systematic review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2018;71(1):1-14.
92. Hayashi K, Thabit G, 3rd, Massa KL, Bogdanske JJ, Cooley AJ, Orwin JF, et al. The effect of thermal heating on the length and histologic properties of the glenohumeral joint capsule. *Am J Sports Med.* 1997;25(1):107-12.
93. Kleidona IA, Karypidis D, Lowe N, Myers S, Ghanem A. Fractional radiofrequency in the treatment of skin aging: an evidence-based treatment protocol. *J Cosmet Laser Ther.* 2020;22(1):9-25.
94. Alexiades M. Microneedle Radiofrequency. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2020;28(1):9-15.
95. Beasley KL, Weiss RA. Radiofrequency in Cosmetic Dermatology. *Dermatologic Clinics.* 2014;32(1):79-90.
96. Alster TS, Lupton JR. Nonablative cutaneous remodeling using radiofrequency devices. *Clin Dermatol.* 2007;25(5):487-91.
97. Jacobson LG, Alexiades-Armenakas M, Bernstein L, Geronemus RG. Treatment of nasolabial folds and jowls with a noninvasive radiofrequency device. *Arch Dermatol.* 2003;139(10):1371-2.
98. Korkmaz S. Radiofrequency in Cosmetic Dermatology. *Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics.* 2016;9(1):39-43.
99. Chandra S, Mysore V, Shah S, Malayanur D, S RS. Physics of fractional microneedle radiofrequency - A review. *J Cutan Aesthet Surg.* 2024;17(3):177-83.
100. Gowda A, Healey B, Ezaldein H, Merati M. A Systematic Review Examining the Potential Adverse Effects of Microneedling. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021;14(1):45-54.
101. Hande YELGEN SSS. Complications and Management in Radiofrequency Applications.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Türkiye Klinikleri Cosmetic Dermatology - Special Topics. 2023;1:40-3.

102. Erdal PALA MM. Dermatolojik hastalıklarda radyofrekans uygulamaları. Türkiye Klinikleri Cosmetic Dermatology - Special Topics 2023;1:13-9.

103. Fatemi Naeini F, Abtahi-Naeini B, Pourazizi M, Nilforoushzadeh MA, Mirmohammadkhani M. Fractionated microneedle radiofrequency for treatment of primary axillary hyperhidrosis: A sham control study. Australas J Dermatol. 2015;56(4):279-84.

104. Abtahi-Naeini B, Naeini FF, Saffaei A, Behfar S, Pourazizi M, Mirmohammadkhani M, et al. Treatment of Primary Axillary Hyperhidrosis by Fractional Microneedle Radiofrequency: Is it Still Effective after Long-term Follow-up? Indian J Dermatol. 2016;61(2):234.

105. Naeini FF, Saffaei A, Pourazizi M, Abtahi-Naeini B. Histopathological evidence of efficacy of microneedle radiofrequency for treatment of axillary hyperhidrosis. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2015;81(3):288-90.

106. Kim M, Shin JY, Lee J, Kim JY, Oh SH. Efficacy of fractional microneedle radiofrequency device in the treatment of primary axillary hyperhidrosis: a pilot study. Dermatology. 2013;227(3):243-9.

107. Jung JM, Na HM, Kim JH, Yoon J, Yang HJ, Lee WJ, et al. The efficacy and safety of a fractional microneedle radiofrequency device for the treatment of axillary hyperhidrosis: clinical prospective pilot study. Lasers Med Sci. 2022;37(3):1559-66.

108. Cho SB, Park J, Zheng Z, Yoo KH, Kim H. Split-axilla comparison study of 0.5-MHz, invasive, bipolar radiofrequency treatment using insulated microneedle electrodes for primary axillary hyperhidrosis. Skin Res Technol. 2019;25(1):30-9.

109. Abtahi-Naeini B, Naeini FF, Adibi N, Pourazizi M. Quality of life in patients with primary axillary hyperhidrosis before and after treatment with fractionated microneedle radiofrequency. J Res Med Sci. 2015;20(7):631-5.

110. Schick CH, Grallath T, Schick KS, Hashmonai M. Radiofrequency Thermotherapy for Treating Axillary Hyperhidrosis. Dermatol Surg. 2016;42(5):624-30.

111. Rivera F. Pilot study for permanent resolution of axillary hyperhidrosis: elimination of sweat glands with intradermal microneedle radiofrequency. European Journal of Plastic Surgery. 2019;42.

112. de Felipe I, Del Cueto SR, Pérez E, Redondo P. Adverse reactions after nonablative radiofrequency: follow-up of 290 patients. J Cosmet Dermatol. 2007;6(3):163-6.

113. Hantash BM, Renton B, Berkowitz RL, Stridde BC, Newman J. Pilot clinical study of a novel minimally invasive bipolar microneedle radiofrequency device. Lasers Surg Med. 2009;41(2):87-95.

114. Thanasarnaksorn W, Siramangkhalanon V, Duncan DI, Belenky I. Fractional ablative and nonablative radiofrequency for skin resurfacing and rejuvenation of Thai patients. J Cosmet Dermatol. 2018;17(2):184-92.



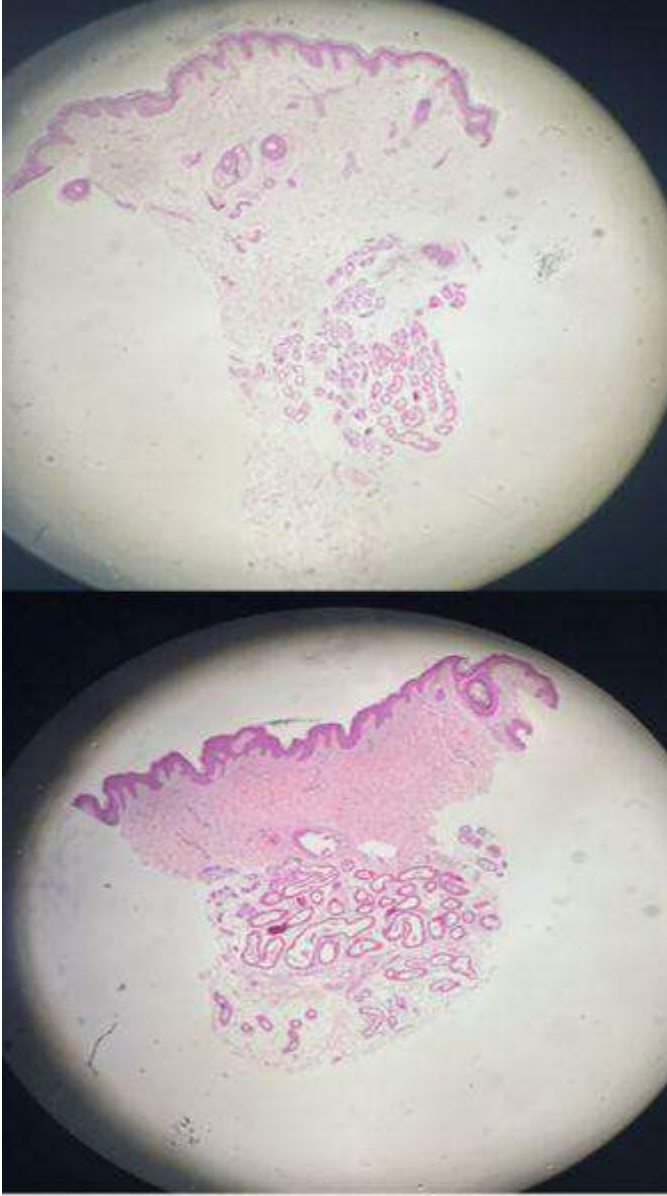
ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

115. Lee SJ, Chang KY, Suh DH, Song KY, Ryu HJ. The efficacy of a microwave device for treating axillary hyperhidrosis and osmidrosis in Asians: a preliminary study. *J Cosmet Laser Ther.* 2013;15(5):255-9.
116. Takagi S, Tobaru K. Notes on the vertical distribution of the human sweat glands. *Jpn J Physiol.* 1954;4(3):169-74.
117. Shinaoka A, Nakahara R, Saeki M. The use of 33 MHz ultra-high-frequency ultrasonography for the evaluation of sweat glands in the axilla with osmidrosis. *PLoS One.* 2021;16(5):e0251600.
118. Asif M, Kanodia S, Singh K. Combined autologous platelet-rich plasma with microneedling verses microneedling with distilled water in the treatment of atrophic acne scars: a concurrent split-face study. *J Cosmet Dermatol.* 2016;15(4):434-43.
119. Lin L, Huo R, Bi J, Meng Z, Cao Y. Fractional microneedling radiofrequency treatment for axillary osmidrosis: A minimally invasive procedure. *J Cosmet Dermatol.* 2019;18(1):115-20.
-

TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI TOPLAM TER BEZİ SAYISI



Aynı hastadan alınan aksiller örnekleme: A) İşlem öncesi toplam ter bezi sayısı: 75, B) İşlem sonrası toplam ter bezi sayısı: 59

TEDAVİ SONRASI APOKRİN TER BEZİ ÇAPINDAKİ DEĞİŞİM



Aynı hastadan alınan aksiller örnekleme A) işlem öncesi en büyük apokrin ter bezi çapı: 0.17 mm, B) İşlem sonrası en büyük apokrin ter bezi çapı: 1.18 mm



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-44][KABUL:SÖZLÜ]

**ATROFİK AKNE SKARLARINDA CROSS TEKNİĞİ İLE %70`LİK VE %100`LÜK TRİKLORASETİK
ASİT UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Mehmet Çağlar Soysal¹, Cenk Akçalı²

¹Gaziantep Özel Emek Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Gaziantep

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

AMAÇ:

Atrofik akne skarları, özellikle genç erişkinlerde estetik kaygılara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilen, rolling, icepick ve boxcar olarak tiplendirilen cilt lezyonlarıdır (1). Bu skarların tedavisinde çeşitli yöntemler olmakla birlikte, CROSS (Chemical Reconstruction of Skin Scars) etkili ve düşük maliyetli bir seçenektir. CROSS tekniğinde triklorasetik asit (TCA), yüksek konsantrasyonlarda lokal olarak skar tabanına uygulanır ve sonrasında kontrollü nekroz ile birlikte yeni kollajen oluşumu hedeflenir (2). Ancak farklı TCA konsantrasyonlarının etkinlik ve güvenilirlik açısından karşılaştırmalı verileri sınırlıdır (3). Bu çalışmada, atrofik akne skarlarının tedavisinde %70 ve %100 TCA ile uygulanan CROSS yönteminin etkinliğini ve yan etki profilini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bu prospektif, randomize kontrollü çalışma, yüz bölgesinde atrofik akne skarları bulunan on dörder kişilik iki gruptan oluşan toplam yirmi sekiz hasta ile tamamlandı. Birinci gruba %70 TCA, ikinci gruba %100 TCA, CROSS yöntemiyle üç haftada bir olmak üzere toplam üç seans uygulandı. Uygulamalar steril bir kürdan ile direkt skar içine temas şeklinde yapıldı. Tedavi öncesinde ve son seans sonrası 3.haftada standartize fotoğraflar çekilerek skar şiddeti Goodman ve Baron skar skorumla sistemi ile iki bağımsız dermatolog tarafından değerlendirildi. Ayrıca hastalardan da tedavi başarısını puanlaması istendi. Tedavi süresince ve sonrasında gelişen yan etkiler kaydedildi.

BULGULAR:

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması ve standart sapması 1.grupta 27,07±5,48 iken, 2.grupta 23,5±2,9 idi. Grup 1 ve Grup 2 arasında, hasta puanlamaları ve araştırmacı puanlamaları



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0.54$, $p=0.57$). Hasta ve araştırmacı skorlarını, her grup için ayrı ayrı kendi aralarında değerlendirdiğimizde de aralarında anlamlı olarak bir fark gözlemlenmedi (sırasıyla $p=0.54$, $p=0.41$). Hasta yaşı ve hasta skorlaması ile araştırmacı skorlamaları arasında negatif korelasyon mevcuttu. Akne skar tipine göre hasta/araştırmacı puanlarında en yüksek ortalamaya Rolling tip skarlar ulaşsa da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. İşlem sonrasında hastalarda en fazla onikinci güne kadar devam edebilen kabuklanma evresi görüldü. Bu süreç %100 TCA uygulanan grupta daha fazlaydı ve gruplar arası kabuklanma sürelerinin farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.03$).

SONUÇ:

TCA CROSS yöntemiyle hem %70 hem de %100 TCA kullanımı atrofik akne skarlarının tedavisinde etkili bulunmuş ancak aralarında etkinlik konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Atrofik skar tipleri arasında rolling ve icepickte etkinliğin iyi düzeyde olduğu gözlenmiş olup; boxcar tipinde çok düşük kaldığı görülmüştür. Artan yaşla birlikte tedaviye cevabın azaldığı görülmüş olup, atrofik akne skarlarına erken müdahalenin tedavi şansını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Etkinlik farkının olmaması ve yüksek konsantrasyonlarda kabuklanma sürelerinin uzunluğu gibi dezavantajlarından dolayı %100 TCA yerine daha düşük oranda TCA'nın kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Hasta seçimi, skar tipi, cilt fototipi ve uygulayıcı deneyimi tedavi planlamasında dikkate alındığında; CROSS yöntemi düşük maliyetli, pratik ve etkili bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Akne skarı, CROSS, Triklorasetik asit

KAYNAKLAR: 1) Kurokawa I, Danby FW, Ju Q, Wang X, Xiang LF, Xia L. New developments in our understanding of acne pathogenesis and treatment. *Exp Dermatol* 2009; 18: 821-832.
2) Lee JB, Chung WG, Kwahck H, Lee KH. Focal treatment of acne scars with trichloroacetic acid: Chemical reconstruction of skin scars method. *Dermatol Surg* 2002;28:1017-21.
3) Fabbrocini G, Cacciapuoti S, Fardella N et al. CROSS technique: chemical reconstruction of skin scars method. *Dermatol Therapy* 2008;21:S29-32.

CROSS TEKNİĞİ İLE %70 TCA UYGULAMASI SONRASI GÖRÜNÜM



CROSS TEKNİĞİ UYGULAMASI ÖNCESİ GÖRÜNÜM



HASTA VE ARAŞTIRMACI SKORLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

		s	kor	la	ma	p
		çok iyi	iyi	orta	hafif	
grup	hasta skoru	6	4	3	1	0,54
1	araştırmacı skoru	2	9	2	1	
grup	hasta skoru	5	3	4	2	0,41
2	araştırmacı skoru	3	5	4	2	



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-45][KABUL:SÖZLÜ]

REKÜRREN AFTÖZ STOMATİT HASTALARINDA SERUM MIDKİNE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ali Sarıca¹, Mehmet Yıldırım¹, İjlal Erturan¹, Duygu Kumbul², Doğukan Gümüşcan²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Isparta

GİRİŞ-AMAÇ:

Rekürren Aftöz Stomatit (RAS), toplumun geniş bir kesimini etkileyen, ağrılı oral ülserlerle karakterize, tekrarlayıcı inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın etyopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılmamış olup genetik yatkınlık, mikrobiyal etkenler, hematolojik eksiklikler, stres ve bağışıklık sistemi bozuklukları gibi birçok faktörle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu karmaşık yapının anlaşılması, tanı ve tedavi süreçlerinde biyobelirteç ihtiyacını gündeme getirmektedir. Midkine, çeşitli dokularda eksprese edilen ve başta inflamasyon olmak üzere birçok fizyopatolojik süreçte etkili olan bir büyüme faktörüdür. Özellikle Th1 tipi immün yanıt ile ilişkili pek çok hastalıkta serum düzeylerinin arttığı gösterilmiştir. Literatürde RAS'lı hastalarda serum midkine düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız, midkine düzeyinin RAS patogeneziindeki olası yerini değerlendirmeyi ayrıca midkine'in hastalık aktivitesi ve şiddetiyle olan ilişkisini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışma için öncelikle Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 29.12.2023 tarihli ve 317 sayılı karar ile etik kurul onayı alındı. Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TTU-2024-9552 proje numarası ile desteklendi. Çalışmamıza 44 RAS hastası ve yaş ile cinsiyet açısından eşleştirilmiş 44 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Katılımcıların detaylı klinik öyküleri alındı, hs-CRP, vitamin B12, folat, hemoglobin, demir, ferritin parametreleri ölçüldü. Serum midkine düzeyleri ELISA yöntemiyle çalışıldı. Ayrıca tüm katılımcıların vücut kitle indeksi, sigara kullanımları, birinci derece akrabada RAS öyküsü, günlük diş fırçalama sıklığı kaydedildi. Hasta grubunda ise tetikleyici faktörler, yıllık atak sayısı, atakların başlangıç yaşı ve aktif aftı olanlarda aft sayısı ile yerleşim yerleri de kaydedildi. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 30.0 ve Minitab 18 programı ile analiz edildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Çalışmamızda hasta grubunun serum midkine düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulundu (sırasıyla $0,214 \pm 0,148$ ng/ml ve $0,142 \pm 0,04$ ng/ml $p=0,006$). ROC analizinde midkine'in $0,228$ ng/mL kesme değeri için %97,7 özgüllük, %22,7 duyarlılıkla RAS'ı ayırt etmede etkili olabileceği belirlendi. Bu sonuç midkine'in RAS tanısında yüksek özgüllüğe sahip destekleyici bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir. Midkine düzeyi ile hastalık aktivitesi ve şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ayrıca kontrol grubunda serum hemoglobin ve vitamin B12 düzeyleri hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

SONUÇ:

Sonuçlarımız, midkine'in RAS patogenezinde rol oynayabileceğini ve yüksek özgüllük değeri sayesinde tanıda önemli bir biyobelirteç olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızın RAS patogenezinin aydınlatılmasına, yanlış tanı oranlarının azaltılmasına, ayırıcı tanı sürecine katkı sağlanmasına ve yeni tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine yardımcı olabileceğini; ayrıca bir büyüme faktörü olan midkine'in RAS ile ilişkisini araştırarak gelecek çalışmalara bilimsel bir temel oluşturabileceğini düşünmekteyiz. RAS patogenezinin ve midkine'in RAS'taki rolünün aydınlatılması için hem serum hem de doku düzeyinde geniş vaka serilerinde yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Biyobelirteç, inflamasyon, midkine, rekürren aftöz stomatit, Th1

KAYNAKLAR: 1. Lau CB, Smith GP. Recurrent aphthous stomatitis: A comprehensive review and recommendations on therapeutic options. *Dermatol Ther.* 2022;35(6):e15500.

2. Natah SS, Kontinen YT, Enattah NS, Ashammakhi N, Sharkey KA, Hayrinen-Immonen R. Recurrent aphthous ulcers today: a review of the growing knowledge. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004;33(3):221-34.

3. Slebioda Z, Szponar E, Kowalska A. Etiopathogenesis of recurrent aphthous stomatitis and the role of immunologic aspects: literature review. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz).* 2014;62(3):205-15.

4. Rivera-Hidalgo F, Shulman JD, Beach MM. The association of tobacco and other factors with recurrent aphthous stomatitis in an US adult population. *Oral Dis.* 2004;10(6):335-45.

5. Muramatsu T. Midkine, a heparin-binding cytokine with multiple roles in development,



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

repair and diseases. Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci. 2010;86(4):410-25.

6. Wu GC, Yuan H, Pan HF, Ye DQ. Elevated plasma midkine and pleiotrophin levels in patients with systemic lupus erythematosus. Oncotarget. 2017;8(25):40181-9.

7. Krzystek-Korpacka M, Neubauer K, Matusiewicz M. Clinical relevance of circulating midkine in ulcerative colitis. Clin Chem Lab Med. 2009;47(9):1085-90.

8. Krzystek-Korpacka M, Neubauer K, Matusiewicz M. Circulating midkine in Crohn's disease: clinical implications. Inflamm Bowel Dis. 2010;16(2):208-15.

LABORATUVAR PARAMETRELERİ

Laboratuvar Parametrelerinin Hasta ve Kontrol Gruplarındaki Karşılaştırılması

Özellik	Hasta Grubu	Kontrol Grubu	p-değeri
Hb Ortalaması (gr/dl)	13,63 ± 1,63	14,37 ± 1,45	0,027
Düşük Hb, n (%)	11 (%25)	4 (%9,1)	0,047
Serum Ferritin Ortalaması (µg/L)	33,46 ± 40,45	35,22 ± 34,20	0,670
Düşük Ferritin, n (%)	26 (%59,1)	21 (%47,7)	0,285
Serum Demir Ortalaması (ug/dL)	77,5 ± 34,55	85,63 ± 38,6	0,301
hs-CRP Ortalaması	2,33 ± 3,81	1,69 ± 2,26	0,617
Serum Vitamin B12 Ortalaması (ng/L)	320,61 ± 93,7	387,34 ± 123,71	0,005
Düşük Vitamin B12, n (%)	10 (%22,7)	5 (%11,4)	0,156
Serum Folat Ortalaması (µg/L)	10,42 ± 4,52	10,39 ± 4,92	0,977
Düşük Folat, n (%)	1 (%2,3)	4 (%9,1)	0,167
Serum Midkine Ortalaması (ng/ml)	0,214 ± 0,148	0,142 ± 0,04	0,006

Hasta Grubunda Hastalık Aktivitesine Göre Laboratuvar Parametreleri Karşılaştırması

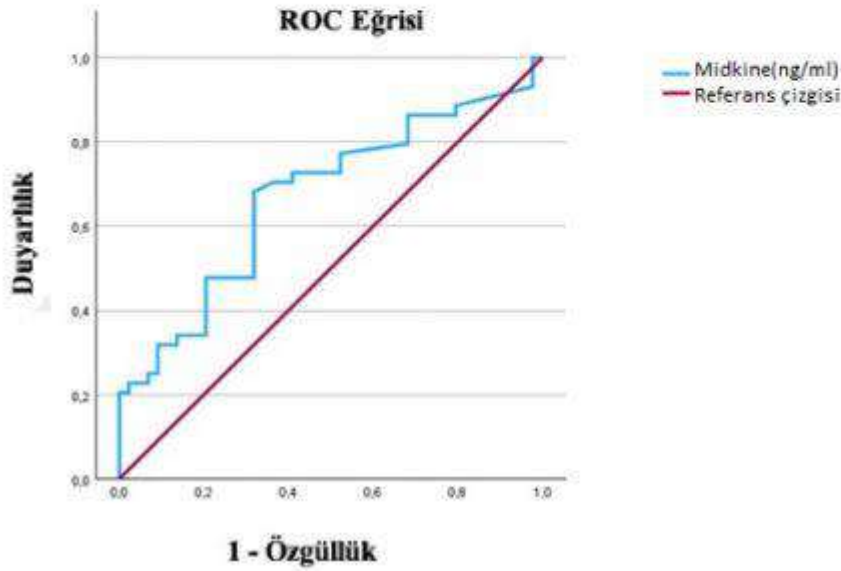
Özellik	Aktif Aftı Olanlar (n=22)	Aktif Aftı Olmayanlar (n=22)	p-değeri
Hb Ortalaması (gr/dl)	13,7 ± 1,54	13,56 ± 1,75	0,786
Ferritin Ortalaması (µg/L)	36,78 ± 43,93	30,15 ± 37,39	0,385
Demir Ortalaması (ug/dL)	76,32 ± 31,94	78,68 ± 37,7	0,824
hs-CRP Ortalaması	2,92 ± 4,73	1,73 ± 2,55	0,127
Vitamin B12 Ortalaması (ng/L)	316,45 ± 71,35	324,77 ± 113,36	0,772
Folat Ortalaması (µg/L)	9,07 ± 4	11,76 ± 4,7	0,047
Serum Midkine Ortalaması (ng/ml)	0,224 ± 0,173	0,203 ± 0,121	0,605

ROC ANALİZİ

	EAA	Std Hata	p	Kesme Değeri	Sensitivite (%)	Spesifite (%)	Güven Aralığı (%95)
Midkine	0,670	0,058	0,004	0,228	0,227	0,977	0,556-0,784

EAA: Eğri altında kalan alan, Std: Standart

Midkine'in ROC Analizi ile Değerlendirilmesi





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

HASTA VE KONTROL GRUPLARININ DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Özellik	Hasta Grubu (n=44)	Kontrol Grubu (n=44)	p-değeri
Yaş Ortalaması (±SS)	33,43 ± 11,58	34,30 ± 11,22	0,948
Cinsiyet – Erkek, n (%)	10 (%22,7)	12 (%27,3)	0,622
Cinsiyet – Kadın, n (%)	34 (%77,3)	32 (%72,7)	
Sigara Kullanımı, n (%)	7 (%15,9)	15 (%34,1)	0,049
VKİ Ortalaması (±SS)	24,67 ± 4,69	24,94 ± 3,39	0,761
Birinci Derece Akrabada RAS, n (%)	19 (%43,2)	8 (%18,2)	0,011
Günlük Diş Fırçalama Sayısı	1,52 ± 0,54	1,75 ± 0,48	0,043

HASTA GRUBUNDA HASTALIK AKTİVİTESİNE GÖRE ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Özellik	Aktif Aftı Olanlar (n=22)	Aktif Aftı Olmayanlar (n=22)	p-değeri
Sigara Kullanımı, n (%)	2 (%9,1)	5 (%22,7)	0,216
Hastalık Süresi Ortalaması (yıl)	11,59 ± 11,25	10,64 ± 7,71	0,962
Hastalık Başlangıç Yaşı (yıl)	22,82 ± 9,19	21,82 ± 9,46	0,672
Yıllık Atak Sayısı (atak/yıl)	13,00 ± 9,44	8,05 ± 5,79	0,047
Birinci Derece Akrabada RAS, n (%)	10 (%45,5)	9 (%40,9)	0,761
Günlük Diş Fırçalama Sayısı	1,55 ± 0,51	1,5 ± 0,59	0,787



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-46][KABUL:SÖZLÜ]

**DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN MELAZMA HASTALARINDA DEMOGRAFİK, KLİNİK
ÖZELLİKLER VE İKİNCİ PARMAĞIN DÖRDÜNCÜ PARMAĞA ORANININ (2D:4D)
ARAŞTIRILMASI**

Büşra Zıplar, Zafer Türkoğlu, Gökür Özaydın Yavuz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi
Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Melazma, özellikle yüzde simetrik olarak yerleşen, kahverengi maküllerle karakterize edinsel ve multifaktöriyel bir hastalıktır. Hastalığın patogeneğinde cinsiyet hormonlarının önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Bu çalışmada melazma tanısı almış bireylerin demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi; intrauterin dönemde maruz kalınan cinsiyet hormonlarının göstergesi olan ikinci parmağın dördüncü parmağa oranı (2D:4D) ile melazma arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, 2D:4D oranının melazma gelişimi açısından öngörücü bir parametre olup olmayacağı da değerlendirilmeye çalışılmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya, dermatoloji polikliniğine başvurarak melazma tanısı alan 60 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 60 sağlıklı kontrol dahil edildi. Katılımcıların demografik verileri, özgeçmiş bilgileri ve güneşten korunma davranışları detaylı bir şekilde sorgulandı. Melazma hastalarının klinik özellikleri değerlendirilerek, lezyonların yerleşimini belirlemek amacıyla Wood ışığı muayenesi yapıldı. Katılımcıların sağ ve sol el ikinci ve dördüncü parmak uzunlukları 0.01 mm hassasiyetindeki dijital kumpas ile ölçülerek 2D:4D oranı her iki el için ayrı ayrı hesaplandı. Hastalık şiddeti modifiye Melazma Alan ve Şiddet İndeksi (mMAŞİ) ile; yaşam kaliteleri ise Melazma Yaşam Kalite Ölçeği (MYKÖ) ile değerlendirildi.

BULGULAR:

Melazma hastalarının sağ el için ortalama 2D:4D oranı $1,01 \pm 0,02$, sol el için ise $1,02 \pm 0,03$ olarak saptandı ve kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (her iki el için $p=0,001$). Kadınlarda, melazma hastalarının sağ ve sol el 2D:4D oranları kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek iken ($p=0,001$); erkek hastalarda kontrollere göre anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Bununla birlikte, hastalık şiddeti ile



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

demografik özellikler, klinik bulgular, yaşam kalitesi ve 2D:4D oranı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi.

SONUÇ:

Çalışmamızda elde edilen demografik ve klinik veriler literatür ile büyük ölçüde uyumludur. Çalışmamız literatürde melazma hastalarında 2D:4D oranının değerlendirildiği ilk çalışma olması bakımından özgün ve öncüdür. Melazmalı bireylerde saptanan yüksek 2D:4D oranları, intrauterin dönemde artmış östrojen maruziyetinin melazma patogenezinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda 2D:4D oranı; özellikle risk altındaki bireylerde koruyucu stratejilerin planlanmasına olanak tanıyabilecek, melazmanın erken tanısında kullanılabilecek, invaziv olmayan ve klinikte uygulanabilir potansiyel bir biyobelirteç olarak değerlendirilebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Melazma, demografik özellikler, 2D:4D oranı, biyobelirteç, östrojen

KAYNAKLAR: 1. Espósito ACC, Cassiano DP, da Silva CN, Lima PB, Dias JAF, Hassun K, et al. Update on Melasma—Part I: Pathogenesis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022 Sep 29;12(9):1967–88.

2. Sarkar R, Jagadeesan S, Basavapura Madegowda S, Verma S, Hassan I, Bhat Y, et al. Clinical and epidemiologic features of melasma: a multicentric cross-sectional study from India. *Int J Dermatol*. 2019 Nov 11;58(11):1305–10.

3. Hexsel D, Lacerda DA, Cavalcante AS, Filho CASM, Kalil CLP V., Ayres EL, et al. Epidemiology of melasma in Brazilian patients: a multicenter study. *Int J Dermatol*. 2014 Apr 22;53(4):440–4.

4. Demirkan S, Gündüz Ö, Sayan CD. Retrospective analysis of endemic melasma patients. *Dermatol Reports*. 2017;9(1):31–3.

5. Platsidaki E, Markantoni V, Nicolaidou E, Katoulis A, Rigopoulos D, Stratigos AJ, et al. Melasma: A Clinical and Epidemiological Single-Group Observational Study in the Greek Population. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2024 Nov 1;14(11):3183–92.

6. Schmidt AN, Nanney LB, Boyd AS, King LE, Ellis DL. Oestrogen receptor- β expression in melanocytic lesions. *Exp Dermatol*. 2006 Dec 22;15(12):971–80.

7. Kippenberger S, Loitsch S, Solano F, Bernd A, Kaufmann R. Quantification of Tyrosinase, TRP-1, and TRP-2 Transcripts in Human Melanocytes by Reverse Transcriptase-Competitive Multiplex PCR – Regulation by Steroid Hormones. *Journal of Investigative Dermatology*. 1998 Apr;110(4):364–7.

8. Im S, Kim S, On WY, Kang W H. Increased expression of α -melanocyte-stimulating hormone



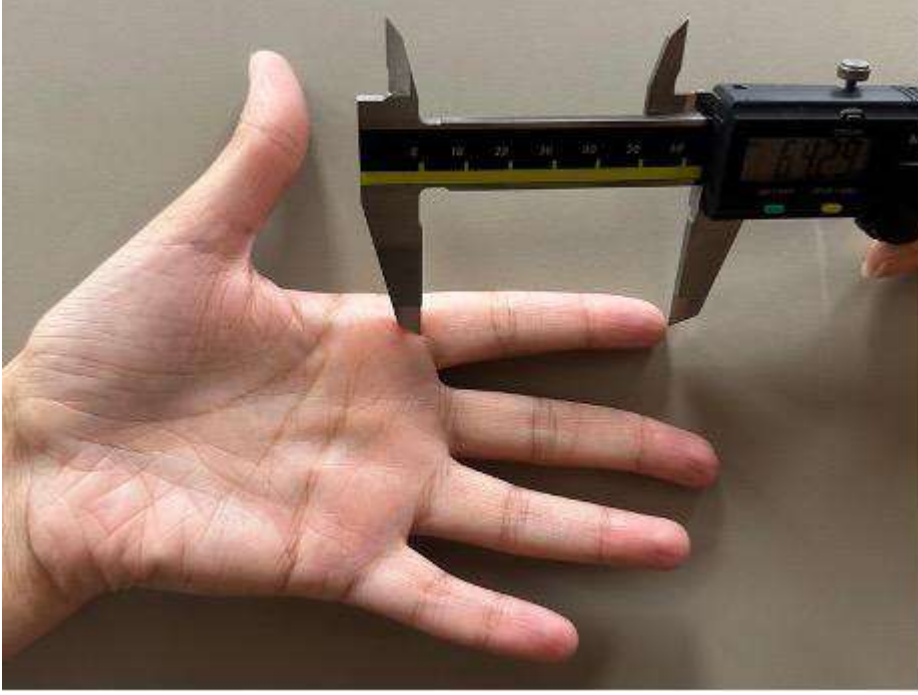
ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

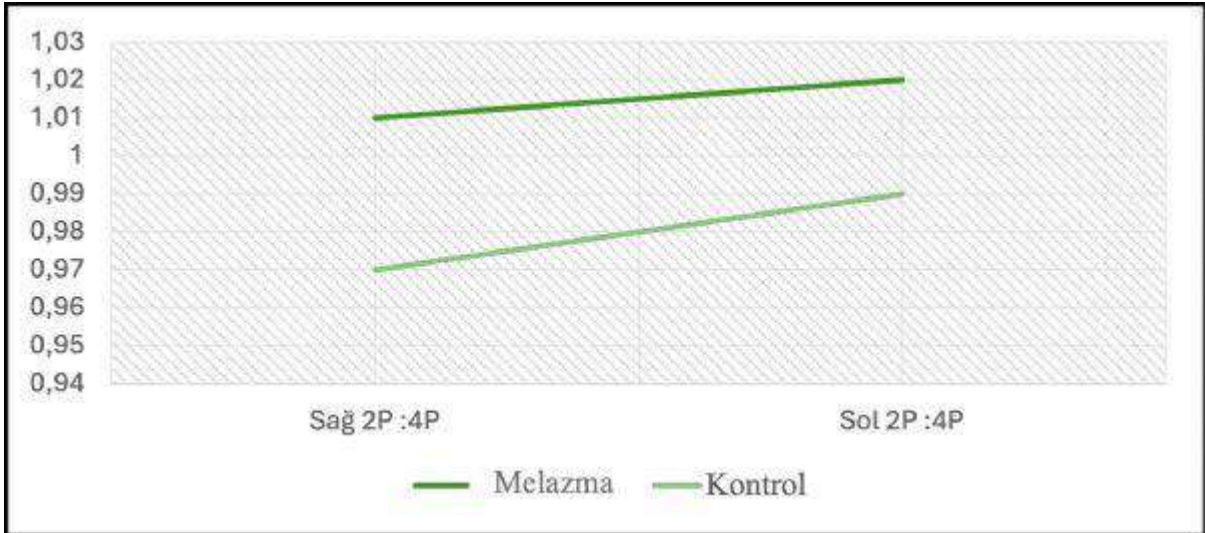
www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- in the lesional skin of melasma. *British Journal of Dermatology*. 2002 Jan;146(1):165–7.
9. Scott MC, Suzuki I, Abdel-Malek ZA. Regulation of the Human Melanocortin 1 Receptor Expression in Epidermal Melanocytes by Paracrine and Endocrine Factors and by Ultraviolet Radiation. *Pigment Cell Res*. 2002 Dec 23;15(6):433–9.
10. Jang Y, Lee J, Kang H, Lee E, Kim Y. Oestrogen and progesterone receptor expression in melasma: an immunohistochemical analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2010 Nov 23;24(11):1312–6.
11. Sialy R, Hassan I, Kaur I, Dash RJ. Melasma in Men: A Hormonal Profile. *J Dermatol*. 2000 Jan 9;27(1):64–5.
12. Cordan Yazıcı A, Baz K, İkizoğlu G, Üzümlü H, Demirseren Deniz, Tamer L, et al. The Role of Sex and Thyroid Hormones in the Etiopathogenesis of Melasma in Men. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2006;26(3).
13. Neave N, Laing S, Fink B, Manning JT. Second to fourth digit ratio, testosterone and perceived male dominance. *Proc R Soc Lond B Biol Sci*. 2003 Oct 22;270(1529):2167–72.
14. Manning JT, Scutt D, Wilson J, Lewis-Jones DI. The ratio of 2nd to 4th digit length: a predictor of sperm numbers and concentrations of testosterone, luteinizing hormone and oestrogen. *Human Reproduction*. 1998 Nov 1;13(11):3000–4.
15. Manning JT, Martin S, Trivers RL, Soler M. 2nd to 4th Digit Ratio and Offspring Sex Ratio. *J Theor Biol*. 2002 Jul;217(1):93–5.
16. Manning JT, Barley L, Walton J, Lewis-Jones DI, Trivers RL, Singh D, et al. The 2nd:4th digit ratio, sexual dimorphism, population differences, and reproductive success. *Evolution and Human Behavior*. 2000 May;21(3):163–83.
17. Kara T. Postmenopozal Kadınlarda Vazomotor, Somatik ve Psikolojik Yakınmaların Şiddeti ile El 2-4. Parmak Oranı Arasındaki İlişki. [Ankara]: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
18. Manning JT, Stewart A, Bundred PE, Trivers RL. Sex and ethnic differences in 2nd to 4th digit ratio of children. *Early Hum Dev*. 2004 Nov;80(2):161–8.
19. Handel AC, Miot LDB, Miot HA. Melasma: A clinical and epidemiological review. *An Bras Dermatol*. 2014;89(5):771–82.
-

DİJİTAL KUMPAS KULLANILARAK PARMAK UZUNLUKLARININ ÖLÇÜMÜ



SAĞ VE SOL EL İÇİN 2. VE 4. PARMAK ORANININ GRUPLARDA KARŞILAŞTIRILMASI





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

MELAZMA VE KONTROL GRUBUNDA PARMAK UZUNLUKLARI VE ORANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

	Melazma (n=60) Ort± ss (mm)	Kontrol (n=60) Ort± ss (mm)	p
Sağ 2D	68,96 ± 3,63 mm	67,33 ± 3,87 mm	0,019*
Sol 2D	68,82 ± 3,76 mm	67,82 ± 3,82 mm	0,149
Sağ 4D	67,96 ± 4,24 mm	69,24 ± 3,89 mm	0,087
Sol 4D	67,26 ± 4,30 mm	68,36 ± 4,03 mm	0,153
Sağ 2D:4D	1,01 ± 0,02	0,97 ± 0,03	0,001*
Sol 2D:4D	1,02 ± 0,03	0,99 ± 0,03	0,001*

Ort; ortalama, ss; standart sapma, 2D; 2.parmak uzunluğu, 4D; 4.parmak uzunluğu, 2D:4D; 2. parmak uzunluğunun 4. parmak uzunluğuna oranı, mm; milimetre, *p değeri; independent t testi istatistiksel anlamlılık



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-47][KABUL:SÖZLÜ]

KRONİK NODÜLER PRURİGODA ETİYOLOJİK FAKTÖRLER VE HİSTOPATOLOJİK

BULGULAR:

RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Muhammed Adak¹, Nilgün Sayman², Ahmet Tuğrul Eruyar³, Esin Diremsizoğlu², Emrah Gökay Özgür⁴

¹Midyat Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Mardin

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Literatürde Kronik Nodüler Prurigo'da (KNP) etyolojik faktörlerin ve histopatolojik bulguların incelendiği az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda KNP'deki etyolojik nedenleri, izlenen histopatolojik bulguları, özgül bir histopatolojik bulgu olup olmadığını ve eşlik eden hastalıklar ile histopatolojik bulgular arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı planladık.

MATERYAL-METOD:

Klinik ve/veya histopatolojik olarak Kronik Nodüler Prurigo (KNP) tanısı almış 69 hastanın retrospektif analizi yapıldı. Hastaların anamnezleri, dermatolojik muayeneleri ve laboratuvar bulguları kaydedildi, 51 hastadan alınan cilt biyopsi örnekleri incelendi.

BULGULAR:

Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş ortalaması 48.81 (±16.34) ve yaklaşık %80'ni kadındı. Hastaların %76.8'inde en az bir etyolojik neden ve yaklaşık %40'ında en az iki neden saptandı. Eşlik eden hastalıklar arasında sırasıyla psikiyatrik (%33.3), hematolojik (%31.9), endokrinolojik (%30.4) ve atopik hastalıklar (%29.0) ilk sıralarda yer almaktaydı. Eşlik eden hastalıklar tek tek incelendiğinde ise diyabetes mellitus, demir eksikliği anemisi, astım, depresif duygu durum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu öne çıkmaktaydı. Total IgE düzeyi bakılan 47 hastanın 39'unda (%81.25) yüksekti. Histopatolojik inceleme yapılan 51 hastada



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

en sık izlenen epidermal değişikliğin sıklıkla irregüler tarzda gözlenen epidermal hiperplazi olduğu bunu sırasıyla hipergranüloz, kompakt ortokeratoz, fokal parakeratoz ve ekzoriyasyonun izlediği görüldü. Dermal değişikliklerde en sık saptanan bulgunun çoğunluğu süperfisyal perivasküler nitelikte olan dermal inflamasyon olduğu, bunu sırasıyla papiller dermal fibrosis, subepidermal fibrin birikimi, sinir lifi kalınlaşması, retiküler dermal fibrozis ve kıllı avuç içi belirtisinin takip ettiği görüldü. Ekzoriyasyon ve erozyon histopatolojik bulgularından birini içeren grupta içermeyenlere göre fokal parakeratoz ($p=0.017$), subepidermal fibrin birikimi ($p=0.005$), interstisyel inflamasyon ($p=0.015$) ve inflamasyonda eozinofiller ($p=0.028$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık izlenmekteydi. Demir eksikliği saptanmayan hastalarda demir eksikliği saptananlara göre hipergranüloz daha sık tespit edilmişti ($p=0.019$).

SONUÇ:

Çalışmamızda, Kronik Nodüler Prurigo'nun kadınlarda daha sık görüldüğü ve kadın/erkek oranının 4:1 olduğu saptanmış, en yaygın etiyolojik faktör olarak psikiyatrik bozukluklar belirlenmiştir. Gözlenen epidermal ve dermal histopatolojik bulgular özgül olmayıp muhtemelen kronik kaşıntıya ikincil değişikliklerdir. Çalışmamızda histopatolojideki dikkat çeken "hairy palm belirtisi", KNP tanısında yardımcı olabilir. Bu çalışma, KNP'de etiyolojik faktörler ile histopatolojik bulgular arasındaki ilişkiyi ortaya koyan ilk çalışma olup, hipergranülozisin demir eksikliği anemisi olmayan hastalarda anlamlı olarak daha sık görüldüğünü bildiren ilk çalışmadır.

ANAHTAR KELİMELEER: etikolojik nedenler, epidermal hiperplazi, histopatoloji, kıllı avuç içi belirtisi, Prurigo nodularis

- KAYNAKLAR:** 1. Huang AH, Canner JK, Khanna R, Kang S, Kwatra SG. Real-World Prevalence of Prurigo Nodularis and Burden of Associated Diseases. *J Invest Dermatol.* 2020;140(2):480-483.e4. doi:10.1016/j.jid.2019.07.697
2. Zeidler C, Tsianakas A, Pereira M, Stander H, Yosipovitch G, Stander S. Chronic Prurigo of Nodular Type: A Review. *Acta Derm Venereol* 2018;98:173-9.
3. Huang AH, Williams KA, Kwatra SG. Prurigo nodularis: Epidemiology and clinical features. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(6):1559-1565. doi:10.1016/j.jaad.2020.04.183
4. Zeidler C, Yosipovitch G, Stander S. Prurigo nodularis and its management. *Dermatol Clin* 2018;36:189-97.
5. Yosipovitch G, Bernhard JD. Clinical practice. Chronic pruritus. *N Engl J Med*



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2013;368:1625-34.

6. Iking A, Grundmann S, Chatzigeorgakidis E, Phan NQ, Klein D, Stander S. Prurigo as a symptom of atopic and non-atopic diseases: aetiological survey in a consecutive cohort of 108 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27:550-7.

7. Boozalis E, Tang O, Patel S, Semenov YR, Pereira MP, Stander S, et al. Ethnic differences and 287 comorbidities of 909 prurigo nodularis patients. *J Am Acad Dermatol* 2018;79:714-9.e3.

8. Huang AH, Canner JK, Khanna R, et al. Real-world prevalence of prurigo nodularis and burden of associated diseases. *J Invest Dermatol* 2020; 140:480.

9. Wikström K, Verkkö H, Sinikumpu SP, Jokelainen J, Tasanen K, Huilaja L. Comorbidities of Prurigo nodularis in Finland Between 1996 and 2019. *Acta Derm Venereol*. 2021 Jul 30;101(7):adv00508.

10. Fukushi S, Yamasaki K, Aiba S. Nuclear localization of activated STAT6 and STAT3 in epidermis of prurigo nodularis. *Br J Dermatol* 2011; 165:990.

11. Zhong W, Wu X, Zhang W, et al. Aberrant Expression of Histamine-independent Pruritogenic Mediators in Keratinocytes may be Involved in the Pathogenesis of Prurigo nodularis. *Acta Derm Venereol* 2019; 99:579.

12. Furue M, Yamamura K, Kido-Nakahara M, et al. Emerging role of interleukin-31 and interleukin-31 receptor in pruritus in atopic dermatitis. *Allergy* 2018; 73:29.

13. Tanaka M, Aiba S, Matsumura N, et al. Prurigo nodularis consists of two distinct forms: early-onset atopic and late-onset non-atopic. *Dermatology* 1995; 190:269.

14. Weigelt N, Metze D, Ständer S. Prurigo nodularis: systematic analysis of 58 histological criteria in 136 patients. *J Cutan Pathol* 2010; 37:578.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

EŞLİK EDEN HASTALIKLARIN SİSTEMLERE GÖRE SINIFLANDIRILMASI

	HASTALIĞA SAHİP HASTA SAYISI (%)	TOPLAM HASTA SAYISI
Psikiyatrik Hastalıklar	23 (33.3%)	69
Hematolojik Hastalıklar	22 (31.9%)	69
Endokrinolojik Hastalıklar	21 (30.4%)	69
Atopik Hastalık Öyküsü	20 (29.0%)	69
Nörolojik Hastalıklar	6 (8.6%)	69
Dermatolojik Hastalıklar	5 (7.2%)	69
Nörolojik Hastalıklar	5 (7.2%)	69
Hepatobilyer Hastalıklar	2 (2.9%)	69
Enfeksiyon Hastalıkları	2 (2.9%)	69
Malignite	0 (0.0%)	69



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-48][KABUL:SÖZLÜ]

**AKNE VULGARİSLİ ADOLESANLARDA AKRAN ZORBALIĞI VE PSİKOSOSYAL ETKİLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Halime Akpınar Tekerlek¹, Hilal Kaya Erdoğan¹, Damla Eyüboğlu², Ersoy Acer¹, Esra Ağaoğlu¹,
Zeynep Nurhan Saraçoğlu¹

¹Osmangazi Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Eskişehir

²Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

GİRİŞ-AMAÇ:

Akne vulgaris, dünya nüfusunun yaklaşık %9,4'ünü etkileyen papüller, püstüller, komedonlar ve nodüllerle karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır (1,2). Adolesan dönemde çok sık görülen bir hastalık olan akne, adolesanların ve genç yetişkinlerin %90'ını etkilemektedir. Farklı şiddetlerdeki noninflamatuvar ve inflamatuvar lezyonlar çoğunlukla yüzde yerleşir ve bu nedenle başkaları tarafından kolayca görülebilir (3). Akne hayatı tehdit eden bir hastalık olmasa da sıklıkla ciddi psikososyal sonuçlara neden olmaktadır. Birçok akne hastası depresyon ve anksiyete ile mücadele eder, intihar düşünceleri ve girişimleri nadir değildir. Akne hastalarının yaşam kalitesi büyük ölçüde bozulmuştur ve lezyonların görünür bölgelerde olması genellikle zorbalık düzeylerinde artışa neden olur (4). Deri hastalıklarının yüksek görünürlüğü göz önünde bulundurulduğunda, zorbalığın deri hastalıklarıyla ilişkili olmaması şaşırtıcı olacaktır. Birçok yaygın cilt hastalığı, alay edilme ve zorbalıktan en çok etkilenen ve bunlara karşı en savunmasız yaş grupları olan çocukları ve adolesanları etkilemektedir (5). Literatürdeki çalışmalarda alay ve zorbalığın dış görünüşle ilgili olduğu saptanmış ve akne, atopik dermatit ve psoriasis gibi deri hastalıklarının artmış zorbalık maruziyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (6-8). Literatürdeki çalışmalar zorbalığa maruz kalan çocuklarda zorbalığa maruz kalmayanlara göre depresif belirtilerinin ve kaygılarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (9,10). Çalışmamızda akne vulgarisli adolesanlarda akran zorbalığını ve psikososyal zorlukların sıklığını, sosyodemografik, klinik bulgular ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya 07 Mayıs 2023-07 Mayıs 2024 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniğine başvuran 12-18 yaş arası akne vulgaris



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

tanısı alan 255 hasta ve kontrol grubu olarak aynı yaş aralığındaki 244 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Kontrol grubu için akne ve herhangi bir kronik inflamatuvar deri hastalığı olan, her iki grup için 12 yaş altı ve 18 yaş üzeri olan ve anketleri tek başına doldurabilecek yetide ve okur yazar olmayan gönüllüler çalışmaya dahil edilmemiştir. Onam formu alınan hastaların dermatolojik muayeneleri yapılmış ve sosyodemografik bilgileri kaydedilmiştir. Global akne değerlendirme ölçeği, akne yerleşim yeri ve akne skarı, PIHP (Postinflamatuvar hiperpigmentasyon) ve ekzoriyasyon varlığı yapılan dermatolojik muayene ile klinisyen tarafından değerlendirilmiştir. Katılımcılar tarafından Akne Yaşam Kalite Ölçeği (AYKÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı (OÖAZ) Anketi doldurulmuştur.

BULGULAR:

Akne vulgarisli hastaların HADS ölçeği anksiyete ve depresyon alt puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.016$). AYKÖ puanı ile HADS ölçeği anksiyete ve depresyon puanı arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.001$, $r=0.521$). Akne vulgaris hastalarında kontrol grubuna göre artmış akran zorbalığı maruziyeti saptandı ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.031$). Akran zorbalığına maruz kalan akne vulgarisli hastaların AYKÖ puanı, HADS ölçeği anksiyete ve depresyon alt puanı, akran zorbalığına maruz kalmayan akne vulgaris hastalarından daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.002$). Akne vulgaris hastalarında ailede akne vulgaris öyküsü ve sigara kullanımı kontrol grubuna göre daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.004$).

SONUÇ:

Çalışmamız akne vulgarisli adolesanların normal popülasyona kıyasla akran zorbalığı maruziyeti, anksiyete ve depresyon açısından daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir.

Akne ciddi bir tıbbi sorun olarak ele alınmalıdır ve bütüncül bir terapötik yaklaşım gerektirmektedir.

ANAHTAR KELİMELE: Akne, akran zorbalığı, anksiyete, depresyon

KAYNAKLAR: 1. Yosipovitch G, Tang M, Dawn AG, et al. Study of psychological stress, sebum production and acne vulgaris in adolescents. Acta Derm Venereol. 2007;87(2):135–139.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2. Kutlu Ö, Karadağ AS, Wollina U. Adult acne versus adolescent acne: a narrative review with a focus on epidemiology to treatment. *An Bras Dermatol.* 2023;98(1):75–83.
 3. Dreno B, Poli F. Epidemiology of Acne. *Dermatology.* 2003;206(1):7–10.
 4. Szepietowska M, Bień B, Krajewski PK, Stefaniak AA, Matusiak Ł. Prevalence, Intensity and Psychosocial Burden of Acne Itch: Two Different Cohorts Study. *J Clin Med.* 2023;12(12).
 5. Magin P. Appearance-related bullying and skin disorders. *Clin Dermatol.* 2013;31(1):66–71.
 6. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. Experiences of appearance-related teasing and bullying in skin diseases and their psychological sequelae: results of a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 2008;22(3):430–436.
 7. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. The psychological sequelae of psoriasis: Results of a qualitative study. *Psychol Health Med.* 2009;14(2):150–161.
 8. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Can Fam Physician.* 2006;52(8):978-979.
 9. Seals D, Young J. Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence.* 2003;38(152):735-747.
 10. Kapçı, Emine G. İlköğretim öğrencilerinin zorbalığa maruz kalma türünün ve sıklığının depresyon, kaygı ve benlik saygısıyla ilişkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2004;37(1):1-13.
-



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TABLO 1. HASTA VE KONTROL GRUBUNUN AKRAN ZORBALIĞI MARUZİYETİ DAĞILIMI

	n (%)	n (%)	
	Hasta	Kontrol	P
Kurban (Akran zorbalığına maruz kaldım)	43 (%16.9)	25 (%10.2)	0.031*
Kurban Değil (Akran zorbalığına maruz kalmadım)	212 (%83.1)	219 (%89.8)	0.031*

*Ki-kare Testi

**TABLO 2. AKRAN ZORBALIĞINA MARUZ KALAN VE KALMAYAN HASTA VE KONTROL GRUBUNUN
AYKÖ, HAD-A VE HAD-D ÖLÇEKLERİNİN DEĞERLERİ**

		Ort. ± Std.Sapma	Ort. ± Std.Sapma	
		Kurban (Akran zorbalığına maruz kaldım)	Kurban Değil (Akran zorbalığına maruz kalmadım)	P
AYKÖ Puanı	Hasta	23.19±9.970	16.37±8.725	<0.001**
HAD Ölçeği Anksiyete Puanı (HAD-A)	Hasta	11.49±4.708	8.41±4.521	<0.001**
HAD Ölçeği Anksiyete Puanı (HAD-A)	Kontrol	11.00±3.862	7.23±4.316	<0.001**
HAD Ölçeği Depresyon Puanı (HAD-D)	Hasta	8.19±3.788	6.30±3.477	0.002**
HAD Ölçeği Depresyon Puanı (HAD-D)	Kontrol	8.60±3.764	5.52±3.454	<0.001**

**T-Testi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-49][KABUL:SÖZLÜ]

TOPIKAL KORTİKOSTEROİD FOBİSİ (TOPICOP®) ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Esra Ağaoğlu, Hilal Kaya Erdogan, Hilal Çavuş, Selma Metintaş

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Eskişehir;Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir

AMAÇ:

Dermatoloji hastaları arasında topikal kortikosteroidlerin (TKS) kullanımıyla ilgili endişeler "kortikofobi" olarak adlandırılır ve sıklıkla TKS tedavisine uyumsuzluğa yol açar. Bu çalışma; atopik dermatit tanılı hastalarda ve ebeveynlerinde TKS fobisini değerlendiren "Topical Corticosteroid Phobia among Atopic Dermatitis Outpatients and Their Parents (TOPICOP®)" isimli ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasını amaçlayan metodolojik bir çalışmadır.

MATERYAL-METOD:

TOPICOP®'un orijinali iki boyutlu (6 madde: inançlar, 6 madde: endişeler) ve 4'lü Likert tipinde cevaplanan toplam 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekten alınan puan arttıkça TKS fobisinin arttığı kabul edilmektedir^{1,2}. Bu kesitsel çalışma, kronik bir dermatoz nedeniyle en az 2-3 aydır TKS kullanan 123 hastada yapıldı. Test-tekrar test güvenirliği 30 hastada 2 hafta arayla değerlendirildi. Çalışmanın ilk aşamasında TOPICOP®'un dil ve kapsam geçerliliği gerçekleştirildi. Çalışma anketinin birinci bölümünde katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tanısı, hastalık süresi ve tutulum bölgesi kaydedildi. Anketin ikinci bölümünde TOPICOP ölçeğinin maddeleri ve Görsel Analog Skala (GAS) yer almakta idi. Üçüncü bölümünde ise paralel test olarak Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-21) kullanıldı. Ölçeğin geçerlik analizinde içerik, yapı (Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri-AFA, DFA) ve ölçüt geçerliliği, güvenirlik analizinde ise iç tutarlılık (Cronbach alfa katsayısı) ve test-tekrar test analizleri yapıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya katılan hastaların 67 (%54.5)'si erkek, 56 (%45.5)'si kadındı. Hastaların yaş ortalaması 46.02 ± 14.26 idi. Çalışmadaki hastaların 86 (%69,9)'sı psoriasis, 19 (%15.4)'u



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

dermatit tanısıyla TKS kullanmaktaydı. Hastaların 89 (%72.4)'u 1 yıldan uzun süredir TKS kullanmakta olup, 48 (%39.0)'u günde 1 kez, 45 (%36.6)'i günde 2 kez TKS kullanmaktaydı. Hastaların 113 (%91.9)'ü TKS'nin doğru kullanımı hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiş, 101 (%82.1)'i bu bilgiyi hekiminden edinmiştir. TOPICOP® ölçeğinin “inançlar” boyutu için ortalaması 8.31 ± 4.17 (%46,16 $\pm$ 23.13), “endişeler” boyutu için ortalaması 9.96 ± 4.42 (%55.32 $\pm$ 24.53) ve toplam puan için ortalaması 18.27 ± 7.58 (%50.74 $\pm$ 21.06) bulundu. Ölçeğin güvenirlik analizine göre, Cronbach alfa katsayısı “inançlar” boyutu için 0.788; “endişeler” boyutu için 0.815 ve toplam ölçek için 0.861 bulundu. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliğinde ise 0.746 korelasyon katsayısı ile orta-iyi düzeyde pozitif korelasyon saptandı ($p < 0.001$). TOPICOP® ölçeğinin hem “inançlar” hem de “endişeler” boyutlarının medyan puanları ile GAS medyan puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($p < 0.001$). Ayrıca, TOPICOP® ölçeğinin toplam puanı ile GAS puanı ve DASÖ-21'in anksiyete ve stres alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon bulundu ($p \leq 0.05$).

SONUÇ:

TOPICOP® ölçeğinin Türkçe versiyonu, Türk hastalarda topikal kortikofobiye değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araçtır. Bulgularımız, ölçeğin psikometrik özelliklerini gösteren çalışmalarla uyumludur. Dermatologlar tarafından hastaların doğru eğitimi, TKS kullanımıyla ilgili endişeleri azaltarak, tedaviye uyumu iyileştirmeye yardımcı olabilir. TOPICOP® ölçeğinin Türkçe versiyonu, TKS tedavisi ile ilgili gelecekteki çalışmalar için pratik bir çerçeve sunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELE: geçerlilik, güvenirlik, TOPICOP ölçeği, Türkçe

KAYNAKLAR: 1. Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, Le Rhun A, Leux C et al. TOPICOP®: a new scale evaluating topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents. PLoS One 2013; 8(10): e76493. <https://doi.10.1371/journal.pone.0076493>
2. Stalder JF, Aubert H, Anthoine E, Futamura M, Marcoux D et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: international feasibility study of the TOPICOP score. Allergy 2017; 72(11): 1713-1719. <https://doi.10.1111/all.13189>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TOPICOP® ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK ANALİZİ

	Ortalama (SD)	Madde-kalan korelasyonu	Madde çıkarıldığında Cronbach alfa değeri	Faktör yükleri
İnançlar boyutu				
1. TKS'ler kan dolaşımına geçebilir.	1.43 (0.91)	0.494	0.854	0.518
2. TKS'ler enfeksiyonlara yol açabilir.	1.32 (0.84)	0.421	0.858	0.421
3. TKS'ler kilo aldırır.	1.37 (1.11)	0.541	0.851	0.753
4. TKS'ler cildinize zarar verir.	1.63 (1.00)	0.582	0.848	0.711
5. TKS'ler gelecekte sağlığını etkileyecektir.	1.51 (1.04)	0.661	0.843	0.815
6. TKS'ler astıma yol açabilir.	1.05 (0.89)	0.535	0.852	0.509
Cronbach alfa değeri: 0.788 % varyans: %52.26				
Endişeler boyutu				
7. TKS'lerin herhangi bir yan etkisini bilmiyorum ama yine de korkuyorum	1.36 (1.03)	0.505	0.854	0.518
8. Çok fazla krem sürmekten korkuyorum.	1.61 (1.04)	0.585	0.848	0.662



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

9. Göz kapakları gibi cildin daha ince olduğu belirli bölgelere krem sürmekten korkuyorum.	1.99 (1.02)	0.472	0.856	0.652
10. TKS kullanmaya başlamadan önce bekleyebildiğim kadar beklerim.	1.51 (1.04)	0.548	0.851	0.691
11. TKS tedavisini mümkün olan en kısa sürede sonlandırırım.	1.72 (1.05)	0.544	0.851	0.686
12. TKS'ler konusunda güvenceye ihtiyacım var.	1.76 (1.03)	0.588	0.848	0.757
Cronbach alfa değeri: 0.815; % varyans: %15.34				
Toplam ölçek: Cronbach alfa değeri: 0.861; % varyans: %67.61 KMO: 0.860; Bartlett test: 504,270; p<0.001 $\chi^2/df=1,68$; CFI:0.922; TLI:0.903; SRMR: 0.0658; RMSEA: 0.0746				

TOPICOP® ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VERSİYONU

	Kesinlikle katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Topikal kortikosteroidler kan dolaşımına geçer.				
2.Topikal kortikosteroidler enfeksiyonlara yol açabilir.				



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

3.Topikal kortikosteroidler kilo aldırır.				
4.Topikal kortikosteroidler cildinize zarar verir.				
5.Topikal kortikosteroidler gelecekte sağlığımı etkileyecektir.				
6.Topikal kortikosteroidler astıma yol açabilir.				
7.Topikal kortikosteroidlerin herhangi bir yan etkisini bilmiyorum ama yine de korkuyorum.				
8.Çok fazla krem sürmekten korkuyorum.				
9.Göz kapakları gibi cildin daha ince olduğu belirli bölgelere krem sürmekten korkuyorum.				
10.Topikal kortikosteroid kullanmaya başlamadan önce bekleyebildiğim kadar beklerim.				
11.Topikal kortikosteroid tedavisini mümkün olan en kısa sürede sonlandırırım.				
12.Topikal kortikosteroidler konusunda güvenceye ihtiyacım var.				



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-50][KABUL:SÖZLÜ]

**KRONİK ÜRTİKERİN PSİKODERMATOLOJİK YÜZÜ: 340 HASTADA DİKKAT
EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE, DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES SKORLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İbrahim Akçay, Nilay Duman

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Kronik ürtiker (KÜ), yalnızca tekrarlayan deri döküntüleriyle sınırlı kalmayan, yaşam kalitesini çok boyutlu etkileyen bir hastalıktır. Son yıllarda depresyon, anksiyete, stres ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi psikiyatrik komorbiditelerin KÜ'ye sık eşlik ettiği bildirilmektedir. Bu çalışmada, KÜ hastalarında ruhsal belirti yükü Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21) ve Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği (ASRS v1.1) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Yöntem: Ege Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı Dermatoalerji izlem polikliniğinde muayene edilen, 18–65 yaş aralığındaki 340 kronik ürtiker hastasına, prospektif kesitsel tasarımla DASS-21 ve ASRS v1.1 A formu uygulanmıştır. DASS-21 ile depresyon, anksiyete ve stres alt skorları; ASRS A formu ile dikkat eksikliği/hiperaktivite belirtileri açısından riskli bireyler belirlenmiştir. Dışlama kriterleri: aktif psikiyatrik tanı öyküsü, psikotrop ilaç kullanımı ve okuryazarlık yetersizliği olarak belirlenmiştir. Demografik değişkenlere göre DASS ve ASRS skorları analiz edilmiştir. Cinsiyete göre gruplar t-testi ile, korelasyonlar Pearson testiyle karşılaştırılmıştır.

BULGULAR:

Katılımcıların %58.2'si kadın, yaş ortalaması 42.3±12.1 idi.

Hastaların %21.2'si dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu açısından yüksek riskli olarak değerlendirildi (ASRS A formu ≥4).

DASS-21'e göre %44.7'sinde depresyon, %39.4'ünde anksiyete, %53.8'inde stres düzeyi yüksek saptandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Kadın hastalarda DASS-21 toplam puanı ($p=0.002$) ve stres alt puanı ($p=0.01$) erkeklere göre anlamlı derecede yüksekti.

DEHB açısından riskli bireylerde DASS-21 toplam puanı belirgin şekilde daha yüksekti (Ort: 53.1 vs 41.9, $p<0.001$).

Depresyon alt skoru ile DEHB (ASRS A formu) skorları arasında pozitif korelasyon bulundu ($r=0.42$, $p<0.001$).

Genç bireylerde hem stres düzeyleri hem de dikkat eksikliği/hiperaktivite riski anlamlı şekilde daha yüksek izlendi ($p<0.05$).

SONUÇ:

Bu çalışma, KÜ hastalarının önemli bir bölümünde depresyon, anksiyete, stres ve dikkat eksikliği/hiperaktivite belirtilerinin eşlik ettiğini göstermektedir. Literatürde toplum temelli çalışmalarda bu oranlar sırasıyla %20–25 (depresyon/anksiyete/stres) ve %4–8 (DEHB) düzeyindeyken, çalışmamızda bu oranlar anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, KÜ'nün yalnızca fiziksel değil, belirgin psikolojik bileşenleri de barındırdığını ortaya koymaktadır. Kronik ürtikerin psikodermatolojik açıdan ele alınması, erken farkındalık, multidisipliner yaklaşım ve hasta tedavi başarısı açısından bütüncül katkı sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Kronik Ürtiker, Psikodermatoloji

KAYNAKLAR: Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Derg. 2009;10:77-87.

Sarıçam H. Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) Türkçe sürümünün normal ve klinik örnekleme psikometrik özellikleri. J Cogn Behav Psychother Res. 2018;7(1):19-30.

Yılmaz Ö, Boz H, Arslan A. DASS-21 Türkçe kısa formunun geçerlik-güvenirlik çalışması. Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;2(2):78-90.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Bilgel N, Bayram N. Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) Türkçe uyarlaması. Arch Neuropsychiatry. 2010;47:118-126.

Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43:667-672.

Turgay A, Goodman DW, Asherson P, Lasser RA, Alda M, Van Ameringen M. Adult ADHD prevalence and comorbidities in a Turkish sample. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15(Suppl 3):S418-S419.

Ayaz T, Akıncı H, Boz H. Erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sıklığı: bir toplum örnekleme çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2013;23(1):42-48.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-51][KABUL:SÖZLÜ]

DERİ YOLMA BOZUKLUĞUNDA KLİNİK ÖZELLİKLER VE PSİKOLOJİK FAKTÖRLER: ALEKSİTİMİ, ANKSİYETE VE DEPRESYONUN ROLÜ

Canan Dere¹, Şerife Gamze Gemicioğlu¹, Melek Aslan Kayıran², İlknur Kıvanç Altunay¹

¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ AMAÇ:

Deri Yolma Bozukluğu (DYB), tekrarlayan kompulsif deri yolma davranışlarıyla karakterize, doku hasarı ve belirgin psikososyal işlev kaybına yol açan yaygın bir psikodermatolojik hastalıktır. DYB'nin patogenezinde yer alan psikolojik faktörlerin anlaşılması, etkili tedavi yaklaşımları geliştirilmesi açısından önemlidir. Aleksitimi, duyguları tanıma ve ifade etmede güçlüğüle karakterize, "duygusal körlük" olarak da adlandırılan bir kişilik özelliğidir. Sınırlı sayıda çalışma, DYB ile aleksitimi arasında olası bir ilişkiye işaret etmektedir. Ayrıca, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların DYB'ye sık eşlik ettiği ve hastalık şiddetini artırabileceği bilinmektedir. Bu çalışma, DYB hastalarının klinik özelliklerini ve aleksitimi, anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM:

Çalışma, Nisan 2024 - Nisan 2025 tarihleri arasında prospektif, gözlemsel, kontrollü ve iki merkezli olarak planlanmıştır. DSM-V kriterlerine göre DYB tanısı almış 18 yaş üzeri 84 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 84 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. DYB hastalarının demografik ve klinik özellikleri yarı yapılandırılmış bir anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşmelerle kaydedilmiştir. Her iki gruba Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) uygulanmıştır.

BULGULAR:

Çalışmaya, yaş ortalaması 43,80±16,77 olan 71 kadın (%84,5) ve 13 erkek (%15,5) olmak üzere toplam 84 DYB hastası dahil edildi. Hastalığın başlangıç yaşı ortalama 34,62±19,53 yıl, hastalık süresi ise ortalama 8,48±10,98 yıl olarak bulundu. En sık sırasıyla akne (%10,7),



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ekzematöz dermatit (%6) veya seboreik dermatit (%4,8) olmak üzere olguların %34,5'inde eşlik eden dermatolojik hastalıklar mevcuttu. Eşlik eden psikiyatrik hastalık oranı %53,6 idi; bunlar arasında en yaygın olanlar depresyon (%31) ve anksiyete bozukluğu (%25) idi. Hastaların %54,8'i psikiyatrik tedavi öyküsü, %32,1'inin ise ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktaydı.

Hastaların %64,2'si hastalığı başlatan veya tetikleyen stresör bir olay tarifledi. Yolma davranışının nedenleri arasında en sık bildirilenler kaşıntıyı hafifletme (%52,4), alışkanlık (%38,1), fiziksel rahatsızlık hissini giderme (%34,5) ve gerginliği azaltma (%31) idi. Hastaların %29,8'i kaşıntı, %11,9'u yanma/batma, %38,1'i ise her iki semptomu birlikte bildirdi. Semptomların en sık ortaya çıktığı zaman dilimi akşam 8 ile gece yarısı arasındaydı (%48,8); yolma davranışı çoğunlukla boş zamanlarda (%58,3) artış göstermekteydi.

TAÖ-20 toplam ve alt boyut puanları (TAÖ-1: Duyguları Tanımlamada Güçlük, TAÖ-2: Duyguları İfade Etmede Güçlük, TAÖ-3: Dışa Yönelik Düşünce) hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$) (Şekil 1). Benzer şekilde HADÖ-Anksiyete ve HADÖ-Depresyon puanları da hasta grubunda daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Şekil 2). Her iki grupta da aleksitimi düzeyleri (TAÖ-20, TAÖ-1 ve TAÖ-2) ile HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($p<0.05$).

SONUÇ:

Elde edilen bulgular, DYB hastalarında aleksitimi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle aleksitiminin hastalığın gelişiminde ve sürdürülmesinde etkili bir psikolojik faktör olabileceği düşünülmektedir. Psikolojik faktörlerin klinik değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi, bireyselleştirilmiş ve daha etkili tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine olanak tanıyabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: aleksitimi, anksiyete, depresyon, deri yolma, nörotik ekskoriyasyon

KAYNAKLAR: 1-Kłosowska J, Cieśła A, Szymańska D, Jankowska A, Prochwicz K. Interoception, emotion regulation strategies and skin-picking behaviors - Results of an intensive longitudinal study. J Psychiatr Res. 2024;180:47-55. doi:10.1016/j.jpsychires.2024.09.040

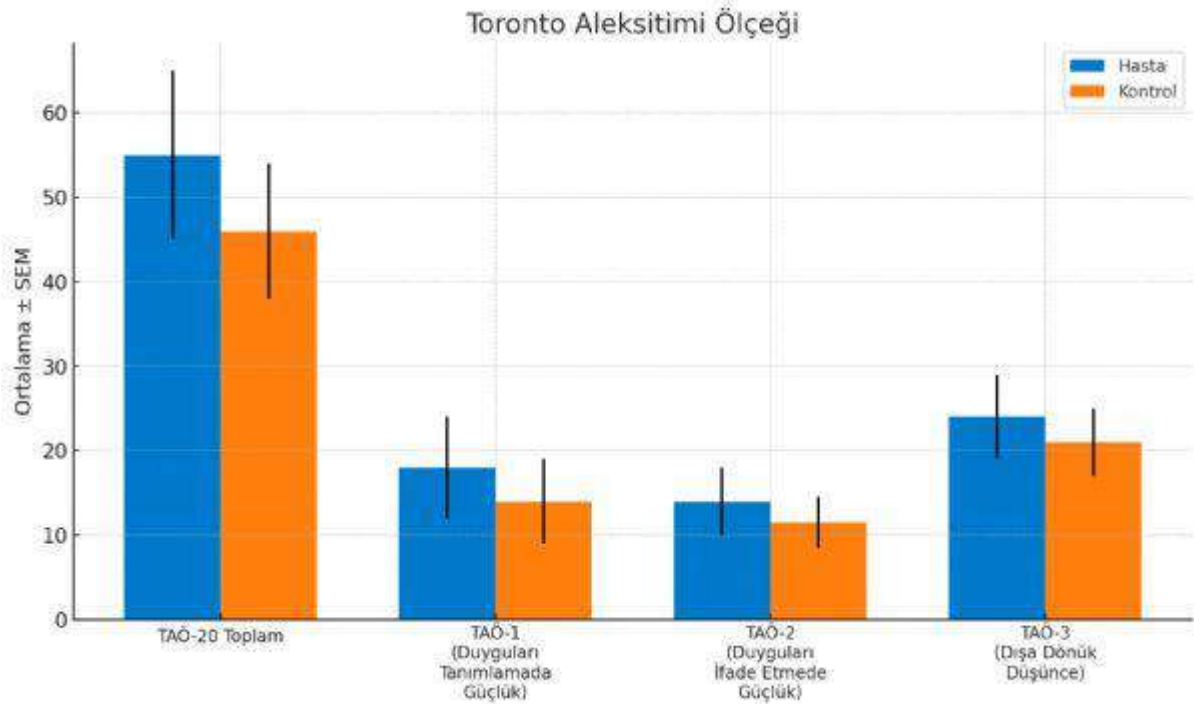
2-Pozza, Andrea. "The role of alexithymia traits in compulsive skin picking behaviors." Current Developments in Alexithymia-A Cognitive and Affective Deficit. Nova Science Publishers, 2018. 131-146.

3-Aydin, Efruz Pirdogan, et al. "Facial emotion recognition difficulties may be specific to skin picking disorder, but could also be related to the presence of alexithymia in trichotillomania." The European Journal of Psychiatry 36.2 (2022): 130-136.

4-Calıkuşu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. Expression of anger and alexithymia in patients with psychogenic excoriation: a preliminary report. Int J Psychiatry Med. 2002;32(4):345-352. doi:10.2190/22LB-HLOU-CPJP-WN6A

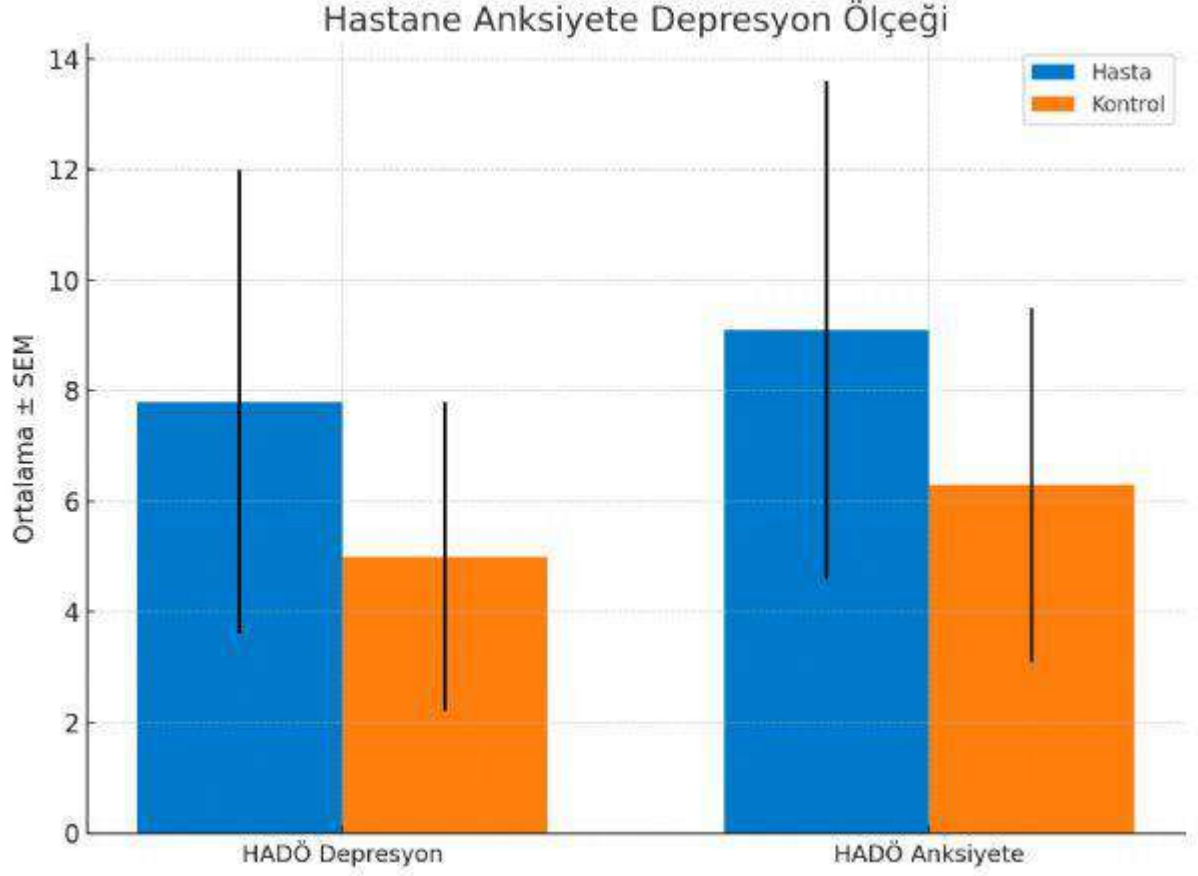
5-De Berardis D, Fornaro M, Orsolini L. Editorial: "No Words for Feelings, Yet!" Exploring Alexithymia, Disorder of Affect Regulation, and the "Mind-Body" Connection. Front Psychiatry. 2020 Sep 18;11:593462. doi: 10.3389/fpsyt.2020.593462. PMID: 33061929; PMCID: PMC7530238.

ŞEKİL 1



Hasta ve kontrol grubu Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 skorları

ŞEKİL 2



Hasta ve kontrol grubunun Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-52][KABUL:SÖZLÜ]

DİJİTAL EPİDEMİYOLOJİ PERSPEKTİFİNDEN TÜRKİYE’DE DERMATOLOJİK HASTALIKLARIN TOPLUMSAL YANSIMASI

Niyazi Çetin, Ahmet Uğur Atılan

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Denizli

AMAÇ:

Deri hastalıkları, yüksek prevalans ve yaşam kalitesine etkileriyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hastalık yükü, ‘Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları’ (Disability-Adjusted Life Year, DALY) ile ölçülür; ancak epidemiyolojik verilerle toplumsal farkındalık örtüşmeyebilir.(1,2) Google Trends (GT) ise bireylerin sağlık ilgisini yansıtan dinamik bir araçtır.(3) Bu çalışmada, güncel DALY verileri ile son 5 yılın GT skorlarını karşılaştırarak dijital arama davranışının hastalık yüküyle uyumunu değerlendirmek ve halk sağlığı iletişim stratejileri için kanıta dayalı katkı sunmak amaçlanmaktadır.

MATERYAL-METOD:

Global Burden of Disease (GBD) veritabanından alınan, Türkiye’ye ait 14 dermatolojik hastalığın (dermatit, psoriyazis, skabies, cilt kanserleri, melanom, fungal/viral/bakteriyel enfeksiyonlar, akne, alopesi, pruritus, ürtiker, dekübit ülseri) DALY oranları kullanıldı. Türk Dermatoloji Derneği broşürlerinden seçilen yaygın terimler (Tablo 1) GT’e girilerek, 1 Ocak 2021–12 Mayıs 2025 tarihleri arasında “Türkiye”, “tüm kategoriler” ve “web aramaları” filtreleriyle veri toplandı. GT’nin beş terim sınırlaması nedeniyle her sorguda “akne vulgaris” referans alınarak skorlar normalize edilmiştir. Literatürde geçerliliği gösterilmiş bir yöntemle, tüm hastalıkların GT skorları “akne vulgaris” referans alınarak 0–100 aralığında normalize edildi.(4) Haftalık verilerin ortalamasıyla her hastalık için tek bir GT skoru oluşturuldu ve bu skorlar DALY ile Spearman korelasyonu ve sıralama analizlerine tabi tutuldu. Veri kümesindeki doğrusal olmayan ilişkileri etkili bir şekilde tanımlamak ve görselleştirmek için LOESS (locally estimated scatterplot smoothing) regresyon eğrisi kullanılmıştır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Analizde en yüksek ortalama arama ilgisi akne vulgaris (n=76) olup, ardından viral cilt hastalıkları (n=47), pruritus (n=38), uyuz (n=34), ürtiker (n=24) ve psoriasis ile bakteriyel enfeksiyonlar (n=12) gelmiştir. Diğer hastalıkların skorları 10'un altındadır (Tablo 2). Sıra farkı, GT ve DALY sıralamaları arasındaki farkı göstermektedir. DALY sıralamasında dermatit (113,24) ilk sırada yer almasına rağmen GT skoru düşüktür (n=8); psoriasis (66,6) 16 puan almıştır. Buna karşın, akne (63,37) ve viral enfeksiyonlar (38,82) sırasıyla GT'de birinci ve ikinci sıradadır. Cilt kanserlerinde (melanom, skuamöz ve bazal hücreli) arama ilgisi çok düşüktür. Spearman analizi, DALY ile GT skorları arasında anlamlı, orta düzeyde pozitif ilişki göstermiştir (p=0,024). Grafik 1'deki saçılım grafiğinde gösterilen LOESS eğrisi, DALY arttıkça GT ilgisinin genelde yükseldiğini ancak belirli bir noktadan sonra bu artışın yavaşlayıp azaldığını ve bu ilişkinin her hastalık için geçerli olmadığını göstermektedir (Grafik 1).

SONUÇ:

Çalışmada, DALY oranları ile GT skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuş; bu da hastalık yükü arttıkça dijital bilgi arayışının da genellikle arttığını göstermiştir.

Ancak dermatit ve psoriasis gibi yüksek DALY'li kronik hastalıkların düşük dijital ilgisi dikkat çekicidir ve bu durum, semptomların zamanla normalleşmesi, bilgi ihtiyacının azalması ve bulaşıcılık algısının düşüklüğüyle ilişkili olabilir. Buna karşın, akne, siğiller, uyuz ve ürtiker gibi hastalıkların yüksek dijital ilgisi; estetik kaygılar, şiddetli semptomlar, bulaşma korkusu ve medya görünürlüğüyle izah edilebilir. Cilt kanserlerinde gözlenen düşük arama ilgisi ise semptomsuz seyir ve farkındalık eksikliği ile açıklanabilir.

Bu bulgular, özellikle yüksek DALY'ye rağmen düşük dijital ilgisi olan hastalıklarda farkındalık eksikliğini; kanserlerde erken tanı bilgilendirmesinin zayıflığını ve yüksek dijital ilgili durumlarda bilgi kirliliği riskini ortaya koyarak, dijital iletişim stratejileri için yol gösterici niteliktedir. Sonuç olarak, bu çalışma, Türkiye'de dermatolojik hastalık yükü ile dijital arama ilgisi arasında anlamlı ancak çok faktörlü bir ilişki olduğunu göstererek, dijital epidemiyolojinin halk sağlığı önceliklerini belirlemede tamamlayıcı bir araç olabileceğini ortaya koymaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Dermatolojik hastalıklar, Dijital sağlık farkındalığı, Engellilik Ayarlı Yaşam Yılı (DALY), Google Trends, Halk sağlığı

KAYNAKLAR: 1. Xue Y, Bao W, Zhou J, Zhao Q-L, Hong S-Z, Ren J, et al. Global burden, incidence and disability-adjusted life-years for dermatitis: a systematic analysis combined

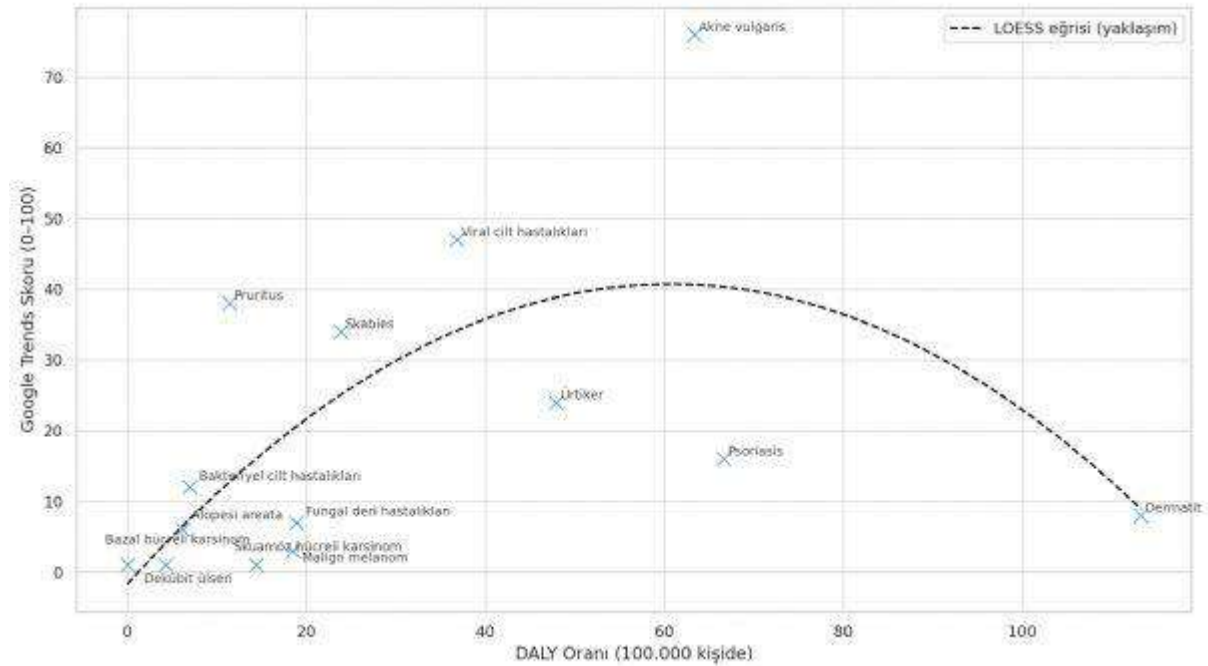
with socioeconomic development status, 1990–2019. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2022; 12:861053.

2. Mphande FA, Mphande FA. Skin diseases: need for attention. *Skin Disorders in Vulnerable Populations: Causes, Impacts and Challenges*. 2020:1-12.

3. Mangono T, Smittenaar P, Caplan Y, Huang VS, Sutermaister S, Kemp H, et al. Information-seeking patterns during the COVID-19 pandemic across the United States: Longitudinal analysis of google trends data. *Journal of Medical Internet Research*. 2021; 23:e22933.

4. Whitsitt J, Karimkhani C, Boyers LN, Lott JP, Dellavalle RP. Comparing burden of dermatologic disease to search interest on google trends. *Dermatology Online Journal*. 2015; 21.

GRAFİK 1: DERMATOLOJİK HASTALIKLAR: DALY İLE GOOGLE TRENDS ARAMA İLGİSİ





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TABLO 1: DERMATOLOJİK HASTALIKLAR VE YAYGIN KULLANIM İSİMLERİ

Hastalık	Arama Terimleri
Akne vulgaris	“akne vulgaris”, “sivilce”, “akne”
Psoriasis vulgaris	“psoriasis vulgaris”, “sedef”, “sedef hastalığı”, “psoriasis”
Alopesi areata	“alopesi areata”, “saç kıran”, “sakal kıran
Ürtiker	“ürtiker”, “kurdeşen”
Malign melanom	“malign melanom”, “melanom”, “ben kanseri”
Skabies (uyuz)	“scabies”, “skabiyez”, “uyuz”
Pruritus	“pruritus”, “kaşınma”, “kaşıntı”
Bazal hücreli karsinom	“bazal hücreli karsinom”, “bazal hücreli kanser”, “BCC”,
Skuamöz hücreli karsinom	“skuamöz hücreli karsinom”, “skuamöz hücreli kanser”, “SCC”,
Viral cilt hastalıkları	“siğil”, “uçuk”, “herpes”, “molloskum”, “molloscum”, “zona”, “gece yanığı”, “6.hastalık”, “virus ve deri”
Bakteriyel cilt hastalıkları	“selülit”, “impetigo”, “piyoderma”, “abse”, “çıban”, “fronkül”, “karbonkül”, “eritrezma”, “lenfadenit”, “bakteri ve deri”
Fungal cilt hastalıkları	“tinea”, “tırnak mantarı”, “deri mantarı”, “saç mantarı”, “deri ve mantar”
Dekübit ülseri	“dekubit ülseri”, “bası yarası”, “yatak yarası”, “dekubit yarası”
Dermatit	“Dermatit”, “egzema”, “ekzema”, “atopik dermatit”, “atopik egzema”, “seboreik dermatit”, “kontakt dermatit”, “allerjik egzema”



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TABLO 2: 2021–2025 DÖNEMİNDE DALY'YE GÖRE EN AĞIR YÜK OLUŞTURAN HASTALIKLARA YÖNELİK ARAMA İLGİSİ

Hastalık	Google Trends Skoru (0–100)	DALY Oranı (100.000 kişide)	Sıra Farkı (GT-DALY)
Akne vulgaris	76	63,37	-2.0
Viral cilt hastalıkları	47	36,82	-3.0
Pruritus	38	11,44	-7.0
Skabies (uyuz)	34	23,86	-2.0
Ürtiker	24	47,94	1.0
Psoriasis	16	66,6	4.0
Bakteriyel cilt hastalıkları	12	7,01	-4.0
Dermatit	8	113,24	7.0
Fungal cilt hastalıkları	7	18,9	2.0
Alopesi areata	6	6,18	-2.0
Malign melanom	3	18,5	3.0
Skuamöz hücreli karsinom	1	14,37	4.0
Bazal hücreli karsinom	1	0,01	-1.0
Dekübit ülseri	1	4,33	0



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-53][KABUL:SÖZLÜ]

**PSORİASİS HASTALARINDA HASTA FAYDA İNDEKSİNİN (HFİ) TÜRKÇE VERSİYONUNUN
GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

İlknur Kıvanç Altunay, Ayberk Aktaran, Erdem Değirmenci, Semih Arslan

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji ve Veneroloji Ana Bilim Dalı,
İstanbul

AMAÇ:

Psoriasis hastalığı, kronik bir inflamatuvar deri hastalığı olup, bireyden bireye değişebilen dalgalı bir seyir izler ve uzun süreli takip gerektirir. Klinik pratikte hastalık şiddetini ve hastalığın hasta üzerindeki etkisini değerlendirmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Ancak bu ölçekler çoğu zaman hastaların bireysel ihtiyaçlarını yansıtmaz ve tedaviden elde ettikleri faydayı onların bakış açısından tam olarak ortaya koyamaz. Augustin ve arkadaşları tarafından geliştirilen Hasta Fayda İndeksi (HFİ, Patient Benefit Index), hastanın bireysel tedavi beklentilerini ve tedaviyle bu beklentilerin ne ölçüde karşılandığını değerlendirmeyi amaçlayan, standartlaştırılmış ve hasta merkezli bir ölçektir. Fiziksel, psikolojik, sosyal, tedaviye ilişkin yönler ile iyileşmeye duyulan güven gibi alt alanları da içermesi sayesinde, daha kapsamlı bir değerlendirme sunar (1).

Bu çalışmada amacımız, HFİ'nin Türkçe versiyonunun psoriasis hastaları için geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olup olmadığını araştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Bu prospektif, tek merkezli çalışmaya 18-67 yaş aralığında, toplam 127 psoriasis hastası dahil edilmiştir. Hastalara ait demografik ve klinik veriler kaydedilmiştir.

Tedavi öncesi dönemde, hastalar Hasta İhtiyaçları Anketini (HİA), (Patient Needs Questionnaire), tedavi sonrası dönemde ise Hasta Fayda Anketini (HFA), (Patient Benefit Questionnaire) doldurmuştur. Hastalık şiddeti (PAŞİ) ve yaşam kalitesi (DYKİ, EuroQol-5D-3L, VAS) hem tedavi öncesinde (T1) hem tedavi sonrasında (T2) değerlendirilmiştir. HFİ'nin güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ve test-tekrar test güvenilirliği (Sınıf içi korelasyon) ile incelenmiştir. Geçerlilik analizi ise, T1 ile T2 arasındaki PAŞİ, DYKİ, EuroQol-5D-3L ve VAS skorlarındaki değişimlerin HFİ global skoru ile korelasyonu üzerinden, Spearman rho testi kullanılarak yapılmıştır ($p<0,05$). T2 zaman noktasında hastaların memnuniyet düzeylerini ve tedaviden algılanan faydayı sorgulayan iki adet evet/hayır sorusu da analizlere dahil edilmiştir. Ayrıca, HFİ skorlarının özel bölge tutulumu ile ilişkisi de değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

HİA için toplam Cronbach alfa değeri 0,918, HFA için ise 0,914 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Hfİ global skorunun test-tekrar test güvenilirliği %85,4 olarak hesaplanmıştır.

Hfİ global skoru ile PAŞİ ($r = -0,231$), DYKİ ($r = -0,325$), EuroQol-5D-3L ($r = 0,342$) ve VAS ($r = 0,273$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır (Tablo 2).

Beklentileri karşılanan ve cilt durumunu tatmin edici bulan hastalarda Hfİ skorları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, saçlı deri tutulumu olan hastalarla olmayanlar arasında da Hfİ skorları açısından anlamlı fark bulunmuştur.

SONUÇ:

Alt ölçekleriyle birlikte değerlendirildiğinde, Hfİ'nin Türkçe versiyonu, psoriasis hastalarında hasta merkezli tedavi çıktılarının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olarak öne çıkmaktadır. Klinik şiddet ile zayıf düzeyde, yaşam kalitesi ölçütleriyle orta düzeyde korelasyon göstermesine rağmen, hastaların beklentilerinin karşılanma düzeyi ve ciltteki iyileşmeden duydukları memnuniyet gibi hasta açısından anlamlı sonuçları yansıtması açısından pratik ve hasta odaklı bir değerlendirme sunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Geçerlilik ve güvenilirlik, Hasta fayda indeksi, Hasta odaklı yaklaşım, Psoriasis

KAYNAKLAR: 1)Augustin, M., et al. (2009). The patient benefit index: a novel approach in patient-defined outcomes measurement for skin diseases. Arch Dermatol Res, 301(8), 561—571. <https://doi.org/10.1007/s00403-009-0928-8>

TABLO 1: GÜVENİLİRLİK ANALİZİ SONUÇLARI

	Madde sayısı	HİA Cronbach alfa katsayısı	HFA Cronbach alfa katsayısı
Sosyal Alt Puanı	6	0,895	0,851
Psikolojik Alt Puanı	5	0,765	0,808
Tedavi Alt Puanı	4	0,715	0,733

Fiziksel Alt Puanı	5	0,563	0,829
Güven Alt Puanı	3	0,535	0,582
Toplam	25	0,918	0,914

HİA için toplam Cronbach alfa değeri 0,918, HFA için ise 0,914 olarak bulunmuştur.

TABLO 2: HFİ GLOBAL SKOR TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI İLE TEDAVİ ÖNCESİNE GÖRE TEDAVİ SONRASI SKORLARDA GÖRÜLEN DEĞİŞİMLERİN KORELASYONU

		TÖ-TS Fark Değerleri	TÖ-TS Fark Değerleri	TÖ-TS Fark Değerleri	TÖ-TS Fark Değerleri
		PAŞİ	DYKİ	EuroQol-5D-3L	VAS
HFİ global	r	-0,231	-0,325	0,342	0,273
	p	0,009*	0,001*	0,001*	0,002*
	N	127	127	127	127
Sosyal	r	-0,275	-0,426	0,362	0,225
	p	0,005*	0,001*	0,001*	0,022*
	N	104	104	104	104
Psikolojik	r	-0,173	-0,277	0,345	0,189
	p	0,065	0,003*	0,001*	0,044*
	N	114	114	114	114
Tedavi	r	-0,211	-0,265	0,153	0,131
	p	0,018*	0,003*	0,090	0,148
	N	124	124	124	124



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Fiziksel	r	-0,235	-0,333	0,327	0,358
	p	0,008*	0,001*	0,001*	0,001*
	N	125	125	125	125
Güven	r	-0,087	-0,103	0,182	0,242
	p	0,331	0,252	0,042*	0,006*
	N	126	126	126	126

Spearman's rho korelasyon testi * $p < 0,05$ TÖ: Tedavi öncesi, TS: Tedavi sonrası Hfİ global skoru PAŞİ değişimi ile zayıf düzeyde, DYKİ, EuroQol-5D-3L ve VAS değişimleri ile orta düzeyde korelasyon göstermektedir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-54][KABUL:SÖZLÜ]

**TELOJEN EFLUVİYUMUN YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES ÜZERİNDEKİ
ÖNEMLİ ETKİSİ: PROSPEKTİF VAKA KONTROL ÇALIŞMASI**

Neslihan Fişek İzci¹, Berna Aksoy², Ezgi Aktaş³

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

²Biruni Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

³Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

AMAÇ:

Saç, fiziksel ve kozmetik görünümde önemlidir. Saç dökülmesi çeşitli psikolojik sorunlara, önemli duygusal ve psikososyal sıkıntıya yol açabilir ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini (YK) olumsuz etkiler. Literatürde, alopesi areata, patern saç dökülmesi ve hatta skatrisyel alopesi ile ilişkili YK, stres, anksiyete ve depresyon hakkında bildirilen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Telojen efluvium (TE) yaygın bir alopesi türü olmasına rağmen, TE'un YK ve psikolojik etkileri üzerine çalışmalar çok sınırlıdır (1). Bu çalışmada, TE hastalarında YK ile algılanan stres, anksiyete ve depresyonu araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya 2021-2023 yılları arasında TE tanısı almış hastalar ve sağlıklı yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş kontroller (2:1 oranında) dahil edildi. Her hasta için demografik ve klinik özellikler ve ilişkili hastalıklar kaydedildi. Bu çalışmada Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) anketleri kullanıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya süresince, uygun görülen yaklaşık 350 hasta arasından, TE tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 205 hasta ve 104 sağlıklı eşleştirilmiş kontrol çalışmaya dahil edildi. TE grubunun DYKİ, ASÖ, Algılanan Öz Yeterlilik Alt Ölçeği (AÖYAÖ), Algılanan Çaresizlik Alt Ölçeği (AÇAÖ), BAE, BDE puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 1). TE grubunda DYKİ puanları ile ASÖ, AÖYAÖ, AÇAÖ, BAE, BDE anlamlı düzeyde ilişkiliydi (her biri için $p < 0,001$). Hastalığın süresi (ay), herhangi bir komorbiditenin varlığı, vücut kitle indeksi ile DYKİ, ASÖ, BAE, BDE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). TE grubunda DYKİ skorları ile ASÖ, AÖYAÖ, AÇAÖ, BAE ve BDE skorları



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

arasında anlamlı korelasyon saptandı.

SONUÇ:

TE hastalarının YK puanları arttıkça stres, depresyon ve anksiyete puanları da artmaktadır. TE, hastalık süresi kısa olsa bile hastaların YK'ni bozan, stres, anksiyete ve depresyonu artıran bir durumdur. TE ve stres, depresyon ve anksiyete durumu hakkında daha kapsamlı çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: algılanan stres, anksiyete, depresyon, telojen efluvium, yaşam kalitesi

KAYNAKLAR: 1.Forneris Crego AL, Therianou A, Hashemi P, Higgins CA. A catena between psychiatric disorders and non-scarring alopecias-A systematic review. Skin Health Dis 2022; 3: e194.

TABLO 1: TELOJEN EFLUVİYUM VE KONTROL GRUPLARININ KARŞILAŞTIRILMASI (ORTANCA (IQR))

	Telojen Grubu	Kontrol Grubu	p
DYKi	3 (1-7)	0 (0-1)	<0.001
ASÖ	26 (21-31)	23 (18.25-27)	<0.001
AÇAÖ	15 (12-18)	13 (10-16)	<0.001
AÖYAÖ	11 (9-13.5)	10 (7-13)	0.015
BAE	9 (5-16)	6.5 (3-13)	0.012
BDE	9 (5-16)	6.5 (3-11.75)	0.011

Mann Whitney U Testi Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKi), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Algılanan Çaresizlik Alt Ölçeği (AÇAÖ), Algılanan Öz Yeterlilik Alt Ölçeği (AÖYAÖ), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-56][KABUL:SÖZLÜ]

**SEBOREİK DERMATİT HASTALARINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
SIKLIĞI VE SIRT TUTULUMUNUN BELİRLEYİCİ ROLÜ**

Uğur Kılıçaslan¹, Aslı Kazğan Kılıçaslan², Fatma Aslı Hapa¹, Ulaş Korkmaz³

¹İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

²Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir

³Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Giresun

AMAÇ:

Seboreik dermatit (SD), yetişkinlerin %3-5'ini etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Mevcut kanıtlar dermatolojik hastalıkları, nöropsikiyatrik komorbiditelerle ilişkilendirir. Ancak ortak dopaminerjik disregülasyon yollarına rağmen SD ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) arasındaki ilişki ve nörobiyolojik etkileşim araştırılmamıştır. Çalışmanın amacı SD hastalarında DEHB sıklığını belirlemek ve lezyon dağılım şiddeti, yaşa bağlı etkiler ve nöroimmünolojik mekanizmalara vurgu yaparak klinik korelasyonları araştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Çalışma dermatoloji ve psikiyatri kliniklerinde multidisipliner şekilde gerçekleştirildi. Dermatoloji kliniğine başvuran SD tanısı almış çalışma kriterlerine uyan hastalara SDASI (Seboreik Dermatit Alan Şiddeti İndeksi) uygulandı. Sonrasında tüm katılımcılar, DSM-5 kriterlerine göre yüz yüze psikiyatrik görüşmelere alındı. Klinik değerlendirme ile DEHB tanısı alan 229 hasta çalışmaya dahil edildi. Semptom şiddeti Yetişkin DEHB Öz Bildirim Ölçeği (ASRS) ile ölçüldü. Çok değişkenli lojistik regresyon, korelasyon analizleri ve yaşa göre ayarlama yapan moderasyon modellemesi (PROCESS Makro) yapıldı.

BULGULAR:

SD hastalarının %27'si DEHB tanısı aldı. DEHB tanılı hastalar daha gençti ($p < 0,001$). SDASI toplam skoru ile ASRS puanı arasında pozitif yönde bir korelasyon mevcuttur ($r = 0,165$, $p = 0,015$). DEHB hastalarında toplam SDASI puanları önemli ölçüde daha yüksekti ($p < 0,001$) ve bu yaş faktörüne göre düzeltildikten sonra da devam etti. DEHB-SD şiddeti bağlantısı genç hastalarda daha güçlüydü ($p < 0,01$). Sırt bölgesi tutulumu DEHB tanılı hastalarda belirgin



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

şekilde fazlaydı ($p = 0,017$). SD'nin bölgesel tutulumu içinde sadece sırt bölgesi şiddetinin DEHB tanısını bağımsız olarak öngördüğü saptandı. Sırt tutulum puanındaki her bir birimlik artışın DEHB olasılığını yaklaşık 6 kat artırdığını gösterdi ($OR = 6,62$; $95\% CI = 1,26-34,64$; $p = 0,025$). DEHB düzeyi ile sırt bölgesindeki tutulum şiddeti ilişkisinin, yaş tarafından modere edildiği bulundu. ASRS puanları sırt SDASI şiddetiyle korelasyon gösterdi ($r = 0,42$; $p < 0,001$). %9,1'i dopaminerjik yollarla hem SD hem de DEHB ile bağlantılı bir durum potansiyeli taşıyan ailevi Parkinson Hastalığı öyküsü bildirdi.

SONUÇ:

Çalışmamız, SD tanılı bireylerde DEHB sıklığını sistematik biçimde değerlendiren ve ayrıca DEHB'nin SD şiddetiyle ilişkisini alt bölge düzeyinde inceleyen ilk çalışmadır. DEHB sıklığı, genel nüfusa kıyasla SD'li bireylerde önemli ölçüde daha yüksektir. Yaş faktörü bu iki hastalık arasındaki etkileşimde düzenleyici bir rol oynamaktadır. DEHB komorbiditesi, özellikle SD'nin sık görülmediği sırt bölgesinde, artan SD şiddetini bağımsız olarak öngörür. Bu bize nöropsikiyatrik etkileşim için yeni bir biyobelirteç olasılığının önünü açar. Spinal-sempatik yakınsama ve dopaminerjik işlev bozukluğu tarafından yönlendirilen nörojenik inflamasyon, bu topografik özgüllüğün altında yatabilir. Bulgularımız, SD'yi DEHB için entegre yönetim ve tarama gerektiren bir psikodermatolojik bozukluk olarak yeniden tanımlanması için güçlü kanıtlar sunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: DEHB, psikodermatoloji, seboreik dermatit, sıklık, sırt bölgesi

KAYNAKLAR: 1 Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007;190(5):402-409.

2. Rubia K, Westwood S, Aggensteiner PM, Brandeis D. Neurotherapeutics for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a review. *Cells*. 2021;10(8):2156.

3 Polaskey MT, Chang CH, Daftary K, et al. The global prevalence of seborrheic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2024;160(8):846-855.

4 Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(217):35-37.

5. Rajasekharan A, Munisamy M, Menon V, et al. Stress and psoriasis: Exploring the link



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

through the prism of hypothalamo-pituitary-adrenal axis and inflammation. J Psychosom Res. 2023;170:111350.

6 Ozcan Y, Sungur MA, Yaman Özcan B, et al. The psychosocial impact of chronic facial dermatoses in adults. Dermatol Pract Concept. 2023;13(1):e2023029.

7 Misery L, Touboul S, Vinçot C, et al. Stress et dermatite séborrhéique. Ann Dermatol Venereol. 2007;134(11):833-837.

8. Baş Y, Kalkan G, Yıldız M, et al. Seboreik dermatit hastalarının depresyon, anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitesi. Türk Dermatoloji Dergisi. 2015;9(4):181-185.

9. Xu YC, Wang JP, Zhu WJ, Li P. Childhood atopic dermatitis as a precursor for developing attention deficit/hyperactivity disorder. Int J Immunopathol Pharmacol. 2020;34:2058738420962902.

10. Kaya Erdogan H, Fidan ST, Bulur I, et al. Evaluation of cutaneous findings in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a preliminary study. Pediatr Dermatol. 2017;34(2):e93-e94.

11. Kobusiewicz A, Zalewska-Janowska AM, Lesiak A, Narbutt J. Management of severe atopic dermatitis in adult patients. Dermatol Rev (Przegl Dermatol). 2020;107(3):234-245.

12. Schmitt J, Romanos M, Schmitt NM, Meurer M, Kirch W. Atopic eczema and attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based sample of children and adolescents. JAMA. 2009;301(7):724-726.

13. Özaslan TU, Bilaç Ö. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics. 2015;1(1):1-5.

14. Ravn AH, Thyssen JP, Egeberg A. Skin disorders in Parkinson's disease: potential biomarkers and risk factors. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2017;10:87-92.

15. Salerno L, Ramat S, Solari G, Grassi G, Pallanti S. Parkinson's disease with impulse control disorders: higher prevalence of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. Int J Clin Psychiatry. 2019;7(1):1-7.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

16. Sinclair E, Trivedi DK, Sarkar D, et al. Metabolomics of sebum reveals lipid dysregulation in Parkinson's disease. *Nat Commun.* 2021;12(1):1592.

17 Hansen FH, Skjørringe T, Yasmeen S, et al. Missense dopamine transporter mutations associate with adult parkinsonism and ADHD. *J Clin Invest.* 2014;124(7):3107-3120.

18 Adalsteinsson JA, Kaushik S, Muzumdar S, et al. An update on the microbiology, immunology and genetics of seborrheic dermatitis. *Exp Dermatol.* 2020;29(5):481-489.

19. Clayton RW, Langan EA, Ansell DM, et al. Neuroendocrinology and neurobiology of sebaceous glands. *Biol Rev Camb Philos Soc.* 2020;95(3):592-624.

20 Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, et al. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007;16(2):52-65.

21 Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, KS. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2009;10(2):77-87.

22 Cömert A, Bekiroğlu N, Gürbüz O, Ergun T. Efficacy of oral fluconazole in the treatment of seborrheic dermatitis: a placebo-controlled study. *Am J Clin Dermatol.* 2007;8(4):235-238.

23. Abbas Z, Ghodsi S, Abedeni R. Effect of itraconazole on the quality of life in patients with moderate to severe seborrheic dermatitis: a randomized, placebo-controlled trial. *Dermatol Pract Concept.* 2016;6(3):11-16.

24. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;128:789-818.

25 Linder D, Mrowietz U, Reich K. Psychiatric comorbidities in patients with inflammatory skin diseases: a review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(6):857-872.

26 Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. Psychological comorbidity in dermatological patients: A cross-sectional multicenter study in 13 European countries. *J Invest Dermatol.* 2015;135(4):984-991.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

27 Strom MA, Fishbein AB, Paller AS, Silverberg JL. Association between atopic dermatitis and attention deficit hyperactivity disorder in US children and adults. *Br J Dermatol*. 2016;175(5):920-929.

28 Schmitt J, Apfelbacher C. The impact of atopic dermatitis on health-related quality of life and its determinants in children: A systematic review. *Allergy*. 2010;65(10):1230-1238.

29 Cortese S, Angriman M, Maffei C, et al. Association between inflammatory markers and ADHD: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020;119:1-8.

30. Kuc K, Bielecki M, Racicka-Pawlukiewicz E, et al. The SLC6A3 gene polymorphism is related to the development of attentional functions but not to ADHD. *Sci Rep*. 2020;10(1):6176.

31. Channer B, Matt SM, Nickoloff-Bybel EA, et al. Dopamine, immunity, and disease. *Pharmacol Rev*. 2023;75(1):62-158.

32 Dunn GA, Nigg JT, Sullivan EL. Neuroinflammation as a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder. *Pharmacol Biochem Behav*. 2019;182:22-34.

33. LeBouef T, Yaker Z, Whited L. Physiology, autonomic nervous system. In: StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023.

34. Steinhoff M, Oaklander AL, Szabó IL, Ständer S, Schmelz M. Neuropathic itch. *Pain*. 2019;160(Suppl 1):S11-S16.

35. Sharma A, Couture J. A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Ann Pharmacother*. 2014;48(2):209-225.

36 Chen Y, Lyga J. Brain-skin connection: stress, inflammation and skin aging. *Inflamm Allergy Drug Targets*. 2014;13(3):177-190.

37. Hodge BD, Sanvictores T, Brodell RT. Anatomy, skin sweat glands. In: StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023.

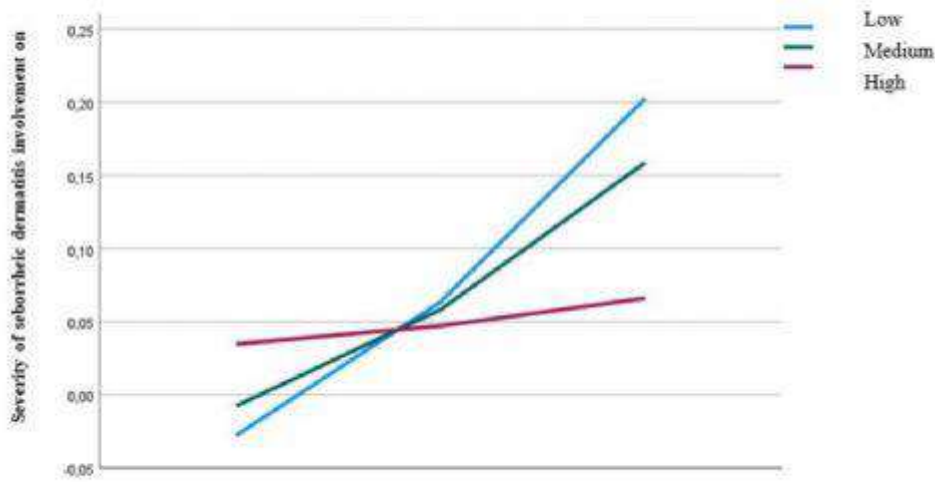
38. Martel MM, Gremillion ML, Roberts B, et al. Developmental pathways to ADHD:

Contributions of early temperament and emotion regulation. J Abnorm Psychol. 2017;126(5):545-557.

39. Dhabhar FS. Effects of stress on immune function: Implications for immunoprotection and immunopathology. In: The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health. New York, NY: Springer Publishing Company; 2011:47-63.

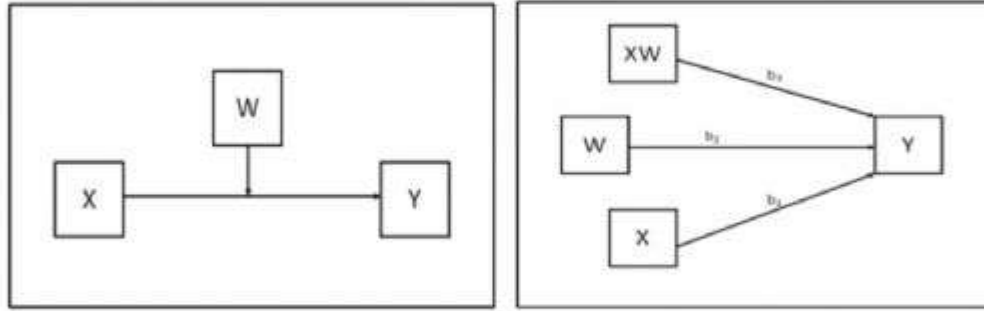
40. Tomic S, Kuric I, Kuric TG, et al. Seborrheic dermatitis is related to motor symptoms in Parkinson's disease. J Clin Neurol. 2022;18(6):628-634.

FIGÜR 2



Yaş değişkenine göre DEHB şiddeti ile sırt bölgesi SD şiddeti arasındaki etkileşim

FIGURE 1



DEHB şiddeti ile sırt bölgesi SD tutulumu arasındaki ilişkide yaştan düzenleyici rolünü gösteren kuramsal model

TABLO 1

	DEHB (-)	DEHB (+)	İstatistik	p
	n=157	n=58		
	Ortalama $\pm$ SS / Medyan (min.-max)	Ortalama $\pm$ SS / Medyan (min.-max)		
yaş	34.31 $\pm$ 14.22	27.59 $\pm$ 9.92	t = 3.891	<0.001
SD hastalık süresi	3 (0-36)	3 (1-21)	Z = -0.306	0.760
Vücut ağırlığı (kg)	71 (45-115)	74.5 (40-118)	Z = -0.483	0.629
ASRS	33.92 $\pm$ 13.77	58.83 $\pm$ 8.69	F = 152.752	<0.001*
SDASI toplam	3.93 $\pm$ 1.40	4.41 $\pm$ 1.46	F = 4.499	0.035*

SDASI Alın	0.15 ± 0.21	0.13 ± 0.20	F = 0.093	0.760*
SDASI saçlı deri	2.4 (0-3.6)	2.4 (0-3.6)	Z = -0.982	0.326
SDASI nazolabiyal	0.28 ± 0.27	0.35 ± 0.29	F = 1.801	0.181*
SDASI kaş	0.22 ± 0.26	0.26 ± 0.30	F = 1.079	0.300*
SDASI kulak arkası	0.3 (0-1.0)	0.15 (0-0.9)	Z = -0.484	0.629
SDASI kulak	0.16 ± 0.20	0.16 ± 0.23	F = 0.513	0.475*
SDASI göğüs ön yüz	0 (0-1.2)	0 (0-1.8)	Z = -0.821	0.411
SDASI sırt	0 (0-1.2)	0 (0-1.2)	Z = -2.376	0.017
SDASI yanak veya çene	0.18 ± 0.27	0.25 ± 0.30	F = 3.130	0.078*

DEHB tanılı ve tanısız SD hastalarının yaş, hastalık süresi, vücut ağırlığı ile ASRS ve SDASI skorlarının karşılaştırılması

TABLO 2

	B	SE	Wald	p	OR	95% CI
sabit	-1.956	0.605	10.465	0.001	0.141	
alın	-0.827	0.865	0.914	0.339	0.437	0.080-2.382
saçlı deri	0.225	0.205	1.197	0.274	1.252	0.837-1.873
nazolabial	0.722	0.640	1.273	0.259	2.058	0.588-7.211
kaş	0.645	0.668	0.932	0.334	1.906	0.515-7.057
kulak arkası	-0.283	0.697	0.166	0.684	0.753	0.192-2.950
kulak	-0.807	0.954	0.716	0.397	0.446	0.069-2.894



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Göğüs ön yüzü	-0.291	0.572	0.259	0.611	0.748	0.244-2.294
sırt	1.890	0.845	5.005	0.025	6.616	1.264-34.636
yanak veya çene	0.932	0.596	2.449	0.118	2.541	0.790-8.169

DEHB varlığını öngörmede SDASI alt boyutlarının lojistik regresyon analizi sonuçları



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-57][KABUL:SÖZLÜ]

**PSORİYATİK TIRNAK BULGULARININ KLİNİK, DERMOSKOPİK VE KAPİLLEROSKOPİK
İNCELENMESİ VE PSORİYATİK ARTRİT İLE İLİŞKİSİ**

Halime Nur Holoğlu Bulut¹, Prof. Dr. Umut Kalyoncu², Prof. Dr. Erdem Karabulut, Phd.³, Prof. Dr. Sibel Doğan Günaydın, M.d., M.sc.¹

¹Hacettepe Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

³Hacettepe Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

AMAÇ:

Psoriasis (Ps) kronik seyirli, immün aracılı inflamatuvar bir deri hastalığıdır (1-3). GRAPPA'nın 2021 yılında uzlaşi raporuna göre, psoriatik hastalık; deri, tırnak, periferik eklem, aksiyel eklem tutulumu, entezit ve daktilit olmak üzere altı ana klinik tutulum alanı çerçevesinde ele alınmaktadır (4). Ps'te tırnak tutulum oranı %10-90 arasında değişmekte, psoriatik artritin (PsA) eşlik ettiği hastalarda ise bu oran daha da artmaktadır (5-8). Bu çalışmanın amacı PsA eşlik eden ve etmeyen Ps hastalarında tırnak bulgularının prevalansını ve morfolojik özelliklerini muayene ve dermoskopi, dijital dermoskopi ve kapillareskopi gibi görüntüleme yöntemleri ile değerlendirmek, bulguların PsA ile olası ilişkisini araştırmak ve klinik muayene ile görüntüleme yöntemlerinin psoriatik tırnak tutulum şiddetinin belirlenmesine katkısını incelemektir.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya psoriatik tırnak bulgusu olan, 18 yaş ve üzeri 70 Ps hastası ve 60 PsA eşlik eden Ps hastası olmak üzere toplam 130 hasta dahil edildi. Hastaların her iki eline ait toplam 1300 tırnak her bir psoriatik tırnak bulgusu açısından klinik olarak ve yardımcı görüntüleme tekniklerinden dermoskopi, dijital dermoskopi ve kapilleroskopi ile ayrı ayrı incelendi. Tırnak Ps'i şiddetini değerlendirmek için NAPSİ ve dNAPSİ skorlamaları kullanıldı. Ayrıca hastaların tırnak bulguları kapilleroskopi ile değerlendirilerek NAPSİ skorlamasının kapilleroskopik inceleme ile desteklenmiş bu versiyonuna "kNAPSİ" denildi.

BULGULAR:

Tüm hastalarda en sık yüksük tırnak deformitesi (pitting) (%99,2), onikoliz (%86,9) ve kıymık (splinter) hemoraji (%83,1) izlendi. 2) Toplam 1300 tırnak ayrı ayrı incelendiğinde ise en sık



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

pitting (%87,4), ardından onikoliz (%37,8), splinter hemoraji (%30,5), subungal hiperkeratoz (%27,6) ve yağ lekesi (%22,1) bulguları saptandı. 3) El tırnakları arasında en sık tutulumun sağ ve sol elin 1. parmak tırnaklarında izlendiği belirlendi. Ps hastalarında tırnak plağında ufalanma (OR: 4.33, p=0.005), onikoliz (OR: 4.75, p=0.011), splinter hemoraji (OR:2.67, p=0.051) ve yağ lekesi (OR: 2.45, p=0.016) varlığı artmış PsA riski ile ilişkilendirildi. PsA'nın eşlik ettiği hastalarda hem NAPSİ (p < 0.001) hem de dNAPSİ (p < 0.001) ve kNAPSİ (p < 0.001) skorları Ps grubuna oranla anlamlı derecede yüksek bulundu. Hastaların NAPSİ, dNAPSİ ve kNAPSİ arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki (p < 0.001) izlenirken kNAPSİ (39.62 ± 15.61) skoru dNAPSİ skorundan, dNAPSİ (38.65 ± 15.52) skoru ise klinik NAPSİ (34.83 ± 15.43) skorundan yüksek hesaplandı. Ayrıca sigara kullanımı (p = 0.024), entezit varlığı (p < 0.001) ve saçlı deri tutulumunun (p < 0.001) daha yüksek NAPSİ skorları ile ilişkili olduğu izlendi. Ek görüntüleme teknikleri ile klinik incelemeye kıyasla pitting dışındaki tüm bulgular anlamlı düzeyde sık izlendi. Splinter hemoraji (p<0.001), yağ lekesi (p=0.030) ve mikrovasküler hasarı gösteren bulguları (p<0.001) göstermede kapilleroskopi en başarılı yöntem olarak bulunurken transvers oluklanma (p < 0.001) ve trakionişi (p < 0.001) bulguları dermoskop ile diğer tüm inceleme yöntemlerine kıyasla daha sık izlendi. Bu bulgular, özellikle dermoskopi ve kapilleroskopi gibi ek görüntüleme yöntemlerinin kullanılmasının subklinik tırnak bulgularının izlenmesine ve tırnak Ps'i şiddetinin daha objektif değerlendirilmesine yardımcı olduğunu göstermektedir.

SONUÇ:

Psoriatik tırnak bulgularının değerlendirilmesinde yardımcı görüntüleme yöntemlerinin kullanılması, subklinik bulguların saptanmasını mümkün kılarak PsA açısından yüksek riskli hastaların daha erken dönemde belirlenmesine olanak sağlayabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Psoriasis, psoriatik artritis, tırnak psoriazi, dermoskopi, kapilleroskopi

KAYNAKLAR: 1. Volc S, Ghoreschi K, Shen H. Immunotherapy. Practical

Immunodermatology2016. p. 367-81.

2. Langley RGB, Krueger GG, Griffiths CEM, editors. Psoriasis: Epidemiology, clinical features, and quality of life. Annals of the Rheumatic Diseases; 2005.

3. Adışen E, Akyol M, Alper S, Atakan N, Borlu M, Başkan E. Türkiye Psoriasis Tedavi Kılavuzu. İstanbul, Türkiye. 2021.

4. Coates LC, van der Windt DA, O'Sullivan D, Soriano ER, Kavanaugh A. GRAPPA treatment recommendations: 2021 update. The Journal of Rheumatology. 2022;49(6 Suppl 1):52-4.

5. Alpsoy E, Polat M, Fettahlioğlu-Karaman B, Karadag AS, Kartal-Durmazlar P, Yalçın B, et al.

Internalized stigma in psoriasis: a multicenter study. The Journal of dermatology.

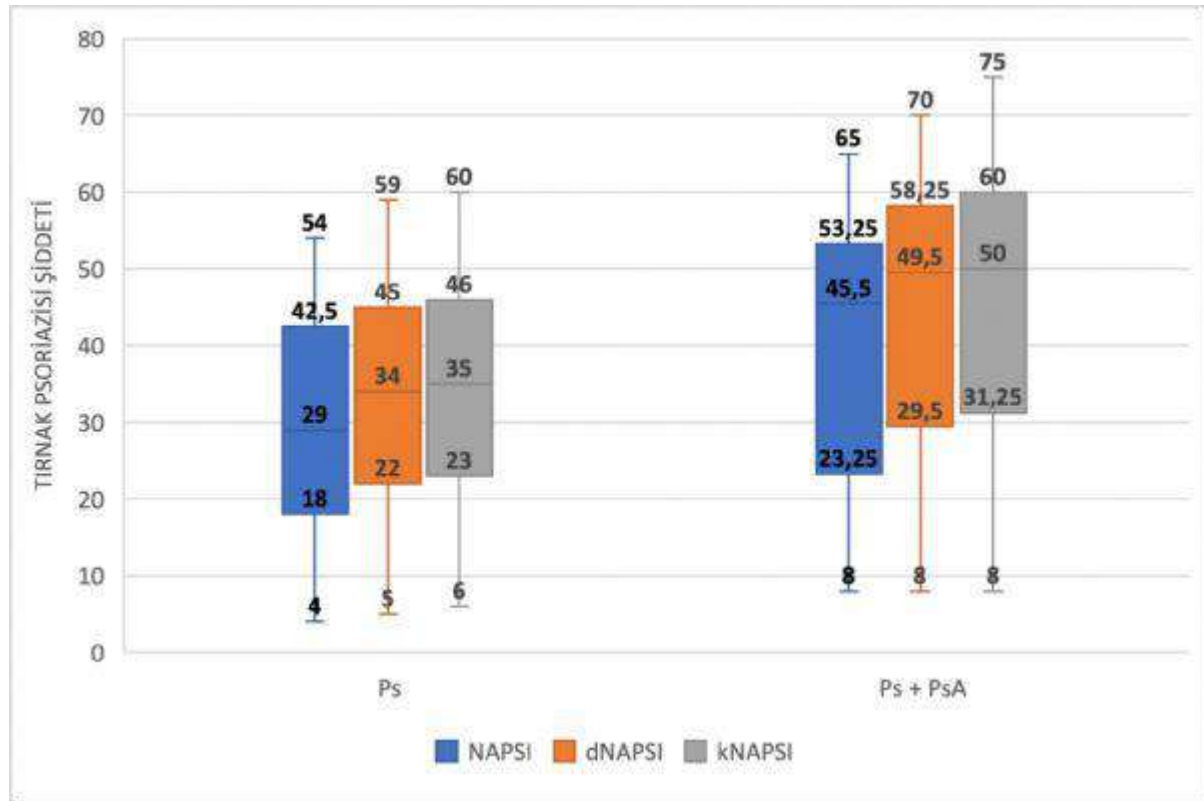
2017;44(8):885-91.

6. De Jong E, Seegers B, Gulink M, Boezeman J, Van de Kerkhof P. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1,728 patients. Dermatology. 1996;193(4):300-3.

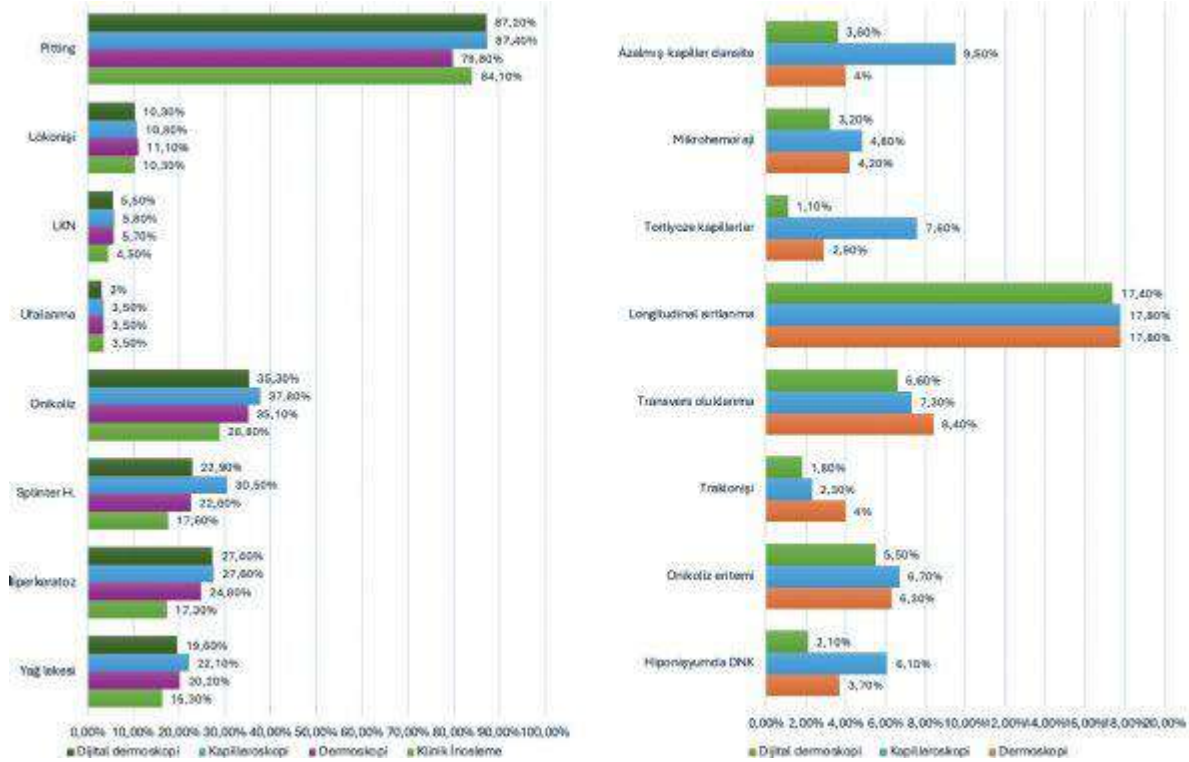
7. Salomon J, Szepietowski JC, Proniewicz A. Psoriatic nails: a prospective clinical study. Journal of cutaneous medicine and surgery. 2003;7(4):317-21.

8. Klaassen K, Van De Kerkhof P, Pasch M. Nail psoriasis, the unknown burden of disease. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2014;28(12):1690-5.

GRUPLARA GÖRE NAPSİ, DNAPSİ VE KNAPSİ SKORLARI.



PS VE PS + PSA HASTALARINDA 1300 EL TIRNAĞINDA KLİNİK, DERMOSKOPIK, KAPİLLEROSKOPIK VE DİJİTAL DERMOSKOPIK YÖNTEMLERLE SAPTANAN PSORİYATİK TIRNAK BULGULARININ DAĞILIM YÜZDELERİ.



LKN, lunulada kırmızı noktalar; Splinter H., splinter hemoraji; S. Hiperkeratoz, subungal hiperkeratoz; Hiponışyumda DNK, hiponışyumda dilate-noktasal kapillerler



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-58][KABUL:SÖZLÜ]

**PSÖRIAZİS VE PSÖRIATİK ARTRİT HASTALARINDA EPİKARDİYAL YAĞ DOKU KALINLIĞI VE
HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ**

Neşe Göçer Gürok¹, Burak Öz², Savaş Öztürk¹, Erkan Yıldırım³, Yücel Karaca⁴, Büşra Genç
Ulucan¹, Pembe İrem Eroğlu Baysak¹, Ayçanur Oksun Şerbet¹, Özge Pasin⁵, Aylin Dolu Karaca²

¹SBÜ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Elazığ

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Elazığ

³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

⁴SBÜ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Elazığ

⁵SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Psöriazis ve psöriatik artrit (PsA), kronik inflamatuvar hastalıklar olup, yalnızca deri ve eklemleri değil, aynı zamanda kardiyovasküler sistemi de etkileyen sistemik hastalıklardır. Epikardiyal yağ dokusu (EAT) kalbi çevreleyen adipöz dokudur ve artmış kalınlığı kardiyovasküler hastalıklar için risk belirteci olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle psöriazis vulgaris ve PsA hastalarında, EAT'nin ölçülmesinin, kardiyovasküler riskin belirlenmesine yardımcı olabilecek bir yöntem olabileceği düşünülmüş ve bu çalışmada psöriazis ve PsA hastalarında EAT kalınlığının, antropometrik ölçümler, laboratuvar parametreleri ve klinik değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir.

MATERYAL-METOD:

Bu prospektif çalışmaya 65 psöriazis vulgaris (PsA eşlik eden ya da etmeyen) hastası ve yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi (BMI) açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş 54 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Hastalarda yaş, cinsiyet, BMI, açlık kan glukozu, C-reaktif protein (CRP), kan lipid düzeyleri, hemogram parametreleri, hastalık süresi ve hastalık şiddeti veri formlarına kaydedildi. Hasta ve kontrol grubuna ekokardiyografi ile EAT ile birlikte, sol ventrikül sistol sonu çapı (LVESD), sol ventrikül diyastol sonu çapı (LVEDD), interventriküler septum kalınlığı (IVS), ejeksiyon fraksiyonu (EF) ölçümleri de yapıldı.

BULGULAR:

CRP değerleri hastalarda, kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p < 0,001$). Glukoz, hemoglobin, white blood cell (WBC) ve platelet (PLT) değerleri açısından iki



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla $p = 0,321$, $p=0,129$, $p=0,309$, $p=0,157$). Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol ve total kolesterol seviyeleri kontrol grubunda, psöriazis hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,021$, $p=0,050$). Lipid profili ile ilgili diğer parametreler arasında hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Sistolik kan basıncı ($p < 0,001$), diyastolik kan basıncı ($p=0,023$) hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu. LVESD ($p < 0,001$) ve IVS ($p < 0,001$) hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük saptandı. LVEDD ve EF değerleri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla $p=0,073$, $p=0,156$). Epikardiyal Yağ Doku Kalınlığı psöriazis hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p < 0,001$). Psöriatik artrit olan psöriazis hastalarında, olmayan psöriazis hastalarına göre hastalık süresi ($p=0,028$) ve PASI ($p=0,012$) anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Yaş, cinsiyet, boy, kilo, BMI ve laboratuvar parametreleri açısından PsA olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). PsA olan hastalarda CRP, sistolik ve diyastolik kan basıncı, LVEDD, LVESD, EF ve EAT değerleri, PsA olmayan hastalardan daha yüksek olarak gözlendi, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Ayrıca BMI ($r=0.307$, $p=0.024$), CRP ($r=0.344$, $p<0.001$), ve sistolik kan basıncının ($r=0.185$, $p=0.044$) artmasıyla korele olarak EAT'ın da arttığı tespit edildi.

SONUÇ:

Bu çalışmada kardiyovasküler hastalık riskini belirteci olan EAT'ın psöriazis hastalarında attığı, bu artışın BMI artışı, sistolik kan basıncı artışı ve yüksek CRP değerleri ile korele olduğu belirlenmiştir. Yine sözkonusu parametreler göz önüne alındığında, PsA'lı psöriazis hastalarının, PsA olmayan psöriazis hastalarına göre daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, kardiyovasküler risk açısından, özellikle PsA'in eşlik ettiği olmak üzere tüm psöriazis hastalarının klinik yönetiminde daha dikkatli ve kapsamlı bir yaklaşım benimsenmesi gerektiğini göstermiştir.

ANAHTAR KELİMELE: Psöriazis, Psöriatik artrit, Epikardiyal yağ dokusu, Kardiyovasküler risk

KAYNAKLAR: Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. Lancet. 2021;397(10281):1301-1315.

Korman NJ. Management of psoriasis as a systemic disease: what is the evidence? Br J Dermatol. 2020;182(4):840-848.

Chen X, Xiang H, Lu J, Yang M. Epicardial Adipose Tissue and Psoriasis: A Systematic Review



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

and Meta-Analysis. J Clin Med. 2024;13(16):4761.

Teklu M, Parel PM, Mehta NN. Psoriasis and Cardiometabolic Diseases: The Impact of Inflammation on Vascular Health. Psoriasis (Auckl). 2021;21;11:99-108.

Tiwari V, Brent LH. Psoriatic Arthritis. 2024 Jan 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan—. PMID: 31613490.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-59][KABUL:SÖZLÜ]

**PSORİYATİK TIRNAK TUTULUMUNUN KLİNİK MUAYENE, STANDART DERMOSKOPI VE
ULTRAVİYOLE FLORESAN DERMOSKOPI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: PROSPEKTİF GÖZLEMSEL
BİR KARŞILAŞTIRMA**

İsmail Hakkı Ünal¹, Gözde Şimşek¹, Aslan Yürekli¹, Eda Karaismailoğlu², Gülşen Akoğlu¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Bilişimi Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ:

Tırnak tutulumu, psoriasis hastalığının yaygın bir özelliğidir ve bazı durumlarda hastalığın tek belirtisi olabilir. Psoriatik tırnakların doğru şekilde değerlendirilmesi, hastalığın klinik ve sistemik etkilerinin anlaşılması açısından büyük önem taşır. Bu çalışmanın amacı klinik muayene, standart dermoskopi ve ultraviyole floresan (UVF) dermoskopinin psoriatik tırnak değişikliklerini tespit etme ve değerlendirme etkinliklerini karşılaştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Bu prospektif gözlemsel çalışmada psoriatik tırnak değişiklikleri bulunan 35 hasta değerlendirildi. Hastalığın şiddeti Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PAŞİ) ile; tırnak tutulumu ise klinik NAPSİ (Nail Psoriasis Severity Index), dermoskopik NAPSİ (dNAPSİ) ve UV floresan NAPSİ (UVF NAPSİ) ile ölçüldü. Tüm hastaların tırnakları; klinik muayene, standart dermoskopi ve UVF dermoskopi ile değerlendirildi ve elde edilen bulgular karşılaştırmalı olarak analiz edildi.

BULGULAR:

UVF dermoskopi, matriks kaynaklı NAPSİ lezyonlarının tespitinde, klinik ve standart dermoskopik değerlendirmelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir üstünlük göstermiştir ($p<0,05$). Hem UVF hem de standart dermoskopi, tırnak yatağına ait değişiklikleri saptamada klinik muayeneye göre daha etkili bulunmuş ancak bu iki yöntem arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0,05$). UVF dermoskopi, artan floresan kontrast sayesinde pitting ve lökonisi daha net göstererek patolojik değişikliklerin daha belirgin şekilde ayırt edilmesini sağlamıştır ($p<0,05$).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

UVF dermoskopi, özellikle matriks kaynaklı anormallikler ve erken dönem tırnak değişikliklerinin tespitinde belirgin bir tanısal üstünlük sunmaktadır. Bu çalışma, UVF dermoskopinin daha doğru tanı ve izlem amacıyla rutin klinik uygulamalara entegre edilmesini desteklemektedir. Bulguların daha geniş hasta gruplarında ve uzun dönemli takiplerle doğrulanmasına yönelik ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Psoriasis, Tırnak, Dermoskopi, Ultraviyole

- KAYNAKLAR:** 1. Rich P, Scher RK. Nail psoriasis severity index: A useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:206-12.
2. Polat A, Kapıcıoğlu Y. Dermoscopic findings of psoriatic nails and their relationship with disease severity. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereology.* 2017;51:119-23.
3. Wanniang N, Navya A, Pai V, Ghodge R. Comparative study of clinical and dermoscopic features in nail psoriasis. *Indian Dermatol Online J.* 2020;11:35-40.
4. Yorulmaz A, Artuz F. A study of dermoscopic features of nail psoriasis. *Postepy Dermatol Alergol.* 2017;34(1):28-35.
5. Arora S, et al. Study of nail psoriasis and dermoscopic correlation with dermoscopic and modified dermoscopic NAPSI. *Dermatol Pract Concept.* 2022;12(1):e2022010.
6. Patel, S., Tosti, A. (2014). Dermoscopy of Nail Psoriasis. In: Rigopoulos, D., Tosti, A. (eds) *Nail Psoriasis.* Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-08810-5_8
7. Micali G, Lacarrubba F, Massimino D, Schwartz RA. Dermatoscopy: Alternative uses in daily clinical practice. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:1135-46.
8. Pietkiewicz P, Navarrete-Dechent C, Togawa Y, Szlęzak P, Salwowska N, Marghoob AA, Leszczyńska-Pietkiewicz A, Errichetti E. Applications of Ultraviolet and Sub-ultraviolet Dermatoscopy in Neoplastic and Non-neoplastic Dermatoses: A Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2024 Feb;14(2):361-390. doi: 10.1007/s13555-024-01104-4. Epub 2024 Feb 15. PMID: 38358617; PMCID: PMC10890990.
9. Sivakumar A, Arora K, Kumar S. Ultraviolet fluorescence dermoscopy in dermatology. *CosmoDerma.* 2025;5:4. doi: 10.25259/CSDM_198_2024
10. Yadav TA, Khopkar US: Dermoscopy to detect signs of subclinical nail involvement in chronic plaque psoriasis: A study of 68 patients. *Indian J Dermatol* 2015;60:272-5.
11. Polat A, Kapıcıoğlu Y. Dermoscopic findings of psoriatic nails and their relationship with disease severity. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereology.* 2017;51:119-23.

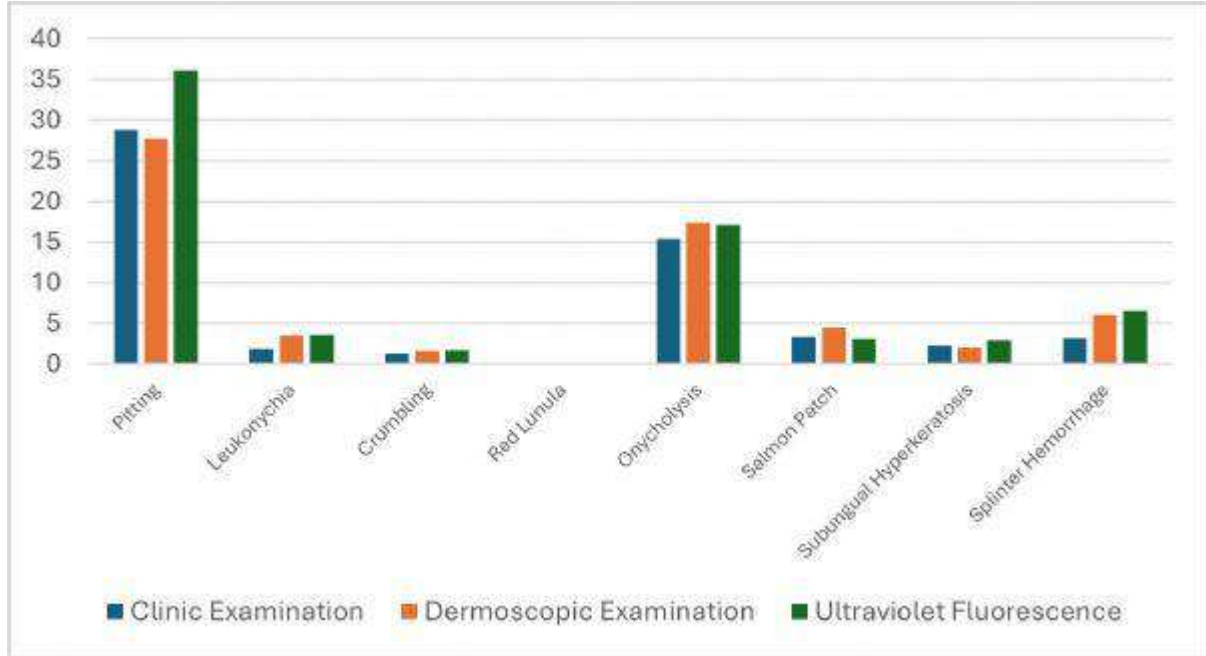
12. Kaur I, Saraswat A, Kumar B: Nail changes in psoriasis: a study of 167 patients. Int J Dermatol 2001;40:601-3.
13. Tham SN, Lim JJ, Tay SH, et al: Clinical observations on nail changes in psoriasis. Ann Acad Med Singapore 1988;17:482-5.
14. Tosti A, Piraccini BM: Nail disorders. In: Dermatology (Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP eds.), 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2008:1061-77.
15. Kyriakou A, Patsatsi A, Sotiriadis D: Detailed analysis of specific nail psoriasis features and their correlations with clinical parameters: a cross-sectional study. Dermatology 2011;223:222-9.
16. Polat M, Oztas P, Yalçın B, et al: Evaluation of Nail Findings in Psoriasis Patients. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2009;19:68-72.

ŞEKİL 1



A. Standart dermoskopi altında görünüm B. UVF dermoskopi altında görünüm. Sol tarafta, standart dermoskopide pitting ayırt edilemezken; sağ tarafta, UVF dermoskopi ile pitting açıkça seçilebilmektedir.

ŞEKİL 2



Psoriatik tırnak bulgularının klinik muayene, standart dermoskopi ve ultraviyole floresan dermoskopi ile tespitine yönelik kadran bazlı karşılaştırmasında elde edilen ortalama değerler.

TABLO 1

Bulgular	Klinik olarak saptanan n (%)	Klinik olarak saptanmayan n (%)	Dermoskopik olarak saptanan n (%)	Dermoskopik olarak saptanmayan n (%)	UVF ile saptanan n (%)	UVF ile saptanmayan n (%)
Pitting	28 (80,0)	7 (20,0)	28 (80,0)	7 (20,0)	29 (83,3)	6 (16,7)
Lökonişi	9 (25,7)	26 (74,3)	14 (40,0)	21 (60,0)	16 (45,7)	19 (54,3)
Tırnak plağında ufalanma	5 (14,3)	30 (85,7)	6 (17,1)	29 (82,3)	5 (14,3)	30 (85,7)

Kırmızı lunula	0 (0)	35 (100)	0 (0)	35 (100)	0 (0)	35 (100)
Onikolizis	27 (77,1)	8 (22,3)	28 (80,0)	7 (20,0)	29 (82,9)	6 (17,1)
Salmon patch	16 (45,7)	19 (54,3)	18 (51,4)	17 (48,6)	15 (42,9)	20 (57,1)
Subungual hiperkeratoz	9 (25,7)	26 (74,3)	10 (28,6)	25 (71,4)	14 (56,0)	11 (44,0)
Splinter hemoraji	14 (40,0)	21 (60,0)	22 (62,9)	13 (37,1)	23 (65,4)	12 (34,6)

Bu tablo, bulguların hasta bazlı olarak değerlendirilmesiyle elde edilen yüzdelik oranları göstermektedir. Herhangi bir tırnağında bulgu saptanan hastalar "saptanan" grubuna, hiçbir tırnağında bulgu saptanmayan hastalar ise "saptanmayan" grubuna dahil edilmiştir.

TABLO 2

Tırnak Bulgusu	Klinik Muayene n (%)	Dermoskopik Muayene n (%)	UVF Dermoskopik Muayene n (%)	p Değeri
Pitting	403 (28,8)	388 (27,7)	506 (36,1)	<0.001**
Lökonişi	26 (1,9)	49 (3,5)	50 (3,6)	0.01**
Tırnak plağında uflanma	18 (1,3)	22 (1,6)	24 (1,7)	0.11
Kırmızı lunula	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Onikolizis	215 (15,4)	243 (17,4)	240 (17,1)	0.25
Salmon-patch	47 (3,4)	63 (4,5)	43 (3,1)	0.01**
Subungual hiperkeratoz	32 (2,3)	28 (2,0)	41 (2,9)	0.24



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Splinter hemoraji	44 (3,1)	84 (6,0)	92 (6,6)	<0.001**

Tırnak kadrnalarında saptanan bulguların toplam sayıları ve yüzdelik oranları. ** p < 0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-60][KABUL:SÖZLÜ]

**SEKUKİNUMAB VE İKSEKİZUMAB TEDAVİSİ ALAN PSÖRİASİS HASTALARINDA PARADOKSAL
REAKSİYONLARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Namık Doğan, Fatma Aslı Hapa

İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy EAH Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

AMAÇ:

Bu çalışmanın amacı, IL-17 inhibitörü(Sekukinumab ve İksevizumab) maruziyeti olan Psoriasis tanılı hastalarda Paradoksal reaksiyon geliştiren hastaların demografik ve klinik verilerini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

IL-17 inhibitörlerinden iksevizumab, sekukinumab maruziyeti olan Psoriasis tanılı hastaların sağlık verileri retrospektif olarak tarandı. Takiplerde Paradoksal reaksiyon gelişen vakaların demografik ve klinik verileri incelendi.

BULGULAR:

Sekukinumab ve İksevizumab tedavisi altında 5 hastamızda Paradoksal reaksiyon ile uyumlu semptomlar gözlemlenmiştir. PR semptomları bildiren 5 hastanın 4'ü (%80) sekukinumab, 1(%20) iksevizumab kullanmaktaydı.PR semptomlu grubun demografik dağılımında 4 hasta (%80) kadın, 1 hasta (%20) erkekti. Ayrıca, PR semptomlu hastaların 2'sinde (%40) ailede Psö öyküsü bulunmaktaydı.PR gelişen hastaların %80'inde (n=4) Paradoksal PsO,%20'sinde (n=1) ise Paradoksal Hidradenitis Suppurativa gözlemlendi.Hastalarımızın %40'ında (n=2) tedavi kesilerek literatür ile uyumlu olarak konvansiyonel ve/veya farklı sınıf biyolojik ajana geçildi.3 hastamızda ise topikal kortikosteroid ve/veya metotreksat tedaviye eklendi.

SONUÇ:

Bu retrospektif çalışmada, IL-17 inhibitörleri (iksevizumab, sekukinumab) ile tedavi edilen Psoriasis tanılı hastalarda PR değerlendirilmiştir. Literatürde Anti TNF ajanlara bağlı PR ile ilgili



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

çok sayıda olgu ve buna bağlı tedavi yaklaşımları bildirilmekte ancak IL-17 inhibitörü kullanımına bağlı PR nadir olarak bildirilmiştir. Bu retrospektif çalışma literatür ile uyumlu olarak kadın cinsiyetinin ve secukinumab kullanımının PR için potansiyel risk faktörü olabileceği görüşünü desteklemektedir. PR tanı ve tedavisine yaklaşım, veri yetersizliği nedeniyle çeşitlilik göstermektedir. PR gelişen 5 hastamızın 2'sinde tedavi kesilerek konvansiyonel ve farklı sınıf biyolojik ajana geçildi. 1 hastamıza metotreksat eklenerek tedaviye devam edildi. 2 hastamızda ise topikal kortikosteroid ile lezyonlar kontrol altına alındı.

Bu çalışma vesilesiyle IL-17 inhibitörleri kullanan hastalarda paradoksal reaksiyon gelişme ihtimalini vurgulamak istedik. IL-17 inhibitörlerine bağlı PR'ın az bildirilmiş olması nedeniyle olgularımızı paylaşmayı ve tedavi yöntemlerini değerlendirmeyi uygun bulduk.

ANAHTAR KELİMELER: IL-17 inhibitörleri, İkssekizumab, Paradoksal Psöriasis, Sekukinumab

KAYNAKLAR: Dogra S, Bishnoi A, Narang T, Handa S. Secukinumab-induced paradoxical pustular psoriasis. Clin Exp Dermatol 2019;44:72e3.

El-Komy M, Amer M, Mostafa A, ElKalioby M. Secukinumab retreatment associated psoriasis flare with pustules. J Dermatolog Treat 2022;33: 1107e10.

Prussick L, Noell C, Her M, Alomran A, Abudu M, Rosmarin D. Two cases of anti-interleukin-17 flared psoriasis. J Am Acad Dermatol 2018;79:10.

U' ru' n YG, Yelgen H, U' ru' n M, Can N. Secukinumab-induced paradoxical palmoplantar pustular psoriasis. TURKDERM 2022;56:197e9.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-61][KABUL:SÖZLÜ]

**PSORİASİS HASTALARINDA OKÜLER KOMORBİDİTELER: KURU GÖZ SENDROMU,
KERATOKONUS VE KATARAKT GELİŞİMİNE YÖNELİK RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

Seçil Yigen İritas¹, İlter İritas²

¹Pendik Devlet Hastanesi, Deri Ve Zührevi Hastalıkları, İstanbul

²Pendik Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları, İstanbul

AMAÇ:

Psoriasis, esas olarak cildi etkileyen kronik immün aracılı inflamatuvar bir hastalık olup, son yıllarda farklı organ sistemlerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Özellikle kuru göz sendromu (DES) ve keratokonus gibi oftalmolojik komorbiditelerle ilişkisi giderek daha fazla dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın amacı, orta-şiddetli psoriasis hastalarında DES, keratokonus ve katarakt prevalansını, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif vaka-kontrol çalışmasında, 150 psoriasis hastası ve 150 sağlıklı kontrolün tıbbi kayıtları incelendi. Oftalmik tanımlar Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10 (ICD-10) kodlaması ve klinik dokümantasyonla belirlendi. Psoriasis ile oküler durumlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR:

Keratokonus ve DES prevalansı psoriasis kohortunda kontrollerden anlamlı derecede daha yüksekti (sırasıyla %10,0 vs %2,7, $p=0,0178$; %18,0 vs %8,7, $p=0,0272$). Katarakt, psoriasisli hastalarda daha sık görülmekle birlikte (%4,0 vs %0,7), fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($p=0,1261$). Psoriasis, keratokonus (OR 4,03; %95 GA, 1,3–12,5) ve DES (OR 2,31; %95 GA, 1,14–4,68) ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Alt grup analizinde kadın psoriasis hastalarında keratokonus prevalansının belirgin şekilde daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,0159$).

SONUÇ:

Bulgular, psoriasis ile özellikle keratokonus ve DES olmak üzere belirli oküler patolojiler arasında önemli bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Keratokonus prevalansındaki cinsiyet farklılığı hormonal bir etkiyi, özellikle östrojen aracılı korneal yeniden şekillenmeyi işaret



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

edebilir. Psoriasisli hastalarda rutin oftalmolojik izlemin kapsamlı bakımın bir parçası olması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Katarakt, Kuru Göz Sendromu, Keratokonus, Oküler Komorbiditeler, Psoriasis

- KAYNAKLAR:** 1. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. Arch Dermatol Res. 2011;303(1):1-10. doi:10.1007/s00403-010-1080-1
2. Murphy MJ, Leasure AC, Damsky W, Cohen JM. Association of sarcoidosis with psoriasis: a cross-sectional study in the All of Us research program. Arch Dermatol Res. 2023;315(5):1439-1441. doi:10.1007/s00403-022-02488-z
3. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al. Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology. J Am Acad Dermatol. 2017;76(3):377-390. doi:10.1016/j.jaad.2016.07.064
4. Armstrong AW, Gelfand JM, Boehncke WH, Armstrong EJ. Cardiovascular comorbidities of psoriasis and psoriatic arthritis: a report from the GRAPPA 2012 annual meeting. J Rheumatol. 2013;40(8):1434-1437. doi:10.3899/jrheum.130457
5. Wu PC, Ma SH, Huang YY, Chang JY, Chang YT, Dai YX. Psoriasis and Dry Eye Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dermatology. 2022;238(5):876-885. doi:10.1159/000522167
6. Taheri AR, Allahyari E, Zeinaly M, Nikandish M. The study of dry eye and meibomian glands in psoriasis. Eur J Ophthalmol. Published online April 8, 2021. doi:10.1177/11206721211007096
7. Akcam HT, Karagun E, Iritas I, Eyup Y. Keratoconus Could Be Associated With Psoriasis: Novel Findings From a Comparative Study. Cornea. 2019;38(12):1524-1530. doi:10.1097/ICO.0000000000002161
8. Nowowiejska J, Ordon AJ, Baran A, et al. Dry eye syndrome symptoms in patients with psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024;38(8):1522-1530. doi:10.1111/jdv.19773
9. Cheng CY. Risk of incident cataract in patients with psoriasis: A population-based cohort study. J Dermatol. 2022;49(3):359-367. doi:10.1111/1346-8138.16261
10. Huang R, Su C, Fang L, Lu J, Chen J, Ding Y. Dry eye syndrome: comprehensive etiologies and recent clinical trials. Int Ophthalmol. 2022;42(10):3253-3272. doi:10.1007/s10792-022-02320-7
11. Mohamed HB, Abd El-Hamid BN, Fathalla D, Fouad EA. Current trends in pharmaceutical treatment of dry eye disease: A review. Eur J Pharm Sci. 2022;175:106206. doi:10.1016/j.ejps.2022.106206



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

12. Santodomingo-Rubido J, Carracedo G, Suzaki A, Villa-Collar C, Vincent SJ, Wolffsohn JS. Keratoconus: An updated review. *Cont Lens Anterior Eye*. 2022;45(3):101559. doi:10.1016/j.clae.2021.101559
13. Lasagni Vitar RM, Bonelli F, Rama P, Ferrari G. Nutritional and Metabolic Imbalance in Keratoconus. *Nutrients*. 2022;14(4):913. Published 2022 Feb 21. doi:10.3390/nu14040913
14. Lim L, Lim EWL. A Review of Corneal Collagen Cross-linking - Current Trends in Practice Applications. *Open Ophthalmol J*. 2018;12:181-213. Published 2018 Jul 23. doi:10.2174/1874364101812010181
15. Karel F, Işıkçelik Y, Takmaz T. Lens metabolizması ve katarakt gelişim mekanizmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Ophthalmology*. 1997;6(1):50-56.
16. Lim JC, Caballero Arredondo M, Braakhuis AJ, Donaldson PJ. Vitamin C and the Lens: New Insights into Delaying the Onset of Cataract. *Nutrients*. 2020;12(10):3142. Published 2020 Oct 14. doi:10.3390/nu12103142
17. Bülbül Başkan E. Hastalık şiddetinin tanımlanması. *TURKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*. 2022;56(Suppl 1):3-5.
18. Britten-Jones AC, Wang MTM, Samuels I, Jennings C, Stapleton F, Craig JP. Epidemiology and Risk Factors of Dry Eye Disease: Considerations for Clinical Management. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(9):1458. Published 2024 Sep 5. doi:10.3390/medicina60091458
19. Hashemi H, Khabazkhoob M, Kheirkhah A, et al. Prevalence of dry eye syndrome in an adult population. *Clin Exp Ophthalmol*. 2014;42(3):242-248. doi:10.1111/ceo.12183
20. Ahn JM, Lee SH, Rim TH, et al. Prevalence of and risk factors associated with dry eye: the Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2010-2011. *Am J Ophthalmol*. 2014;158(6):1205-1214.e7. doi:10.1016/j.ajo.2014.08.021
21. Tandon R, Vashist P, Gupta N, et al. Association of dry eye disease and sun exposure in geographically diverse adult (≥ 40 years) populations of India: The SEED (sun exposure, environment and dry eye disease) study - Second report of the ICMR-EYE SEE study group. *Ocul Surf*. 2020;18(4):718-730. doi:10.1016/j.jtos.2020.07.016
22. Malet F, Le Goff M, Colin J, et al. Dry eye disease in French elderly subjects: the Alienor Study. *Acta Ophthalmol*. 2014;92(6):e429-e436. doi:10.1111/aos.12174
23. Oliveira RDC, Faneli AC, Amaral DC, et al. Ocular complications in adults with psoriasis: a cross-sectional study in a referral center in Brazil. *Int Ophthalmol*. 2024;44(1):215. Published 2024 May 5. doi:10.1007/s10792-024-03147-0
24. Aryanian Z, Shirzadian A, Hatami P, Roostayi GA, Najafi S, Goodarzi A. Ocular manifestations of psoriasis: An inflammatory disease beyond the skin. *J Gen Fam Med*. 2022;24(1):45-49. Published 2022 Aug 26. doi:10.1002/jgf2.576
25. Kharolia A, Parija S, Moharana B, Sirka CS, Sahu SK. Ocular manifestations in moderate-to-severe psoriasis in India: A prospective observational study. *Indian J Ophthalmol*.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

2022;70(9):3328-3332. doi:10.4103/ijo.IJO_551_22

26. Balcı DD. In: Alpsoy E, Ergun T, Şendur N, eds. Tüm Yönleriyle Psoriasis. İstanbul: Galenos Yayıncılık; 2020:369-383.

27. Kemeriz F, Tugrul B, Yasar E. Evaluation of ocular psoriasis with meibography. An Bras Dermatol. 2022;97(1):22-27. doi:10.1016/j.abd.2021.05.008

28. Edris NA, Arfeen SA, Mosaad R, Nassar GA. Evaluation of Corneal Biomechanical Parameters in Psoriasis Patients: A Controlled Study. Clin Ophthalmol. 2020;14:1833-1837. Published 2020 Jun 30. doi:10.2147/OPHTH.S256629

29. Güneş İB, Aksoy B, Öztürk H, Yavrum F, Özen B. Does corneal epithelial thickness show the severity of psoriasis? SD-OCT study. An Bras Dermatol. 2023;98(6):781-786. doi:10.1016/j.abd.2022.11.006

30. Hashemi H, Heydarian S, Hooshmand E, et al. The Prevalence and Risk Factors for Keratoconus: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cornea. 2020;39(2):263-270. doi:10.1097/ICO.0000000000002150

31. Özalp O, Atalay E, Yıldırım N. Prevalence and risk factors for keratoconus in a university-based population in Turkey. J Cataract Refract Surg. 2021;47(12):1524-1529. doi:10.1097/j.jcrs.0000000000000669

32. Chung IK, Kim BS, Han KD, Yoo YS, Kim H, Jeong C. Ten-year incidence of keratoconus in relation to sex, age, and thyroid gland dysfunction: a nationwide population-based cohort study (2009-2018). Ann Transl Med. 2024;12(3):45. doi:10.21037/atm-23-1906

33. Bilgihan K, Hondur A, Sul S, Ozturk S. Pregnancy-induced progression of keratoconus. Cornea. 2011;30(9):991-994. doi:10.1097/ICO.0b013e3182068adc

34. Toprak I. To what extent is pregnancy-induced keratoconus progression reversible? A case-report and literature review. Eur J Ophthalmol. 2023;33(1):NP37-NP41. doi:10.1177/11206721211045187

35. Cruz NFSD, Brandão LS, Cruz SFSD, Cruz SASD, Pires CAA, Carneiro FRO. Ocular manifestations of psoriasis. Arq Bras Oftalmol. 2018;81(3):219-225. doi:10.5935/0004-2749.20180044

36. Constantin MM, Ciurduc MD, Bucur S, et al. Psoriasis beyond the skin: Ophthalmological changes (Review). Exp Ther Med. 2021;22(3):981. doi:10.3892/etm.2021.10413

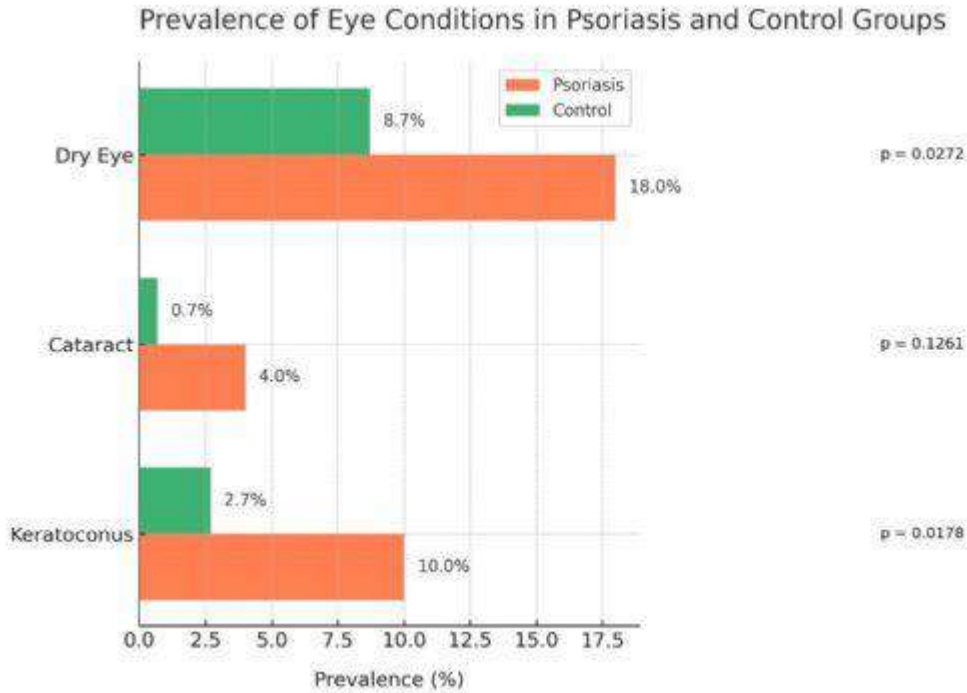
37. Zdebik A, Zdebik N, Fischer M. Ocular manifestations of skin diseases with pathological keratinization abnormalities. Postepy Dermatol Alergol. 2021;38(2):14-20. doi:10.5114/ada.2021.104272

38. Shankar S, Deshmukh R, Pingali T, Sonar R, Basu S, Singh V. Experimental models for keratoconus: Insights and challenges. Exp Eye Res. 2024;248:110122. doi:10.1016/j.exer.2024.110122

39. Wu PC, Ma SH, Huang YY, Chang JY, Chang YT, Dai YX. Psoriasis and Dry Eye Disease: A

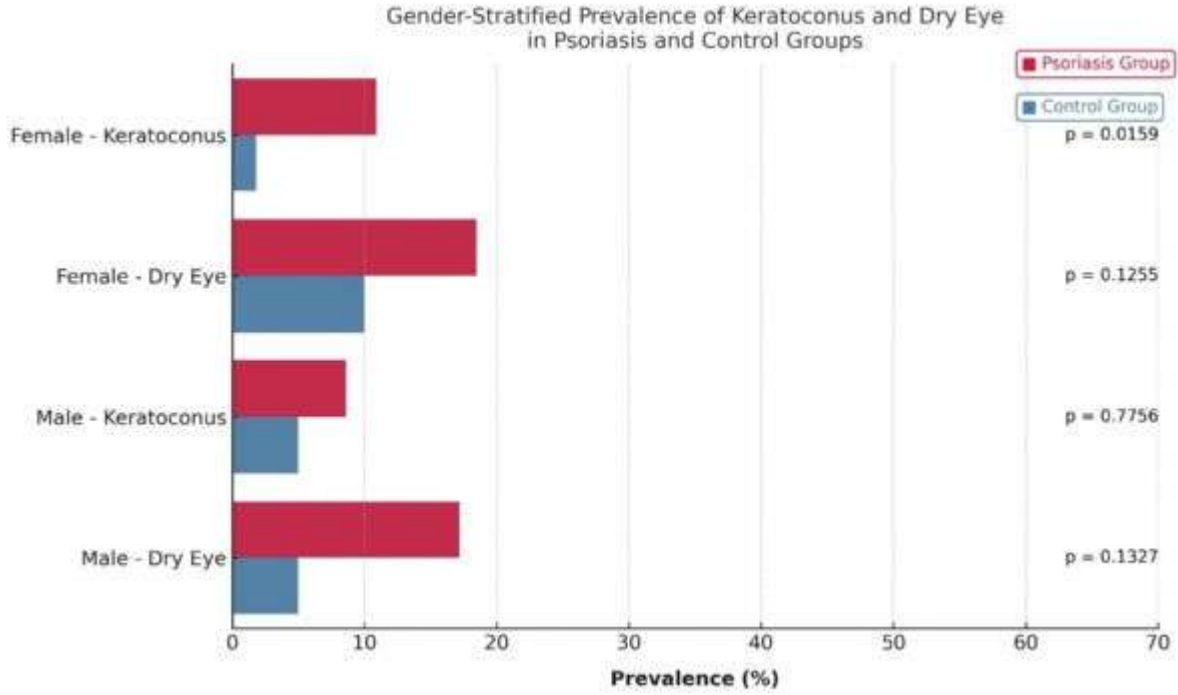
Systematic Review and Meta-Analysis. Dermatology. 2022;238(5):876-885.
doi:10.1159/000522167

RESİM 1



Psoriasis Hastalarında Keratokonus, Katarakt ve Kuru Göz Prevalansı ile Sağlıklı Kontrollerin Karşılaştırılması Keratokonus (%10,0'ye karşı %2,7; $p=0,0178$) ve kuru göz (%18,0'ye karşı %8,7; $p=0,0272$) psoriasis grubunda anlamlı derecede daha yaygın olarak saptandı. Katarakt prevalansındaki fark (%4,0'ye karşı %0,7) istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,1261$).

RESİM 2



Psoriasis ve kontrol gruplarında cinsiyete göre keratokonus ve kuru göz prevalansı. Yalnızca kadınlarda keratokonus prevalansı psoriasis grubunda anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0,0159$).

TABLO1

Sonuç	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	p-değeri
Keratokonus	4,03	1,3 – 12,52	0,0161
Katarakt	6,0	0,71 – 50,92	0,1004
Kuru Göz	2,4	1,18 – 4,89	0,016

Psoriasis ile göz hastalıkları arasındaki ilişkinin lojistik regresyon analizine göre Odds oranları, %95 güven aralıkları ve p-değerleri.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-62][KABUL:SÖZLÜ]

YAPAY ZEKA İLE OLUŞTURULMUŞ DERMATOLOJİK GÖRSELLER: VERİ ETKİN BİR MODEL EĞİTİMİ STRATEJİSİ

Ayberk Aktaran¹, Ahmet Can Türkoğlu², İlknur Kıvanç Altunay¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Mersin

AMAÇ:

Dermatoloji, doğası gereği klinik değerlendirme ve eğitim süreçlerinde büyük ölçüde görsel verilere dayalı bir disiplindir. Bu görsel odaklı yapı, diğer tıp branşlarından farklı olarak yapay zekâ uygulamaları açısından dermatolojiye kendine özgü avantajlar sunmaktadır. Akademik ve ticari amaçlarla cilt hastalıklarının tanısında yapay zekâ destekli görüntü tanıma modellerine ilişkin çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen, dermatolojik görsellerin yapay zekâ aracılığıyla üretilmesi henüz yeterince geliştirilmemiştir ve önemli bir potansiyele sahiptir^{1,2}. Yapay zekâ temelli görüntü üretimi; eğitim materyallerini geliştirme, mahremiyeti koruma ve nadir cilt hastalıkları ve atipik olguların görselleştirilmesinde yenilikçi çözümler sunabilir. Yapay zekâ modellerinin eğitimi maliyetli olup büyük veri setleri, enerji ve yeterli donanım gerektirmektedir. Düşük sıralı adaptasyon (Low-Rank Adaptation, LoRA) algoritması ise önceden eğitilmiş büyük modellerin yeni görevler için daha az kaynakla ve daha kısa sürede uyarlanmasını sağlayan bir model eğitim tekniğidir³. Bu çalışmada, LoRA algoritmasıyla kliniğimizin dermatolojik fotoğraf arşivlerinden yararlanarak gerçekçi görseller üretebilen, veri ve maliyet açısından etkin, yerel bir yapay zekâ modeli geliştirmek ve buna uygun bir eğitim stratejisi oluşturmak amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Psoriasis pilot hastalık olarak seçilerek, hasta onamı alınmış ve farklı demografik ve klinik özellikleri temsil eden toplam 140 vaka fotoğrafı kullanıldı. Fitzpatrick cilt tipleri ve cinsiyet dağılımı gözetilerek tüm vücut, geniş açı ve lezyon odaklı görseller seçildi (Tablo 1). Model eğitimi veri seti için klinisyenler, anatomik görünüm, pozisyon, yaş, cinsiyet, lezyon lokalizasyonu, yüzey alanı, eritem ve skuam şiddeti gibi ayrıntıları içeren standartlaştırılmış fotoğraf betimlemeleri hazırladı. LoRA algoritması kullanılarak açık kaynaklı ve araştırma



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

amaçlı lisanslı bir görüntü üretim modeli⁴, tüketici sınıfı bir grafik kartı ile eğitildi. Model, Python tabanlı bir kullanıcı arayüzü üzerinde çalıştırıldı ve eğitim sürecinde average loss değeri model yeterliliğini değerlendirmek için izlendi. Farklı psoriasis hasta senaryoları metin formatında hazırlanarak dermatolojik görseller oluşturuldu. Görseller araştırmacılarca klinik uygunluk açısından yeniden değerlendirilerek model parametreleri bu geri bildirimler doğrultusunda iyileştirildi.

BULGULAR:

LoRA eğitimi 28 saat 22 dakika sürdü; her biri veri setinin tam bir tur eğitimini ifade eden 16 epoch ve her görsel için 10 tekrar yapıldı. Kayıp değeri (average loss) model başarımını değerlendirmek için temel ölçüt olarak kullanıldı ve eğitimin hassasiyetini yansıttı. Epoch sayısı arttıkça bu değerde belirgin düşüşler izlendi. 13. epoch sonrasında gözlenen plato, sınırlı sayıda epoch ile verimli bir eğitim yapılabileceğini gösterdi (Şekil 1). Başlangıçta dermatoloji dışı detaylar ve kısmi genital artefaktlar gözlemlenirken, sonraki eğitimlerde iç çamaşırı, arka plan gibi istenmeyen unsurlar tanımlandı ve veri setine genital bölge fotoğrafları eklendi. Nihai modelde daha tutarlı görseller elde edildi.

SONUÇ:

Kullanılan yöntem, sınırlı veri setleriyle dahi klinik açıdan tutarlı ve anlamlı görseller elde edilmesini mümkün kılmıştır. Yaygın kullanılan bulut tabanlı yapay zekâ modelleri, hasta verilerinin mahremiyetini riske atarak etik kaygılara yol açabilmektedir. Buna karşılık, geliştirdiğimiz sistem tüm süreci yerel olarak yürüterek hassas verilerin üçüncü taraflarla paylaşılmasını önlemektedir. Derinin bireyler arasındaki yapısal benzerliği, sıfırdan bir model eğitimi yerine önceden eğitilmiş modellerin potansiyelini göstermektedir. Erişilebilir donanımlarla gerçekleştirilebilen eğitim, bu yöntemin birçok klinikte uygulanabilirliğini desteklemektedir. İleri araştırmalar, daha geniş ve çeşitli veri setleriyle yöntemin farklı dermatolojik durumlarda da güvenilir ve yaygın bir araç olarak kullanılmasını sağlamayı hedeflemektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: Dermatolojik fotoğraflama, Dijital görselleştirme, Psoriasis, Yapay zeka

KAYNAKLAR: 1. Pielage L, Schmidle P, Marschall B, Risse B. Interactive high-quality skin lesion generation using diffusion models for VR-based dermatological education. In: Proceedings of the 30th International Conference on Intelligent User Interfaces (IUI '25). New York (NY): Association for Computing Machinery; 2025. p. 878–97.

2. Breslavets M, Breslavets D, Lapa T. Advancing dermatology education with AI-generated

images. Dermatol Online J. 2024;30(1):10.5070/D330163299.

3. Hu EJ, Shen Y, Wallis P, Allen-Zhu Z, Li Y, Wang S, Chen W. Lora: Low-rank adaptation of large language models. ICLR. 2022;1(2):3.

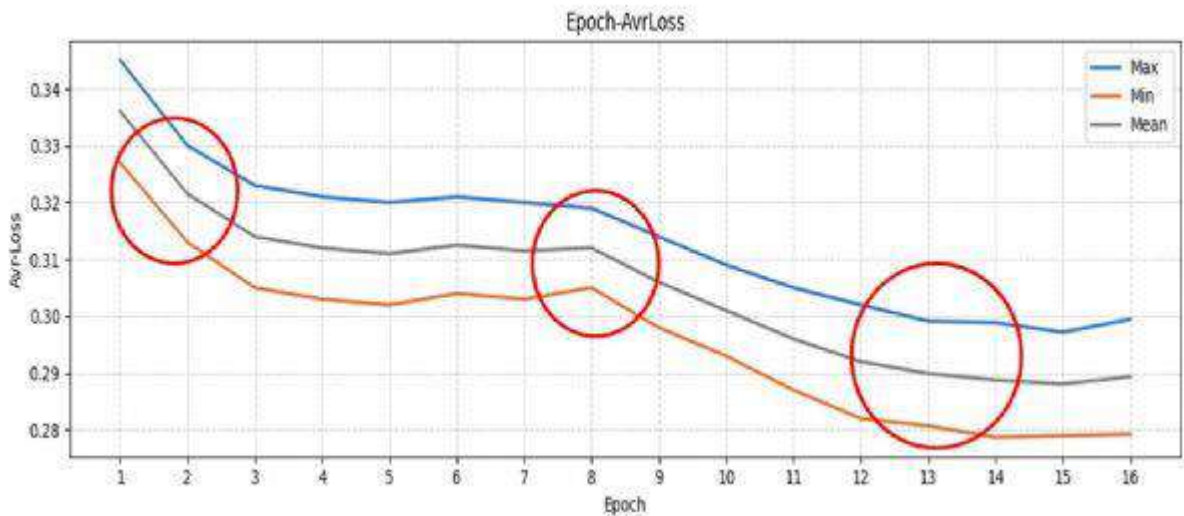
4. Black Forest Lab. (2025). Flux.dev: Text-to-image generation model. bfl.ai

TABLO 1.

Fotoğraf Açıkları	Sayı:(n)	Fitzpatrick Cilt Tipi	Sayı:(n)	Cinsiyet	Sayı:(n)
Tüm Vücut	(24)	II	(44)	Erkek	(77)
Geniş açı	(65)	III	(77)	Kadın	(63)
Lezyon, yakın açı	(51)	IV	(19)		
					Toplam Sayı:(140)

Veri setine ilişkin demografik ve klinik özellikler sunulmuştur. Geniş açı: Tüm vücudu kapsamayan ancak ilgili anatomik bölgenin tanımlanmasına olanak sağlayan fotoğraflar. Lezyon: Anatomik lokalizasyonun belirgin olmadığı, psoriasis lezyon morfolojisinin detaylı şekilde gösterildiği fotoğraflar.

ŞEKİL 1



Şekilde epoch sayısına karşılık average loss (AvrLoss) değerlerinin değişimi gösterilmektedir.

Kırmızı daire ile işaretlenen alanlar, model eğitim sürecinde average loss değerinde belirgin düşüşlerin gözlemlendiği epoch sayısını belirtmektedir.

GERÇEK FOTOĞRAF VE MODELLERİN KARŞILAŞTIRILMASI



Model eğitimi sırasında kullanılan bir gerçek hasta fotoğrafının betimlemesi kullanılarak modellerin test edilmesi amaçlanmıştır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-63][KABUL:SÖZLÜ]

KRONİK PLAK PSORİAZİSLİ HASTALARDA GUSELKUMABIN ETKİNLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ: TEK MERKEZLİ, RETROSPEKTİF, 1 YILLIK GERÇEK YAŞAM VERİSİ

Ahmet Tuğrul Su¹, İpek Yılmaz¹, Zeyneb Tecik¹, Ayşenur Botsalı¹, Ercan Çalışkan², Gülşen Akoğlu¹

¹Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Özel Klinik

AMAÇ:

Psoriasis hastalarında guselkumabın kısa ve uzun dönem etkinliği ile güvenilirliğine dair gözlemler ülkemizde sınırlıdır. Bu çalışmada guselkumab tedavisi altındaki kronik plak psoriasis hastalarının 1 yıllık gerçek yaşam verisi değerlendirilmiştir.

MATERYAL-METOD:

Kronik plak tipi psoriasis tanılı ve 52 hafta boyunca guselkumab tedavisi almış hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, önceki tedavi öyküleri, başlangıçtaki Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI) değerleri ile 4, 12, 20, 28 ve 52. haftalardaki PASI90 ve PASI100 yanıtları ile Hekim Global Değerlendirme (PGA) skorları geriye dönük olarak kaydedildi.

BULGULAR:

Hastaların 15'i (%45,5) kadın, 18'i (%54,5) erkekti. Ortalama yaş 43,5±11,7 yıl olup (25-66), 19'u (%57,6) daha önce biyolojik tedavi almamış, 14'ü (%42,4) biyolojik deneyimli ve 10'u (%30,3) obezdi. Başlangıçtaki ortalama PASI skoru 8,9 idi. PASI90/PASI100/PGA0-1 yanıt oranları 4., 12., 20., 28. ve 52. haftalarda sırasıyla %8,3/%4,2/%20,8; %58,3/%58,3/%66,7; %71,4/%53,6/%67,9; %83,3/%60,0/%86,7; %84,8/%63,6/%90,9 olarak gözlemlendi. Tam iyileşme sağlanan ortalama hafta 12. haftaydı. Daha önce biyolojik tedavi almamış hastaların başlangıç PASI değerleri daha yüksek olmasına karşı 28. ve 52. hafta PASI değerleri biyolojik deneyimli hastalara kıyasla anlamlı şekilde daha düşüktü (sırasıyla p=0,042; p=0,017; p=0,002). Ancak 4., 12. ve 20. haftalarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). 28. haftada PASI90, PASI100 ve PGA0-1 yanıtları daha önce biyolojik tedavi almamış olan hastalarda,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

biyolojik deneyimli hastalara kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0,006$; $p=0,024$; $p=0,018$). 52.haftada da PASI90 ve PASI100 yanıtları daha önce biyolojik tedavi almamış grupta belirgin olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0,008$; $p=0,001$). Ancak 4. ve 12. haftalarda iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Obez ve obez olmayan hastalar arasında başlangıç, 4., 12., 20., 28. ve 52. haftalarda PASI skorları, PASI90, PASI100 ve PGA0-1 yanıtları açısından anlamlı fark saptanmadı (tüm $p>0,05$).

SONUÇ:

Guselkumab, kronik plak tipi psoriasisli hastalarda 52 hafta boyunca etkili ve güvenli bir tedavi seçeneğidir. İlk 4 ve 12 haftalık tedavi sürecinde biyolojik tedavi öyküsünün etkinlik üzerinde anlamlı fark yaratmamasına rağmen, ilerleyen haftalarda daha önce biyolojik tedavi almamış olan hastalarda etkinliğin daha belirgin olduğu görülmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: psoriasis, guselkumab, biyolojik

KAYNAKLAR: 1.Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet. 2015;386(9997):983–94.

2. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a

review. JAMA. 2020;323(19):1945–60.

3. Nast A, Smith C, Spuls PI, et al. EuroGuiDerm guideline on the systemic treatment of psoriasis vulgaris—Part 1: treatment and monitoring recommendations. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(11):2461–98

4. Valenti M, Narcisi A, Pavia G, Gargiulo L, Costanzo A. What Can IBD Specialists Learn from IL-23 Trials in Dermatology?. J Crohns Colitis. 2022;16(Supplement_2):ii20-i

5. Warren RB, Blauvelt A, Poulin Y, et al. Efficacy and safety of risankizumab vs. secukinumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis (IMMerge): results from a phase III, randomized, open-label, efficacy-assessor-blinded clinical trial. Br J Dermatol. 2021;184(1):50-59.

6. Machado Á, Torres T. Guselkumab for the Treatment of Psoriasis. BioDrugs. 2018 Apr;32(2):119-128.

7. Yang EJ, Sanchez IM, Beck K, Sekhon S, Wu JJ, Bhutani T. Guselkumab for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis. Expert Rev Clin Pharmacol. 2018 Apr;11(4):333-344.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

8. Mastorino L, Dapavo P, Ortoncelli M, Stroppiana E, Verrone A, Astrua C, Fiasconaro C, Liao Y, Gallo G, Quaglino P, Ribero S. Drug survival, effectiveness, and safety of guselkumab for moderate-to-severe psoriasis for up to 4 years. Clin Exp Dermatol. 2025 Jan 8:llaf010.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-64][KABUL:SÖZLÜ]

**PSORİASİS HASTALARINDA APREMİLAST TEDAVİSİNE ERKEN KLİNİK YANITIN PREDİKTİF
ROLÜ: 4. VE 12. HAFTA PASİ DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Şeyma Nur Erol, Selda Pelin Kartal

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara

AMAÇ:

Apremilast bir fosfodiesteraz-4 inhibitörü olup orta/şiddetli plak psoriasis ve psoriatik artrit tedavisinde kullanılan oral bir ajandır. Literatürde psoriasis vulgaris hastalarında gerçekleştirilen etkinlik çalışmaları, 12-16 haftalık tedavi periyodunda PASİ 75 yanıt oranlarının %30-70 arasında değiştiğini göstermektedir. Ülkemizde görece yeni kullanılmaya başlanan bu ajanla ilgili kendi klinik pratiğimizde de tedavi yanıtının hastalar arasında belirgin biçimde değişkenlik gösterdiği, bazı hastalarda anlamlı yanıt alınırken bazılarında etkisiz kaldığı gözlenmektedir. Bu durum, tedavide kalım süresini ve hasta memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir; dolayısıyla erken dönemde tedavi yanıtını öngörebilecek göstergelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada, 4. hafta PASİ yanıtının 12. haftada PASİ 75 yanıtına ulaşmayı öngörmedeki gücünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

27 Aralık 2023- 4 Haziran 2025 tarihleri arasında Etlik Şehir Hastanesi Psoriasis Polikliniğine başvuran apremilast tedavisi başlanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Tedaviye en az 12 hafta süre ile devam eden; muayene notlarında başlangıç, 4. ve 12. Hafta PASİ skoru dökümente edilen tüm hastalar dahil edildi. SPSS IBM 26 kullanılarak analizler yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılım göstermeyen değişkenler median (min, max) ile sunuldu. Veriler Fisher's Exact Test, ROC Analizi, Tanısal Test Performansı ile analiz edildi.

BULGULAR:

Çalışma toplam 33 hastanın verileri dahil edildi. Cinsiyet dağılımı 22 erkek (%66.7), 11 kadın (%33.3) şeklinde olup yaş ortalaması 47.36 ± 14.60 yıldır. Median başlangıç PASİ: 4.00 (min: 0.0, max: 17.9), ortalama 4. hafta PASİ: 2.59 ± 1.35 ve median 12. hafta PASİ: 2.0 (min: 0.0 -



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

max:6.0) olarak değerlendirildi. Median 4. hafta PASI yanıtı: 40.0% (-100.0-100.0), median 12. hafta PASI yanıtı: 52.0% (-100.0-100.0) idi.

4. haftada 12 hasta (%36.4) PASI 50, 4 hasta (%12.1) PASI 75 ve 2 hasta (%6.1) PASI 90 yanıtına ulaşırken; 12. haftada sırasıyla 17 hasta (%51.5) PASI 50, 13 hasta (%39.4) PASI 75 ve 4 hasta (%12.1) PASI 90 yanıtına ulaşmıştı.

Erken PASI yanıtının öngörücü değeri analiz edildiğinde; 4. hafta PASI 50 yanıtı, 12. hafta PASI 75 yanıtını %76.9 sensitivite, %90.0 spesifisite, %83.3 pozitif prediktif değer ve 30.0 Odds Ratio ile güçlülükle ön görmektedir (Fisher's exact test, $p < 0.001$). Bir diğer ifadeyle; 4. hafta PASI 50 alanların %83.3'ü 12. haftada PASI 75'e ulaşır.

ROC eğrisinin altında kalan alan (AUC):0.938 olarak hesaplanmış olup iyi ayırım gücünü ifade etmektedir. Yapılan ROC analizinde 12. Hafta PASI 75 yanıtını öngörmeye optimal cut off değeri 4. Hafta PASI 40.58 yanıtı (Youden index:0.773) olarak saptandı.

İstatistiksel anlamlılık Fisher's exact test ile ($p < 0.001$), effect size Cohen's w ile ($w:0.680$) değerlendirildi. Post hoc güç analizi, mevcut örneklem büyüklüğü ($n:33$) ile elde edilen istatistiksel gücün %97.42 olduğunu göstermiştir (GPower3.1.9.7, effect size $w:0.680$, $\alpha=0.05$).

SONUÇ:

Bu öncül çalışma, psoriasis hastalarında apremilast tedavisinde 4. hafta PASI 50 yanıtının alınmış olmasının, 12. hafta PASI 75 yanıtını öngörmeye değerli olduğunu göstermektedir. Yüksek spesifisite (%90.0) ve pozitif prediktif değer (%83.3) ile erken yanıt (4. Hafta PASI 50 yanıtı), tedavi başarısının güvenilir göstergesi olarak kullanılabilir. 12. Haftada PASI 75 yanıtını ön görme noktasında 4. haftada ~%40 PASI değişimi optimal cut-off değer olarak önerilmektedir. Bu bulgular, daha geniş hasta gruplarında doğrulanarak psoriasis tedavi protokollerine entegre edilme potansiyeline sahiptir.

ANAHTAR KELİMELE: apremilast, pasi, psoriasis, tedavi

KAYNAKLAR: Papp K, Reich K, Leonardi CL, et al.: Apremilast, an oral phosphodiesterase 4 (PDE4) inhibitor, in patients with moderate to severe plaque psoriasis: results of a phase III, randomized, controlled trial (Efficacy and safety trial evaluating the effects of apremilast in psoriasis [ESTEEM] 1). J Am Acad Dermatol 2015;73:37-49.

Okubo Y, Takahashi H, Hino R, Endo K, Kikuchi S, Ozeki Y, Nakamura T, Paris M, Abe M. Efficacy and Safety of Apremilast in the Treatment of Patients with Mild-to-Moderate Psoriasis in Japan: Results from PROMINENT, A Phase 3b, Open-Label, Single-Arm Study. Dermatol Ther



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

(Heidelb). 2022 Jun;12(6):1469-1480. doi: 10.1007/s13555-022-00747-5. Epub 2022 Jun 11. PMID: 35689737; PMCID: PMC9209617.

Paul C, Cather J, Gooderham M, Poulin Y, Mrowietz U, Ferrandiz C, Crowley J, Hu C, Stevens RM, Shah K, Day RM, Girolomoni G, Gottlieb AB. Efficacy and safety of apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor, in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis over 52 weeks: a phase III, randomized controlled trial (ESTEEM 2). Br J Dermatol. 2015 Dec;173(6):1387-99. doi: 10.1111/bjd.14164. Epub 2015 Nov 7. PMID: 26357944.

Stein Gold L, Papp K, Pariser D, Green L, Bhatia N, Sofen H, Albrecht L, Gooderham M, Chen M, Paris M, Wang Y, Callis Duffin K. Efficacy and safety of apremilast in patients with mild-to-moderate plaque psoriasis: Results of a phase 3, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Acad Dermatol. 2022 Jan;86(1):77-85. doi: 10.1016/j.jaad.2021.07.040. Epub 2021 Jul 31. PMID: 34343599.

Kelly JB 3rd, Foley P, Strober BE: Current and future oral systemic therapies for psoriasis. Dermatol Clin 2015;33:91-109.

Keating GM: Apremilast: A review in psoriasis and psoriatic arthritis. Adis Drug Evaluation Drugs 2017;77:459-72.

Zhu B, Edson-Heredia E, Cameron GS, Shen W, Erickson J, Shrom D, Wang P, Banerjee S, Gordon KB. Early clinical response as a predictor of subsequent response to ixekizumab treatment: results from a phase II study of patients with moderate-to-severe plaque psoriasis. Br J Dermatol. 2013 Dec;169(6):1337-41. doi: 10.1111/bjd.12610. PMID: 24032554.

ÇAPRAZ TABLO

4. hafta pasi 50 * 12. hafta pasi 75 yanıtı evet/hayır
Crosstabulation

Count		12. hafta pasi 75 yanıtı evet/hayır		Total
		,00000	1,00000	
4. hafta pasi 50	,00000	18	3	21
	1,00000	2	10	12
Total		20	13	33

4. hafta pasi 50 * 12. hafta pasi 75 yanıtı Crosstabulation

			12. hafta pasi 75 yanıtı evet/hayır		Total
			,00000	1,00000	
4. hafta pasi 50	,00000	Count	18	3	21
		Expected Count	12,7	8,3	21,0
		% within 4. hafta pasi 50	85,7%	14,3%	100,0%
	1,00000	% within 12. hafta pasi 75 yanıtı	90,0%	23,1%	63,6%
		Count	2	10	12
		Expected Count	7,3	4,7	12,0
Total		% within 4. hafta pasi 50	16,7%	83,3%	100,0%
		% within 12. hafta pasi 75 yanıtı	10,0%	76,9%	36,4%
		Count	20	13	33
		Expected Count	20,0	13,0	33,0
		% within 4. hafta pasi 50	60,6%	39,4%	100,0%
		% within 12. hafta pasi 75 yanıtı	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square ^a	15,249 ^a	1	,000	,000	,000	
Continuity Correction ^b	12,494	1	,000			
Likelihood Ratio	16,213	1	,000	,001	,000	
Fisher's Exact Test				,000	,000	
Linear-by-Linear Association	14,787 ^c	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	33					

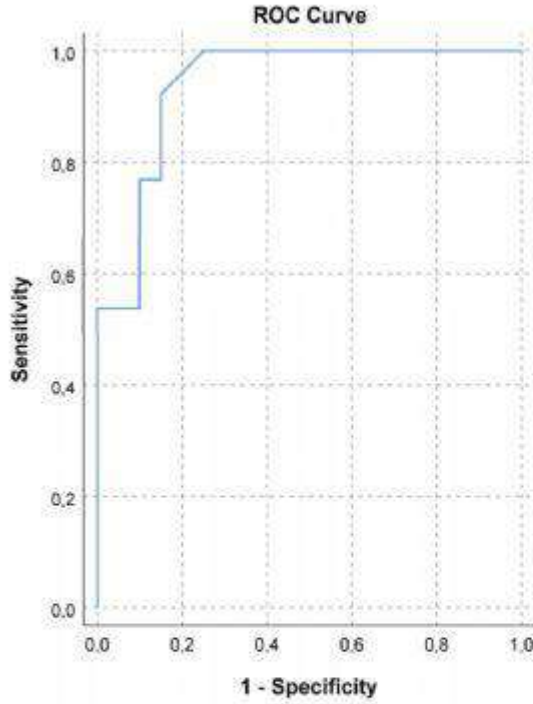
a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,73.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 3,845.

4. hafta PASI 50 yanıtı ile 12. hafta PASI 75 yanıtı arasındaki ilişki çapraz tablo oluşturularak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık Fisher's exact test ile test edildi. 4. hafta PASI 50 yanıtı alan hastaların %83.3'ü (10/12) 12. hafta PASI 75 yanıtına ulaşırken, PASI 50 yanıtı almayan hastaların sadece %14.3'ü (3/21) PASI 75'e ulaşmıştır (Fisher's exact test, $p < 0.001$). Bu bulgu, 4. hafta PASI 50 yanıtının 12. hafta PASI 75 yanıtının güçlü bir öngörücüsü olduğunu göstermektedir.

ROC ANALİZİ



Source of the Curve
4. hafta pasi yanıt
yuzdesi

Area Under the ROC Curve

Test Result Variable(s)	Area
4. hafta pasi yanıt yuzdesi	.938

Coordinates of the ROC Curve

Test Result Variable(s): 4. hafta pasi yanıt
yuzdesi

Positive if Greater Than or Equal To ^a	Sensitivity	1 - Specificity
-901.0000	1.000	1.000
-500.0000	1.000	.950
-85.0000	1.000	.900
-60.0000	1.000	.850
-38.8889	1.000	.800
-13.8889	1.000	.750
8.3333	1.000	.650
16.6667	1.000	.550
18.3333	1.000	.550
20.0000	1.000	.500
20.5263	1.000	.450
25.4386	1.000	.400
34.1430	1.000	.350
38.9277	1.000	.300
39.6970	1.000	.250
40.5882	.923	.150
43.0882	.846	.150
46.8590	.769	.150
49.3590	.769	.100
52.6316	.538	.100
56.5789	.538	.050
62.6430	.538	.000
67.8226	.462	.000
70.7937	.385	.000
76.6667	.309	.000
81.0615	.231	.000
87.3258	.154	.000
96.2644	.077	.000
101.0000	.000	.000

4. hafta PASI yanıt yüzdesinin 12. haftada PASI 75 yanıtını öngörme gücünü gösteren ROC analizi. Eğri altında kalan alan (AUC) 0.938 olup, yüksek ayırt edicilik düzeyine işaret etmektedir. Youden indeksine göre en uygun cut off değeri %40.58 olup, bu noktada duyarlılık %92.3 ve özgüllük %85'tir.

4. VE 12. HAFTA PASI YANIT ORANLARI

Yanıt	4. Hafta	12. Hafta
PASI 50	12/33 (%36.4)	17/33 (%51.5)



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

PASI 75	4/33 (%12.1)	13/33 (%39.4)
PASI 90	2/33 (%6.1)	4/33 (%12.1)

TANISAL TEST PERFORMANSI ANALİZİ

Metrik	Değer	Hesaplama
Sensitivite	%76.9	10/13
Spesifisite	%90.0	18/20
Pozitif Prediktif Değer	%83.3	10/12
Negatif Prediktif Değer	%85.7	18/21
Doğruluk (Accuracy)	%84.8	28/33
Odds Ratio	30.0	-



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-65][KABUL:SÖZLÜ]

SEBOREİK DERMATİT HASTALARINDA HİPERANDROJENİZM BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dilara İlhan Erdil, Gizem Soran, Kadir Küçük, Ezgi Göksal, Selda Pelin Kartal

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

AMAÇ:

Seboreik dermatit (SD) ve androjenetik alopesi (AGA), sebore bezlerinin yoğun olarak bulunduğu bölgeleri etkileyen dermatolojik bozukluklardır. Her iki durumun da androjen duyarlılığı, inflamasyon ve sebum üretimiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak SD tanısı almış bireylerde hiperandrojenizm bulgularının dağılımı, AGA gelişimi ve seboreik dermatit alan ve şiddet skoru (SEDASI) ile ilişkisi yeterince aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada, SD tanılı bireylerde hiperandrojenizm bulgularından akne, polikistik over sendromu, androjenetik alopesi varlığı ve trikoskopi bulgularının sağlık kontrollere göre değerlendirilmesi ve SEDASI şiddetine göre ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bu kesitsel çalışmaya 149 erişkin birey (80 seboreik dermatitli hasta, 81 sağlıklı kontrol) dahil edildi. Katılımcıların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), hiperandrojenizm bulguları (akne varlığı ve şiddeti, androjenetik alopesi [AGA], polikistik over sendromu [PKOS]), trikoskopi bulguları (kıl çapında artış, vellus kıl, sarı/beyaz nokta, peripilar belirti, bal peteği görünümü) ve seboreik dermatit şiddeti (SEDASI) değerlendirildi.

Seboreik dermatitli ve kontrol grubu bireyler ile cinsiyet grupları arasında hiperandrojenizm skoru, yaş ve VKİ açısından farklılıklar bağımsız örneklem t-testi ile analiz edildi. SEDASI şiddeti düzeylerine göre hiperandrojenizm ve trikoskopi bulgularındaki farklar parametrik olmayan Kruskal-Wallis H testi ile değerlendirildi; anlamlı bulunan gruplar arasında Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) testi ile post-hoc analiz yapıldı. Seboreik dermatit, SEDASI şiddeti, AGA ve akne varlığı/şiddeti gibi kategorik değişkenler arası ilişkiler ki-kare testi ile incelendi.

BULGULAR:

Seboreik dermatitli bireylerde hiperandrojenizm skoru anlamlı şekilde daha yüksekti ($p<.001$). VKİ değerleri hasta grubunda anlamlı olarak yüksekti ($p=.008$), ancak yaş açısından



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

gruplar arasında fark yoktu ($p=.215$).

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, erkek bireylerde hiperandrojenizm ($p<.001$) ve VKİ ($p=.002$) değerleri kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksekti. Yaş açısından cinsiyet grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=.836$).

SEDASİ şiddeti arttıkça hiperandrojenizm bulgularında anlamlı artış gözlemlendi ($p<.001$). Post-hoc analizlerde şiddetli SEDASİ grubunun diğer gruplara göre daha yüksek hiperandrojenizm skoruna sahip olduğu saptandı.

Seboreik dermatit tanısı ile AGA arasında anlamlı ilişki vardı ($p=.001$). SEDASİ şiddeti arttıkça AGA görülme sıklığı da anlamlı şekilde artmaktaydı ($p<.001$). Öte yandan, SEDASİ şiddeti ile akne varlığı ($p=.780$) ve akne şiddeti ($p=.300$) arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Seboreik dermatit şiddeti ile trikoskopik değişiklikler arasında anlamlı düzeyde ilişki saptandı ($p<.001$). SEDASİ şiddeti arttıkça, trikoskopik patolojilerin sayısı ve yoğunluğu belirgin şekilde yükselmekteydi. Post-hoc analizler sonucunda, şiddetli SEDASİ grubundaki bireylerin hem sedasisi olmayan hem de hafif ve orta düzeyde sedasi gösteren gruplara kıyasla anlamlı derecede daha fazla trikoskopik bulguya sahip olduğu belirlendi (tüm karşılaştırmalar için $p<.01$).

SONUÇ:

SD tanılı bireylerde hiperandrojenik bulguların daha sık görülmesi, bu dermatolojik durumun hormonal ve sistemik etmenlerle olan bağlantısını desteklemektedir. Trikoskopik bulgular ve SEDASİ değerlendirmesi, SD'li hastalarda hiperandrojenizme bağlı olguları belirlemede yol gösterici olabilir. SD ile AGA arasındaki birliktelik, her iki hastalığın patogenezinde benzer biyolojik mekanizmaların rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Artmış kıl çapı farklılığı, vellus kıl varlığı, peripilar halo, sarı ve beyaz nokta bulguları ile bal peteği görünümü gibi değişiklikler, seboreik dermatit şiddeti ile paralel artış göstermekteydi. Bu durum, seboreik dermatitin yalnızca klinik olarak değil, mikroskobik düzeyde de androjenetik alopesi varlığı ile ilerleyici bir süreçle seyredebileceğini ve trikoskopinin bu süreci nesnel olarak izleyebilen değerli bir tanısal araç olabileceğini göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELE: hiperandrojenizm, seboreik dermatit, SEDASİ, trikoskopi

KAYNAKLAR: Second-to-fourth digit ratio and seborrheic dermatitis in males: a cross-sectional study*doi: 10.1590/abd1806-4841.20198578

The Relationship between Seborrheic Dermatitis and Androgenetic Alopecia in Patients Referred to a Skin Clinic in Tehran, Iran: A Retrospective Study <https://doi.org/10.5812/jhrt-144076>

The relationship between seborrheic dermatitis and body composition parameters doi:

10.14744/nci.2022.08068

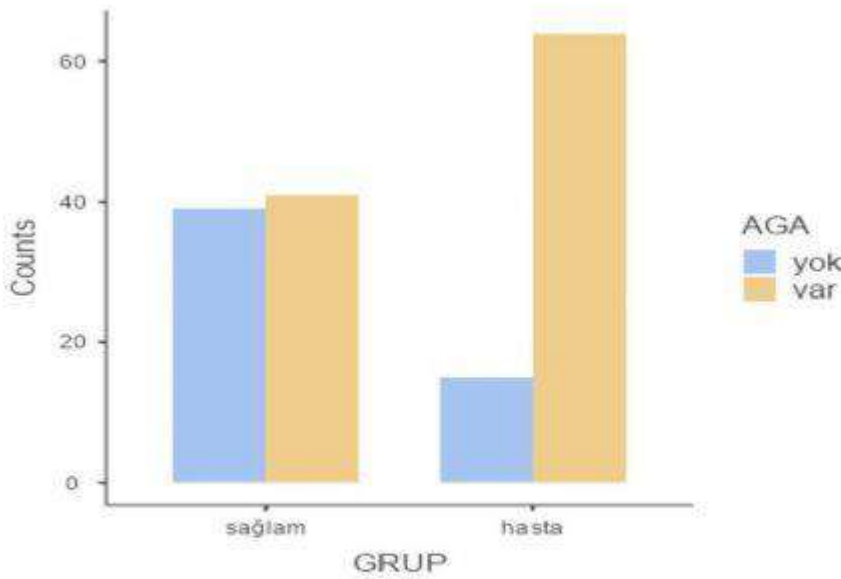
Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review doi: 10.13188/2373-

1044.1000019

Second-to-fourth digit ratio and seborrheic dermatitis in males: a cross-sectional study DOI:

10.1590/abd1806-4841.20198578

SEBOREİK DERMATİT VE AGA ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BAR GRAFİĞİ



Şekil 1. Seboreik dermatit ve AGA arasındaki ilişkiye yönelik bar grafiği

Seboreik dermatitli bireylerde androjenetik alopesi (AGA) sıklığı belirgin şekilde artmıştır. Bu bulgu, SD ile AGA arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve iki durumun ortak patofizyolojik mekanizmaları paylaşabileceğini düşündürmektedir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-66][KABUL:SÖZLÜ]

ERKEN BAŞLANGIÇLI ANDROGENETİK ALOPESİDE SERUM İRİSİN VE İNSÜLİN DİRENCİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esra Ağaoğlu¹, Özben Özden Işıklar², İlayda Kaçer¹, Hilal Kaya Erdoğan¹, Evin Kocatürk², Ersoy Acer¹, Muzaffer Bilgin³, Zeynep Nurhan Saraçoğlu¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Eskişehir

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Eskişehir

GİRİŞ:

Erken başlangıçlı androjenetik alopesi (AGA), genetik yatkınlığı olan bireylerde androjenlerin ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan, 30 yaş altı erkeklerde en sık görülen saç dökülmesi şeklindedir (1,2). Genellikle kozmetik bir sorun olarak değerlendirilen erken başlangıçlı AGA'nın, yapılan çalışmalarda obezite, hipertansiyon ve dislipidemi gibi insülin direnciyle ilişkili hastalıklarla birlikte görülebildiği gösterilmiştir (3,4). Ayrıca, erken başlangıçlı AGA'sı olan bireylerde serum yüksek duyarlılık C-reaktif protein (hs-CRP) düzeylerinin arttığı saptanmış; kıl folikülündeki mikroi inflamasyonun, metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalıklardaki sistemik inflamasyonun bir yansıması olabileceği öne sürülmüştür (5). İrisin, fibronektin tip III alan içeren protein 5'ten türetilen, beyaz yağ dokusunu kahverengi yağ dokusuna dönüştürerek sistemik metabolizmayı ve insülin duyarlılığını artıran yeni bir miyokindir. İrisin, iskelet kasındaki insülin reseptörü duyarlılığını artırmakta ve hepatik glikoz ile lipid metabolizmasını düzenleyerek insülin direnci ile tip 2 diyabete karşı koruyucu rol oynamaktadır (6-8).

Bu çalışmanın amacı, erken başlangıçlı AGA'da serum irislin düzeyleri ile insülin direnci arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

YÖNTEM:

Çalışmaya 18-30 yaş arası 40 erken başlangıçlı AGA'lı hasta ve 40 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Sistemik inflamatuvar hastalığı olanlar, sigara ve/veya alkol kullananlar, son 1 ay içinde herhangi bir sistemik tedavi, antioksidan, gıda ve vitamin takviyesi alanlar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya alınan gönüllülerden AGA bulunanlar Hamilton-Norwood sınıflamasına



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

göre hafif AGA ve orta-şiddetli AGA olarak gruplandı. Gönüllülerin antropometrik ölçümleri (boy, kilo, vücut kitle indeksi, bel çevresi) kaydedilerek serum açlık glikozu, açlık insülin ve lipid düzeyleri, ürik asit, eritrosit sedimentasyon hızı, hs-CRP ve serum irisin düzeyleri değerlendirildi.

BULGULAR:

AGA'lı hastaların vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi ve bel çevresi değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı ($p<0.05$) (Tablo 1).

AGA'lı hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunun laboratuvar değerleri karşılaştırıldığında serum glukoz, insülin, total kolesterol, trigliserid, HDL, LDL, ürik asit, hs-CRP, eritrosit sedimentasyon hızı ve serum irisin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 2).

AGA'lı hastalar hastalık şiddetine göre gruplandığında, hafif AGA'lı ve orta-şiddetli AGA'lı hastaların glukoz, insülin, total kolesterol, trigliserid, HDL, LDL, ürik asit, hs-CRP, eritrosit sedimentasyon hızı, serum irisin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 3).

SONUÇ:

Çalışmamız 30 yaş altı AGA'lı bireylere özgü serum irisin ve insülin direnci ilişkisinin incelendiği ilk çalışma olması nedeniyle önem arz etmektedir. Bulgularımız bir ön çalışma olarak 18-30 yaş arası erkeklerde henüz metabolik sendrom komponentlerinin ve insülin direncinin gelişmediğini, ancak obezitenin bu yaş grubunda daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu yaş grubunda obezitenin önlenmesi AGA ilişkili komorbid durumları önlemeye yardımcı olacaktır.

ANAHTAR KELİMELELER: Androgenetik alopesi, metabolik sendrom, serum irisin, serum yüksek duyarlılıklı C-reaktif protein

KAYNAKLAR: 1. Otberg N, Finner AM, Shapiro J. Androgenetic alopecia. Endocrinol Metab Clin North

Am. 2007;36:379-98.

2. Ceruti JM, Leiros GJ, Balana ME. Androgens and androgen receptor action in skin and



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

hair follicles. Mol Cell Endocrinol. 2018;465:122-33.

3. Acibucu F, Kayatas M, Candan F. The association of insulin resistance and metabolic syndrome in early androgenetic alopecia. Singapore Med J. 2010;51:931-6.

4. Matilainen VA, Makinen PK, Keinanen-Kiukaanniemi SM. Early onset of androgenetic alopecia associated with early severe coronary heart disease: a population-based, case-control study. J Cardiovasc Risk. 2001;8:147-51.

5. Hirsso P, Rajala U, Hiltunen L, Jokelainen J, Keinanen-Kiukaanniemi S, Nayha S. Obesity and low-grade inflammation among young Finnish men with early-onset alopecia. Dermatology. 2007;214:125-9.

6. Perakakis N, Triantafyllou GA, Fernández-Real JM, Huh JY, Park KH, Seufert J, Mantzoros CS. Physiology and role of irisin in glucose homeostasis. Nat Rev Endocrinol. 2017;13:324-37.

7. Eckardt K, Görgens SW, Raschke S, Eckel J. Myokines in insulin resistance and type 2 diabetes. Diabetologia. 2014;5:1087-99.

8. Huh JY, Siopi A, Mougios V, Park KH, Mantzoros CS. Irisin in response to exercise in humans with and without metabolic syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100: 453-7.

TABLO 1 VE 2

	AGA grubu		Kontrol grubu		p
	Ortalama $\pm$ SS	Min-Max	Ortalama $\pm$ SS	Min-Max	
Yaş	23.2 $\pm$ 2.9	18-30	22.5 $\pm$ 2.4	18-30	0.195
Boy (cm)	179.2 $\pm$ 5.3	169-190	179.7 $\pm$ 5.2	170-190	0.703
Kilo (kg)	87.3 $\pm$ 15.9	63-135	79.1 $\pm$ 10.4	54-100	0.019
VKI (kg/m ²)	27.0 $\pm$ 4.7	19.4-39.1	24.4 $\pm$ 3.1	18.4-32.1	0.004
Bel çevresi (cm)	97.4 $\pm$ 13.8	76-141	89.6 $\pm$ 8.3	77-107	0.009
Sistolik kan basıncı (mmHg)	121.4 $\pm$ 11.4	95-153	120.1 $\pm$ 13.0	90-140	0.643
Diastolik kan basıncı (mmHg)	71.5 $\pm$ 10.5	46-90	69.3 $\pm$ 7.8	50-85	0.297

Tablo 1. Erken başlangıçlı AGA ve sağlıklı kontrollerin demografik ve klinik bulgularının karşılaştırılması

	AGA grubu		Kontrol grubu		p
	Ortalama $\pm$ SS	Min-Max	Ortalama $\pm$ SS	Min-Max	
Glukoz (mg/dl)	88.6 $\pm$ 6.7	76-103	88.6 $\pm$ 6.6	72-110	0.987
İnsülin (IU/mL)	13.72 $\pm$ 11.3	4.7-63.7	10.02 $\pm$ 4.34	3.3-24.3	0.288
Total kolesterol (mg/dl)	168.1 $\pm$ 31.9	119-225	169.95 $\pm$ 35.1	122-311	0.996
Trigliserit (mg/dl)	104.3 $\pm$ 66.2	33-392	95.97 $\pm$ 46.75	38-284	0.758
LDL (mg/dl)	102.4 $\pm$ 35.9	12-173	108.2 $\pm$ 29.9	51-214	0.434
HDL (mg/dl)	50.0 $\pm$ 12.3	29-91	51.1 $\pm$ 10.3	37-85	0.675
Ürik asit	6.9 $\pm$ 2.4	3.6-19.0	6.3 $\pm$ 1.7	4-11.4	0.187
İrisin (ng/dl)	455.26 $\pm$ 355.87	118.95-1199.37	462.37 $\pm$ 369.07	132.62-1405.72	0.868
Hs-CRP (mg/dl)	1.59 $\pm$ 2.42	0.15-13.01	1.48 $\pm$ 1.84	0.15-7.66	0.751
ESR (mm/h)	3.55 $\pm$ 4.24	1-19	2.49 $\pm$ 2.15	1-12	0.450

Tablo 2. AGA'lı hasta ve kontrol grubunun laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması

TABLO 3

AGA evresi					
Değişkenler	Hafif AGA		Orta-şiddetli AGA		P
	Mean ± SD	Min-Max	Mean ± SD	Min-Max	
Glukoz (mg/dl)	87.75 ± 5.74	79-101	89.21 ± 7.30	76-103	0.506
İnsülin (IU/mL)	11.95 ± 8.21	4.78-35.8	13.61 ± 10.14	2.69-41.8	0.543
Total kolesterol	172.50 ± 33.72	123-225	165.71 ± 31.66	110-231	0.475
Trigliserit (mg/dl)	84.31 ± 31.07	33-176	117.75 ± 77.98	47-392	0.180
LDL-c (mg/dl)	101.65 ± 40.94	12.40-173.20	102.92 ± 33.15	35-168	0.914
HDL-c (mg/dl)	51.44 ± 12.32	36-91	51.41 ± 13.24	29-79	0.996
Ürik asit (mg/dl)	6.89 ± 1.78	3.6-9.9	6.92 ± 2.84	4.0-9.9	0.690
İrisin (ng/ml)	355.02 ± 342.64	121.17-1199.37	319.96 ± 118.95	118.95-1135.34	0.555
Hs-CRP (mg/dl)	0.99 ± 1.07	0.16-4.46	1.29 ± 0.96	0.15-3.01	0.348
ESR (mm/h)	1.94 ± 0.68	1-3	2.63 ± 1.51	1-5	0.059

Tablo 3. AGA'lıların hastalık şiddetine göre laboratuvar değerlerinin dağılımı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-67][KABUL:SÖZLÜ]

DİRENÇLİ ALOPESİ AREATA HASTALARINDA İNTRALEZYONEL PLATELETEN ZENGİN PLAZMA ENJEKSİYONU

Mert Aydoğan¹, Pınar Özdemir Çetinkaya³, Nermin Karaosmanoğlu²

¹Mert Aydoğan Muayenehanesi, Ankara, Türkiye

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

AMAÇ:

Alopesi areata (AA), skatrisyel olmayan saç dökülmesine neden olan yaygın, kronik otoimmün bir hastalıktır. Tekrarlayan ve düzelen seyri, yeni ve etkili tedavi seçeneklerinin araştırılmasına yol açmaktadır. Çalışmanın amacı, AA hastalarında intralezyonel plateletten zengin plazma (PRP) ve intralezyonel steroid (ILS) enjeksiyonlarının terapötik etkinliğini değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD:

2020-2021 yılları arasında retrospektif bir dosya incelemesi yapıldı. Çalışmaya AA'lı toplam 75 hasta dahil edildi. Otuz altı hasta üç seans intralezyonel PRP ile ve 39 hasta üç seans ILS enjeksiyonu ile tedavi edildi. Hastalar 0, 3 ve 6. aylarda saç çekme testi ve SALT skorları ile değerlendirildi.

BULGULAR:

Yetmiş beş hastadan PRP grubunun ortalama yaşı $34,33 \pm 10,61$, ILS grubunun ortalama yaşı ise $33,82 \pm 13,31$ yılı. Üç PRP veya ILS tedavisi seansı sonrası 3. ve 6. ayda SALT 3 ve SALT 6 skorları PRP grubunda ILS grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p=0,038$, $p<0,001$). PRP grubunda 6. ayın sonunda tedavi yanıtı değerlendirildiğinde 2 (%5,5) hastada yanıt yok, 1 (%2,7) hastada kısmi yanıt, 3 (%8,4) hastada iyi yanıt ve 30 (%83,4) hastada çok iyi yanıt vardı. 6 aylık dönemde sadece 2 (%5,9) hastada klinik relaps yaşandı. Yan etkiler PRP grubunda 16 (%44,4) hastada, ILS grubunda ise 8 (%20,5) hastada görüldü ve PRP grubunda yan etki sıklığı ILS grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p=0,026$). Ancak her iki grupta da kaşıntı, ağrı, yanma, ekimoz ve folikülit gibi minör yan etkiler görüldü.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

PRP, sınırlı yamalı AA için etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği gibi görünmektedir, ancak ILS'ye üstünlüğü tam olarak gösterilememiştir, bu da ILS'yi hala birinci basamak tedavi haline getirmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: alopesi, ILS, PRP, plateletten zengin plazma, steroid

- KAYNAKLAR:** 1. Bertolini M, McElwee K, Gilhar A, Bulfone-Paus S, Paus R.; Hair follicle immune privilege and its collapse in alopecia areata. *Exp Dermatol* 2020;29(8):703-25.
2. Hon KL, Leung AK.; Alopecia areata. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov* 2011;5(2):98-107.
3. Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH, Roberts JL, Shapiro J, Canfield D, et al.; Alopecia areata investigational assessment guidelines--Part II. National Alopecia Areata Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2004;51(3):440-7.
4. Meah N, Wall D, York K, Bhoyrul B, Bokhari L, Sigall DA, et al.; The Alopecia Areata Consensus of Experts (ACE) study: Results of an international expert opinion on treatments for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2020;83(1):123-30.
5. Meznerics FA, Illes K, Dembrovsky F, Fehervari P, Kemeny LV, Kovacs KD, et al.; Platelet-Rich Plasma in Alopecia Areata-A Steroid-Free Treatment Modality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Biomedicines* 2022;10(8).
6. Xu P, Wu Y, Zhou L, Yang Z, Zhang X, Hu X, et al.; Platelet-rich plasma accelerates skin wound healing by promoting re-epithelialization. *Burns Trauma* 2020;8:tkaa028.
7. Paichitrojjan A, Paichitrojjan A.; Platelet Rich Plasma and Its Use in Hair Regrowth: A Review. *Drug Des Devel Ther* 2022;16:635-45.
8. Olsen E, Hordinsky M, McDonald-Hull S, Price V, Roberts J, Shapiro J, et al.; Alopecia areata investigational assessment guidelines. National Alopecia Areata Foundation. *J Am Acad Dermatol* 1999;40(2 Pt 1):242-6.
9. Li ZJ, Choi HI, Choi DK, Sohn KC, Im M, Seo YJ, et al.; Autologous platelet-rich plasma: a potential therapeutic tool for promoting hair growth. *Dermatol Surg* 2012;38(7 Pt 1):1040-6.
10. El-Sharkawy H, Kantarci A, Dedy J, Hasturk H, Liu H, Alshahat M, et al.; Platelet-rich plasma: growth factors and pro- and anti-inflammatory properties. *J Periodontol* 2007;78(4):661-9.
11. Kapoor P, Kumar S, Brar BK, Kukar N, Arora H, Brar SK.; Comparative Evaluation of Therapeutic Efficacy of Intralesional Injection of Triamcinolone Acetonide versus Intralesional

Autologous Platelet-rich Plasma Injection in Alopecia Areata. J Cutan Aesthet Surg 2020;13(2):103-11.

12. Albalat W, Ebrahim HM.; Evaluation of platelet-rich plasma vs intralesional steroid in treatment of alopecia areata. J Cosmet Dermatol 2019;18(5):1456-62.

13. Balakrishnan A, Joy B, Thyvalappil A, Mathew P, Sreenivasan A, Sridharan R.; A Comparative Study of Therapeutic Response to Intralesional Injections of Platelet-Rich Plasma Versus Triamcinolone Acetonide in Alopecia Areata. Indian Dermatol Online J 2020;11(6):920-4.

14. Fawzy MM, Abdel Hay R, Mohammed FN, Sayed KS, Ghanem MED, Ezzat M.; Trichoscopy as an evaluation method for alopecia areata treatment: A comparative study. J Cosmet Dermatol 2021;20(6):1827-36.

15. Hegde P, Relhan V, Sahoo B, Garg VK.; A randomized, placebo and active-controlled, split scalp study to evaluate the efficacy of platelet-rich plasma in patchy alopecia areata of the scalp. Dermatol Ther 2020;33(6):e14388.

16. Trink A, Sorbellini E, Bezzola P, Rodella L, Rezzani R, Ramot Y, et al.; A randomized, double-blind, placebo- and active-controlled, half-head study to evaluate the effects of platelet-rich plasma on alopecia areata. Br J Dermatol 2013;169(3):690-4.

PRP



Tedavi öncesi ve 3 seans PRP uygulaması sonrası



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-68][KABUL:SÖZLÜ]

ANDROGENETİK ALOPESİLİ ERKEK HASTALARIN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Osman Vural¹, İlknur Kıvanç Altunay²

¹ÇORLU DEVLET HASTANESİ

²SEYRANTEPE HAMİDİYE ETFAL HASTANESİ

GİRİŞ-AMAÇ:

Saç biyolojik ve sosyal işlevleri dışında psikolojik olarak öz kimlik ve beden imajı içinde oldukça önemlidir. Birçok saç kaybı bozukluğu psikolojik sorunlara yol açarken, androgenetik alopesi (AGA) hastalarında da hayat kalitesinde düşme, beden algısında bozulma, kendine güvende azalma, anksiyete ve depresyon görülme sıklığında artma gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu gibi sorunlar hastaların cinsel hayat kalitelerinde azalmaya ve cinsel fonksiyonlarında bozulmalara sebebiyet verebilmektedir. Bu çalışmada AGA'lı erkek hastalardaki psikolojik komorbiditeleri, cinsel işlev bozukluklarını ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya Haziran 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğimize başvuran 18-45 yaş arası 110 sağlıklı erkek gönüllü ve 110 AGA tanısı almış erkek hasta olmak üzere toplam 220 kişi dahil edilmiştir. Örneklemi oluşturan bireyler ile ilgili bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik özellikler formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Vücut Algısı Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Erkeklerde Cinsel Sağlık Değerlendirme Formu araştırmacı gözetimi altında araştırmaya katılanlar tarafından dolduruldu. AGA şiddeti Hamilton-Norwood Ölçeği ile belirlendi.

BULGULAR:

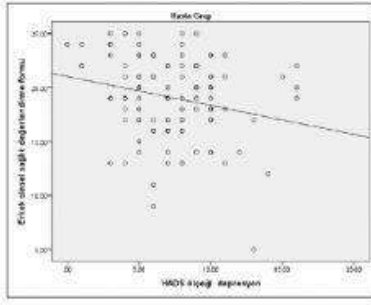
Çalışmamızda hasta grubun kontrol grubuna göre beden memnuniyeti açısından daha olumsuz etkilendiği, anksiyete, depresyon ve cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p=0.028$, $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.001$). AGA'lı hastalarda anksiyete belirtileri arttıkça iktidarsızlık ve cinsel ilişkiden kaçınma eğiliminin arttığı bulunmuştur (sırasıyla $p=0.010$, $r=0.245$; $p=0.006$, $r=0.259$). Buna ek olarak AGA'lı hastalarda depresyon belirtilerindeki artışın erektil disfonksiyon ve erken boşalma eğilimini artırdığı gösterilmiştir (sırasıyla $p=0,027$, $r=-0,210$; $p=0,001$, $r=0,366$).

SONUÇ:

AGA sadece deri hastalığı olarak değerlendirilmemeli, hekim AGA'nın erkek hastalarda anksiyete, depresyon, beden memnuniyetinde azalma ve cinsel işlev bozukluğunu tetikleyebileceğini göz önünde bulundurmalı ve hastaları multidisipliner bir şekilde değerlendirmelidir. Çalışmamız gelecekteki araştırmalara ışık tutmakla birlikte bu ilişkileri netleştirmek için daha büyük örneklemli araştırmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: androjenetik alopesi, anksiyete, depresyon, erektil disfonksiyon

DEPRESYON VE EREKTİL DİSFONKSİYON İLİŞKİSİ





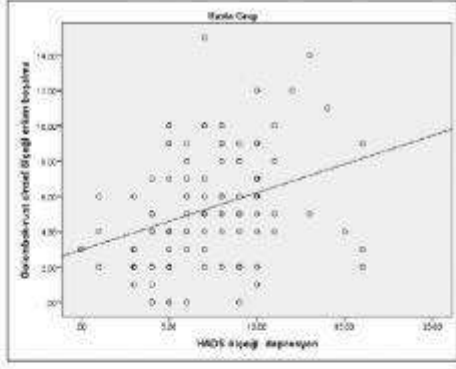
33

ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

DEPRESYON VE ERKEN BOŞALMA İLİŞKİSİ





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-69][KABUL:SÖZLÜ]

LİKEN PLANOPİLARİS HASTALARINDA İL-31 VE İL-31RA EKSPRESYONU VE HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ

Öykü Gönüllü¹, Ozan Erdem¹, Sıdika Şeyma Özkanlı², Güldehan Atış³, Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilimdalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilimdalı, İstanbul

³İstanbul Memorial Ataşehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilimdalı, İstanbul

AMAÇ:

Liken planopilaris (LPP), otoimmün aracılı primer sikatrisiyel bir alopesidir. Bulge bölgesinde immün toleransın bozulması, CD8+ T hücre infiltrasyonu, epitelyomezenkimal geçiş, lipid metabolizmasındaki düzensizlikler ve nörojenik enflamasyon gibi etkenler patofizyolojide rol oynamaktadır. Son dönemde, pruritik enflamatuar dermatozlarda kaşıntının nörojenik enflamasyon ile olan potansiyel ilişkisi ile interleukin-31 (İL-31) ve reseptör bileşenlerinin (İL-31RA/OSMRβ) bu süreçte rol oynayabileceğine dair çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada, LPP hastalarında epidermal ve dermal İL-31 ve İL-31RA ekspresyonunun sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi ve bu ekspresyon düzeylerinin hastalık ve kaşıntı şiddetiyle ilişkisinin araştırılması ile hastalık patofizyolojisine ışık tutmak amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamıza hastanemizde 2020–2024 yılları arasında klinik ve histopatolojik olarak klasik tip LPP tanısı almış, 18 yaş ve üzeri 30 hasta ile kontrol grubu olarak saçlı deride benign nedenlerle eksizyonel biyopsi yapılmış benzer yaş ve cinsiyet dağılımına sahip 30 sağlıklı birey alınmıştır. Hastalık şiddeti, klinik arşivdeki makroskobik ve trikoskopik fotoğraflar üzerinden alan skoru (S1= $\leq$ %25, S2=%26–50, S3=%51–76, S4=%76-99) ve trikoskopik bulgular, tanı anındaki kaşıntı şiddeti ise Sayısal Derecelendirme Skalası (NRS) ile değerlendirilmiştir. İmmünohistokimyasal analiz için tüm kesitler, Sectra UniView Sürüm 26.2.12.8350 (©2025 Sectra AB) dijital patoloji sistemi kullanılarak taranmış ve elde edilen dijital görüntüler ImageJ/Fiji yazılımı ile analiz edilmiştir. Epidermal İL-31/İL-31RA ekspresyonu ise, eşik



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

değerler belirlenerek pozitif boyanan keratinosit oranı üzerinden, dermal İL-31/İL-31RA ekspresyonu ise en yoğun boyanan üç alandaki pozitif enflamatuvar hücrelerin tüm enflamatuvar hücrelere oranı üzerinden yüzdesel olarak belirlenmiştir. Çalışmamız “TDD Uzmanlık Öğrencileri Araştırma Projeleri Bursu” tarafından desteklenmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 30 LPP hastasının yaş ortalaması $50,1 \pm 13,6$ yıl olup, %43,3’ü kadın, %56,7’si erkekti. Hastalık süresi ortalama 54,3 ay olarak saptandı. LPP hastalarında epidermal ve dermal İL-31 ve İL-31RA ekspresyon düzeyleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek bulundu (epidermal İL-31: $24,2 \pm 18,5$ vs. $1,4 \pm 2,0$; dermal İL-31: $37,4 \pm 15,1$ vs. $6,9 \pm 3,9$; epidermal İL-31RA: $22,4 \pm 22,2$ vs. $6,7 \pm 6,7$; dermal İL-31RA: $33,5 \pm 14,2$ vs. $4,5 \pm 3,4$; ($p < 0,0001$)). (Tablo 1)(Şekil 1-2) Ayrıca epidermal ve dermal İL-31 ve İL-31RA düzeyleri arasında güçlü pozitif korelasyonlar saptandı ($p < 0,001$). (Tablo 2) Tanı anındaki NRS skoru ve alan skorları ile İL-31/İL-31RA ekspresyonları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Perifoliküler eritem ve skuam ile epidermal İL-31 ve İL-31RA ekspresyon düzeyleri arası anlamlı bir ilişki izlenmedi. Perifoliküler skuam varlığında ise dermal İL-31RA ekspresyonu ile arasında anlamlı korelasyon saptandı ($36,3 \pm 13,3$ vs. $28,0 \pm 15,1$; $p = 0,039$).

SONUÇ:

LPP’de LP gibi birçok kaşıntılı enflamatuvar dermatozda olduğu gibi, hem epidermal hem dermal düzeyde İL-31/İL-31RA düzeylerinin yüksek saptanması, hastalık patogenezinde İL-31/İL-31RA’nın rol alabileceğini düşündürmektedir. Epidermal ve dermal ekspresyonlar arası saptanan güçlü pozitif korelasyon, sitokin aksının bir bütün halinde aktive olduğunu desteklemektedir. İL-31, salgılandığı mast hücresi, sinir liflerinde bulundurduğu reseptörü İL-31RA ve Substans P gibi mediyatörler aracılığıyla nörojenik enflamasyonda rol oynamaktadır. Kaşıntı skoru ile İL-31/İL-31RA ekspresyonu arası anlamlı bir ilişki izlenmezken, dermal İL-31RA düzeyi ile perifoliküler skuam arasındaki anlamlı korelasyon, bu sitokin yolağının hastalık patogenezindeki nörojenik enflamasyon benzeri pruritus dışı enflamatuvar süreçlerde rol alabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bu bulgular, hastalık patogenezinde rol aldığı düşünülen İL-31’e yönelik anti-İL-31/Nemolizumab ve İL-31 sinyal iletiminde rol alan JAK-STAT yollarına yönelik JAK/STAT inhibitörlerinin LPP tedavisinde potansiyel bir seçenek olabileceğini desteklemektedir. Çalışmamız, serum İL-31 düzeyleri, S100+ sinir lifleri çevresi İL-31/İL-31RA ekspresyonu ve pruritus şiddetinin prospektif olarak değerlendirildiği çalışmalarla desteklenmelidir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELEER: alopesi, liken planopilaris, İL-31, İL-31RA, pruritus

- KAYNAKLAR:** 1.Olsen EA, Bergfeld WF, Cotsarelis G, Price VH, Shapiro J, Sinclair R, et al. Summary of North American Hair Research Society (NAHRS)-sponsored Workshop on Cicatricial Alopecia, Duke University Medical Center, February 10 and 11, 2001. J Am Acad Dermatol. 2003;48(1):103-10.
- 2.Harries MJ, Jimenez F, Izeta A, Hardman J, Panicker SP, Poblet E, et al. Lichen Planopilaris and Frontal Fibrosing Alopecia as Model Epithelial Stem Cell Diseases. Trends Mol Med. 2018;24(5):435-48.
- 3.Bağcı IS, Ruzicka T. IL-31: A new key player in dermatology and beyond. J Allergy Clin Immunol. 2018;141(3):858-66.
- 4.Tamura S, Morikawa Y, Miyajima A, Senba E. Expression of oncostatin M receptor beta in a specific subset of nociceptive sensory neurons. Eur J Neurosci. 2003;17(11):2287-98.
- 5.Feld M, Garcia R, Buddenkotte J, Katayama S, Lewis K, Muirhead G, et al. The pruritus- and TH2-associated cytokine IL-31 promotes growth of sensory nerves. J Allergy Clin Immunol. 2016;138(2):500-8.e24.
- 6.Cevikbas F, Wang X, Akiyama T, Kempkes C, Savinko T, Antal A, et al. A sensory neuron-expressed IL-31 receptor mediates T helper cell-dependent itch: Involvement of TRPV1 and TRPA1. J Allergy Clin Immunol. 2014;133(2):448-60.
- 7.Welz-Kubiak K, Kobuszevska A, Reich A. IL-31 is overexpressed in lichen planus but its level does not correlate with pruritus severity. J Immunol Res. 2015;2015:854747.
- 8.Chen L-C, Ogbutor C, Kelley K, Senna M. 151 Efficacy and adverse effects of oral Janus kinase inhibitor (JAKi) use in patients with lichen planopilaris: a retrospective case series and systematic review2023.
- 9.Ruzicka T, Hanifin JM, Furue M, Pulka G, Mlynarczyk I, Wollenberg A, et al. Anti-Interleukin-31 Receptor A Antibody for Atopic Dermatitis. N Engl J Med. 2017;376(9):826-35.
- 10.Ergun, Ecem Zeliha et al. "Divergent in situ expression of IL-31 and IL-31RA between bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris." Experimental dermatology vol. 32,9 (2023): 1412-1419. doi:10.1111/exd.14842

TABLO 1. LİKEN PLANOPİLARIŞ HASTA VE KONTROL GRUPLARINDA EPİDERMAL VE DERMAL İL-31 VE İL-31RA EKSPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI



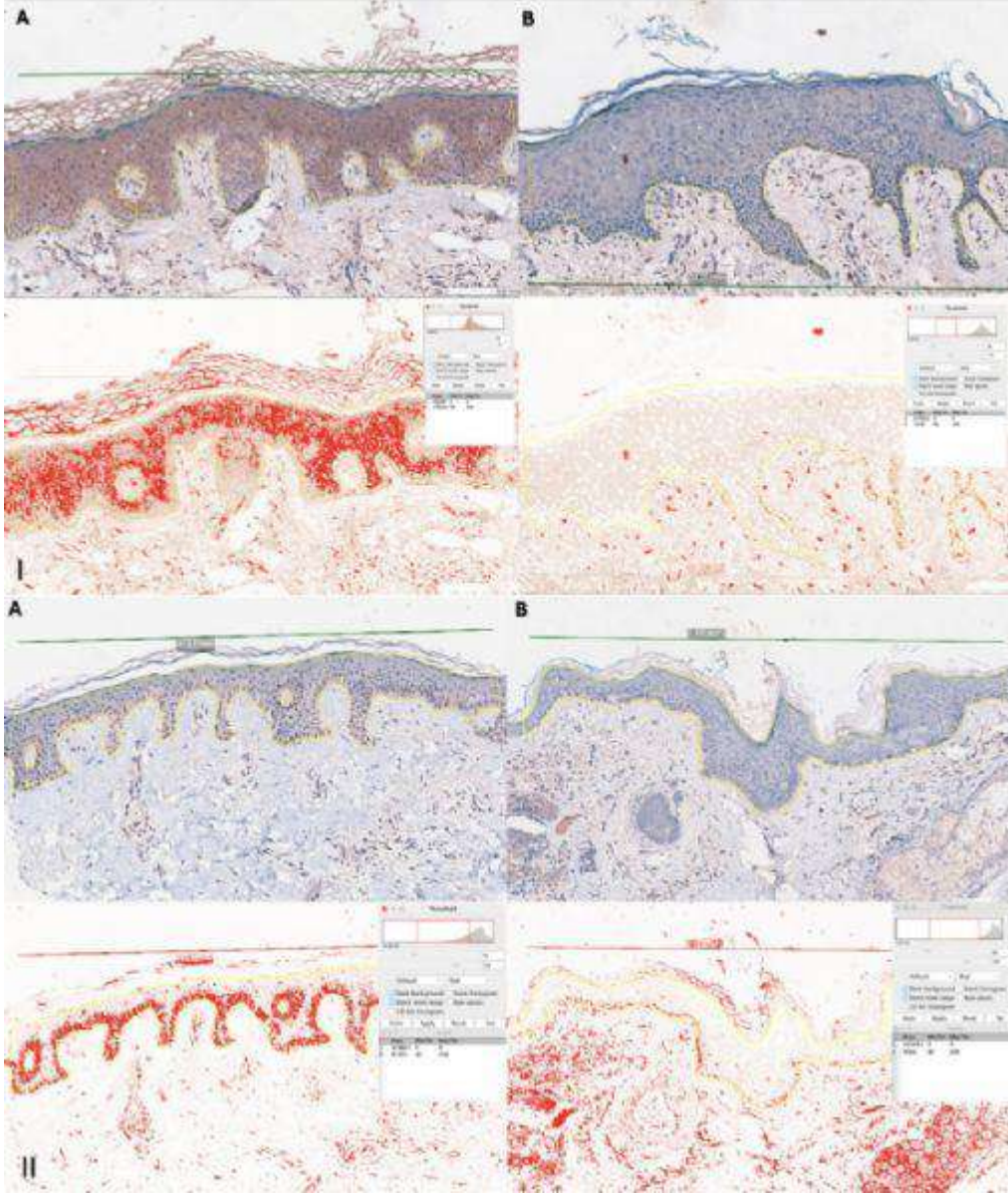
33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

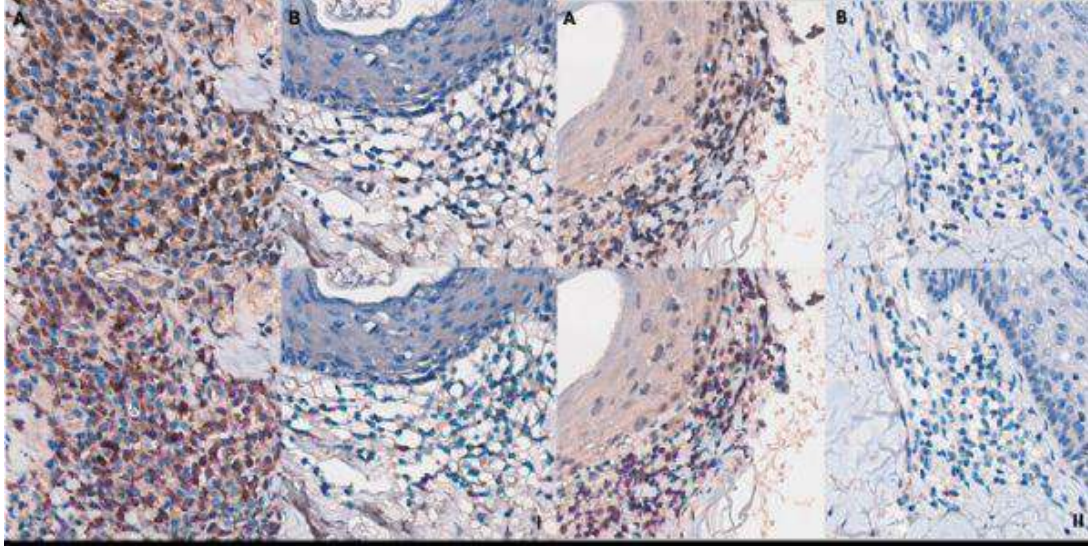
Epidermal İL-31 ekspresyonu, %	Hasta (n=30)	Kontrol (n=30)	P değeri
Ortalama ± SD	24,2 ± 18,5	1,4 ± 2,0	< 0.0001
Ortanca (ÇA)	18,8 (22,03)	0,89 (1,2)	< 0.0001
Min-maks.	0,2-71,2	0,01-8,7	< 0.0001
Epidermal İL-31RA ekspresyonu, %	Hasta (n=30)	Kontrol (n=30)	P değeri
Ortalama ± SD	22,4 ± 22,2	6,7 ± 6,7	< 0.0001
Ortanca (ÇA)	15,8 (14,9)	4,9 (8,8)	< 0.0001
Min-maks.	2,3-92,08	0,07-29,2	< 0.0001
Dermal İL-31 ekspresyonu, %	Hasta (n=30)	Kontrol (n=30)	P değeri
Ortalama ± SD	37,4 ± 15,1	6,9 ± 3,9	< 0.0001
Ortanca (ÇA)	35,6 (20,2)	6,3 (4,7)	< 0.0001
Min-maks.	16,0-72,4	1,6-16,9	< 0.0001
Dermal İL-31RA ekspresyonu, %	Hasta (n=30)	Kontrol (n=30)	P değeri
Ortalama ± SD	33,5 ± 14,2	4,5 ± 3,4	< 0.0001
Ortanca (ÇA)	29,9 (20,3)	3,9 (3,2)	< 0.0001
Min-maks.	12,1-70,4	0-15,07	< 0.0001

ŞEKİL 1. LİKEN PLANOPİLARİS HASTA VE KONTROL GRUPLARINDA EPİDERMAL İL-31 VE İL-31RA EKSPRESYONU.



IA. Liken planopilaris hastasında epidermal İL-31 ekspresyonu. IB. Kontrol hastasında epidermal İL-31 ekspresyonu. IIA. Liken planopilaris hastasında epidermal İL-31RA ekspresyonu. IIB. Kontrol hastasında epidermal İL-31RA ekspresyonu.

ŞEKİL 2. LİKEN PLANOPİLARİS HASTA VE KONTROL GRUPLARINDA DERMAL İL-31 VE İL-31RA EKSPRESYONU.



IA. Liken planopilaris hastasında dermal İL-31 ekspresyonu. IB. Kontrol hastasında dermal İL-31 ekspresyonu. IIA. Liken planopilaris hastasında dermal İL-31RA ekspresyonu. IIB. Kontrol hastasında dermal İL-31RA ekspresyonu.

TABLO 2. LİKEN PLANOPİLARİS HASTALARINDA EPİDERMAL VE DERMAL İL-31 İLE İL-31RA EKSPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ KORELASYON

	Epidermis İL-31	Epidermis İL-31RA	Dermis İL-31	Dermis İL-31RA
Epidermis İL-31	----			
Epidermis İL-31RA	$r = 0.501$ $p < 0.001$	----		
Dermis İL-31	$r = 0.685$ $p < 0.001$	$r = 0.622$ $p < 0.001$	----	
Dermis İL-31RA	$r = 0.583$ $p < 0.001$	$r = 0.580$ $p < 0.001$	$r = 0.805$ $p < 0.001$	----



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-70][KABUL:SÖZLÜ]

**LİKEN PLANOPİLARİS VE FRONTAL FİBROZAN ALOPESİ HASTALARINDA GÜNEŞ KORUYUCU
VE KOZMETİK ÜRÜN KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tuğba Ecem Akçay¹, Gülhan Aksoy Saraç¹, Akın Aktaş¹, Onur Acar²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Ankara

²Bursa Orhangazi, İlçe Sağlık Müdürlüğü, Bursa

AMAÇ:

Bu çalışmada, klinik ve histopatolojik olarak Liken Planopilaris (LPP) veya Frontal Fibrozan Alopesi (FFA) tanısı almış hastalarda güneş koruyucu ve kozmetik ürün kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmesi ve bu ürünlerin hastalık gelişimindeki potansiyel rolünün araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışma vaka-kontrol tasarımında planlanmıştır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde klinik ve histopatolojik olarak LPP veya FFA tanısı almış, 18–75 yaş arası kadın ve erkek hastalar dahil edilmiştir. Kontrol grubu sağlıklı bireylerden oluşturulmuştur. Tüm katılımcıların güneş koruyucu ve kozmetik ürün kullanım alışkanlıkları sorgulanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için ki-kare veya Fisher testi, sürekli değişkenler için bağımsız örneklem t-testi veya Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics (2025) programıyla gerçekleştirilmiş ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Vaka grubu 60 kişi ve kontrol grubu 60 kişi olmak üzere toplam 120 kişiyle çalışma yapılmıştır. Ortalama yaş vaka grubunda $48,27 \pm 12,59$, kontrol grubunda $48,05 \pm 12,72$ olup istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p=0,925$). Vaka ve kontrol grubunun her ikisinin %95 ($n=57$) kadınlardan oluşmaktadır ve cinsiyet yönünden eşleştirilmiştir. LPP'li hastaların %45 'i ($n=27$) FFA tanısı almıştır. FFA'lı hastalar, FFA'lı olmayan LPP'li hastalara göre 5 yıl ve üzeri hastalık süresine (%51,9 vs %18,2, $p=0.043$), kaş tutulumuna (%70,4 vs %6,1, $p<0,001$), kirpik tutulumuna (%18,5 vs 0,0 $p=0,010$) ve menapoz durumuna (%70,4 vs %33,3 $p=0,004$) anlamlı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

olarak daha yüksek oranda sahipti. Vaka grubunun %26,7'si hiç güneş kremi kullanmıyor ve %43,3'ü haftada 3-5 gün güneş kremi kullandığını belirtirken kontrol grubunun %21,7'si hiç kullanmıyor ve en sık %50'si haftada 3-5 gün kullanıyordu ancak iki grup arasındaki fark anlamlı değildi ($p=0,070$). Vaka grubu kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla oranda sprey-köpük ve jöle kullanmıyordu (%90,0 vs %63,3 $p=0,005$). Kontrol grubu ise vaka grubuna göre haftada 1-2 kez ısıtıcı saç aleti kullanıyordu (%72,0 vs %28,0 $p=0,003$). FFA'lı hastalar, FFA'lı olmayan LPP'li hastalar arasında LPPAI indeks ortalamaları açısından anlamlı fark yoktu ($4,78 \pm 3,19$ vs $5,24 \pm 3,04$ $p=0,567$). Tüm vakaların LPPAI ortalaması $5,03 \pm 3,09$ (1-14) idi. Hastalık süresinin ($r=0,133$, $p=0,310$) ve yaşı ($r=0,011$ $p=0,936$) LPPAI ile arasında anlamlı korelasyon yoktu.

SONUÇ:

Bu çalışmada, LPP ve FFA tanılı hastalar ile kontrol grubu arasında güneş koruyucu ve kozmetik ürünlerin kullanımı bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte, sprey/köpük/jöle ve ısıtıcı saç aleti kullanımının kontrol grubunda daha yüksek oranlarda gözlenmesi, saç şekillendirme alışkanlıklarının hasta ve sağlıklı bireyler arasında farklılaşabileceğine ve hastaların aktif saç dökülmesi sürecinde bu ürünleri kullanmaktan kaçındıklarını göstermektedir. Dolayısıyla bu farklılık, kullanım alışkanlıklarından çok hastalık davranışına bağlı olabilir. LPPAI skoru açısından FFA ve klasik LPP hastaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca yaş ve hastalık süresi ile LPPAI arasında da korelasyon saptanmamıştır. Bu durum, hastalığın klinik aktivitesinin sadece bu parametrelerle açıklanamayacağını düşündürmektedir. Kozmetik ve saç şekillendirme ürünlerinin LPP ve FFA gelişimindeki potansiyel rolünü aydınlatmak için daha geniş örneklemli, prospektif ve detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: frontal fibrozan alopesi, güneş koruyucu, kozmetik, liken planopilaris

KAYNAKLAR: - Bole R, Wyles S, Larkin S, Imhof R, Torgerson RR. Lichen planopilaris in women: A survey-based study examining baseline hair characteristics and product use in 129 patients seen at Mayo Clinic. *Int J Womens Dermatol*. 2019 Nov 7;6(2):105-108. doi:10.1016/j.ijwd.2019.10.004. PMID: 32258343; PMCID: PMC7105661.

- Canavan TN, McClees SF, Duncan JR, Elewski BE. Lichen Planopilaris in the Setting of Hair Sunscreen Spray. *Skin Appendage Disord*. 2019 Feb;5(2):108-110. doi:10.1159/000490362. Epub 2018 Jul 4. PMID:30815445; PMCID: PMC6388555.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- Carrion-Alvarez, Diego & Robles-Estrada, Katia & Trejo-Castro, Alejandro & Salas-Garza, Mauricio & Vano-Galvan, Sergio & Salas-Alanis, Julio. (2024). Frontal fibrosing alopecia: is sunscreen the culprit? a systematic review. Iranian Journal of Dermatology. 27. 181-186. 10.22034/ij.d.2024.405696.1728.

- Debroy Kidambi A, Dobson K, Holmes S, Carauna D, Del Marmol V, Vujovic A, Kaur MR, Takwale A, Farrant P, Champagne C, Harries M, Messenger AG. Frontal fibrosing alopecia in men: an association with facial moisturizers and sunscreens. Br J Dermatol. 2017 Jul;177(1):260-261. doi: 10.1111/bjd.15311. Epub 2017 May 23. PMID: 28112792.

-Orlowski, Timothy & Reynolds, Hoyt & Elewski, Boni. (2020). Lichen Planopilaris Associated with Spray-on Sunscreen. SKIN The Journal of Cutaneous Medicine. 4. 62. 10.25251/skin.4.1.8.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-71][KABUL:SÖZLÜ]

**BAŞ VE BOYUN BÖLGESİNE RADYOTERAPİ ALAN HASTALARDA MEYDANA GELEN ALOPESİK
DEĞİŞİKLİKLERİN TRİKOSKOPIK BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yasin Özdemir, Nağme Özdemir, Emre Uysal, Ralfi Singer

Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

AMAÇ:

Alopesiler, farklı klinik görünümle prezante olan ve etiyolojisi oldukça farklı olan ve temelde skatrisyel ve non-skatrisyel olarak iki ana grupta incelenir. Radyasyon kaynaklı alopesiler, anagen effluvium olarak sınıflandırılmakla birlikte, hem sekonder skatrisyel alopesi hem de non-skatrisyel alopesi paternlerine neden olabilmektedir. Bu çalışmada, onkolojik tedavi amacıyla baş ve boyun bölgesine radyoterapi uygulanan hastalarda gelişen alopesilerin trikoskopik bulgularını değerlendirmeyi ve bulguların benzer klinik oluşturan diğer alopesilerle karşılaştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Prospektif, gözlemsel, kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya, 18 yaş ve üzerindeki toplam 36 hasta dahil edilmiş olup, çalışmaya alınan bireylerin eş zamanlı olarak anagen effluvium ile yüksek oranda ilişkili kemoterapötik ajan kullanmamalarına dikkat edilmiştir. Tüm hastalar, ilk başvuru tarihinde, radyoterapi tedavisinin tamamlandığı gün ve tedavi bitiminden sonraki birinci ayda olmak üzere üç ayrı zamanda klinik ve trikoskopik olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, radyoterapi dozları, deri fototipleri, eş zamanlı tedavi kullanımı ve eşlik eden semptomlar kaydedildi. Trikoskopik bulgular önceden hazırlanmış olgu rapor formunda foliküler bulgular, perifoliküler ve interfoliküler bulgular, kıl shaftı bulguları ve damar bulguları olmak üzere 4 ana başlık altında incelenip değerlendirildi.

BULGULAR:

Çalışmamızda saç dökülme şekli radyoterapi endikasyonuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değişmektedir ($p<0.001$). Menenjiom tanısıyla radyoterapi alan hastaların %81.8'inde oval şekilde dökülme gözlenirken, oral kavite tümörü nedeniyle tedavi edilen hastalarda %84.6 oranında ofiyazis paterninde dökülme gözlenmiştir. Çalışmamızda foliküler bulgular sırasıyla; siyah nokta %100, sarı nokta %83.3, boş folikül %77.8, folikül kaybı %63.8, sabun



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

köpüğü görünümü %52.8, perifoliküler pigmentasyon %50, beyaz nokta %44.4, rozet bulgusu %33.3 ve peripilar bulgu %25 oranlarında tespit edilmiştir. Perifoliküler ve interfoliküler bulgular sırasıyla; interfoliküler eritem %86.1, perifoliküler skuam %55.6, küçük beyaz noktalar %52.8, yapısız beyaz alanlar %36.1, saç tozları %30.6, bal peteği pigment paterni %25, perifoliküler eritem %25, krizalit benzeri yapılar %19.4 ve interfoliküler skuam %11.1 oranında tespit edilmiştir. Kıl shaftı bulguları sırasıyla; kırık saçlar %86.1, alev saçlar %75, vellüs saçlar %69.4, kısa uzayan saçlar %52.8, konik saçlar %52.8, akkız pili torti %33.3, bükülebilir saçlar %25, lale saç %19.4, ünlem saç %19.4, trikoptilozis %19.4, virgül saç %13.9, V bulgusu %11.1 ve domuz kuyruğu saç %8.3 oranlarında belirlenmiştir. Vasküler bulgular sırasıyla; ince telanjiektatik/dallanan damarlar %83.3, kalın dallanan damarlar %27.8, damar ağı şeklindeki yapılar %16.7 ve lineer damarlar %8.3 olarak tespit edilmiştir. Perifoliküler skuam ve saç tozları bulguları, semptomu bulunan hastalarda semptomsuz hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda saptanmıştır (sırasıyla $p=0,002$ ve $p=0,026$).

SONUÇ:

Çalışmamızda, alopesi areata olgularında karakteristik olarak tanımlanan bükülebilir saç, konik saç ve ünlem saç gibi trikoskopik bulguların, radyoterapiye bağlı alopesi gelişen hastalarda da izlendiği saptanmıştır. Trikotillomani olgularında sık bildirilen siyah nokta, kırık saç ve alev saç bulguları da yüksek oranlarda gözlenmiştir. Ayrıca sıklıkla dissekan selülit olgularında raporlanan sabun köpüğü bulgusu hastaların yarısından fazlasında gözlemiştir. Dermoskopide aktinik keratoz ile özdeşleşen ve trikoskopi çalışmalarında sadece diskoid lupus eritematozus olgularında bildirilen rozet yapıları, %33,3 oranında saptanmış ve radyoterapiye bağlı alopesilerde ilk kez tanımlanmıştır. Ayrıca krizalit benzeri yapılar ise trikoskopik bir çalışmada ilk kez tanımlanmıştır. Sonuç olarak radyoterapiye bağlı alopesiler, klinik ve trikoskopik açıdan zengin bulgu çeşitliliği göstermeleri nedeniyle, lokalize alopesi ile giden tablolarda ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Radyoterapi, Alopesi, Trikoskopi

KAYNAKLAR: 1)Guerrero-Putz MD, Flores-Dominguez AC, Castillo-de la Garza RJ, Figueroa Sanchez JA, Tosti A, Garza-Rodríguez V. Anagen effluvium after neurointerventional radiation: trichoscopy as a diagnostic ally. Skin Appendage Disord. 2022;8(2):102-7.
2)Cabral GCC, de Almeida RFC, Freites-Martinez A, Piraccini BM, Starace M, Rudnicka L, et al. Radiotherapy-Induced Alopecia: A Multicenter Retrospective Study of 20 Cases. International journal of dermatology.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-72][KABUL:SÖZLÜ]

EDİNİLMİŞ TIRNAK DİSTROFİLERİNDE LATERAL LONGİTÜDİNAL BİYOPSİNİN TANISAL ETKİNLİĞİ

Seyfettin Mahir Koçak, İbrahim Halil Yavuz, İkrâm Kevser Atilla, Yağmur Sungur, Harbiye Dilek Canat, Zafer Türkoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ AMAÇ:

Bu çalışmanın temel amacı, lateral longitudinal tırnak biyopsisinin edinilmiş tırnak distrofilerinde altta yatan inflamatuvar ve diğer patolojik durumların tanısallığını değerlendirmektir. İkincil amaçlar arasında, biyopsinin komplikasyon oranlarını ve olası terapötik faydalarını incelemek yer almaktadır. Longitudinal tırnak biyopsisi, tüm tırnak ünitesinin örneklenmesi istendiğinde gerçekleştirilir. Bu yöntem, tırnak ünitesinin her bir bölümünden alanları örnekler. Tırnak distrofilerinin doğru tanısı, altta yatan hastalıkların tedavisinde kritik bir rol oynar ve çalışmamız, bu biyopsinin bu süreçteki rolünü araştırmayı hedeflemektedir.

YÖNTEM:

Bu retrospektif vaka serisi çalışmasında, edinilmiş tırnak distrofisi şüphesi ile lateral longitudinal tırnak biyopsisi yapılan 11 hasta incelenmiştir. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet), klinik bulguları (tırnak distrofisi tipi), biyopsi sonuçları ve takip verileri toplanmıştır. Bütün biyopsiler aynı dermatolog tarafından yapılmıştır. Histopatolojik incelemeler, deneyimli patoloğlar tarafından gerçekleştirilmiş ve kesin tanıları histopatolojik özelliklere dayanılarak konulmuştur. Tanısal verimlilik, klinik bulgular ile histopatolojik sonuçlar arasındaki uyum analiz edilerek hesaplanmıştır. Ayrıca, biyopsi sonrası komplikasyonlar ve terapötik faydalar da değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 11 hastanın yaş ortalaması 50.5 ± 15.2 yıldır (27-77 yaş aralığında). Hastaların 7'si kadın (%63.6), 4'ü erkek (%36.4) idi. En sık gözlenen tırnak distrofisi tipleri arasında total tırnak distrofisi (5 hasta), onkoliz (4 hasta), pitting (4 hasta), subungual hiperkeratoz (4 hasta) ve splinter hemoraji (3 hasta) yer aldı. Histopatolojik inceleme



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

sonucunda, 4 hastada liken planus (LP), 2 hastada psoriasis, 1 hastada onikopapillom, 1 hastada skuamöz hücreli karsinom (SCC), 2 hastada non-spesifik bulgular ve 1 hastada likenoid ilaç reaksiyonu saptandı. Klinik ve histopatolojik bulgular arasındaki uyum oranı %72.7 olarak hesaplandı (8/11 hasta için tam uyum). Biyopsi sonrası komplikasyon olarak yalnızca 1 hastada (onikopapillom tanılı) spikül formasyonu gözlemlendi. Diğer hastalarda komplikasyon raporlanmadı. Bir hasta biyopsiden tam terapötik fayda gördü.

SONUÇ:

Çalışmamız tırnağın edinilmiş distrofilerinde lateral longitudinal tırnak biyopsisinin tanısal faydasını doğrulamakta ve klinik tanının belirsiz olduğu durumlarda bu prosedürün etkinliğini göstermektedir. Lateral longitudinal tırnak biyopsisi, edinilmiş tırnak distrofilerinde altta yatan inflamatuvar ve neoplastik durumların tanısında yüksek tanısal verimlilik sunmaktadır. Klinik bulgular ile histopatolojik sonuçlar arasında %72.7 oranında güçlü bir korelasyon bulunmuştur. İşlem, düşük komplikasyon oranları ile güvenle uygulanabilir; yalnızca 1 hastada (%9.1) komplikasyon gözlenmiş, ancak bu hastada aynı zamanda terapötik fayda sağlamıştır. Bu çalışma, tırnak distrofilerinin tanısında lateral longitudinal tırnak biyopsisinin değerli bir araç olduğunu desteklemektedir. Bulgular, biyopsinin özellikle inflamatuvar hastalıklar (örneğin, liken planus ve psoriasis) ve nadir neoplastik durumların (örneğin, SCC) tespitinde etkili olduğunu göstermektedir. Gelecekte daha büyük örneklemli çalışmalar, bu yöntemin etkinliğini ve sınırlarını daha iyi aydınlatılabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: inflamatuvar tırnak hastalıkları, lateral longitudinal tırnak biyopsisi, liken planus, psoriasis

KAYNAKLAR: 1.Grover C, Chaturvedi UK, Reddy BN. Role of nail biopsy as a diagnostic tool. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2012;78:290-298

2.Grover C, Khandpur S, Reddy BS, Chaturvedi KU. Longitudinal nail biopsy: utility in 20-nail dystrophy. Dermatol Surg. 2003 Nov;29(11):1125-9. doi: 10.1046/j.1524-4725.2003.29351.x. PMID: 14641339.

3.Rich P. Nail biopsy: indications and methods. Dermatol Surg. 2001 Mar;27(3):229-34. PMID: 11277887.

LİKEN PLANUS ÖN TANISIYLA TIRNAK BİYOPSİSİ YAPILAN HASTA



Liken planus ön tanısıyla tırnak biyopsisi yapılan hasta

LONGİTİDİNAL TIRNAK BİYOPSİSİ



Longitudinal tırnak biyopsisi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-73][KABUL:SÖZLÜ]

METOTREKSAT KULLANAN PSÖRIAZİSLİ HASTALARDA FİBROZİS-4 DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Melissa Gedik¹, Ayşe Akbaş¹, Berkay Gündüz¹, Cansu Altınöz Güney², Fadime Kılınç¹, Akın Aktaş¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Dinar Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Dinar, Afyonkarahisar

AMAÇ:

Bu çalışmada, psöriazis tanılı hastalarda sistemik metotreksat (MTX) tedavisinin karaciğer fibrozisi üzerindeki olası etkileri pratik, kolay uygulanabilen ve noninvaziv bir biyobelirteç olan FIB-4 skoru aracılığıyla değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

2022–2024 yılları arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğinde sistemik MTX tedavisi alan 88 psöriazis hastası retrospektif olarak incelendi. Yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 88 sağlıklı birey, kontrol grubu olarak dahil edildi. Hastaların FIB-4 skorları tedavi öncesi, 3. ve 6. ayda, ayrıca takip süresi 6 ayı aşan olgularda her 6 ayda bir olacak şekilde hesaplandı. FIB-4 skorları ile klinik parametreler arasındaki ilişkiler istatistiksel yöntemlerle analiz edildi.

BULGULAR:

Çalışmaya psöriazis tanılı 88 hasta ve yaş ile cinsiyet açısından eşleştirilmiş 88 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Hasta grubunun ortalama yaşı 44.19 ± 13.45 yıl olup %52.3'ü (n=46) erkekti. Kontrol grubunun ortalama yaşı ise 44.24 ± 13.65 yıl olarak bulundu. Metotreksat tedavisi süresi ortalama 10.64 ± 7.11 ay (6–41 ay), kümülatif MTX dozu ise ortalama 585.78 ± 411.46 mg (185–2340 mg) idi. Toplam FIB-4 takip süresi bazı hastalarda 36 aya kadar uzanmakta olup, tüm hastalar için en az 6 aylık izlem verisi mevcuttu. Tedavi öncesi ve sonrası FIB-4 skorları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$). Yaş ile FIB-4 arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon saptandı ($r \approx 0.63$, $p < 0.001$). Kümülatif MTX dozu ile FIB-4 arasında zayıf fakat anlamlı bir ilişki izlendi ($r = 0.22$, $p = 0.041$). Diğer klinik



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

değişkenlerle anlamlı korelasyon gözlenmedi. FIB-4 skorları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadı ($p=0.378$).

SONUÇ:

Metotreksat (MTX) tedavisinin kısa dönem (ilk 6 ay) kullanımında psöriazis hastalarında karaciğer fibrozisi açısından anlamlı bir risk oluşturmadığı görülmüştür. FIB-4 skoru, yaş gibi sabit değişkenlerden etkilenebilse de, MTX'in hepatik güvenliğini izlemek adına pratik, poliklinik şartlarında kolayca hesaplanabilir ve düşük maliyetli bir takip aracı olarak değerlendirilebilir. Bu bulgular, FIB-4 skorunun MTX tedavisi süresince güvenli karaciğer izlemi için uygun bir araç olabileceğini gösterirken; uzun dönem etkilerin değerlendirilmesi açısından prospektif, geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu da ortaya koymaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: fib-4 skoru, metotreksat, psöriazis

KAYNAKLAR: -Akgul F., Damar Cakırca T. Role of Non-Invasive Scoring Systems in Detecting Fibrosis in Chronic Hepatitis B. Kocaeli Med J 2023; 12 (2): 210-215. doi: 10.5505/ktd.2023.07742

-Sugiyama, A., Kurisu, A., E, B. et al. Distribution of FIB-4 index in the general population: analysis of 75,666 residents who underwent health checkups. BMC Gastroenterol 22, 241 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02290-1>

-Atallah E, Grove JI, Crooks C, Burden-Teh E, Abhishek A, Moreea S, Jordan KM, Ala A, Hutchinson D, Aspinall RJ, Murphy R, Aithal GP. Risk of liver fibrosis associated with long-term methotrexate therapy may be overestimated. J Hepatol. 2023 May;78(5):989-997. doi: 10.1016/j.jhep.2022.12.034. Epub 2023 Jan 23. PMID: 36702175.

-Dogra S, Mahajan R. Systemic methotrexate therapy for psoriasis: past, present and future. Clin Exp Dermatol. 2013 Aug;38(6):573-88. doi: 10.1111/ced.12062. PMID: 23837932.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-74][KABUL:SÖZLÜ]

**GERÇEK YAŞAM VERİLERİNE GÖRE RISANKİZUMAB VEYA GUSELKUMAB TEDAVİSİ ALAN
PSORİAZİS HASTALARINDA ERKEN YANIT, UZUN DÖNEM YANITIN GÜÇLÜ BİR
PREDİKTÖRÜDÜR: RETROSPEKTİF BİR ANALİZ**

Neslihan Akdoğan¹, Ömer Kutay Mutlu¹, Erdem Karabulut², Başak Yalıcı Armağan¹, Duygu Gülseren¹, Sibel Doğan Günaydın¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ:

Psoriasis (PsO) tedavisinde erken yanıtın, uzun dönem tedavi başarısını öngörüp öngöremeyeceğinin belirlenmesi, bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin optimizasyonuna katkı sağlayabilir. Bu çalışmada, risankizumab veya guselkumab tedavisi alan PsO hastalarında erken tedavi yanıtının (3. ayda %50 Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi [PASI 50]) uzun dönem yanıtı (1. yılda PASI 75) öngörüp öngöremeyeceği değerlendirilmiş ve yanıt ile ilişkili faktörler araştırılmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, en az 1 yıl boyunca kesintisiz risankizumab veya guselkumab tedavisi almış PsO hastaları dahil edilmiştir. Hastalık şiddeti Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) ile değerlendirilmiştir. Üçüncü ayda PASI 50 yanıtı veren hastalar “erken yanıt” olarak tanımlanmış ve bu erken yanıtın, birinci yıldaki (uzun dönem) PASI 75 yanıtı ile ilişkisi analiz edilmiştir.

BULGULAR:

Risankizumab kullanan 60 ve guselkumab kullanan 42 hasta olmak üzere toplam 102 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Üçüncü aydaki erken yanıt, 12. aydaki uzun dönem tedavi yanıtını güçlü bir şekilde öngörmüştür. Üçüncü ayda PASI 50 yanıtına ulaşan hastalarda, birinci yılda PASI 75 düzeyinde uzun dönem yanıt elde etme olasılığı %94,9 olarak bulunmuştur.

SONUÇ:

Risankizumab veya guselkumab ile tedavi edilen PsO hastalarında erken tedavi yanıtı, stabil uzun dönem yanıtı öngören anlamlı bir göstergedir. Bu nedenle erken yanıt, bireyselleştirilmiş



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

tedavi kararlarında dikkate alınması gereken, klinik açıdan önemli bir parametre olarak değerlendirilebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Guselkumab, IL-23 inhibitörleri, PASI, Psoriasis, Risankizumab

KAYNAKLAR: 1. Augustin M, Gallo G, See K et al. Early Response is Associated With Stable Long-Term Response in Psoriasis Patients Receiving Ixekizumab or Ustekinumab. *J Drugs Dermatol*, 21(2), 122-126 (2022).

2. Schäkel K, Reich K, Asadullah K et al. Early disease intervention with guselkumab in psoriasis leads to a higher rate of stable complete skin clearance ('clinical super response'): Week 28 results from the ongoing phase IIIb randomized, double-blind, parallel-group, GUIDE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 37(10), 2016-2027 (2023).

3. Zhu B, Edson-Heredia E, Cameron GS et al. Early clinical response as a predictor of subsequent response to ixekizumab treatment: results from a phase II study of patients with moderate-to-severe plaque psoriasis. *Br J Dermatol*, 169(6), 1337-1341 (2013).

4. Gordon KB, Betts KA, Sundaram M et al. Poor early response to methotrexate portends inadequate long-term outcomes in patients with moderate-to-severe psoriasis: Evidence from 2 phase 3 clinical trials. *J Am Acad Dermatol*, 77(6), 1030-1037 (2017).

5. Jiang Y, Yao L, Zhong X et al. Early inadequate response to biological agents portends treatment failure at 6 months in patients with psoriasis: A multicenter, prospective cohort study. *J Am Acad Dermatol*, (2025).

6. Campione E, Lambiase S, Gaeta Shumak R et al. A Real-Life Study on the Use of Tildrakizumab in Psoriatic Patients. *Pharmaceuticals (Basel)*, 16(4) (2023).

7. Licata G, Buononato D, Tancredi V et al. Are IL-23 inhibitors too slow to have a therapeutic success in plaque psoriasis? A real-life experience of 330 patients. *Ital J Dermatol Venerol*, 158(3), 263-265 (2023).

8. Reich K, Gordon KB, Strober B et al. Super-response to guselkumab treatment in patients with moderate-to-severe psoriasis: age, body weight, baseline Psoriasis Area and Severity Index, and baseline Investigator's Global Assessment scores predict complete skin clearance. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 36(12), 2393-2400 (2022).

9. Eyerich K, Asadullah K, Pinter A et al. Noninferiority of 16-Week vs 8-Week Guselkumab Dosing in Super Responders for Maintaining Control of Psoriasis: The GUIDE Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol*, 160(9), 953-963 (2024).

10. Chiricozzi A, Saraceno R, Chimenti MS, Guttman-Yassky E, Krueger JG. Role of IL-23 in the pathogenesis of psoriasis: a novel potential therapeutic target? *Expert Opin Ther Targets*, 18(5), 513-525 (2014).



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

11. Napolitano M, Caiazza G, Fabbrocini G et al. Increased expression of interleukin-23A in lesional skin of patients with atopic dermatitis with psoriasiform reaction during dupilumab treatment. *Br J Dermatol*, 184(2), 341-343 (2021).
12. Uhlenhake EE, Kurkowski D, Feldman SR. Conversations on psoriasis--what patients want and what physicians can provide: a qualitative look at patient and physician expectations. *J Dermatolog Treat*, 21(1), 6-12 (2010).
13. Curtis JR, Deodhar A, Soriano ER et al. Early Improvements with Guselkumab Associate with Sustained Control of Psoriatic Arthritis: Post hoc Analyses of Two Phase 3 Trials. *Rheumatol Ther*, 11(6), 1501-1517 (2024).
14. Javaid K, Andruszka C. Early disease intervention with guselkumab in psoriasis leads to a higher rate of stable complete skin clearance ('clinical super response'): Week 28 results from the ongoing phase IIIb randomized, double-blind, parallel-group, GUIDE study: An analysis with considerations for future studies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 38(4), e302-e303 (2024).
15. Aggarwal P, Fleischer AB, Jr. IL-17 and IL-23 Inhibitors Have the Fastest Time to Meaningful Clinical Response for Plaque Psoriasis: A Network Meta-Analysis. *J Clin Med*, 13(17) (2024).
16. Husein-ElAhmed H, Husein-ElAhmed S. Assessing the 5-year persistence in positive clinical response with innovative psoriasis treatments: a network meta-analysis of Psoriasis Area and Severity Index score. *Clin Exp Dermatol*, 49(10), 1148-1155 (2024).
17. Xu S, Gao X, Deng J, Yang J, Pan F. Comparative efficacy and safety of biologics in moderate to severe plaque psoriasis: a multiple-treatments meta-analysis. *J Dtsch Dermatol Ges*, 19(1), 47-56 (2021).
18. Yasmeen N, Sawyer LM, Malottki K, Levin L, Didriksen Apol E, Jemec GB. Targeted therapies for patients with moderate-to-severe psoriasis: a systematic review and network meta-analysis of PASI response at 1 year. *J Dermatolog Treat*, 33(1), 204-218 (2022).
19. Torres T, Puig L, Vender R et al. Drug Survival of Interleukin (IL) 17 and IL 23 Inhibitors for the Treatment of Psoriasis: A Retrospective Multi country, Multicentric Cohort Study. *Am J Clin Dermatol*, 23(6), 891-904 (2022).
20. Blauvelt A, Papp K, Gottlieb A et al. A head-to-head comparison of ixekizumab vs. guselkumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: 12-week efficacy, safety and speed of response from a randomized, double-blinded trial. *Br J Dermatol*, 182(6), 1348-1358 (2020).
21. Thomas SE, Barenbrug L, Hannink G, Seyger MMB, de Jong E, van den Reek J. Drug Survival of IL-17 and IL-23 Inhibitors for Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs*, 84(5), 565-578 (2024).
22. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med*, 361(5), 496-509 (2009).

23. Balato N, Megna M, Palmisano F et al. Psoriasis and sport: a new ally? J Eur Acad Dermatol Venereol, 29(3), 515-520 (2015).
24. Grechin C, Gheucă Solovăstru L, Văță D, Ionela Pătrașcu A, Ioana Grăjdeanu A, Porumb-Andrese E. Inflammatory marker alteration in response to systemic therapies in psoriasis. Exp Ther Med, 20(1), 42-46 (2020).
25. Liu Y, Hu K, Duan Y, Chen X, Zhang M, Kuang Y. Characterization and treatment outcomes of biologic therapy in super-responders and biologic-refractory psoriasis patients: A single-center retrospective study in China. J Am Acad Dermatol, (2025).
26. Carvalho PD, Duarte C, Vieira-Sousa E et al. Predictors of response to TNF blockers in patients with polyarticular psoriatic arthritis. Acta Reumatol Port, 42(1), 55-65 (2017).
27. Hur MS, Hong JY, Hong JR, Lee YW, Choe YB, Ahn KJ. Clinical characteristics of psoriatic patients with latent tuberculosis infection. Eur J Dermatol, (2020).

TABLO 1. RİSANKİZUMAB VE GUSELKUMAB ALAN HASTALARDA ÜÇÜNCÜ AY VE BİRİNCİ YILDA PASI YANITLARI

	Ris grubu (N=60) (%)	Gus grubu (N=42) (%)	Toplam Hasta (N=102) (%)	P değeri
3. ay yanıtları				
PASI 50	60/60 (100%)	39/42 (93%)	99/102 (97%)	0.07
PASI 75	52/60 (87%)	34/42 (81%)	86/102 (84%)	0.44
PASI 90	43/60 (72%)	25/42 (60%)	68/102 (67%)	0.20
PASI 100	33/60 (55%)	19/42 (45%)	52/102 (51%)	0.33
1. yıl yanıtları				
PASI 50	58/60 (97%)	40/42 (95%)	98/102 (96%)	0.55
PASI 75	56/60 (93%)	39/42 (93%)	95/102 (93%)	0.61
PASI 90	51/60 (85%)	37/42 (88%)	88/102 (86%)	0.66
PASI 100	47/60 (78%)	34/42 (81%)	81/102 (79%)	0.75

Kısaltmalar: Ris: Risankizumab; Gus: Guselkumab; N: Sayı; %: Yüzde; PASI: Psoriasis Alan and Şiddet İndeksi. P <0.05.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-75][KABUL:SÖZLÜ]

**BİYOLOJİK AJAN TEDAVİSİ ALAN PLAK PSORİASİS HASTALARINDA KLİNİK YANIT VE SİSTEMİK
İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERİN ZAMAN İÇİNDEKİ DEĞİŞİMİ**

Yeşim Akpınar Kara¹, Yurdanur Duran¹, Gülcan Gencer²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim
Anabilim Dalı

AMAÇ:

Psoriasis, kronik ve immün aracılı inflamatuvar bir hastalık olup, sistemik inflamasyonla ve çeşitli metabolik komorbiditelerle yakından ilişkilidir. Etiyopatogeneizde T hücreleri ve proinflamatuvar sitokinlerin etkin olması biyolojik ajanların geliştirilmesine zemin hazırlamıştır. Ancak bu ajanların sistemik inflamatuvar belirteçler üzerindeki etkilerine ilişkin veriler sınırlıdır ve mevcut sonuçlar heterojendir. Literatürde psoriasis hastalarında bu belirteçlerin sağlıklı bireylere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı farklı biyolojik ajanlarla tedavi edilen plak psoriasis hastalarında klinik yanıtın (PASI), nötrofil/lenfosit oranı (NLR), lenfosit/monosit oranı (NMR), platelet/lenfosit oranı (PLR), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP) ve sistemik immün inflamasyon indexin (SII) zaman içindeki değişiminin değerlendirilmesidir.

MATERYAL-METOD:

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniğinde takip edilen 18 yaş üzerindeki 66 plak psoriasis hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların tıbbi verileri ve laboratuvar bulguları elektronik veri sisteminden retrospektif olarak toplandı. Tüm hastaların 0, 3 ve 6. aylarda PASI skoru ve inflamasyon parametreleri kaydedildi. Veri analizleri için SPSS 26 programı kullanıldı. Verilerin normal dağılım uygunluğu Kolmogorov Smirnov/Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Bağımsız grupların değerlendirilmesinde Kruskal-Wallis H testi, bağımlı grupların değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve Friedman testi, nonparametrik karşılaştırmalarda Wilcoxon Signed-Rank testi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi. Çalışma için etik kurul onayı alındı (E-93471371-514.10-261617051/ 5.12.2024)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Hastaların 41'i erkek (%62.1), 25'i kadın (%37.9), yaş ortalaması 45,38±11,86 idi. Tedavi ajanlarının dağılımı İkssekizumab 21 hasta (%31,8), Guselkumab 19 hasta (%28,8), Risankizumab 13 hasta (%19,7), Sekukinumab 9 hasta (%13,6) ve Ustekinumab 4 hasta (%6,1) şeklindeydi. Tüm biyolojik ajan gruplarında PASI ve inflamatuvar belirteçlerdeki değişim farkları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir bulgu saptanmadı ($p>0.05$). Tüm biyolojik ajan gruplarında, zaman içinde PASI skorlarında istatistiksel olarak anlamlı ve kademeli bir düşüş gözlemlendi ($p<0.05$). 3. ayda PASI skorunda en anlamlı azalma Sekukinumab grubunda ($p<0.05$), daha sonra İkssekizumab grubunda izlendi. ($p<0.001$) Guselkumab grubunda PASI azalması 6. ayda daha belirgin iken ($p=0.091$), Rizankizumab etkisi 3. ayda daha belirgin olmakla birlikte, 6. aydaki etkinin sınırlı kaldığı gözlemlendi ($p=0.091$) Ustekinumab 3. ay etkinliğinin ise diğer ilaç gruplarına göre daha sınırlı olduğu gözlemlendi. İnflamatuvar belirteçler açısından genel olarak ajanlara bağlı anlamlı değişim gözlenmedi. Ancak İkssekizumab grubunda NLR değerinde 0. aydan 6. aya düşüş eğilimi ($p=0.087$), NMR değerlerinde azalma eğilimi ($p=0.072$) ve SII düzeylerinde belirgin azalma eğilimi ($p=0.066$) saptandı. Sekukinumab grubunda ise SII değerlerinde anlamlılığa yakın azalma eğilimi kaydedildi ($p=0.062$). Guselkumab, Risankizumab ve Ustekinumab gruplarında NLR, NMR, PLR, SII, CRP ve ESR değerlerinde anlamlı değişim izlenmedi ($p>0.05$). En erken klinik yanıt sekukinumab ve İkssekizumab gruplarında izlendi; inflamatuvar belirteçlerde anlamlılığa yaklaşan değişim ise yalnızca bu iki ajan grubunda kaydedildi.

SONUÇ:

Biyolojik ajanlar plak psoriasis tedavisinde yüksek düzeyde klinik etkinlik sağlamaktadır. İnterlökin 17A (IL-17A) inhibitörlerinin diğer grup ajanlara göre gerek PASI gerekse inflamasyon belirteçlerinde azalma eğilimi gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda plak psoriasis tedavisinde IL -17A etkili görülmekle birlikte daha geniş vaka serileri ile araştırmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Biyolojik Ajanlar, İnterlökin-17, PASI, Psoriasis, Sistemik İmmün-Inflamasyon İndeksi

KAYNAKLAR: 1. Boehncke W-H, Schön MP. Psoriasis. Lancet. 2015;386(9997):983-994
2. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. Lancet. 2021;397(10281):1301-1315



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

3.Kimak-Pielas A, Robak E, Zajdel R, Żebrowska A.The Relationship Between Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio, Platelet-to-Lymphocyte Ratio, and Systemic Immune-Inflammation Index Markers and Response to Biological Therapy in Patients with Psoriasis. Int J Mol Sci.2025 19;26(8):3868



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-76][KABUL:SÖZLÜ]

PSORİASİS HASTALARINDA BİYOLOJİK AJAN YÖNETİMİ: İLAÇTA KALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Elif Çalışkan Güneş¹, Esra Adışen²

¹Gaziantep Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Gaziantep

²Gazi Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ:

Proinflatuvar sitokinlerin psoriasis patogeneziindeki rolünün anlaşılmasıyla birlikte biyolojik ajanlar tedavide yer bulmaya başlamıştır. Çalışmamızda biyolojik ajanların ilaçta kalım süreleri ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

MATERYAL-METOD:

Ocak 2020-Temmuz 2023 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran, en az 3 aydır biyolojik ajan tedavisi kullanan, 18 yaş ve üzeri 277 psoriasis hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler retrospektif olarak elde edilmiş ve SPSS 22.0 aracılığıyla değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

İlaçta kalım analizlerinde Kaplan Meier analizi kullanıldı ve 277 hastanın 472 tedavi döngüsü dahil edildi. 195 tedavi sonlandırılmışken 277 tedavi devam ediyordu. Tedavilerin %38,8'i TNF- α , %23,5'i İL-12/23, %24,6'sı İL-17 ve %13,1'i İL-23 inhibitörüydü.

İlaçta kalım süreleri incelendiğinde İL-17 inhibitörlerinin ortalama süresi 48 ayken, TNF- α inhibitörlerinin süresi 24 ay olarak bulunmuştur. İL-12/23 ve İL-23 inhibitörlerinde ise hastaların %50'sinden fazlasının tedaviye devam etmesi nedeniyle ortalama değer belirlenememekle birlikte bu sürenin İL-12/23 inhibitörleri için 60, İL-23 inhibitörleri içinse 8 aydan uzun olduğu görülmüştür.

Biyolojik ajanların ilaçta kalım oranları Tablo 1'de belirtilmiştir. TNF- α inhibitörlerinin ilaçta kalım oranları diğer ilaç gruplarından daha düşükken ($p<0,01$) İL-23 inhibitörlerinin diğer ilaç gruplarından yüksekti ($p=0,01$). İL-12/23 ve İL-17 inhibitörleri karşılaştırıldığında, İL-12/23 inhibitörlerinin ilaçta kalım oranları daha yüksek olmakla birlikte bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,48$).

Obez olanların (1. yıl=%71, 5. yıl=%24) olmayanlara göre (1. yıl=%74, 5. yıl=%41) ilaçta kalım oranları düşüktü ($p=0,01$). Ayrıca obez hastalarda olmayanlara göre ilaç yan etkisi nedeniyle



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

daha çok ilaç değişikliği yapılmıştı ($p<0,01$).

İlaçta kalım oranı palmoplantar bölgenin etkilenmediği hastalarda (1. yıl=%76, 5. yıl=%42) etkilendiklerine kıyasla (1. yıl=%68, 5. yıl=%26) ($p=0,02$); intertriginöz bölge tutulumu olmayanlarda (1. yıl=%73, 5. yıl=%49) olanlara göre (1. yıl=%72, 5. yıl=%25) ($p=0,02$); artralji/eklem bulgusu olmayanların (1. yıl=%76, 5. yıl=%44) olanlara göre (1. yıl=%69, 5. yıl=%26) ($p<0,01$); asitretin tedavi öyküsü olanlarda (1. yıl=%78, 5. yıl=%42) olmayanlara göre (1. yıl=%70, 5. yıl=%33) daha yüksekti ($p=0,01$).

Yaş, cinsiyet, hastalık süresi, aile öyküsü, obezite, artralji/eklem bulgusu varlığı Cox regresyon analiziyle değerlendirildiğinde obezite ve eklem tutulumu olması tedavi değişikliğiyle ilişkili bulundu.

SONUÇ:

İlaçta kalım süresi genel tedavi etkililiğinin bir göstergesidir. Çalışmamızda, İL-12/23 inhibitörlerinin ilaçta kalım süresi TNF- α ve İL-17 inhibitörlerinden daha uzunken İL-17 inhibitörlerinin ilaçta kalım süresi de TNF- α inhibitörlerinden daha uzundur.

Çalışmamızda TNF- α inhibitörleriyle ilaçta kalım oranı diğer ilaç gruplarından daha azken İL-23 inhibitörlerinin diğer gruplardan daha yüksekti. İL-23 inhibitörlerinde oranın daha yüksek olmasının guselkumabın dokuya yerleşik hafıza T hücrelerine etkisinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde obez hastalarda ilaçta kalım oranı düşük, yan etkiye bağlı ilaç değişikliği ise fazlaydı. Bu sonuç, obezlerde tedaviye uyumun artırılması ve kilo kontrolünün desteklenmesi gerekliliğine işaret etmektedir.

İlaçta kalım oranı palmoplantar ve intertriginöz bölgelerde lezyon varlığında daha yüksekti. Bu bölgelerde lezyonları olan hastaların tedavi memnuniyetinin daha zor sağlandığının ve takiplerde tedavisi zor bölgelerin kontrolünün gerekli olduğunu göstermektedir.

Literatürden farklı olarak artralji/eklem bulgusu olmayanların ilaçta kalım oranı, olanlardan daha fazlaydı. Bu veriler psoriatik artritli hastaların devamlı tedavi beklentisine, birden fazla ilaç değişikliği gerektirecek yüksek inflamatuvar yük ve düşük tedavi memnuniyet oranlarına işaret etmektedir.

Asitretin tedavisi almış hastalarda ilaçta kalım oranı almayanlara göre yüksekti. Bu bulgumuz asitretinin sitokin profilinde majör patolojik değişikliğe yol açmaması veya tolere edilmesi zor olan ilacın farklı tedavilere uyumu görece artırması şeklinde yorumlanabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Biyolojik Ajan, İlaçta Kalım, Psoriasis



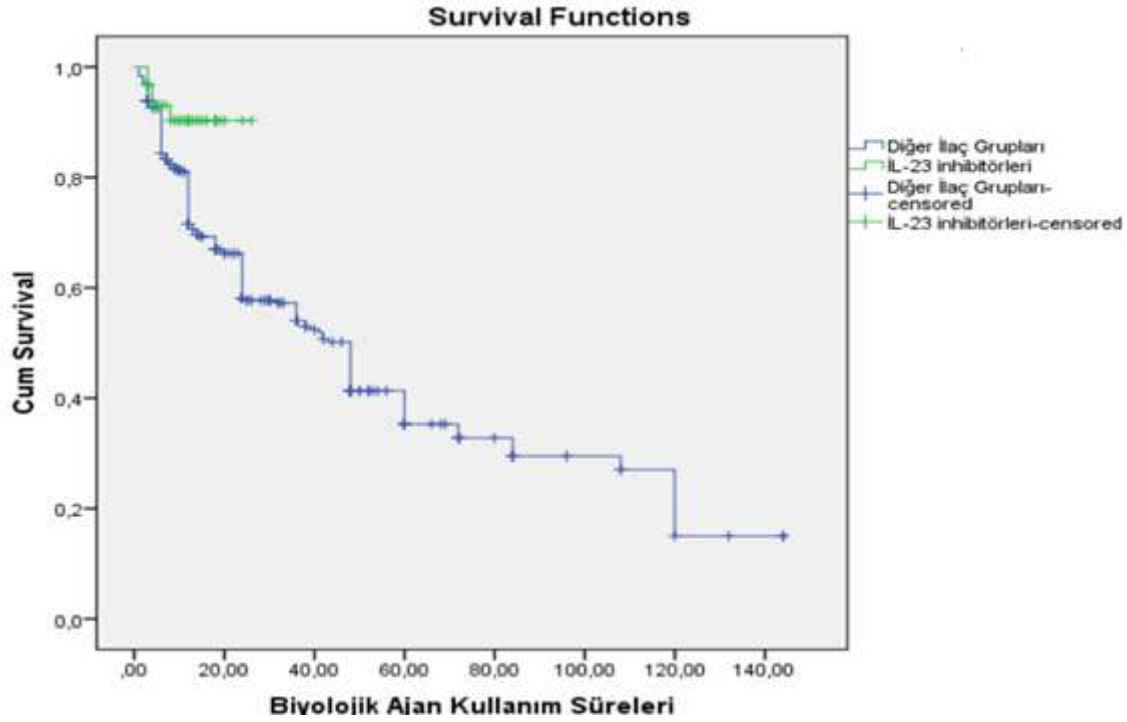
**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

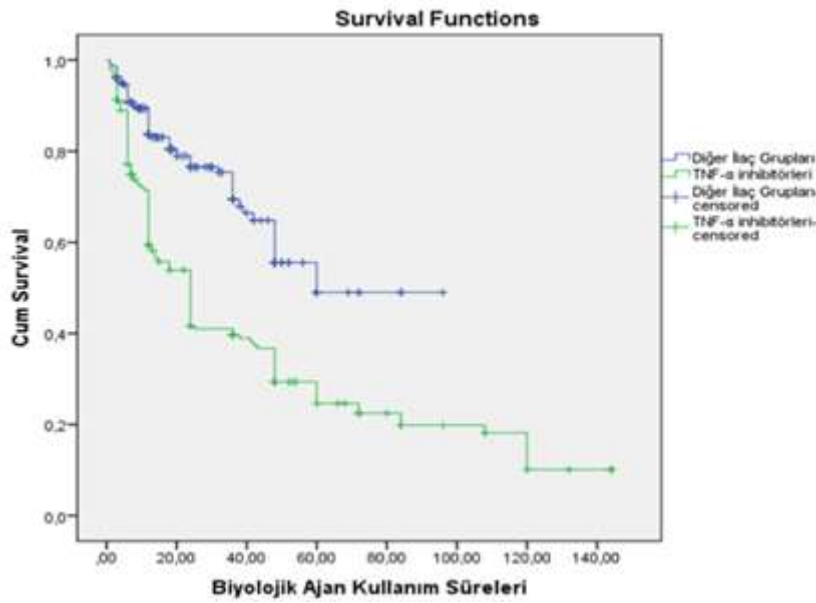
www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1) Saurat JH, Stingl G, Dubertret L, Papp K, Langley RG, Ortonne JP, et al. Efficacy and safety results from the randomized controlled comparative study of adalimumab vs. methotrexate vs. placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). Br J Dermatol. 2008;158(3):558–66.
- 2) Dávila-Seijo P, Dauden E, Carretero G, Ferrandiz C, Vanaclocha F, Gómez-García FJ, et al. Survival of classic and biological systemic drugs in psoriasis: results of the BIOBADADERM registry and critical analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2016;30(11):1942–50.
- 3) Torres T, Puig L, Vender R, Yeung J, Carrascosa JM, Piaserico S, et al. Drug Survival of Interleukin (IL)-17 and IL-23 Inhibitors for the Treatment of Psoriasis: A Retrospective Multi-country, Multicentric Cohort Study. Am J Clin Dermatol. 2022;23(6):891–904
- 4) Mehta H, Mashiko S, Angsana J, Rubio M, Hsieh YCM, Maari C, et al. Differential Changes in Inflammatory Mononuclear Phagocyte and T-Cell Profiles within Psoriatic Skin during Treatment with Guselkumab vs. Secukinumab. J Invest Dermatol. 2021;141(7):1707-1718.e9.
- 5) Mourad A, Straube S, Armijo-Olivo S, Gniadecki R. Factors predicting persistence of biologic drugs in psoriasis: a systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol. 2019;181(3):450–8.
- 6) Boehncke WH, Menter A. Burden of disease: psoriasis and psoriatic arthritis. Am J Clin Dermatol. 2013;14(5):377–88.
-

İL-23 İNHİBİTÖRLERİNİN İLAÇTA KALIMININ DİĞER İLAÇ GRUPLARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI



TNF-A İNHİBİTÖRLERİNİN İLAÇTA KALIMININ DİĞER İLAÇ GRUPLARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI





ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BİYOLOJİK AJANLARIN YILLARA GÖRE İLAÇTA KALIM ORANLARI

	1. Yıl	2. Yıl	3. Yıl	4. Yıl	5. Yıl
TNF- α İnhibitörleri (%)	59	41	38	29	24
İL-12/23 İnhibitörleri (%)	80	77	70	58	51
İL-17 İnhibitörleri (%)	83	71	65	48	48
İL-23 İnhibitörleri (%)	90	90	-	-	-

Çalışmamızda ülkemizde İL-23 inhibitörlerinin daha geç kullanıma girmiş olması nedeniyle 3 yıl ve daha uzun süre kullanan hasta verisi bulunmamaktadır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-77][KABUL:SÖZLÜ]

**KUTANÖZ LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİTTE SERUM ENDOKAN DÜZEYLERİNİN TANISAL
DEĞERİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

Gökberk Uyar¹, Gamze Taş Aygar¹, Mine Büşra Bozkürk², Ramazan Burak Sivri¹, Hatice Ataş¹,
Canan Topçuoğlu², Selda Pelin Kartal¹

¹Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Kliniği, Ankara

AMAÇ:

Kutanöz lökositoklastik vaskülit (KLV), genellikle postkapiller venülleri tutan küçük damar vaskülitidir ve sıklıkla palpabl purpura ile kendini gösterir (1). Sistemik vaskülitlerde endotel aktivasyonu önemli bir rol oynasa da yalnızca deriyi tutan vaskülitlerde bu sürecin önemi yeterince açıklığa kavuşturulmamıştır (2). Endotelyal kaynaklı bir proteoglikan olan endokan, inflamatuvar durumlarda endotel disfonksiyonunun bir belirtici olarak değerlendirilebilir (3). Bu çalışmada, KLV hastalarında serum endokan düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu biyobelirtecin tanısal performansının incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bu kesitsel çalışma, Etlik Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Çalışmaya, KLV tanısı histopatolojik olarak doğrulanmış bireyler ile sağlıklı gönüllüler dahil edilmiştir. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmış olup, çalışma yerel etik kurul onayı doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Tanı anında alınan serum örnekleri -80°C'de saklanmış ve endokan düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçülmüştür. Ayrıca sistemik inflamasyon belirteçleri olan C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve sistemik inflamatuvar indeks (SII) değerlendirilmiştir. ROC eğrisi analizi ile endokan düzeyleri için optimal kesim noktası belirlenmiş; bu değere ve diğer parametreler ile tek değişkenli ve çok değişkenli istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR:

Toplam 74 bireyin dahil edildiği çalışmada, 37 KLV tanılı hasta (27 kadın, 10 erkek) ve 37 sağlıklı kontrol (27 kadın, 10 erkek) yer almıştır. Hasta ve kontrol grupları arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). KLV grubunda serum endokan düzeyleri anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (4120.5 ± 9765.4 ng/mL) ve



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

kontrol grubuna (821.3 ± 562.3 ng/mL) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir ($p = 0.027$). Ancak lezyonların şiddeti (dize kadar veya yukarı uzanan) ya da morfolojik tipi ile serum endokan düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p > 0.05$). Serum endokan düzeyleri ile sistemik inflamasyon belirteçleri (CRP, ESR, NLR, SII) arasında korelasyon bulunmamıştır. Ayrıca, böbrek fonksiyon testleri, hemogram, karaciğer enzimleri ve eşlik eden komorbiditeler (DM, KKY, KAH) ile endokan düzeyleri arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. ROC eğrisi analizi sonucunda, endokan için 1077 ng/mL kesim değeri belirlendiğinde duyarlılık %49, özgüllük %78 ve AUC değeri 0.70 (95% GA: 0.58–0.83) olarak hesaplanmıştır.

SONUÇ:

KLV hastalarında belirgin şekilde artmış serum endokan düzeyleri, lokalize endotel aktivasyonunun biyokimyasal bir göstergesi olarak öne çıkmaktadır. Klinik semptomlar ve histopatolojik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde, tanısal doğruluğu artırabilir ve vaskülit ayırıcı tanısında tamamlayıcı bir rol üstlenebilir. Bu yönüyle endokan, özellikle erken evre ya da atipik prezentasyon gösteren olgularda tanıya katkı sağlayabilecek umut verici bir hedef biyobelirteç olarak değerlendirilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Endokan, Endotel disfonksiyonu, İnflamatuvar biyobelirteçler, Kutanöz vaskülit, Lökositoklastik vaskülit

KAYNAKLAR: (1) Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A. Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. Intern Emerg Med 2021;16:831–41.
<https://doi.org/10.1007/s11739-021-02688-x>.

(2) Micheletti RG, Werth VP. Small Vessel Vasculitis of the Skin. Rheum Dis Clin N Am 2015;41:21–32. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2014.09.006>.

(3) Shavit E, Alavi A, Sibbald RG. Vasculitis—What Do We Have to Know? A Review of Literature. Int J Low Extrem Wounds 2018;17:218–26.
<https://doi.org/10.1177/1534734618804982>.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-78][KABUL:SÖZLÜ]

LİVEDOİD VASKÜLOPATİ HASTALARINDA KAPİLLEROSKOPİK BULGULAR VE ENDOTELYAL DİSFONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem Apti Sengkioun¹, Tülin Ergun¹, Tuba Güçtekin², Fatma Alibaz Öner³

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Livedoid vaskülopati (LV) ağrılı ülserler, livedo racemosa ve atrofi blanche ile karakterize, kronik bir hastalıktır. Patogenezi net olmamakla birlikte artmış trombotik aktivite ve azalmış fibrinolitik aktivite sorumlu tutulmaktadır. Güncel bilgiler ışığında LV'nin endotelial disfonksiyona sekonder gözlenen trombofili bir vaskülopati olabileceği düşünülmektedir. Brakial arter akım aracılı dilatasyon (FMD) ve karotis intima-media kalınlığı (CIMT) ise endotelial disfonksiyonu yüksek çözünürlüklü Doppler USG aracılı değerlendiren pratik ve non-invaziv yöntemlerdir. Operatör bağımlı bu tekniklerin yanında daha spesifik ve serumda bakılabilen endotelial disfonksiyon biyobelirteçlerinin önemi her geçen gün artmaktadır. İn-vivo mikrovasküler değişiklikler ise non-invaziv olarak tırnak yatağı kapilleroskopik inceleme ile değerlendirilebilmektedir.

Çalışmamızda LV hastalarında endotelial disfonksiyonun non-invaziv görüntüleme teknikleri (FMD, CIMT) ve serum endotelial disfonksiyon biyobelirteçlerinden çözünebilir Endoglin, Endokan, Endotelin-1, Lipoprotein(a), Plazminojen aktivatör inhibitörü-1 (PAI-1), çözünebilir Trombomodulin, von Willebrand faktör (vWF), hs-CRP ile değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca tırnak kıvrımı kapilleroskopisi yapılarak mikrosirkülasyonun incelenmesi hedeflenmektedir. Bu şekilde LV patogenezinde suçlanan ana faktörler olan endotelial disfonksiyon ve mikrodolaşımın farklı yöntemlerle değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Endotelial disfonksiyon belirteçleri ile hastalık şiddeti, koagülatif parametreler ve komorbid durumların varlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ise diğer amaçlardır.

MATERYAL-METOD:

On altı LV hastası, yirmi dört sistemik skleroz (SSc) hastası ve yirmi üç sağlıklı gönüllünün serum endotelial disfonksiyon biyobelirteçlerinden çözünebilir Endoglin, Endokan, Endotelin-



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

1, Lipoprotein(a), PAI-1, çözünebilir Trombomodulin, vWF ve hs-CRP enzyime-linked immunosorbent assay (ELISA) yöntemi ile ölçüldü. Tüm hasta ve sağlıklılara el tırnaklarından kapilleroskopik inceleme yapıldı. Akım aracılı dilatasyon (FMD) ölçümü için antekübital fossa 3-5 cm proksimalinde brakial arterin görüntülenebildiği bölgeye deri işaretlenmesi yapıldı. Doppler USG ile bazal brakial arter iç çapı üç ardışık değerin aritmetik ortalaması belirlenerek kaydedildi. Tansiyon aleti manşonu ile 200 mmHg basınçta 5 dk şişirilip söndürdükten 60 saniye sonra deri işaretlenmesi yapılan bölgeden üç ardışık ölçüm yapıldı. Başlangıç brakial arter ortalama çap ile reaktif hiperemi sonrası ortalama çap yüzde (%) değişim olarak kaydedildi. Karotis arter intima-media kalınlığı (CIMT) için 'carotid bulb'ın 1-2 cm proksimalinden intima-media kalınlığı ölçülerek kaydedildi.

BULGULAR:

Çalışmamızda endotelial disfonksiyon biyobelirteçlerinden PAI-1 ve çözünebilir Trombomodulin düzeyi LV ve SSc hastalarında sağlıklı gönüllülere göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (Sırasıyla p: 0,004 ve p: 0,002). Entotelin-1 ve hs-CRP yüksekliği sadece SSc grubunda anlamlıydı. Lipoprotein(a) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı. LV, SSc ve kontrollerde karotis intima-media kalınlığı açısından anlamlı fark yoktu. Ancak akım aracılı dilatasyon (FMD) (%) hem LV (p:0,034) hem SSc (p:0,003) grubunda kontrollere kıyasla belirgin düşük saptandı. Kapilleroskopik incelemede LV hastalarında minör değişikliklerden crossing, dilatasyon, tortüozite ile majör değişikliklerden ramifikasyon, meandering görülme oranı sağlıklı kontrollere göre yüksekti. Ayrıca kapiller dansite sağlıklı kontrollere (10,13±1,25/mm²) kıyasla, LV (7,13±0,96/mm²) ve SSc hastalarında (5,67±1,37/mm²) anlamlı olarak düşük bulundu.

SONUÇ:

LV hastalarında endotelial disfonksiyon biyobelirteçlerinden PAI-1 ve çözünebilir Trombomodulin'in yüksekliği anlamlı bulunmuştur. Endotelial disfonksiyonu non-invaziv görüntülemeye yönelik yapılan akım aracılı dilatasyon(FMD) LV hastalarında anlamlı ölçüde azalmıştır. Aynı zamanda kapilleroskopik incelemede LV hastalarında kapiller dansitede azalma ve morfolojik değişiklikler saptanmıştır. Bu veriler, LV patogenezinde endotelial disfonksiyonun rolünü desteklemektedir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELEER: endotelyal disfonksiyon, kapilleroskopi, lipoprotein(a), livedoid vaskülopati, trombomodulin

- KAYNAKLAR:** 1. Micieli R, Alavi A. Livedoid Vasculopathy: an Updated Review. *Curr Dermatol Rep.* 2018;7(3). doi:10.1007/s13671-018-0222-0
2. Criado PR, Rivitti EA, Sotto MN, de Carvalho JF. Livedoid vasculopathy as a coagulation disorder. *Autoimmun Rev.* 2011;10(6):353-360. doi:10.1016/j.autrev.2010.11.008
3. Sankar A, Hinshaw K. Livedoid vasculopathy and pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 2009;107(3):248-249. doi:10.1016/j.ijgo.2009.06.020
4. Kurt T, Aydın F, Uncu N, Acar B. Livedoid vasculopathy: A challenging disease to diagnose. *J Paediatr Child Health.* 2021;57(5):721-722. doi:10.1111/jpc.14961
5. Goerge T, Weishaupt C, Metze D, et al. Livedoid vasculopathy in a pediatric patient with elevated lipoprotein(a) levels: prompt response to continuous low-molecular-weight heparin. *Arch Dermatol.* 2010;146(8):927-928. doi:10.1001/archdermatol.2010.177
6. Kapur SV, Oswal JS. Livedoid Vasculopathy Associated with Antiphospholipid Antibody Presenting with Leg Ulcer. *Indian J Pediatr.* 2020;87(12):1082-1082. doi:10.1007/s12098-020-03330-y
7. Freitas TQ, Halpern I, Criado PR. Livedoid vasculopathy: a compelling diagnosis. *Autopsy Case Rep.* 2018;8(3):e2018034. doi:10.4322/acr.2018.034
8. Schiffmann ML, Dissemond J, Erfurt-Berge C, et al. German S1 guideline: diagnosis and treatment of livedovascularopathy. *JDDG J Dtsch Dermatol Ges.* 2021;19(11):1668-1678. doi:10.1111/ddg.14520
9. Maessen-Visch MB, Koedam MI, Hamulyak K, Neumann HAM. Atrophie blanche. *Int J Dermatol.* 1999;38(3):161-172. doi:10.1046/j.1365-4362.1999.00581.x
10. Alavi A, Hafner J, Dutz JP, et al. Livedoid vasculopathy: An in-depth analysis using a modified Delphi approach. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(6):1033-1042.e1. doi:10.1016/j.jaad.2013.07.019
11. Kerk N, Goerge T. Livedoid vasculopathy – a thrombotic disease. Published online 2013:6.
12. Goerge T. Livedovaskulopathie: Pathogenese, Diagnostik und Therapie des Hautinfarkts. *Hautarzt.* 2011;62(8):627-636. doi:10.1007/s00105-011-2172-3
13. Vasudevan B, Neema S, Verma R. Livedoid vasculopathy: A review of pathogenesis and principles of management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2016;82(5):478. doi:10.4103/0378-6323.183635
14. Harper CD, Crane JS. Atrophie Blanche. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2022. Accessed June 27, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544285/>
15. Shankar S, Vasudevan B, Deb P, Langer V, Verma R, Nair V. Livedoid vasculopathy-a vasculitic mimic. *Arthritis Rheum.* 2013;65(3):791-791. doi:10.1002/art.37783



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

16. den Heijer M, Brouwer IA, Bos GM, et al. Vitamin supplementation reduces blood homocysteine levels: a controlled trial in patients with venous thrombosis and healthy volunteers. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 1998;18(3):356-361. doi:10.1161/01.atv.18.3.356
17. Espinel DPGS, Di Giacomo TB, Pincelli TP, et al. Analysis of serum levels and cutaneous expression of lipoprotein (a) in 38 patients with livedoid vasculopathy. *J Cutan Pathol.* 2017;44(12):1033-1037. doi:10.1111/cup.13043
18. Cardoso R, Gonçalo M, Tellechea O, et al. Livedoid vasculopathy and hypercoagulability in a patient with primary Sjögren's syndrome: Livedoid vasculopathy and hypercoagulability in Sjögren's syndrome. *Int J Dermatol.* 2007;46(4):431-434. doi:10.1111/j.1365-4632.2007.03229.x
19. Cutaneous polyarteritis nodosa in patients presenting with atrophie blanche - Mimouni - 2003 - *British Journal of Dermatology* - Wiley Online Library. Accessed July 6, 2022.
20. Thomas JR III, Winkelmann RK. Vascular Ulcers in Scleroderma. *Arch Dermatol.* 1983;119(10):803-807.
21. Oh YB, Jun JB, Kim CK, et al. Mixed connective tissue disease associated with skin defects of livedoid vasculitis. *Clin Rheumatol.* 2000;19(5):381-384. doi:10.1007/s100670070032
22. Chen KR, Toyohara A, Suzuki A, Miyakawa S. Clinical and histopathological spectrum of cutaneous vasculitis in rheumatoid arthritis. *Br J Dermatol.* 2002;147(5):905-913. doi:10.1046/j.1365-2133.2002.04933.x
23. Di Giacomo T, Hussein T, Souza D, Criado P. Frequency of thrombophilia determinant factors in patients with livedoid vasculopathy and treatment with anticoagulant drugs - a prospective study: Livedoid vasculopathy - thrombophilia and anticoagulation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24(11):1340-1346. doi:10.1111/j.1468-3083.2010.03646.x
24. Kofler K, Strölin A, Geiger V, Kofler L. Intravenous Immunoglobulin Therapy in Livedoid Vasculopathy: Retrospective Observation of Clinical Outcome and Patient's Activity Level. *J Cutan Med Surg.* 2021;25(5):504-510. doi:10.1177/12034754211003525
25. Weishaupt C, Strölin A, Kahle B, et al. Characteristics, risk factors and treatment reality in livedoid vasculopathy – a multicentre analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(9):1784-1791. doi:10.1111/jdv.15639
26. Jain. Livedoid vasculopathy with mononeuritis multiplex associated with protein S deficiency mimicking systemic vasculitis. Accessed June 27, 2022. <https://www.indianjrheumatol.com/article.asp?issn=0973-3698;year=2019;volume=14;issue=1;spage=69;epage=73;aulast=Jain>
27. Malaguti MC, Cavallaro T, Speziali L, Zorzi MG, Marangoni S, Morini A. Mononeuritis multiplex associated with primary livedoid vasculopathy: Neuropathological evidence of ischemic nerve damage. *J Neurol Sci.* 2015;351(1-2):214-215. doi:10.1016/j.jns.2015.03.013
28. Gardette E, Moguelet P, Bouaziz J, et al. Livedoid Vasculopathy: A French Observational



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Study Including Therapeutic Options. *Acta Derm Venereol.* 2018;98(9):842-847.

doi:10.2340/00015555-2965

29. Callen JP. Livedoid Vasculopathy: What It Is and How the Patient Should Be Evaluated and Treated. *Arch Dermatol.* 2006;142(11). doi:10.1001/archderm.142.11.1481

30. Papi M, Didona B, De Pità O, et al. Livedo Vasculopathy vs Small Vessel Cutaneous Vasculitis: Cytokine and Platelet P-Selectin Studies. *Arch Dermatol.* 1998;134(4):447. doi:10.1001/archderm.134.4.447

31. Feng S, Su W, Jin P, Shao C. Livedoid Vasculopathy: Clinical Features and Treatment in 24 Chinese Patients. *Acta Derm Venereol.* 2014;94(5):574-578. doi:10.2340/00015555-1711

32. Gao Y, Jin H. Efficacy of an anti-TNF-alpha agent in refractory livedoid vasculopathy: a retrospective analysis. *J Dermatol Treat.* 2022;33(1):178-183.

doi:10.1080/09546634.2020.1737634

33. Khenifer S, Thomas L, Balme B, Dalle S. Livedoid vasculopathy: thrombotic or inflammatory disease?: Livedoid vasculopathy: thrombotic or inflammatory disease? *Clin Exp Dermatol.* 2010;35(7):693-698. doi:10.1111/j.1365-2230.2009.03732.x

34. McCalmont CS, McCalmont TH, Jorizzo JL, White WL, Leshin B, Rothberger H. Livedo vasculitis: vasculitis or thrombotic vasculopathy? *Clin Exp Dermatol.* 1992;17(1):4-8. doi:10.1111/j.1365-2230.1992.tb02522.x

35. Criado PR, Di Giacomo THB, Souza DPG, Santos DV, Aoki V. Direct immunofluorescence findings and thrombophilic factors in livedoid vasculopathy: how do they correlate? *Clin Exp Dermatol.* 2014;39(1):66-68. doi:10.1111/ced.12157

36. Nuttawong S, Chularojanamontri L, Trakanwittayarak S, Pinkaew S, Chanchaemsri N, Rujitharanawong C. Direct immunofluorescence findings in livedoid vasculopathy: a 10-year study and literature review. *Clin Exp Dermatol.* 2021;46(3):525-531. doi:10.1111/ced.14464

37. Gao Y, Jin H. Livedoid vasculopathy and its association with genetic variants: A systematic review. *Int Wound J.* 2021;18(5):616-625. doi:10.1111/iwj.13563

38. Mirrakhimov AE, Velasquez Kho E, Ali A. Painless Livedoid Vasculopathy in a Patient with G20210A Prothrombin Gene Mutation. *Case Rep Med.* 2012;2012:1-5.

doi:10.1155/2012/910231

39. Soria JM, Almasy L, Souto JC, et al. Linkage analysis demonstrates that the prothrombin G20210A mutation jointly influences plasma prothrombin levels and risk of thrombosis. *Blood.* 2000;95(9):2780-2785. doi:10.1182/blood.V95.9.2780.009k36_2780_2785

40. Anavekar NS, Kelly R. Heterozygous prothrombin gene mutation associated with livedoid vasculopathy. *Australas J Dermatol.* 2007;48(2):120-123. doi:10.1111/j.1440-0960.2007.00350.x

41. Hairston BR, Davis MDP, Pittelkow MR, Ahmed I. Livedoid Vasculopathy: Further Evidence for Procoagulant Pathogenesis. *Arch Dermatol.* 2006;142(11).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

doi:10.1001/archderm.142.11.1413

42. Abou Rahal J, Ishak RS, Otroock ZK, Kibbi AG, Taher AT. Livedoid vasculopathy in a patient with lupus anticoagulant and MTHFR mutation: treatment with low-molecular-weight heparin. *J Thromb Thrombolysis*. 2012;34(4):541-544. doi:10.1007/s11239-012-0743-5

43. Irani-Hakime NA, Stephan F, Kreidy R, Jureidini I, Almawi WY. Livedoid vasculopathy associated with combined prothrombin G20210A and factor V (Leiden) heterozygosity and MTHFR C677T homozygosity. *J Thromb Thrombolysis*. 2008;26(1):31-34. doi:10.1007/s11239-008-0214-1

44. Tsai TF, Yang CH, Chu CY, et al. Polymorphisms of MTHFR gene associated with livedoid vasculopathy in Taiwanese population. *J Dermatol Sci*. 2009;54(3):214-216.

doi:10.1016/j.jdermsci.2008.12.010

45. Federman DG, Kirsner RS. An Update on Hypercoagulable Disorders. *Arch Intern Med*. 2001;161(8):1051. doi:10.1001/archinte.161.8.1051

46. Biedermann T, Flaig MJ, Sander CA. Livedoid vasculopathy in a patient with factor V mutation (Leiden). *J Cutan Pathol*. 2000;27(8):410-412. doi:10.1034/j.1600-0560.2000.027008410.x

47. Kavala M, Kocatürk E, Zindancı İ, Türkog'lu Z, Altıntaş S. A case of livedoid vasculopathy associated with factor V Leiden mutation: Successful treatment with oral warfarin. *J Dermatol Treat*. 2008;19(2):121-123. doi:10.1080/09546630701670305

48. Lewerenz V, Burchardt T, B'chau A, Ruzicka T, Megahed M. Livedovaskulopathie bei heterozygoter Faktor-V-Leiden-Mutation und Sticky-Platelet-Syndrom. *Hautarzt*. 2004;55(4):379-381. doi:10.1007/s00105-004-0709-4

49. Davis MDP, Wysokinski WE. Ulcerations caused by livedoid vasculopathy associated with a prothrombotic state: Response to warfarin. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(3):512-515. doi:10.1016/j.jaad.2006.04.087

50. Boyvat A, KundakC,i N, Babikir MOA, G'urgey E. Livedoid vasculopathy associated with heterozygous protein C deficiency: LIVEDOID VASCULOPATHY and PROTEIN C DEFICIENCY. *Br J Dermatol*. 2000;143(4):840-842. doi:10.1046/j.1365-2133.2000.03786.x

51. Kuba Y, Terao H, Takahara M, Kiryu H, Furue M. Case of proximal calciphylaxis with protein S deficiency, successfully treated with multimodality therapy: Letters to the Editor. *J Dermatol*. 2012;39(7):657-659. doi:10.1111/j.1346-8138.2011.01356.x

52. Nakayama T, Mizutani K, Hanamura I, et al. Livedoid vasculopathy and popliteal artery occlusion in a patient with protein S deficiency. *J Dermatol*. 2017;44(2):198-201. doi:10.1111/1346-8138.13652

53. Yarmolinsky J, Bordin Barbieri N, Weinmann T, Ziegelmann PK, Duncan BB, Schmidt MI. Plasminogen activator inhibitor-1 and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sci Rep*. 2016;6(1):17714. doi:10.1038/srep17714



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

54. Nürnberg W, Michelmann I, Burdach S, Göbel U. Endothelial dysfunction after bone marrow transplantation: Increase of soluble thrombomodulin and PAI-1 in patients with multiple transplant-related complications. *Ann Hematol.* 1998;76(2):61-65. doi:10.1007/s002770050364
55. Agirbasli M, Göktay F, Peker I, Gunes P, Aker FV, Akkiprik M. Enhanced mRNA expression of plasminogen activator inhibitor-1 in livedoid vasculopathy lesions. *Cardiovasc Ther.* 2017;35(3):e12255. doi:10.1111/1755-5922.12255
56. Gao Y, Jin H. Plasminogen activator inhibitor-1: a potential etiological role in livedoid vasculopathy. *Int Wound J.* 2020;17(6):1902-1908. doi:10.1111/iwj.13480
57. Deng A, Gocke CD, Hess J, Heyman M, Paltiel M, Gaspari A. Livedoid Vasculopathy Associated With Plasminogen Activator Inhibitor-1 Promoter Homozygosity (4G/4G) Treated Successfully With Tissue Plasminogen Activator. *Arch Dermatol.* 2006;142(11). doi:10.1001/archderm.142.11.1466
58. Lima LM, Sousa MO. PAI-1 4G/5G Polymorphism and Plasma Levels Association in Patients with Coronary Artery Disease.:6.
59. Eriksson P, Kallin B, van 't Hooft FM, Båvenholm P, Hamsten A. Allele-specific increase in basal transcription of the plasminogen-activator inhibitor 1 gene is associated with myocardial infarction. *Proc Natl Acad Sci.* 1995;92(6):1851-1855. doi:10.1073/pnas.92.6.1851
60. Antunes J, Filipe P, André M, Fraga A, Miltenyi G, Marques Gomes M. Livedoid Vasculopathy Associated with Plasminogen Activator Inhibitor-1 Promoter Homozygosity (4G/4G) and Prothrombin G20210A Heterozygosity: Response to t-PA Therapy. *Acta Derm Venereol.* 2010;90(1):91-92. doi:10.2340/00015555-0760
61. Agirbasli M, Eren M, Eren F, et al. Enhanced functional stability of plasminogen activator inhibitor-1 in patients with livedoid vasculopathy. *J Thromb Thrombolysis.* 2011;32(1):59-63. doi:10.1007/s11239-011-0556-y
62. Vasconcelos R, Criado PR, Belda W. Livedoid vasculopathy secondary to high levels of lipoprotein(a): Correspondence. *Br J Dermatol.* 2011;164(5):1111-1113. doi:10.1111/j.1365-2133.2011.10216.x
63. Riches K, Porter KE. Lipoprotein(a): Cellular Effects and Molecular Mechanisms. *Cholesterol.* 2012;2012:1-10. doi:10.1155/2012/923289
64. Spence JD, Koschinsky M. Mechanisms of lipoprotein(a) pathogenicity: prothrombotic, proatherosclerotic, or both? *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2012;32(7):1550-1551. doi:10.1161/ATVBAHA.112.251306
65. Yang CH, Shen SC, Hui RY, Huang YH, Chu PH, Ho WJ. Association between peripheral vascular endothelial dysfunction and livedoid vasculopathy. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(1):107-112. doi:10.1016/j.jaad.2011.07.021
66. Kostner KM, Marz W, Kostner GM. When should we measure lipoprotein (a)? *Eur Heart J.*



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

2013;34(42):3268-3276. doi:10.1093/eurheartj/eh053

67. Papagrigrakis E, Iliopoulos D, Asimacopoulos PJ, et al. Lipoprotein(a) in plasma, arterial wall, and thrombus from patients with aortic aneurysm. Clin Genet. 2008;52(5):262-271. doi:10.1111/j.1399-0004.1997.tb04343.x

68. Criado PR, Espinell DPS, Barreto P, Di Giacomo THB, Sotto MN. Lipoprotein(a) and livedoid vasculopathy: A new thrombophilic factor? Med Hypotheses. 2015;85(5):670-674. doi:10.1016/j.mehy.2015.08.009

69. Criado PR, de Souza Espinell DP, Valentef NS, Alavi A, Kirsner RS. Livedoid vasculopathy and high levels of lipoprotein (a): response to danazol: Therapeutic Hotline. Dermatol Ther. 2015;28(4):248-253. doi:10.1111/dth.12225

70. Jorge AD, Fantini B de C, Rivitti EA, Benabou JE, Vasconcellos C, Criado PR. Análise da frequência de trombofilia em pacientes com atrofia branca de Milian. An Bras Dermatol. 2007;82(1):25-33. doi:10.1590/S0365-05962007000100003

71. Poredos P, Poredos AV, Gregoric I. Endothelial Dysfunction and Its Clinical Implications. Angiology. 2021;72(7):604-615. doi:10.1177/0003319720987752

72. Tousoulis D, Simopoulou C, Papageorgiou N, et al. Endothelial dysfunction in conduit arteries and in microcirculation. Novel therapeutic approaches. Pharmacol Ther. 2014;144(3):253-267. doi:10.1016/j.pharmthera.2014.06.003

73. Kreuter A, Gambichler T, Breuckmann F, et al. Pulsed intravenous immunoglobulin therapy in livedoid vasculitis: An open trial evaluating 9 consecutive patients. J Am Acad Dermatol. 2004;51(4):574-579. doi:10.1016/j.jaad.2004.05.003

74. Bonetti PO, Lerman LO, Lerman A. Endothelial Dysfunction: A Marker of Atherosclerotic Risk. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2003;23(2):168-175. doi:10.1161/01.ATV.0000051384.43104.FC

75. Jezovnik MK, Fareed J, Poredos P. Patients With a History of Idiopathic Deep Venous Thrombosis Have Long-Term Increased Levels of Inflammatory Markers and Markers of Endothelial Damage. Clin Appl Thromb. 2017;23(2):124-131. doi:10.1177/1076029616670259

76. Wang M, Sui J, Wang S, Wang X. Correlations of carotid intima-media thickness with endothelial function and atherosclerosis degree in patients with type 2 diabetes mellitus. Clin Hemorheol Microcirc. 2019;72(4):431-439. doi:10.3233/CH-180486

77. Bazid H, Hammam M, Aboashour M, Ellaithy M, Mostafa M, Holah N shawky. Study of serum level and immunohistochemical expression of von Willebrand factor in psoriasis. J Immunoassay Immunochem. 2022;43(1):54-66. doi:10.1080/15321819.2021.1941097

78. Ohlin AK, Larsson K, Hansson M. Soluble thrombomodulin activity and soluble thrombomodulin antigen in plasma. J Thromb Haemost. 2005;3(5):976-982.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

doi:10.1111/j.1538-7836.2005.01267.x

79. Anastasiou G, Gialeraki A, Merkouri E, Politou M, Travlou A. Thrombomodulin as a regulator of the anticoagulant pathway: implication in the development of thrombosis. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2012;23(1):1-10. doi:10.1097/MBC.0b013e32834cb271

80. Miwa Y, Yazaki S, Iwamoto M, et al. Functional Difference Between Membrane-bound and Soluble Human Thrombomodulin. *Transplantation*. 2015;99(4):702-709.

doi:10.1097/TP.0000000000000571

81. Ziğtek Z. Endothelial Markers: Thrombomodulin and Von Willebrand Factor and Risk of Kidney Thrombosis After Transplantation. *Transplant Proc*. 2021;53(5):1562-1569.

doi:10.1016/j.transproceed.2021.03.011

82. Budzyń M, Gryszczyńska B, Boruckowski M, et al. The endothelial status reflected by circulating endothelial cells, circulating endothelial progenitor cells and soluble thrombomodulin in patients with mild and resistant hypertension. *Vascul Pharmacol*. 2019;113:77-85. doi:10.1016/j.vph.2018.12.005

83. Strijbos MH, Rao C, Schmitz PIM, et al. Correlation between circulating endothelial cell counts and plasma thrombomodulin levels as markers for endothelial damage. *Thromb Haemost*. 2008;100(10):642-647. doi:10.1160/TH08-02-0122

84. Goshua G, Pine AB, Meizlish ML, et al. Endotheliopathy in COVID-19-associated coagulopathy: evidence from a single-centre, cross-sectional study. *Lancet Haematol*. 2020;7(8):e575-e582. doi:10.1016/S2352-3026(20)30216-7

85. Sorrentino FS, Matteini S, Bonifazzi C, Sebastiani A, Parmeggiani F. Diabetic retinopathy and endothelin system: microangiopathy versus endothelial dysfunction. *Eye*. 2018;32(7):1157-1163. doi:10.1038/s41433-018-0032-4

86. Gorski S, Bartnicka M, Citko A, Żelazowska-Rutkowska B, Jablonski K, Gorska A. Microangiopathy in Naifold Videocapillaroscopy and Its Relations to sE- Selectin, Endothelin-1, and hsCRP as Putative Endothelium Dysfunction Markers among Adolescents with Raynaud's Phenomenon. *J Clin Med*. 2019;8(5):567. doi:10.3390/jcm8050567

87. Venkatesha S, Toporsian M, Lam C, et al. Soluble endoglin contributes to the pathogenesis of preeclampsia. *Nat Med*. 2006;12(6):642-649. doi:10.1038/nm1429

88. Rathouska J, Jezkova K, Nemeckova I, Nachtigal P. Soluble endoglin, hypercholesterolemia and endothelial dysfunction. *Atherosclerosis*. 2015;243(2):383-388.

doi:10.1016/j.atherosclerosis.2015.10.003

89. Nalewajska M, Gurazda K, Marchelek-Myśliwiec M, Pawlik A, Dziedziczko V. The Role of Endocan in Selected Kidney Diseases. *Int J Mol Sci*. 2020;21(17):6119.

doi:10.3390/ijms21176119

90. Balta I, Balta S, Demirkol S, et al. Elevated serum levels of endocan in patients with psoriasis vulgaris: correlations with cardiovascular risk and activity of disease. *Br J Dermatol*.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

2013;169(5):1066-1070. doi:10.1111/bjd.12525

91. Yoshioka K, Tateishi C, Kato H, Chen KR. Systemic lupus erythematosus with refractory ulcerated livedoid vasculopathy: Successful treatment with intravenous immunoglobulin and warfarin. Clin Case Rep. 2018;6(11):2045-2047. doi:10.1002/ccr3.1803

92. Feng S ying, Jin P ying, Shao C geng. The significance of anticardiolipin antibody and immunologic abnormality in livedoid vasculitis: The significance of anticardiolipin antibody and immunologic abnormality in livedoid vasculitis. Int J Dermatol. 2011;50(1):21-23. doi:10.1111/j.1365-4632.2010.04569.x

93. Browning CE, Callen JP. Warfarin Therapy for Livedoid Vasculopathy Associated With Cryofibrinogenemia and Hyperhomocysteinemia. Arch Dermatol. 2006;142(1). doi:10.1001/archderm.142.1.75

94. Etehad Tavakol M, Fatemi A, Karbalaie A, Emrani Z, Erlandsson BE. Nailfold Capillaroscopy in Rheumatic Diseases: Which Parameters Should Be Evaluated? BioMed Res Int. 2015;2015:1-17. doi:10.1155/2015/974530

95. Bilgic A, Ozcobanoglu S, Bozca BC, Alpsoy E. Livedoid vasculopathy: A multidisciplinary clinical approach to diagnosis and management. Int J Womens Dermatol. 2021;7(5):588-599. doi:10.1016/j.ijwd.2021.08.013

96. Monshi B, Posch C, Vujic I, Sesti A, Sobotka S, Rappersberger K. Efficacy of intravenous immunoglobulins in livedoid vasculopathy: Long-term follow-up of 11 patients. J Am Acad Dermatol. 2014;71(4):738-744. doi:10.1016/j.jaad.2014.05.039

97. Kerk N, Drabik A, Luger TA, Schneider SW, Goerge T. Rivaroxaban prevents painful cutaneous infarctions in livedoid vasculopathy: Correspondence. Br J Dermatol. 2013;168(4):898-899. doi:10.1111/bjd.12100

98. Gonzalez-Santiago TM, Davis MDP. Update of management of connective tissue diseases: livedoid vasculopathy: Livedoid vasculopathy. Dermatol Ther. 2012;25(2):183-194. doi:10.1111/j.1529-8019.2012.01490.x

99. Kunzler E, Chong BF. Ulcerative livedoid vasculopathy responding to clopidogrel. JAAD Case Rep. 2018;4(2):203-205. doi:10.1016/j.jdc.2017.09.003

100. Hairston BR. Treatment of Livedoid Vasculopathy With Low-Molecular-Weight Heparin: Report of 2 Cases. Arch Dermatol. 2003;139(8):987. doi:10.1001/archderm.139.8.987

101. Yamaguchi Y, Nakazato S, Izumi K, Ieko M, Nomura T, Shimizu H. Rapid remission of severe pain from livedoid vasculopathy by apixaban. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(1):e45-e46. doi:10.1111/jdv.13691

102. Weishaupt C, Strölin A, Kahle B, et al. Anticoagulation with rivaroxaban for livedoid vasculopathy (RILIVA): a multicentre, single-arm, open-label, phase 2a, proof-of-concept trial. Lancet Haematol. 2016;3(2):e72-e79. doi:10.1016/S2352-3026(15)00251-3

103. Klein KL, Pittelkow MR. Tissue Plasminogen Activator for Treatment of Livedoid



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- Vasculitis. Mayo Clin Proc. 1992;67(10):923-933. doi:10.1016/S0025-6196(12)60922-7
104. Kim EJ, Yoon SY, Park HS, Yoon HS, Cho S. Pulsed intravenous immunoglobulin therapy in refractory ulcerated livedoid vasculopathy: seven cases and a literature review: Pulsed IVIg for livedoid vasculopathy. Dermatol Ther. 2015;28(5):287-290. doi:10.1111/dth.12233
105. Zeni P, Finger E, Scheinberg MA. Successful use of rituximab in a patient with recalcitrant livedoid vasculopathy. Ann Rheum Dis. 2008;67(7):1055-1056. doi:10.1136/ard.2007.083931
106. Cable. Rituximab in severe skin diseases: target, disease, and dose. Clin Pharmacol Adv Appl. Published online July 2010:135. doi:10.2147/CPAA.S10929
107. Mofarrah R, Aberer W, Aberer E. Treatment of livedoid vasculopathy with alprostadil (PGE-1): case report and review of published literature: Letter to the Editor. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013;27(2):e252-e254. doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04480.x
108. Kawakami T, Takeuchi S, Okano T, Inoue H, Soma Y. Therapeutic effect of autologous platelet-rich plasma (PRP) on recalcitrant cutaneous ulcers in livedoid vasculopathy. JAAD Case Rep. 2015;1(5):310-311. doi:10.1016/j.jdc.2015.07.005
109. Mushtaq S, Singh S, Mudugal R. Topical becaplermin gel is an effective adjuvant for long-standing ulcers of livedoid vasculopathy recalcitrant to anticoagulant therapy. Clin Exp Dermatol. 2019;44(6):681-683. doi:10.1111/ced.13870
110. Criado PR, Pagliari C, Morita TCAB, et al. Livedoid vasculopathy in 75 Brazilian patients in a single-center institution: Clinical, histopathological and therapy evaluation. Dermatol Ther. 2021;34(2). doi:10.1111/dth.14810
111. Valentim F de O, Tsutsui GM, Miot HA. Recrudescence of livedoid vasculopathy induced by COVID-19. Int J Dermatol. 2021;60(5). doi:10.1111/ijd.15423
112. Friso S, Girelli D, Trabetti E, et al. A1298C methylenetetrahydrofolate reductase mutation and coronary artery disease: relationships with C677T polymorphism and homocysteine/folate metabolism. Coron Artery Dis.:6.
113. Sazci A, Ergul E, Kaya G, Kara I. Genotype and allele frequencies of the polymorphic methylenetetrahydrofolate reductase gene in Turkey. Cell Biochem Funct. 2005;23(1):51-54. doi:10.1002/cbf.1132
114. Byrnes J, Wolberg A. Newly-Recognized Roles of Factor XIII in Thrombosis. Semin Thromb Hemost. 2016;42(04):445-454. doi:10.1055/s-0036-1571343
115. Dawson S, Hamsten A, Wiman B, Henney A, Humphries S. Genetic variation at the plasminogen activator inhibitor-1 locus is associated with altered levels of plasma plasminogen activator inhibitor-1 activity. Arterioscler Thromb J Vasc Biol. 1991;11(1):183-190. doi:10.1161/01.ATV.11.1.183
116. Lemaire R, Burwell T, Sun H, et al. Resolution of Skin Fibrosis by Neutralization of the Antifibrinolytic Function of Plasminogen Activator Inhibitor 1: PAI-1 NEUTRALIZATION

RESOLVES SKIN FIBROSIS. Arthritis Rheumatol. 2016;68(2):473-483. doi:10.1002/art.39443

117. Bandinelli F, Bartoli F, Perfetto F, et al. The fibrinolytic system components are increased in systemic sclerosis and modulated by Alprostadil (alpha1 cilodestryn):.7.

118. Kahaleh B. Vascular Disease in Scleroderma: Mechanisms of Vascular Injury. Rheum Dis Clin N Am. 2008;34(1):57-71. doi:10.1016/j.rdc.2007.12.004

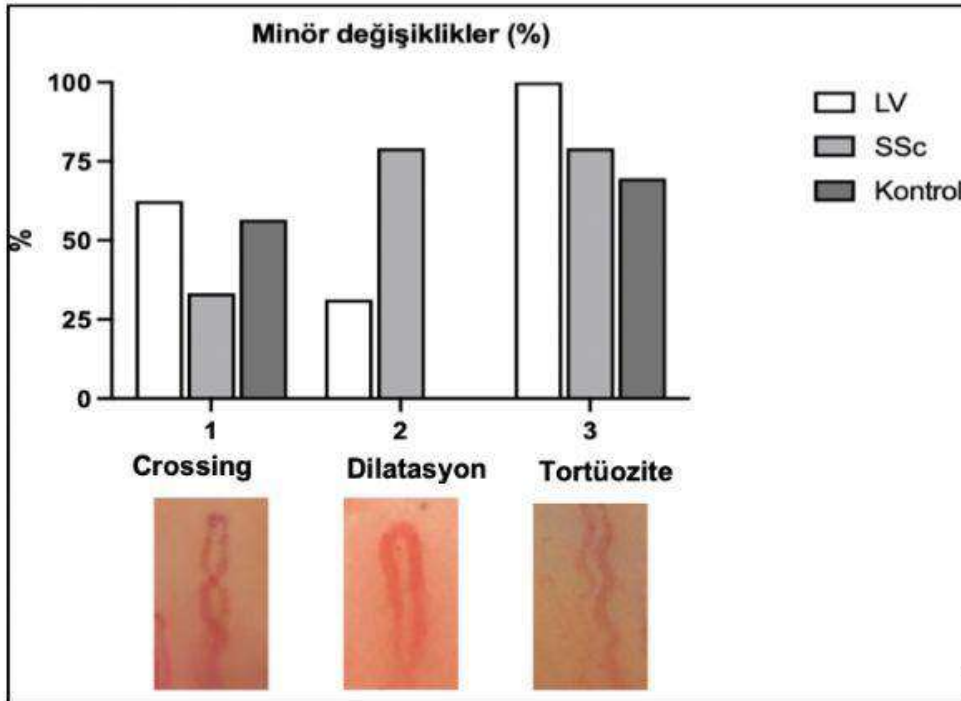
119. Lippi G, Caramaschi P, Montagnana M, Salvagno GL, Volpe A, Guidi G. Lipoprotein[a] and the lipid profile in patients with systemic sclerosis. Clin Chim Acta. 2006;364(1-2):345-348. doi:10.1016/j.cca.2005.07.015

120. Ingegnoli F, Herrick AL. Nailfold Capillaroscopy in Pediatrics: Pediatric Nailfold Capillaroscopy. Arthritis Care Res. 2013;65(9):1393-1400. doi:10.1002/acr.22026

121. Bernardino V, Rodrigues A, Lladó A, Fernandes M, Panarra A. The Impact of Nailfold Capillaroscopy in the Approach of Microcirculation. In: González M, ed. Vascular Biology - Selection of Mechanisms and Clinical Applications. IntechOpen; 2020. doi:10.5772/intechopen.90525

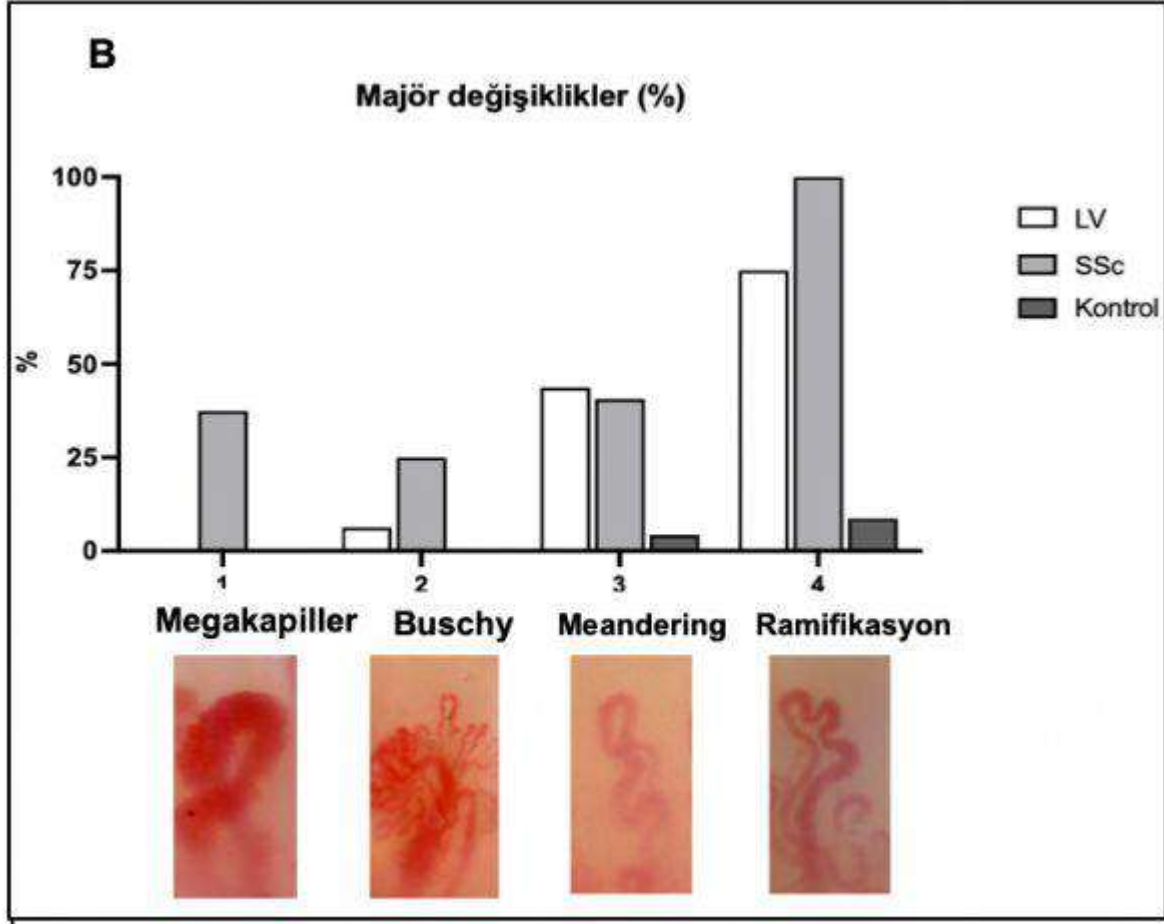
122. Smith V, Herrick AL, Ingegnoli F, et al. Standardisation of nailfold capillaroscopy for the assessment of patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. Autoimmun Rev. 2020;19(3):102458. doi:10.1016/j.autrev.2020.102458

ŞEKİL 1A



Hasta ve kontrol gruplarında görülen minör kapilleroskopik değişiklikler

ŞEKİL 1B



Hasta ve kontrol gruplarında görülen majör kapilleroskopik değişiklikler

TABLO 1

	LV Ort±ss Ortanca (IQR)	SSC Ort±ss Ortanca (IQR)	KONTROL Ort±ss Ortanca (IQR)	P



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

CIMT	0,58± 0,16 0,59 (0,48-0,64)	0,54± 0,13 0,51 (0,44-0,57)	0,5± 0,1 0,48 (0,4-0,55)	0,142
FMD	14,43±4,4 14,77 (11,26-18,26)	10,74± 6,14 10,06 (6,12-13,85)	21,39± 7,21 19,8 (16,47-24,88)	<0,001
				Ölçülen değerlerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Grupların CIMT ve FMD değerlerinin karşılaştırılması

TABLO 2

Kapilleroskopik parametreler	LV n/%	Kontrol n/%	p
Ramifikasyon Yok <%33 %33-66 >%66	4/25 7/43,75 5/31,25 -/-	21/91,3 2/8,7 - - - -	<0,001
Avasküler alan Yok Var	12/75 4/25	23/100 -/-	0,011
Tortuzite Yok <%33 > %33-66 > %66	-/- 4/25 6/37,5 6/37,5	7/30,43 10/43,48 5/21,74 1/4,35	0,006
Crossing Yok <2 >2	-/- 10/62,5 6/37,5	9/39,13 13/56,52 1/4,35	0,002
Dilatasyon Yok <%33	11/68,75 4/25	23/100 -/-	0,016



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

%33-66 >%66	1/6,25 -/-	-/- -/-	
Neoanjiogenez Yok Var	15/93,75 1/6,25	23/100 -/-	0,4
Buschy kapiller	15/93,75 1/6,25	23/100 -/-	0,41
Megakapiller Yok %33-66	16/100 -/-	23/100 -/-	-
Mikrohemoraji Yok <%33	13/81,25 3/18,75	21/91,3 2/8,7	0,356
Subpapiller Venöz pleksus Yok Görünür	12/75 4/25	15/65,22 8/34,78	0,386
Meandering Yok <%33 %33-66 >%66	9/56,25 3/18,75 -/- 4/25	22/95,65 1/4,35 -/- -/-	0,009
			Kalitatif parametrelerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır.

LV ve sağlıklı gönüllülerin kalitatif kapilleroskopik parametrelerinin karşılaştırılması



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-79][KABUL:SÖZLÜ]

**GENİTAL SİĞİLİ OLAN ERKEKLERDE PSİKOSOSYAL ETKİLERİN VE CİNSEL FONKSİYON
BOZUKLUĞUNUN ARAŞTIRILMASI**

Furkan Aydın, Leyla Baykal Selçuk

Ktü Tıp Fakültesi

AMAÇ:

Kadınlardaki HPV enfeksiyonları üzerine yapılan önceki çalışmalardan farklı olarak, bu araştırmada erkeklerde görülen genital siğillerin psikososyal etkilenim ve cinsel fonksiyon bozuklukları başta olmak üzere, hastalığın genel yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bununla birlikte, HPV ve HPV aşısına yönelik bilgi düzeyi ve tutumların kapsamlı bir şekilde incelenmesi de çalışmanın temel hedefleri arasındadır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma, Kasım 2022 ile Kasım 2024 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, 18 ila 70 yaş aralığında olan ve daha önce anksiyete veya depresyon tanısı almamış 80 erkek hasta ve 80 kontrol grubu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri, lezyonların lokalizasyonu ve süresi, uygulanan tedavi yöntemleri ve tedaviye yanıtları, eşlik eden hastalıkları, eş öyküsü, cinsel partner sayısı, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik serolojik değerlendirmeleri, HPV aşı durumu ve aşının yanı sıra HPV hakkındaki bilgi ve tutumları veri toplama formu aracılığıyla kaydedilmiştir. Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), psikososyal etkilenimi belirlemek için Beck Depresyon Envanteri ve cinsel fonksiyon bozukluklarını saptamak için Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulanmıştır.

BULGULAR:

Vaka ve kontrol gruplarının demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, boy ve kilo) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla uygulanan Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

(DYKi) puanı vaka grubunda $2,4 \pm 2,6$, kontrol grubunda ise $1,2 \pm 2,2$ olarak ölçülmüş olup, bu fark $p < 0,001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Depresyon değerlendirmesinde; her iki grupta da en yaygın depresyon düzeyi minimal depresyon olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte, orta düzey depresyon vaka grubunda %11,3, kontrol grubunda %3,8 olup ($p=0,025$), şiddetli depresyon vaka grubunda %2,5 oranında gözlenirken, kontrol grubunda hiç tespit edilmemiştir ($p=0,025$). Orta ve şiddetli depresyon oranlarının toplamı vaka grubunda %13,8, kontrol grubunda ise %3,8 olarak bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Cinsel fonksiyon bozuklukları açısından yapılan değerlendirmelerde, cinsel doyum sorunu vaka grubunda %30, kontrol grubunda ise %13,8 olarak belirlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,022$).

Ayrıca, dokunma problemi ($p=0,035$) ve erektil disfonksiyon (sertleşme bozukluğu) vaka grubunda sırasıyla %27,5 ve %11,3 olarak tespit edilmiş olup, kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.. HPV aşısı, bilgi ve tutum değerlendirmesinde; HPV aşısını duyma oranları her iki grup arasında benzer bulunmuş olmakla birlikte, doktor tarafından önerilme oranı vaka grubunda %78,8, kontrol grubunda ise %12,5 olarak tespit edilmiş ve bu fark $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Sonuçlar: Bu çalışma, genital siğil tanısı alan erkek bireylerde yaşam kalitesinin belirgin şekilde azaldığını ve uygulanan tedavi yöntemlerinin etkinlik açısından değişkenlik gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, orta ve şiddetli depresyon oranlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu, cinsel fonksiyon bozukluklarının – özellikle cinsel doyum eksikliği, dokunma ile ilgili problemler ve erektil disfonksiyon – vaka grubunda daha yaygın görüldüğü belirlenmiştir. Elde edilen bulgular, genital siğilin yalnızca fiziksel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda psikososyal iyi oluş ve cinsel yaşam kalitesi üzerinde de önemli olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir. Bu doğrultuda, HPV enfeksiyonlarının yalnızca klinik tedavi süreçleriyle değil, aynı zamanda psikososyal destek ve farkındalığı artırmaya yönelik multidisipliner yaklaşımlarla ele alınması gerektiği düşünülmektedir

ANAHTAR KELİMELEER: Cinsel fonksiyon bozukluğu, genital siğil, HPV aşısı, psikososyal etkiler, yaşam kalitesi

KAYNAKLAR: KAYNAKLAR

1. Van Doorslaer K, Chen Z, Bernard HU, Chan PKS, DeSalle R, Dillner J, Forslund O, Haga T, McBride AA, Villa LL, Burk RD, Ictv Report Consortium. ICTV



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- Virus Taxonomy Profile: Papillomaviridae. J Gen Virol. 2018 Aug;99(8):989-990. doi: 10.1099/jgv.0.001105. Epub 2018 Jun 21. PMID: 29927370; PMCID: PMC6171710.
2. Munday JS. Bovine and human papillomaviruses: a comparative review. Vet Pathol. 2014 Nov;51(6):1063-75. doi: 10.1177/0300985814537837. Epub 2014 Jun 30. PMID: 24981715.
3. Syrjänen S, Rautava J. HPV ja syöpä [HPV and cancer]. Duodecim. 2015;131(19):1765-74. Finnish. PMID: 26638661.
4. Gazzetta S, Valent F, Sala A, Driul L, Brunelli L. Sexually transmitted infections and the HPV-related burden: evolution of Italian epidemiology and policy. Front Public Health. 2024 Mar 15;12:1336250. doi: 10.3389/fpubh.2024.1336250. PMID: 38560434; PMCID: PMC10978588
5. Donne AJ, Keltie K, Cole H, Sims AJ, Patrick H, Powell S. Prevalence and management of recurrent respiratory papillomatosis (RRP) in the UK: crosssectional study. Clin Otolaryngol. 2017 Feb;42(1):86-91. doi: 10.1111/coa.12683. Epub 2016 Jun 19. PMID: 27208548.
6. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. Int J Cancer. 2017 Aug 15;141(4):664-670. doi: 10.1002/ijc.30716. Epub 2017 Jun 8. PMID: 28369882; PMCID: PMC5520228.
7. Milano G, Guarducci G, Nante N, Montomoli E, Manini I. Human Papillomavirus Epidemiology and Prevention: Is There Still a Gender Gap? Vaccines (Basel). 2023 Jun 4;11(6):1060. doi: 10.3390/vaccines11061060. PMID: 37376449; PMCID: PMC10303003.
8. Quinlan JD. Human Papillomavirus: Screening, Testing, and Prevention. Am Fam Physician. 2021 Aug 1;104(2):152-159. PMID: 34383440.
9. Özcan İ. (2022). Genital siğillerde psikososyal etkinin araştırılması ve yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmesi. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hast. Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
10. Carvalho NS, Silva RJCD, Val ICD, Bazzo ML, Silveira MFD. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV) [Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: human papillomavirus (HPV) infection]. Epidemiol Serv Saude. 2021 Mar 15;30(spe1):e2020790. Portuguese, Spanish. doi: 10.1590/S1679-4974202100014.esp1. Erratum in: Epidemiol Serv Saude. 2021;30(spe1):e2021266. doi: 10.1590/S1679-4974202100020.esp1. PMID:



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

33729414.

11. Kosenko KA, Harvey-Knowles J, Hurley RJ. The information management processes of women living with HPV. *J Health Commun.* 2014;19(7):813-24. doi: 10.1080/10810730.2013.864728. Epub 2014 Feb 28. PMID: 24580554.

12. Atallah, David MD, MSc 1,2; El Feghaly, Charbel MD 3; El Feghaly, Murielle MD 4; Arap, Wissam MD 1,2; Khaddage, Abir MD 1,5; Akiki, Mira MD 1,5; El Kassis, Nadine MD 1,2; Çakra, Jant Abou MD 1,2; Chahine, Georges MD 1,6; Moubarak, Malak MD 1,2. Sosyal ve Dini Geçmiş Önemli mi? Lübnanlı Kadınlar Üzerindeki Human Papilloma Virüsün Psikososyal Etkisine Dair Bir Çalışma. *Alt Genital Bölge Hastalıkları Dergisi* 26(1):s 8-12, Ocak 2022. | DOI: 10.1097/LGT.00000000000006399

13. Sénécal M, Brisson M, Maunsell E, Ferenczy A, Franco EL, Ratnam S, Coutlée F, Palefsky JM, Mansi JA. Loss of quality of life associated with genital warts: baseline analyses from a prospective study. *Sex Transm Infect.* 2011 Apr;87(3):209-15. doi: 10.1136/sti.2009.039982. Epub 2011 Feb 18. PMID: 21335602.

14. Haddad J, Hasan F, Roumeih AH, Omar A. The psychosocial burden of anogenital warts on Syrian patients: study of quality of life. *Heliyon.* 2022 Jun 30;8(7):e09816. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e09816. PMID: 35815151; PMCID: PMC9260334

15. Pirotta M, Ung L, Stein A, Conway EL, Mast TC, Fairley CK, Garland S. The psychosocial burden of human papillomavirus related disease and screening interventions. *Sex Transm Infect.* 2009 Dec;85(7):508-13. doi: 10.1136/sti.2009.037028. Epub 2009 Aug 24. PMID: 19703844.

16. Scarbrough Lefebvre CD, Van Krieking G, Gonçalves MA, de Sanjose S. Appraisal of the burden of genital warts from a healthcare and individual patient perspective. *Public Health.* 2011 Jul;125(7):464-75. doi: 10.1016/j.puhe.2011.01.016. Epub 2011 Jun 30. PMID: 21722930.

17. Polat N. (2023). Genital HPV (Human Papilloma Virüs) Enfeksiyonlarının Kadınlarda Yaşam Kalitesi, Cinsel Sağlık, Anksiyete, Depresyon ve Beden Algısı Üzerine Etkileri, İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

18. Choi YJ, Park JS. Clinical significance of human papillomavirus genotyping. *J Gynecol Oncol.* 2016 Mar;27(2):e21. doi: 10.3802/jgo.2016.27.e21. PMID: 26768784; PMCID: PMC4717226.

19. Review of HPV-related diseases and cancers Pina Brianti, Eduardo De Flammeneis, Santo Raffaele Mercuri Dermatology and Cosmetology Unit, San Raffaele Hospital, Milan, Italy.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

20. Hathaway JK. HPV: diagnosis, prevention, and treatment. Clin Obstet Gynecol. 2012 Sep;55(3):671-80. doi: 10.1097/GRF.0b013e31825caa36. PMID: 22828099.
21. Giuliano AR, Anic G, Nyitray AG. Epidemiology and pathology of HPV disease in males. Gynecol Oncol. 2010 May;117(2 Suppl):S15-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2010.01.026. Epub 2010 Feb 6. PMID: 20138345; PMCID: PMC4254924.
22. Ahmadi M, Rasi H, Mostafazadeh M, Hajazimian S, Maroufi NF, Nahaei MR, Rahaei S, Isazadeh A. Analysis of cervical lesions for presence of HSV-2 and HPV-16 and HPV-18 in Iranian patients by PCR. Horm Mol Biol Clin Investig. 2017 Jun 13;31(3):/j/hmbci.2017.31.issue-3/hmbci-2017-0019/hmbci-2017-0019.xml. doi: 10.1515/hmbci-2017-0019. PMID: 28609291.
23. Anic GM, Lee JH, Stockwell H, Rollison DE, Wu Y, Papenfuss MR, Villa LL, Lazcano-Ponce E, Gage C, Silva RJ, Baggio ML, Quiterio M, Salmerón J, Abrahamsen M, Giuliano AR. Incidence and human papillomavirus (HPV) type distribution of genital warts in a multinational cohort of men: the HPV in men study. J Infect Dis. 2011 Dec 15;204(12):1886-92. doi: 10.1093/infdis/jir652. Epub 2011 Oct 19. PMID: 22013227; PMCID: PMC3209812.
24. Bernard HU, Burk RD, Chen Z, van Doorslaer K, zur Hausen H, de Villiers EM. Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. Virology. 2010 May 25;401(1):70-9. doi: 10.1016/j.virol.2010.02.002. Epub 2010 Mar 5. PMID: 20206957; PMCID: PMC3400342.
25. Hoorieh Soleimanjahi, Ala Habibian, in Encyclopedia of Infection and Immunity, 2022.
26. Lacey CJ, Lowndes CM, Shah KV. Chapter 4: Burden and management of noncancerous HPV-related conditions: HPV-6/11 disease. Vaccine. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S3/35-41. doi: 10.1016/j.vaccine.2006.06.015. PMID: 16950016.
27. de Sanjosé S, Brotons M, Pavón MA. The natural history of human papillomavirus infection. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018 Feb;47:2-13. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.08.015. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28964706.
28. Karataş A, Oğrum A, İzol B, Demir O, Ekşioğlu HM. Anogenital kondilomu olan erkeklerde yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Turk Klin J Dermatol. 2018;28(2).
29. Dunne EF, Park IU. HPV and HPV-associated diseases. Infect Dis Clin North Am. 2013 Dec;27(4):765-78. doi: 10.1016/j.idc.2013.09.001. PMID: 24275269.
30. Lacey CJ, Lowndes CM, Shah KV. Chapter 4: Burden and management of noncancerous HPV-related conditions: HPV-6/11 disease. Vaccine. 2006 Aug 31;24



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Suppl 3:S3/35-41. doi: 10.1016/j.vaccine.2006.06.015. PMID: 16950016.

31. Graham SV. Human papillomavirus: gene expression, regulation and prospects for novel diagnostic methods and antiviral therapies. *Future Microbiol.* 2010 Oct;5(10):1493-506. doi: 10.2217/fmb.10.107. PMID: 21073310; PMCID: PMC3527891.

32. Tanaka TI, Alawi F. Human Papillomavirus and Oropharyngeal Cancer. *Dent Clin North Am.* 2018 Jan;62(1):111-120. doi: 10.1016/j.cden.2017.08.008. Epub 2017 Oct 7. PMID: 29126488.

33. Rampias T, Sasaki C, Psyrri A. Molecular mechanisms of HPV induced carcinogenesis in head and neck. *Oral Oncol.* 2014 May;50(5):356-63. doi: 10.1016/j.oraloncology.2013.07.011. Epub 2013 Aug 13. PMID: 23953776.

34. Hewavisenti RV, Arena J, Ahlenstiel CL, Sasson SC. Human papillomavirus in the setting of immunodeficiency: Pathogenesis and the emergence of nextgeneration therapies to reduce the high associated cancer risk. *Front Immunol.* 2023 Mar 7;14:1112513. doi: 10.3389/fimmu.2023.1112513. PMID: 36960048; PMCID: PMC10027931.

35. Burd EM, Dean CL. Human Papillomavirus. *Microbiol Spectr.* 2016 Aug;4(4). doi: 10.1128/microbiolspec.DMIH2-0001-2015. PMID: 27726787.

36. Chan PK, Picconi MA, Cheung TH, Giovannelli L, Park JS. Laboratory and clinical aspects of human papillomavirus testing. *Crit Rev Clin Lab Sci.* 2012 JulAug;49(4):117-36. doi: 10.3109/10408363.2012.707174. PMID: 22913405; PMCID: PMC3469219

37. Liu Y, Li H, Pi R, Yang Y, Zhao X, Qi X. Current strategies against persistent human papillomavirus infection (Review). *Int J Oncol.* 2019 Sep;55(3):570-584. doi: 10.3892/ijo.2019.4847. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31364734.

38. Mlynarczyk-Bonikowska B, Rudnicka L. HPV Infections-Classification, Pathogenesis, and Potential New Therapies. *Int J Mol Sci.* 2024 Jul 11;25(14):7616. doi: 10.3390/ijms25147616. PMID: 39062859; PMCID: PMC11277246.

39. Plotzker RE, Vaidya A, Pokharel U, Stier EA. Sexually Transmitted Human Papillomavirus: Update in Epidemiology, Prevention, and Management. *Infect Dis Clin North Am.* 2023 Jun;37(2):289-310. doi: 10.1016/j.idc.2023.02.008. PMID: 37105644.

40. Doorbar J, Quint W, Banks L, Bravo IG, Stoler M, Broker TR, Stanley MA. The biology and life-cycle of human papillomaviruses. *Vaccine.* 2012 Nov 20;30 Suppl 5:F55-70. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.06.083. PMID: 23199966.

41. Dunne EF, Park IU. HPV and HPV-associated diseases. *Infect Dis Clin North*



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- Am. 2013 Dec;27(4):765-78. doi: 10.1016/j.idc.2013.09.001. PMID: 24275269.
42. Shanmugasundaram S, You J. Targeting Persistent Human Papillomavirus Infection. *Viruses*. 2017 Aug 18;9(8):229. doi: 10.3390/v9080229. PMID: 28820433; PMCID: PMC5580486.
43. Seong SH, Jung JH, Kwon DI, Lee KH, Park JB, Baek JW, Suh KS, Jang MS. Dermoscopic findings of genital keratotic lesions: Bowenoid papulosis, seborrheic keratosis, and condyloma acuminatum. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2021 Dec;36:102448. doi: 10.1016/j.pdpdt.2021.102448. Epub 2021 Jul 19. PMID: 34293495
44. Dong H, Shu D, Campbell TM, Frühauf J, Soyer HP, Hofmann-Wellenhof R. Dermoscopy of genital warts. *J Am Acad Dermatol*. 2011 May;64(5):859-64. doi: 10.1016/j.jaad.2010.03.028. Epub 2011 Mar 22. Erratum in: *J Am Acad Dermatol*. 2012 May;66(5):829. Soyer, Peter [corrected to Soyer, H Peter]. PMID: 21429619
45. Veasey JV, Framil VM, Nadal SR, Marta AC, Lellis RF. Genital warts: comparing clinical findings to dermoscopic aspects, in vivo reflectance confocal features and histopathologic exam. *An Bras Dermatol*. 2014 Jan-Feb;89(1):137-40. doi: 10.1590/abd1806-4841.20141917. PMID: 24626658; PMCID: PMC3938364
46. Lacarrubba F, Borghi A, Verzi AE, Corazza M, Stinco G, Micali G. Dermoscopy of genital diseases: a review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Oct;34(10):2198-2207. doi: 10.1111/jdv.16723. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32531092
47. Cinotti E, Barbarossa L, Cortonesi G, Lamberti A, La Marca F, Tognetti L, Rubegni P, Perrot JL. Non-Invasive Imaging for the Diagnosis of Genital Warts and Their Imitators. *J Clin Med*. 2024 Feb 27;13(5):1345. doi: 10.3390/jcm13051345. PMID: 38592196; PMCID: PMC10932056.
48. Jin A. Atlas of Genital Dermoscopy. *Skinmed*. 2024 Mar 18;22(1):80. PMID: 38494625
49. *International Journal of Clinical and Diagnostic Pathology* 2021; 4(3): 26-3
50. Kore VB, Anjankar A. A Comprehensive Review of Treatment Approaches for Cutaneous and Genital Warts. *Cureus*. 2023 Oct 25;15(10):e47685. doi: 10.7759/cureus.47685. PMID: 38022045; PMCID: PMC10673707
51. Bolton RA. Nongenital warts: classification and treatment options. *Am Fam Physician*. 1991 Jun;43(6):2049-56. PMID: 2042548.
52. Sindhuja T, Bhari N, Gupta S. Asian guidelines for condyloma acuminatum. *J Infect Chemother*. 2022 Jul;28(7):845-852. doi: 10.1016/j.jiac.2022.03.004. Epub



22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

64. Atay S. Dermatolojide yaşam kalitesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

2019;4:27-34.

65. Türkmen N, Kutsal C. The Effect of Genital Warts on Men's Depression and Sexual Functions. Endoüroloji Bülteni. 2023;15(3):139-45.

66. Karataş A, Oğrum A, İzol B, Demir O, Ekşioğlu HM. Anogenital kondilomu olan erkeklerde yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Turk Klin J Dermatol. 2018;28(2).

67. Kenney, J. W. (1996). Risk factors associated with genital HPV infection. Cancer nursing, 19(5), 353-359.

68. Yakut E, Ekici E. Effects of obsessive beliefs and anxiety on sexual function in HPV-positive men. Int J Impot Res. 2024;1-8.

69. Sharma, N., Sharma, V., Singh, P. R., Kushwaha, R. S., Nautiyal, S. C., Sailwal, S., & Singh, R. K. (2012). Age wise distribution of high risk Human Papillomavirus in Northern Indian women. Biomed Res, 23(4), 547.

70. Pandit A, Tangbetani LL, Dangol NMS, Ranjit S. Clinicoepidemiological Profile and Sexual Behavior Pattern of Patients with Anogenital Warts. Nepal J Dermatol Venereol Leprol. 2023;21(2):6-10

71. Afshar ZM, Aryanian Z, Rajabalian MB, Narouie B, Dayani M, Aliasgharpour M, et al. Clinical and Public Health Considerations for HPV Infection in Men: A Narrative Review. 2024.

72. Villemure SE, Wilby KJ, et al. A systematic review of the treatment of active anogenital warts with human papillomavirus vaccines. J Am Pharm Assoc. 2024;64(1):179-85.e3.

73. Lacey CJN, Woodhall SC, Wikstrom A, Ross J. 2012 European guideline for the management of anogenital warts. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013;27(3):e263-e270.

74. Nygård S, Nygård M, Orumaa M, Hansen BT. Quadrivalent HPV vaccine effectiveness against anogenital warts: a registry-based study of 2.2 million individuals. Vaccine. 2023;41(37):5469-76. Erratum in: Vaccine. 2023.

75. Schöfer H. Evaluation of imiquimod for the therapy of external genital and anal warts in comparison with destructive therapies. Br J Dermatol. 2007 Dec;157 Suppl 2:52-5. Review.

76. Khaled HN, Ali HN, Arafat ES. Burden of multiple genital warts on male sexual function. Egypt J Dermatol Venerol. 2024;44(1):33-42.

77. Taavela K, Eriksson T, Huhtala H, Bly A, Harjula K, Heikkilä K, et al. The quality of life of frequently vs. infrequently screened HPV vaccinated women. Qual Life Res. 2024;33(4):941-9.

78. Sagar GC, Paudel S, Pudasaini P, Adhikari S. Quality of life in patients with anogenital warts: A cross-sectional study using the Dermatology Life Quality



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Index questionnaire. JEADV Clin Pract. 2024.

79. Woodhall SC, Jit M, Soldan K, Kinghorn G, Gilson R, Nathan M, et al. The impact of genital warts: loss of quality of life and cost of treatment in eight sexual health clinics in the UK. Sex Transm Infect. 2011;87(6):458-63

80. Imren IG, Gökşin Ş, Ertürk S, Çalli D, Duygulu Ş. Retrospective Evaluation of Clinic, Pathologic and Prognostic Characteristics of Anogenital Warts. Türkiye Klinikleri Dermatoloji. 2024.

81. Gökhan, F. (2022). Anogenital verrü ile başvuran hastalarda diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların serolojik değerlendirilmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi.

82. Aktaş H, Ertuğrul G, Benli AR. Genital siğilli hastalarda cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklara ait serolojik test sonuçları: Retrospektif bir değerlendirme. Arch Clin Exp Med. 2017;2(1):15-7.

83. Luthfiandi MR, Imtihani H, Purwanto H, Fintaru V, Mistralina A, Lukito NR, et al. Quality of Life in Patients with Condyloma accuminata at Dr. Sardjito General Hospital. 2021.

84. Paudel S, Pudasaini P, Kafle M, Acharya I. Quality Of Life in Patients with NonGenital Warts: A Cross-Sectional Study using Dermatology Life Quality Index (DLQI) Questionnaire. Nepal J Dermatol Venereol Leprol. 2022;20(1):34-40.

85. Erdem Y. (2012). Genital siğilli hastalarda hasta ve aile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hast. Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi.

86. Mortensen GL, Larsen HK. The quality of life of patients with genital warts: a qualitative study. BMC Public Health. 2010;10:1-8.

87. Lee TS, Kothari-Talwar S, Singhal PK, Yee K, Kulkarni A, Lara N, et al. Crosssectional study estimating the psychosocial impact of genital warts and other anogenital diseases in South Korea. BMJ Open. 2019;9(3):e025035.

88. Gürkan N, Gürbüz T. The Relationship between Human Papillomavirus and Anxiety, Depression, and Sexual Dysfunction in Women. J. Exp. Clin. Med. 2022;39(4):999-1003.

89. Nia MH, Rahmanian F, Ghahartars M, Janghorban R. Sexual function and sexual quality of life in men with genital warts: a cross-sectional study. Reprod Health. 2022;19(1):102. Nia MH, Rahmanian F, Ghahartars M, Janghorban R. Sexual function and sexual quality of life in men with genital warts: a cross-sectional study. Reprod Health. 2022;19(1):102.

90. Keleş E, Öztürk UK, Alınca CM, Yucel D, Api M, Baydili K. Impact of an HPV



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- diagnosis on the psychosexual sphere. J Exp Clin Med. 2023;40(1):85-9.
91. Abu El-Hamd M. Premature ejaculation among patients with genital warts: a pilot study. Sexual and Relationship Therapy. 2020;35(4):424-432.
92. Erol Koc EM, Akkaya H, Ozaksit MG, Moraloglu Tekin O. The impact of genital warts on sexual function and sexuality-related distress in late adolescence. Int J Impot Res. 2022;34(8):790-794.
93. Demir R. Kadınların Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşısı Hakkındaki Farkındalıkları ile Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutumları. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2024;17(4):603-621.
94. Çakır AT, Porsuk İ, Çalbiyık F, Taner G, Noğay AE, Aslan ME, et al. Üniversite öğrencilerinin HPV, HPV tarama testi ve HPV aşısına ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. Batı Karadeniz Tıp Derg. 2021;5(3):472-480.
95. Sezgin Y, Salimoğlu S, Başaran E, Akdur R. Yüksekokul öğrencilerinin Human Papilloma Virüs enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin bilgi düzeyleri ve sağlık inançları. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 18(1):48-55.
96. Nergisli CK, Toğrul C, Görkem Ü, Duman NB. Erkek yardımcı sağlık personelinin Human Papilloma Virus aşılınması hakkında bilgi ve tutumu: bir anket çalışması. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2016;19(2):39-44.
97. Cenk H, Egeli MN, Taş S, Yaşar S, Dik ZN, Gökşin ŞS, Şenol H. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Genital Siğillerin Önemi ile İlgili Bilgi Düzeyi. Turk J Clin Lab. 2022;13(2):195-201.
98. Uyan DD, Başer DA, Sarı E, Aksoy H, Fidancı İ, Dağcıoğlu K, et al. Tıp fakültesi öğrencilerinin servikal kanser hakkında bilgi düzeyleri ve Human Papilloma Virus aşısına karşı tutumları. J Turk Fam Physician. 2021;12(2):66-75.
99. Kocaay F. Tıp fakültesi öğrencilerinin serviks kanseri, human papilloma virüsü ve aşısı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının cinsel mitler perspektifinde incelenmesi. Int J Entrepreneur Manag Inq. 2023;7(Özel Sayı 2):58-70.
100. Ünal BÜ, Erdoğan BG, Tulum B. Türkiye’de bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin HPV aşısı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Turk J Fam Pract. 2024;28(3):93-99.
101. Mersin P, Tuncer Ö. Aile Hekimlerinin HPV Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. Turk J Fam Pract. 2023;27(3):45-52.
102. Yılmaz B, Hat BN, Yürekli Y, Oskay Ü. Genç erişkinlerin human papilloma virüs (HPV) ve HPV aşısına ilişkin bilgi ve görüşleri: Kesitsel bir çalışma. Kocaeli Univ Sağlık Bilimleri Derg. 2021;7(2):138-148.
103. Sarı, C., Küçük, U., Adıgüzel, L., & Demirbağ, B. C. (2023). Üniversite



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

öğrencilerinin HPV, HPV aşısına ilişkin görüş ve düşünceleri ile aşılama sıklığının belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(3), 461-471.

104. Mirza A, Çöl M. Bir tip fakültesinde intern doktorların HPV enfeksiyonu ve aşısı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2023;8(2):183-193.

105. Aldawood E, Dabbagh D, Alharbi S, Alzamil L, Faqih L, Alshurafa HH, Dabbagh R. HPV vaccine knowledge and hesitancy among health colleges' students at a Saudi University. J Multidiscip Healthc. 2023;3465-3476.

106. Emre, N., Özşahin, A., & Edirne, T. (2020). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin Human Papilloma Virüs enfeksiyonu ve aşısı hakkında bilgi düzeyleri. Eurasian Journal of Family Medicine.

107. Şahin MA, Şenel U, Şahin RA, Ataç Ö, Hayran O. Üniversite öğrencilerinin Human Papilloma Virüsü ve Aşısı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;31(1):1-8

108. Çeşmeci Y, Köylü B, Sulaiman J, Sancak E, Şenel S, Baki HE, et al. İnternlerin gözünden HPV enfeksiyonları ve HPV aşısı. Turk J Gynecol Oncol. 2015;18(3):85-92.

109. Kurtulmuş SK, Alp O, Yapucuoğlu TB, Yılmaz MA, Küçükkaraca K, Sönmez A. Üniversite öğrencilerinin HPV enfeksiyonları ve aşıları hakkındaki bilgi düzeylerinin araştırılması. Güncel Tıbbi Araştırmaları Dergisi. n.d.;2(2-Supplement):1-2.

110. Yağan Z, Aldanmaz A, Ertuğrul T, Tolun ZB, Bilgiç AM, Bilgiç A. Evaluation of knowledge and attitudes of the faculty of medicine students about human papillomavirus infections, related cancers, and human papillomavirus vaccines. Turk Arch Dermatol Venereol. 2023;57(1):9-15.

111. Başlı M, Aksu H, Toptaş B. Bir üniversitede öğrenim gören sağlık yüksekokulu öğrencilerinin human papilloma virüs ve HPV aşısı ile ilgili bilgi ve görüşleri. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;8(1):1-17.

112. Yüksel KB, Şencan H, Kucur SK, Gözüokara İ, Seven A, Polat M, Keskin N. Human Papilloma Virus HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı hakkında bilgi düzeyi ve genel eğilimler; Dumlupınar Üniversitesi-Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki doktor, hemşire ve sağlık personellerini içeren anket taraması. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2015;12(2):64-67.

113. Göçer Ş, Öcal NÜ. Üniversite Öğrencilerinin Serviks Kanseri ve Human Papilloma Virus Aşısına İlişkin Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Gümüşhane Univ Sağlık Bilimleri Derg. 2023;12(1):138-147.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

114. Akalın, A. (2022). Human Papillomavirus (HPV) Enfeksiyonu ve HPV aşısında güncel yaklaşımlar., 24(2), 133-139.<https://doi.org/10.24898/tandro.2022.25993>.
115. Wen Y, Pan XF, Zhao ZM, Chen F, Fu CJ, Li SQ, et al. Knowledge of human papillomavirus (HPV) infection, cervical cancer, and HPV vaccine and its correlates among medical students in Southwest China: a multi-center crosssectional survey. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(14):5773-5779.
116. Xie J, Qiu Y, Zhang PX, Feng XJ, Pan FY, Yang Z, Hui-Hui X. Knowledge and attitudes toward cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccination among women in Taizhou area, China. 2020.
117. Demirel Bozkurt Ö, Hadımlı A, Şen E, Öner İ, Öztürk Can H. Knowledge and view of nursing students towards human papilloma virus (HPV) infection and vaccine: Regional variations. JACSD. 2016;5:23-45



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-80][KABUL:SÖZLÜ]

MİTRAL VALV PROLAPSUSU OLAN KİŞİLERDE FASİYAL KUTANÖZ YAŞLANMA SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Huriye Aybüke Koç¹, Cansu Altınöz Güney², Serkan Serdar³, Akın Aktaş⁴

¹Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Giresun; Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Giresun

²Dinar Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Afyonkarahisar

³Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Giresun

⁴Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ:

Mitral kapak prolapsusu (MVP) her yaşta görülebilen yaygın bir kalp kapak hastalığıdır. MVP mitral kapaklarda ekstraselüler matris kaybı, miksomatöz dejenerasyon, artmış proteoglikan birikimi ve kollajen/elastin bozulması ile karakterizedir. Bu bağ dokusu değişikliklerinin, yalnızca kalp kapakçıklarında değil, sistemik düzeyde diğer dokularda da görülebileceği düşünülmektedir.(1) Nitekim MVP hastalarının deri biyopsilerinde de proteoglikan artışı ve kollajen azalışı gösterilmiştir.(2) Cilt yaşlanması içsel (genetik ve fizyolojik süreçler) ve dışsal (UV maruziyeti, sigara gibi çevresel faktörler) mekanizmalar sonucu ortaya çıkar.(3,4) MVP’de görülen bağ dokusu değişikliklerinin cilt yaşlanma sürecine katkısı yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, MVP hastalarında güneş maruziyetinin etkisini dengeleyerek kollajen yıkımının en gözle görülür bulgusu olan cilt kırışıklıklarının değerlendirilmesi ve MVP ile cilt yaşlanması arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya 65 MVP hastası ve yaş, cinsiyet, Fitzpatrick deri tipi, sigara/alkol kullanımı ve güneşten korunma davranışları açısından eşleştirilmiş 65 sağlıklı kontrol birey dahil edildi. 18 yaş altı bireyler, kronik, otoimmün veya inflamatuvar deri hastalığı, kronik sistemik hastalık, estetik işlem (botulinum toksin, dolgu, mezoterapi, peeling, lazer vb.) öyküsü, güneş koruyucu dışında düzenli anti-aging ürün kullanımı ve solaryum veya ciddi güneş yanığı öyküsü olanlar çalışmaya alınmadı. Katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek, tıbbi öykü, Fitzpatrick deri tipi, sigara ve alkol kullanımı gibi sosyodemografik verileri kaydedildi. Tüm katılımcılar Güneşten Korunma Davranış Ölçeği’ni (GKDÖ) doldurdu. Fasiyal deri yaşlanması, iyi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

aydınlatılmış bir ortamda nötr yüz ifadesiyle Lemperle Cilt Kırışıklık Değerlendirme Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. MVP ve kontrol gruplarının kırışıklık skorları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya toplam 130 birey (65 MVP hastası ve 65 sağlıklı kontrol) dahil edildi. MVP ve kontrol grupları arasında yaş (47.57 ± 13.53 yıl vs. 47.25 ± 17.73 yıl), cinsiyet (erkek: %47.7 vs. %41.5; kadın: %52.3 vs. %58.5), sigara kullanımı (%32.3 vs. %38.5) ve alkol kullanımı (%15.4 vs. %9.2) açısından anlamlı fark bulunmadı. Ayrıca Fitzpatrick deri tipi dağılımı ve Güneşten Korunma Davranış Ölçeği toplam puanı açısından da gruplar benzerdi ($p > 0.05$) (Tablo 1). Lemperle Cilt Kırışıklık Değerlendirme Ölçeği ile yapılan analizlerde alın çizgileri, glabellar çizgiler, periorbital çizgiler, preaurikular çizgiler, yanak kıvrımları, nazolabial kıvrımlar, üst ve alt dudak çizgileri, ağız köşe çizgileri, marionette çizgiler ve labiomenal kıvrımlar gibi birçok yüz bölgesinde anlamlı derecede daha yüksek kırışıklık skorları saptandı (tümünde $p < 0.001$). Ancak yatay boyun çizgilerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.087$) (Tablo 2).

SONUÇ:

Bu çalışma MPV hastalarında fasiyal kutanöz yaşlanma açısından cilt kırışıklıklarını değerlendiren ilk çalışmadır. Sonuçlarımız MVP hastalarında kutanöz yaşlanmanın en gözle görülebilen ve kollajen yıkımının bir bulgusu olan fasiyal kırışıklıkların güneş maruziyetinden bağımsız olarak sağlıklı kontrollere kıyasla belirgin şekilde daha fazla olduğu göstermiştir. Özellikle yüz bölgesindeki birçok kırışıklık alanında MVP grubunda anlamlı derecede daha yüksek kırışıklık skorları saptanmıştır. Bu bulgular, MVP’de görülen bağ dokusu değişikliklerinin cilt yaşlanması üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımız, MVP’li bireylerde bu konuda farkındalığın artırılması ve tanı konulduğu andan itibaren koruyucu önlemlerin uygulanmasının ve sürdürülmesinin önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELE: cilt kırışıklığı, kutanöz yaşlanma, mitral valv prolapsusu

KAYNAKLAR: 1) Morningstar JE, Gensemer C, Moore R, et al. Mitral Valve Prolapse Induces Regionalized Myocardial Fibrosis. J Am Heart Assoc. 2021;10(24):e022332. doi:10.1161/JAHA.121.022332

2) Romanelli P, Romanelli R, Rongioletti F, et al. Clinical significance of cutaneous proteoglycan (mucin) infiltration in patients with mitral valve prolapse. J Am Acad Dermatol. 2008;59(1):168-169. doi:10.1016/j.jaad.2008.03.039

3) Yaar M, Gilchrist BA. Photoageing: mechanism, prevention and therapy. Br J Dermatol.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2007;157(5):874-887. doi:10.1111/j.1365-2133.2007.08108.x

4) Piérard GE, Charlier C, Delvenne P, Humbert P, Piérard-Franchimont C. Women's skin throughout lifetime. Biomed Res Int. 2014;2014:328981. doi:10.1155/2014/328981

MVP HASTALARININ VE KONTROL GRUBUNUN DEMOGRAFİK VE DAVRANIŞSAL ÖZELLİKLERİ

Özellikler	MVP hastaları	Kontrol	P değeri
Ortalama yaş, yıl ($\pm$ SD)	47.57 $\pm$ 13.53	47.25 $\pm$ 17.73	0.329 (a)
Ortanca yaş, yıl (min-maks)	49 (23-74)	40 (25-89)	0.329 (a)
Cinsiyet (%)			
Erkek	31 (%47.7)	27 (%41.5)	0.285 (b)
Kadın	34 (%52.3)	38 (%58.5)	0.285 (b)
Sigara (n, %)			
Evet	21 (%32.3)	25 (%38.5)	0.463 (b)
Hayır	44 (%67.7)	40 (%61.5)	0.463 (b)
Alkol Kullanımı (n, %)			
Evet	10 (%15)	6 (%9)	0.415 (b)
Hayır	55 (%85)	59 (%91)	0.415 (b)
Fitzpatrick Deri Tipi (n, %)			
Tip 1	0 (%0)	3 (%4.6)	0.33 (c)
Tip 2	21 (%32.3)	19 (%29.2)	0.33 (c)
Tip 3	34 (%52.3)	31 (%47.7)	0.33 (c)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Tip 4	10 (%15.4)	12 (%18.5)	0.33 (c)
Güneşten Korunma Davranış Ölçeği			
Total Skor	20,17 ± 4,67	20,97 ± 4,85	0.216 (a)
Ortalama ± SD (min-maks)	19 (14-32)	21 (12-34)	0.216 (a)

SD, standard deviation. (a) Mann Whitney U test. (b) Chi2 Test. (c) Fisher's Exact test.

MVP HASTALARI VE KONTROL GRUBU İÇİN LEMPERLE CİLT KIRIŞIKLIK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANLARI

Lemperle Cilt Kırışıklık Değerlendirme Ölçeği (0-5) (Ort ± SD)	MVP hastaları	Kontrol	P değeri (a)
Horizontal alın çizgileri	3,2 ± 0,62	2,42 ± 0,81	<.001
Glabellar çizgiler	3,31 ± 0,73	1,94 ± 0,88	<.001
Periorbital çizgiler	3 ± 0,85	2,12 ± 0,86	<.001
Preaurikular çizgiler	1,69 ± 0,85	0,68 ± 0,87	<.001
Yanak kıvrımları	2,14 ± 0,77	1,08 ± 0,83	<.001
Nazolabial kıvrımlar	2,98 ± 0,72	1,72 ± 0,8	<.001
Üst dudak çizgileri	0,55 ± 0,79	1,95 ± 0,65	<.001
Alt dudak çizgileri	1,95 ± 0,65	0,55 ± 0,79	<.001
Ağız köşesi çizgileri	2,38 ± 0,74	0,89 ± 0,85	<.001
Marionet çizgileri	2,51 ± 0,71	1,03 ± 0,9	<.001
Labiomental kıvrım	2,38 ± 0,7	1,02 ± 0,82	<.001
Horizontal boyun çizgileri	3,18 ± 0,75	3,02 ± 0,57	0.087

(a) Mann Whitney U testi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[SS-83][KABUL:SÖZLÜ]

**PSÖRİYAZİS HASTALARINDA BİYOLOJİK AJAN DEĞİŞİMİNİN KLİNİK YANSIMALARI: İPUÇLARI
OLABİLİR Mİ?**

Harbiye Dilek Canat, Büşra Sena Pattabanoğlu Çevirici, Fatih Emre Çevirici, Ezgi Aktaş, Göknur Özaydın Yavuz, İbrahim Halil Yavuz, Zafer Türkoğlu

Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Psöriyazis, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Biyolojik ajanlar, orta-ileri şiddette psöriyazis tedavisinde etkinlikleri sayesinde günümüzde sık kullanılan tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Ancak biyolojik tedavilere rağmen tüm hastalarda yeterli ve sürdürülebilir yanıt elde edilememekte, bazı olgularda biyolojik ajan değişikliği (BAD) gerekebilmektedir. Bu bağlamda, BAD yapılan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin, yalnızca tek ajanla tedavi edilen hastalardan farklılık gösterip göstermediği önemli bir araştırma konusudur. Bu çalışmada, kliniğimizde biyolojik tedavi uygulanan psöriyazis hastalarında ajan değişikliği yapılan bireylerle, tedavisi tek ajanla sürdürülen hastaların klinik özellikleri karşılaştırılarak BAD kararını etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Retrospektif tasarlanan bu çalışmada, Ocak 2021 ile Haziran 2025 tarihleri arasında kliniğimizde biyolojik ajanlar kullanılarak tedavi edilen 18 yaşından büyük psöriyazis hastalarının verileri incelenmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), hastalık süresi, eşlik eden hastalıklar, tedavi öncesi psöriyazis alan ve şiddet indeksi (PAŞİ), daha önce kullanılan sistemik tedaviler, güncel PAŞİ değerleri, ajan değişikliği yapılma nedenleri ve özel bölge tutulumun varlığı gibi parametreler açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya toplam 279 hasta dahil edildi. Bu hastalardan 109'u, daha önce en az bir biyolojik ajan deneyimi olan ve tedavisinde BAD yapılmış bireylerden oluşurken; 170'i yalnızca tek bir biyolojik ajan ile tedavi edilmiş hastalardı. Gruplar arasında demografik, klinik ve komorbidite



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Özellikleri karşılaştırıldı. Yaş, kilo, boy ve vücut kitle indeksi (VKİ) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). (Tablo 1)

Başlangıç PAŞİ skorları, tek ajan kullanan hastalarda anlamlı şekilde daha yüksekti (ortalama 18.78 vs 12.07; $p < 0.001$). Buna karşın, güncel PAŞİ skorları BAD yapılan grupta daha yüksekti (ortalama 3.12 vs 1.41; $p < 0.001$). Toplam komorbidite sayısı BAD grubunda daha yüksek bulundu; BAD grubunda hipertansiyon görülme sıklığı anlamlı derecede yüksekti. ($p=0.033$). Özel bölge tutulumu, BAD grubunda anlamlı düzeyde daha sık gözlemlendi. BAD grubundaki hastaların %79.8'inde özel bölge tutulumu mevcutken, bu oran tek ajan grubunda %45.9 olarak saptandı ($p < 0.001$).

Alt grup analizinde ise tırnak ve genital bölge tutulumu BAD grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. ($p = 0.00018$). ($p = 0.043$). Skalp, palmoplantar ve yüz tutulumları açısından ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p > 0.05$).

Psöriatik artrit görülme sıklığı ise yine BAD grubunda anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.001$). (Tablo 2) BAD yapılan hastalarda tedavi değişikliğinin en sık nedenleri arasında sekonder yanıtızlık (%57), primer yanıtızlık (%20) ve hasta tedavi terk durumu (%11) yer aldı. Eklem ağrısı, paradoksal psöriazis, gebelik, alerjik reaksiyon, inflamatuvar barsak hastalığı ve malignite gibi diğer nedenler daha düşük sıklıkla bildirildi.

SONUÇ:

Bu çalışma, biyolojik ajan kullanan psöriyazis hastalarında BAD yapılan bireylerin belirli klinik özellikler açısından farklılık gösterebileceğini ortaya koymuştur. BAD grubundaki hastalarda özel bölge tutulumu ve güncel hastalık aktivitesi daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca komorbidite yükü ve sekonder yanıtızlık sıklığı da bu grupta ön plandadır. Buna karşılık, tek ajanla tedavi edilen hastaların daha yüksek başlangıç PAŞİ değerlerine sahip olması, BAD grubunda yer alan hastaların halihazırda bir biyolojik tedavi altında olmasıyla açıklanmıştır. Bulgular, klinik pratikte BAD kararının daha bilinçli verilmesine katkı sağlayabilecek parametreleri işaret etmektedir. Bu veriler, bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımının psöriyazis yönetimindeki önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: biyolojik ajan, biyolojik ajan değişimi, psöriyazis

KAYNAKLAR: 1. Özkur E, Kivanç Altunay İ, Oğuz Topal İ, Aytekin S, Topaloğlu Demir F, Özkök Akbulut T, Kara Polat A, Karadağ AS. Switching Biologics in the Treatment of Psoriasis: A Multicenter Experience. *Dermatology*. 2021;237(1):22-30.

2. Honda H, Umezawa Y, Kikuchi S, Yanaba K, Fukuchi O, Ito T, Nobeyama Y, Asahina A,

Nakagawa H. Switching of biologics in psoriasis: Reasons and results. J Dermatol. 2017 Sep;44(9):1015-1019.

3. Blauvelt A, McLean RR, Beaty SW, Sima AP, Low R, Stark JL, McClung L, Bagel J. Impact of Disease Burden of Patients with Psoriasis on Biologic Therapy Switching: Real-World Evidence from the CorEvitas Psoriasis Registry. Dermatol Ther (Heidelb). 2024 Oct;14(10):2787-2804.

4. Koyama A, Li L, Yamamoto T, Taira H, Sugimoto E, Ito Y, Mizuno Y, Awaji K, Tateishi S, Kanda H, Sato S, Shibata S. Psoriasis treatment and biologic switching: The association with clinical characteristics and laboratory biomarkers over a 13-year retrospective study. J Dermatol. 2024 Dec;51(12):1572-1578.

TABLO 1

Tablo 1. Demografik ve Komorbid Özelliklerin Grup Bazında Dağılımı

Özellik	BAD Grubu (n=109)	Tek Ajan Grubu (n=170)
Cinsiyet (E/K)	58 / 51	85 / 85
Yaş (Ort ± SD)	46.45 ± 13.46	43.19 ± 13.49
BMI (Ort ± SD)	27.79 ± 5.42	31.16 ± 37.85
PsA var (%)	62 (%56.9)	31 (%18.2)
Diabet var (%)	17 (%15.6)	17 (%10.0)
HT var (%)	22 (%20.2)	17 (%10.0)
Hiperlipidemi var (%)	8 (%7.3)	13 (%7.6)
KVH var (%)	2 (%1.8)	5 (%2.9)



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TABLO 2

Tablo 2. Anlamlı Klinik Özellikler Karşılaştırma Tablosu

Özellik	BAD Grubu	Tek Ajan Grubu	p-değeri
Başlangıç PASI (Ort ± SD)	12.07 ± 5.15	18.78 ± 9.78	< 0.001
Güncel PASI (Ort ± SD)	3.12 ± 2.45	1.41 ± 0.84	< 0.001
PASI Değişimi (Ort ± SD)	8.94 ± 5.69	17.48 ± 9.87	< 0.001
Psöriatik Artrit (PSA)	62 / 109	31 / 170	< 0.001
Özel Bölge Tutulumu	87 / 109	78 / 170	< 0.001
Tırnak Tutulumu	42 / 109	30 / 170	< 0.001
Genital Tutulumu	21 / 109	17 / 170	<0.05



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[SS-84][KABUL:SÖZLÜ]

**TAZE DONMUŞ PLAZMA (TDP) TEDAVİSİ ALAN, ÜRTİKER VE ANJİYOÖDEM HASTALARINDA
ETKİNLİK VE GÜVENLİK: RETROSPEKTİF ÇALIŞMA**

Murat Borlu, Demet Kartal, Salih Levent Çınar, Eda Öksüm Solak, Mümine Albayrak

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

Ürtiker ve Anjiyoödem Tedavisinde Taze Donmuş Plazmanın (TDP) Etkinliği ve Güvenliği:
Retrospektif Bir Çalışma

Prof. Dr. Murat BORLU, Doc. Dr. Demet KARTAL, Doc. Dr. Salih Levent ÇINAR, Doc. Dr. Eda
Öksüm SOLAK, Dr. Mümine ALBAYRAK

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

GİRİŞ VE AMAÇ

Ürtiker ve anjiyoödem, mast hücrelerinin IgE aracılı aktivasyonu sonucu histamin gibi mediatörlerin salınmasıyla tetiklenen Tip I aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır. Ürtiker ve anjiyoödem farklı fenotiplerinde rol oynayan immünolojik ve inflamatuvar mekanizmalar göz önünde bulundurulduğunda, bu patolojilerde eksik olan ya da aşırı aktive olan biyolojik mediatörlerin yerine konulması veya inhibe edilmesi güncel tedavi stratejilerinin temelini oluşturmaktadır. Bu bağlamda Taze Donmuş Plazma (TDP)'nin özellikle bradikinin aracılı anjiyoödem tedavisinde kullanılmasının yanında içerdiği proteaz inhibitörleri ve anti-inflamatuvar proteinler sayesinde mast hücresi aktivasyonunu ve histamin salınımını da baskılayabileceği düşünülebilir. Bu mekanizmalardan yola çıkarak, bu çalışmada standart tedavilere yanıt vermeyen anjiyoödem ve tedaviye dirençli kronik ürtiker hastalarında kullanılan TDP tedavisinin etkinliğini ve güvenliğini retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Bu çalışma, Ocak 2013 ile Mayıs 2025 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Servisinde ürtiker ve anjiyoödem tanıları ile TDP tedavisi almış hastaların verilerinin retrospektif olarak incelenmesiyle gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 49'u izole anjiyoödem, 134'ü kronik ürtiker tanılı olmak üzere toplam 183 hasta dahil edilmiştir. 8 hastada (%4,4) komplikasyon gelişimi nedeniyle tedavi tamamlanamadan sonlandırılmıştır. Tedavisi tamamlanan 175 hastanın 172'sinde (%98,3) klinik yanıt elde



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

edilmiştir. Sadece 3 hastada (%1,7) yanıt alınamamış ve bu hastaların tümünün izole anjiyoödem grubunda olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,016$). Kronik ürtiker tanılı olguların ise tümünde klinik yanıt alınmıştır. Tüm olgularda hastalık süresi uzadıkça ek TDP dozuna duyulan ihtiyacın arttığı saptanmıştır ($p < 0,001$). Bu pozitif korelasyon aynı zamanda hem anjiyoödem ($p=0.001$) hem de ürtiker ($p<0.001$) alt gruplarında gözlemlenmiştir. Daha önce omalizumab tedavisine yanıt vermeyen hastalarda TDP sonrası omalizumab tedavisi gereksinimi azalmış ve ihtiyaç duyanlarda ise omalizumaba tam klinik yanıt alınmıştır. Benzer şekilde, daha önce omalizumab tedavisi almamış olgularda TDP sonrası başlanan omalizumab tedavisinde tüm olgularda tam klinik yanıt alınmıştır. TDP sonrası olguların omalizumab tedavisine klinik yanıt oranı, TDP tedavisi almamış olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$).

SONUÇ

Bu çalışma, literatürde anjiyoödem tedavisinde etkinliği bilinen TDP'nin tedaviye dirençli kronik ürtikerde de etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda TDP'nin semptomları kontrol altına almanın yanı sıra, omalizumab gibi ileri tedavi seçeneklerine verilen klinik yanıtı da artırma potansiyeli olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda ayrıca uzun süreli kronik olgularda ek TDP dozu gereksiniminin daha yüksek olduğu tespit edilmiş, olgularda erken dönemde TDP tedavisi verilmesiyle hastalık kontrolünde daha başarılı olunabileceği gösterilmiştir.

ANAHTAR KELİMELEER: ürtiker, anjiyoödem, taze donmuş plazma

KAYNAKLAR: Kaplan AP, Greaves MW. Angioedema. J Am Acad Dermatol. 2005;53(3):373–88.

Bork K. Hereditary angioedema with normal C1 inhibitor: clinical presentation and treatment. Immunol Allergy Clin North Am. 2013;33(4):457–70.

Grattan CEH, Humphreys F. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. Br J Dermatol. 2007;157(6):1116–23.

Maurer M, Rosen K, Hsieh HJ, Saini S, Grattan C, Giménez-Arnau A, et al. Omalizumab for treatment of chronic spontaneous urticaria. N Engl J Med. 2013;368(10):924–35.

Banerji A, Busse PJ, Christiansen SC, Li H, Lumry WR, Davis-Lorton M, et al. Current state of hereditary angioedema management: a patient survey. Allergy Asthma Proc. 2015;36(3):213–7.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Prematta M, Gibbs JG, Pratt EL, Stoughton TR, Craig TJ. Fresh frozen plasma for the treatment of hereditary angioedema. Ann Allergy Asthma Immunol. 2007;98(4):383–8.



POSTER BİLDİRİLER



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-002][KABUL:POSTER]

SEKONDER DERİ TÜBERKÜLOZU: LUPUS VULGARİS BİR OLGU SUNUMU

Ahmet Kerim Demirbaş, Buse Cansız

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ-AMAÇ:

Lupus vulgaris, ülkemizde deri tüberkülozunun en sık görülen formudur. Daha önce tüberküloz basiliyle karşılaşmış bireylerde endojen kaynaklı olarak, hematojen, lenfojen veya doğrudan yayılım sonucu gelişebilir. Olguların %90'ında baş bölgesinde görülmesine rağmen, ekstremitelerde de ortaya çıkabilir. Klinik olarak kırmızımsı, kahverengi-sarı renkli papüllerle başlar, zamanla birleşerek plaklar oluşturur ve yıllarca sürebilen kronik lezyonlara dönüşebilir. Komplikasyonlar arasında ülserasyon, kontraktür, skar dokusu ve skuamöz hücreli karsinom (SCC) yer alabilir. Bu olgu sunumunda, nadir görülen lokalizasyon özelliği taşıyan bilateral bacak yerleşimli lupus vulgaris vakası sunularak, tanı sürecindeki zorluklar ve tedaviye yanıt aktarılmıştır.

OLGU:

Yetmiş yaşında erkek hasta, her iki bacağın ön yüzünde, sağda 4x10 cm, solda 4x12 cm boyutlarında, eritemli, infiltratif plak lezyonlar nedeniyle başvurdu. Lezyonlarda krutlanma mevcuttu ve hafif ağrı dışında sistemik semptom yoktu. Diaskopide sarımsı "elma jölesi" görünümü saptandı. Laboratuvar incelemede yalnızca CRP yüksekliği gözlemlendi. Anamnezde, lezyonların 6 ay önce papüler olarak başlayıp plak halini aldığı, 2 ay önce akıntılı hale geldiği ve enfeksiyon hastalıkları kliniğinde intravenöz antibiyotik tedavisi alarak taburcu edildiği öğrenildi. Klinik ve fizik muayene bulguları doğrultusunda lupus vulgaris ön tanısıyla biyopsi yapıldı. Histopatolojik değerlendirmede epidermiste hiperkeratoz, hafif akantoz, dermiste Langhans tipi dev hücreler içeren, nekroz içermeyen granülomatöz yapılar saptandı. Tüberküloz ve sarkoidoz ayrımı amacıyla istenen akciğer grafisinde ve ACE düzeyinde patoloji saptanmazken, BCG skarı olmayan hastada PPD sonucu 19 mm olarak değerlendirildi. Bu bulgularla lupus vulgaris tanısı kesinleştirildi. Hastaya izoniazid, rifampisin ve pirazinamid içeren üçlü anti-tüberküloz tedavi başlandı. Altı ay sonunda lezyonlarda eritemin gerilediği, skar ve hiperpigmentasyon geliştiği gözlemlendi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Skuamöz hücreli karsinom açısından riskli görünüm saptanmadı. Hasta yıllık kontrollerle izleme alındı.

SONUÇ:

Lupus vulgaris tanısı, klinik bulguların özgül olmaması ve patolojinin her zaman net tanı vermemesi nedeniyle zor olabilir. Bu durum tanının gecikmesine, komplikasyonlara ve yanlış tedavilere neden olabilir. Nadir lokalizasyonlar da göz önüne alınarak, dirençli cilt lezyonlarında lupus vulgaris akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve uygun tedavi, hem cilt komplikasyonlarının hem de sistemik tüberküloz yükünün önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

ANAHTAR KELİMELER: Lupus vulgaris, cilt tüberkülozu, olgu sunumu

KAYNAKLAR: Gallo JC, Claasens S, Visser WI, Jordaan HF, Schneider JW, Tod B. Cutaneous tuberculosis (lupus vulgaris-type). IDCases. 2022;27:e01394. doi:10.1016/j.idcr.2022.e01394. Pugalia N, Madke B, Jawade S. Multifocal lupus vulgaris: a rare presentation. Cureus. 2023;15(6):e40495. doi:10.7759/cureus.40495

6 AYLIK TEDAVİ SONRASI SKAR DOKUSU VE HİPERPİGMENTASYON İLE İYİLEŞME



LUPUS VULGARİS TEDAVİ ÖNCESİ KLİNİK GÖRÜNÜM





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-003][KABUL:POSTER]

**YAYGIN EKSTRAGENİTAL LİKEN SKLEROZUS: DAR BANT UVB FOTOTERAPİ TEDAVİSİNE KLİNİK
YANIT**

Canan Dere¹, Ahmed Çağrı Aydın¹, İlknur Kıvanç Altunay¹, Hazel Ezgi Kaya¹, Buket Bambul Sığircı²

¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ AMAÇ:

Liken sklerozus (LS), kronik seyirli, atrofi ve skarlaşma riski taşıyan inflamatuvar bir dermatozdur. Olguların büyük kısmı anogenital bölgeye sınırlı olmakla birlikte, %15–20'sinde ektragenital tutulum izlenir. Etiyopatogenezi kesin olarak bilinmemekle beraber otoimmün, genetik, hormonal ve enfeksiyöz faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Yaygın ektragenital LS nadir görülmesi sebebiyle tanı ve tedavi sürecinde gecikmelere neden olabilir. Bu sunumda, yaklaşık 10 yıldır devam eden yaygın ektragenital LS tanısı konulan, otoimmün eşlikçisi bulunan ve dar bant ultraviyole B (db-UVB) tedavisine anlamlı yanıt veren nadir bir olgu sunulmaktadır.

OLGU:

43 yaşında kadın hasta, yaklaşık 10 yıldır tüm vücutta yaygın, giderak artan beyaz lekeler şikayeti ile başvurdu. Şikayete eşlik eden kaşıntı, yanma hissi yoktu. Özgeçmişinde Hashimoto tiroiditi, aile öyküsünde ise annede benzer deri bulguları olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenede; gövde, sırt, üst ve alt ekstremitelerde birleşme eğiliminde hipopigmente, atrofik maküller izlendi. Oral, genital mukoza muayenesi normaldi. Hastadan ektragenital liken sklerozus, progresif maküler hipomelanoz, hipopigmente mikozis fungoides ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede yüzeyde ortokeratoz, epidermiste atrofi, deri eklerinde azalma, üst dermiste hiyalinize görünüm izlendi (Resim 1). Klinik ve histopatolojik bulgular ile ektragenital liken sklerozus tanısı konuldu. Kan tetkiklerinde, ANA sitoplazmik fibriler patern pozitifliği, C3, C4 kompleman seviyelerinde düşüklük izlendi. Diğer laboratuvar parametreleri normaldi. Hastalığın yaygın olması, hastanın kozmetik endişeleri nedeniyle fitzpatrick deri tipi 2 olan hastaya uygun protokolde haftada 3 gün olacak şekilde dar bant UVB fototerapi başlandı. Tedavi sırasında yan etki gözlenmedi. Toplam 38 seans 23,81 j/cm2 uygulama sonrası lezyonlarda belirgin iyileşme gözlemlendi (Resim 2).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Bu olgu, nadir görülen yaygın ekstrasgenital LS'nin yönetiminde db-UVB fototerapinin etkili ve güvenli bir seçenek olduğunu göstermektedir. Literatürde bu formda db-UVB tedavisinin etkinliğini gösteren sınırlı sayıda olgu sunumu mevcuttur. Özellikle topikal tedavilere yanıtızsız, yaygın tutulumu olan olgularda, db-UVB erişilebilir etkili bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Tanıdaki gecikmeler, skarlaşma ve yaşam kalitesinde bozulmalara yol açabileceğinden, erken tanı ve uygun tedavi yaklaşımı klinik açıdan büyük önem taşır. Olguda saptanan pozitif aile öyküsü, genetik yatkınlığın patogeneze olası rolüne işaret ederken; eşlik eden otoimmün hastalık varlığı, LS'li hastalarda sistematik otoimmünite taramasının önemini ortaya koymaktadır. Hastalığın patogenezinin daha iyi anlaşılması ve standart tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi için daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: dar bant UVB, ekstrasgenital, fototerapi, liken sklerozus

KAYNAKLAR: 1-Sun L, De Sousa D, De Vasconcelos P, Fernandes S, Filipe P. Successful Treatment of Extragenital Lichen Sclerosus with Narrow-band UVB Phototherapy. Acta Derm Venereol. 2025;105:adv43470. Published 2025 May 12.

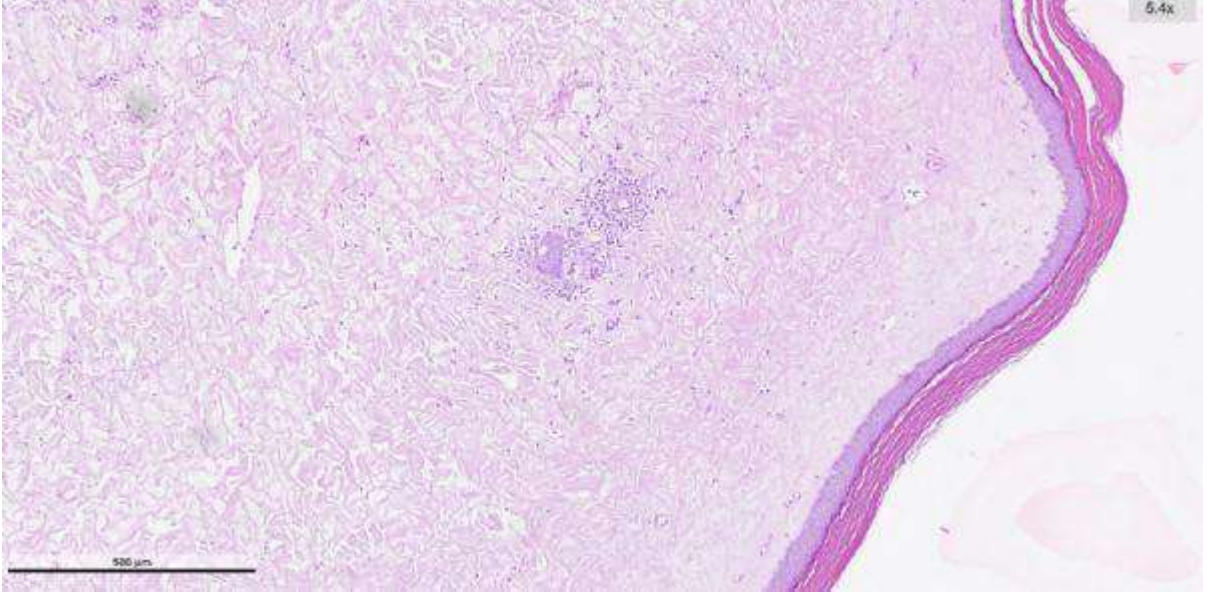
2-Wetstone R, Awad M, Yim K, Elaba Z, Levin NA. A folliculocentric variant of extragenital lichen sclerosus presenting in a 29-year-old man. JAAD Case Rep. 2023;39:112-114.

3-Kreuter A, Kryvosheyeva Y, Terras S, et al. Association of autoimmune diseases with lichen sclerosus in 532 male and female patients. Acta Derm Venereol. 2013;93(2):238-241.

4-Colbert RL, Chiang MP, Carlin CS, Fleming M. Progressive extragenital lichen sclerosus successfully treated with narrowband UV-B phototherapy. Arch Dermatol. 2007;143(1):19-20.

5-Guo J, Xu J, Liu Z, Lai L. A Young Girl with Diffuse White Papules: A Quiz. Acta Derm Venereol. 2024 Sep 3;104:adv40894.

RESİM 1: HİSTOPATOLOJİ



Yüzeyde ortokeratoz, epidermiste atrofi, deri eklerinde azalma, üst dermiste hiyalinize görünüm (H&E)

RESİM 2



Tedavi öncesi: Üst ekstremit ve abdominal bölgede hipopigmente atrofik lezyonlar. Tedavi sonrası: Dar bant UVB sonrası lezyonlarda belirgin düzelme.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-004][KABUL:POSTER]

EKSTRAMAMMARY PAGET HASTALIĞI: DERMOSKOPİK VE İN VİVO KONFOKAL MİKROSKOPİK ÖZELLİKLER

Damla Değirmenci¹, Nilay Duman¹, Banu Yaman², Işıl Karaarslan¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Ekstramammary Paget hastalığı (EMPD) meme dışında görülen nadir bir intraepitelyal adenokarsinom türüdür. En sık vulva, scrotum, perianal bölge ve penis gibi apokrin ter bezlerinden zengin bölgelerde görülür. Genellikle 50-80 yaş grubunda ve kadınlarda daha sık görülür. EMPD'nin klinik prezentasyonu nonspesifik olabilir veya dermatit gibi diğer deri hastalıklarını taklit edebilir. Bu durum tanı ve tedavide gecikmelere yol açarak hastalığın ilerlemesine neden olabilir. Tanıda altın standart yöntem biyopsidir. Tedavinin temelini ise cerrahi eksizyon oluşturmaktadır. Ancak, lezyonların klinik olarak görülebilen sınırların ötesine yayılma eğiliminde olması nedeniyle lezyon sınırlarını tanımlamak genellikle zor olup sınırları iyi tanımlanmamış vakalarda, eksik rezeksiyon ve tekrarlama yaygındır. Bu nedenle dermoskopi, in vivo reflektans konfokal mikroskopi (RCM) gibi noninvaziv görüntüleme yöntemlerinin kullanımına olan ilgi giderek artmaktadır. Mevcut kısıtlı literatürde bugüne kadar EMPD'ye spesifik dermatoskopik bulgu tanımlanmamış olsa da dermoskopinin klinik tanı ve takipte rol oynayabileceği belirtilmiştir. RCM, derinin üst katmanlarının yüksek çözünürlükte görüntülenmesini sağlayan noninvaziv bir tanı aracıdır. EMPD'nin RCM bulgularına dair literatür bilgisi kısıtlıdır. Burada vulvar yerleşimli EMPD tanısı alan iki hastanın klinik, dermoskopik, histopatolojik ve RCM özellikleri ve mevcut literatür verilerinin derlenerek sunulması, nadir görülen bu hastalık ile ilgili farkındalığın artırılması ve literatüre katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

OLGU:

Olgu1: Altmış yaş kadın hasta, iki yıldır vulvar bölgede kaşıntılı lezyon şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede 20x20 mm boyutlarında, yer yer erode alanların saptandığı hiperpigmente likenifiye plak lezyon tespit edildi. Dermoskopik incelemede sütlü-kırmızımsı zemin, damarlar,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

beyaz yapısız alanlar ve yer yer grimsi/kahverengimsi noktalardan oluşan pigmente alanlar saptandı. Yapılan RCM’de Paget hücreleri görüldü. Alınan biyopsinin histopatolojik ve immunohistokimyasal bulguları ile birlikte hastaya EMPD tanısı konularak tedavi için geniş eksizyon uygulandı.

Olgu2: Yetmiş yaş bilinen hipertansiyon, glokom, düşük dereceli B hücreli lenfoma öyküsü olan, Fitzpatrick deri tipi 3 kadın hasta, on yıldır süren vulvada ve labium majus bölgesinde pruritik lezyon şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede 30x20 mm boyutunda, yer yer erode alanların izlendiği hiperpigmente likenifiye plak lezyon tespit edildi. Dermoskopik bakışında sütlü-kırmızı zeminde damar yapıları, yüzeysel skuam, beyaz yapısız alanlar ve grimsi noktalardan oluşan pigmentasyon alanları saptandı. Yapılan RCM’de dermoepidermal bileşkede, epidermiste Paget hücreleri, dermiste çok sayıda melanofaj ve inflamatuvar hücre toplulukları görüldü. Hastadan alınan biyopsinin histopatolojik ve immunohistokimyasal incelemesi ile birlikte vulvar EMPD tanısı konuldu ve eksizyon uygulandı. Ancak takiplerinde nüks gözlemlendi ve bu nedenle çoklu eksizyon tedavileri uygulandı.

SONUÇ:

EMPD nadir görülen ve çeşitli dermatolojik hastalıkları taklit edebilmesinden dolayı tanı ve tedavide gecikmelere yol açabilen bir hastalıktır. Tanıda altın standart yöntem biyopsi olmakla beraber hastalığın klinik olarak görülebilen sınırların ötesine yayılma eğilimi ve lezyon sınırları iyi tanımlanamamış vakalarda, eksik rezeksiyon nedeniyle hastalık tekrarının yaygın olması tanıda dermoskopi ve RCM gibi noninvaziv yöntemlerin kullanımına olan ilgiyi giderek arttırmaktadır. Bu sunum nadir görülen bu hastalıkta literatür verilerinin derlenmesi eşliğinde olgularımızın dermoskopi ve RCM bulgularına yer verilmesiyle mevcut literatüre ve meslektaşlarımıza katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Ekstramammarian Paget Hastalığı, immunohistokimya, in vivo reflektans konfokal mikroskopi, pruritus, vulva

KAYNAKLAR: APPELMAN-DIJKSTRA, Natasha M.; PAPAPOULOS, Socrates E. Paget's disease of bone. Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism, 2018, 32.5: 657-668.

ST CLAIRE, Kayla, et al. Extramammary paget disease. Dermatology online journal, 2019, 25.4.

ISHIZUKI, Shoichiro; NAKAMURA, Yoshiyuki. Extramammary Paget’s disease: diagnosis, pathogenesis, and treatment with focus on recent developments. Current Oncology, 2021, 28.4: 2969-2986.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

GHAZAWI, Feras M., et al. Demographic and clinical characteristics of extramammary Paget's disease patients in Japan from 2000 to 2019. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2021, 35.2: e133-e135.

SAWADA, Yu, et al. Ectopic extramammary Paget's disease: case report and literature review. *Acta dermato-venereologica*, 2010, 90.5.

BAYAN, C.-AY, et al. A review of non-invasive imaging in extramammary Paget's disease. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2018, 32.11: 1862-1873.

ZOLLO, J. D.; ZEITOUNI, N. C. The Roswell park cancer institute experience with extramammary Paget's disease. *British Journal of Dermatology*, 2000, 142.1: 59-65.

KIM, Sharon J., et al. Surgical treatment and outcomes of patients with extramammary Paget disease: a cohort study. *Dermatologic Surgery*, 2017, 43.5: 708-714.

MUN, J.-H., et al. Clinical and dermoscopic characteristics of extramammary Paget disease: a study of 35 cases. *British Journal of Dermatology*, 2016, 174.5: 1104-1107.

PAYAPVIPAPONG, K.; NAKAKES, A.; TANAKA, M. Lava lake structure and cloud-like structureless area: new clues for diagnosing extramammary Paget disease. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, 2017, 31.10.

SIESLING, S., et al. Epidemiology and treatment of extramammary Paget disease in the Netherlands. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 2007, 33.8: 951-955.

GUIERA, P., et al. Reflectance confocal microscopy for diagnosis of mammary and extramammary Paget's disease. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2013, 27.1: e24-e29.

PAN, Zhan-Yan, et al. In vivo reflectance confocal microscopy of extramammary Paget disease: diagnostic evaluation and surgical management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2012, 66.2: e47-e53.

YÉLAMOS, Oriol, et al. Handheld reflectance confocal microscopy for the detection of recurrent extramammary Paget disease. *JAMA dermatology*, 2017, 153.7: 689-693.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-005][KABUL:POSTER]

GM-1 GANGLİOSİDOZLU PEDIATRİK HASTADA EŞLİK EDEN ANJİOKERATOMA CORPORİS DİFFUSUM

Şule Gökşin, İpek Orhan, Mehmet Tuğrul

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ-AMAÇ:

Anjiokeratom(AK), kapiller damarlarda dilatasyon ve epidermal hiperkeratoz ile karakterize, benign vasküler malformasyondur. Alt tiplerinden Anjiokeratoma Corporis Diffusum(ACD) ise; metabolik hastalık grubu olan Lizozomal Depo Hastalıkları (LDH)'nda daha sık görülen, fakat sağlıklı kişilerde de karşılaşılabilen(4), tüm vücutta daha yaygın tutulumla seyreden formudur. GM1-gangliosidoz, otozomal resesif geçişli, nadir ve ilerleyici bir lizozomal depo hastalığıdır. 3. kromozomun kısa kolundaki (3p21.33) GLB1 genindeki mutasyonla gelişen β -galaktosidaz eksikliği, lizozomlarda GM1-gangliosid birikimine neden olur. Başta merkezi sinir sistemi olmak üzere kardiyovasküler sistem ve göz gibi çoklu organlarda kalıcı hasara gelişir. Bu olguyla, Lizozomal Depo Hastalıkları ile Anjiokeratoma Corporis Diffusum birlikteliğini vurgulamak istedik. Bu birliktelik, cilt lezyonlarının sistemik hastalıkların bir yansıması olabileceğini ortaya koyarak tanılal farkındalık açısından değer taşımaktadır. Dermatolojik bulguların, altta yatan diğer hastalıkların ipuçlarını olabileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

OLGU:

Doğumdan itibaren serebral palsy (SP)'li ve sonrasında da GM1-gangliosidoz tanısı alan, trakeostomili 4,5 yaş erkek hasta muayene edildi. Aile anamnezine göre 1-2 yaşlarından itibaren vücutta yaygın kırmızı lezyonlar mevcut olup, son aylarda artış ve zaman zaman minör kanamalar gözlenmiş.

Muayenede; lomber, gluteal, inguinal ve skrotal bölgelerde dağınık yerleşimli, koyu kırmızı-mor renkli, birleşerek yer yer plaklar oluşturan papüller izlendi. Dermoskopide, anjiokeratom ile uyumlu koyu kırmızı-mavi lakünler saptandı.

Ek bulgularda; letarji, kaba yüz görünümü, makrosefali, hipotoni, motor gerilik ve belirgin asit yer almaktaydı. Genel klinik durumu nedeniyle aktif tedavi planlanmadı. Aileye hastalığın gidişatı ve PDL, CO₂, Nd:YAG lazer gibi kozmetik tedavi seçenekleri hakkında bilgi verildi. Minör kanamalar için gerektiğinde kullanılmak üzere anti-inflamatuvar ve antitrombotik



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

topikal tedaviler önerildi.

Tartışma: Anjiokeratoma Corporis Diffusum (ACD), glikosfingolipid metabolizmasındaki bozukluklara bağlı lizozomal depo hastalıklarında görülen nadir ancak karakteristik bir kutanöz bulgudur. En sık Fabry hastalığı ile ilişkilidir; ayrıca GM1-gangliosidoz, Fucosidosis, Galaktosialidosis, Aspartilglukozaminüri, Kanzaki ve Beta-Mannosidosis gibi LDH'larda da bildirilmektedir. Nadir olarak sağlıklı bireylerde de görülebilir.

ACD genellikle çocuklukta ortaya çıkar, alt vücut bölgesinde simetrik, koyu kırmızı-mor papül ve plaklarla seyreder. Lezyonlar genellikle ağrısızdır, zaman zaman kanayabilir. Dermoskopide koyu kırmızı-mavi lakünler izlenir; tanı genellikle klinik olarak konur, gerekirse biyopsi ile doğrulanır. Histopatolojide dilate kapiller damarlar, epidermiste hiperkeratoz ve akantoz izlenir. GM1-gangliosidozda progresif dermal melanositoz gelişebilir; ancak hastamızda saptanmamıştır.

Tedavi gerekmebilir; ancak kanama ya da kozmetik kaygı varsa PDL, CO₂ ve Nd:YAG lazer gibi yöntemler tercih edilebilir. Fotodinamik tedavi (Hemoporfirin-PDT) gelecek için umut vaat etmektedir. Bu bulgular, sistemik hastalıkların ilk belirtisi olabilir. GM1 gangliosidozun ise halen kesin tedavisi bulunmamaktadır.

SONUÇ:

Bu olgu, GM1-gangliosidoz gibi lizozomal depo hastalıklarında görülebilen Anjiokeratoma Corporis Diffusum'un, tanısallık değeri yüksek özgün bir dermatolojik bulgu olabileceğini göstermektedir. Klinik, dermoskopik ve histopatolojik değerlendirmelerle tanıya ulaşmak mümkündür. Bu tür vasküler lezyonların tanınması; sistemik hastalıkların erken tanı, tedavi planlaması, genetik danışmanlık ve multidisipliner takip açısından önem taşır.

ANAHTAR KELİMELEER: Anjiokeratom, Anjiokeratoma Corporis Diffusum, GM-1 Gangliosidoz, Lizozomal depo hastalıkları, Pediatrik

KAYNAKLAR: 1. Luna, P. C., Abad, M. E., Boggio, P., Moreno Figueredo, A., Salgo, M., Schenone, A., Amartino, H., Politei, J. M., Serebrinski, G., Hassan, M. L., & Larralde, M. (2011). Lysosomal storage diseases: Diagnosis from skin lesions. *Dermatología Argentina*, 17(3), 221–229.

2. Resende de Jesus PM, Martins AM, Di Chiacchio N, Sanchez Aranda C. Genital

angiokeratoma in a woman with Fabry disease: the dermatologist's role. An Bras Dermatol. 2018 Jun;93(3):426–8. doi:10.1590/abd1806-4841.20187128.

3. Liu J, Yang MY, Zhou J, Li Y, Wang Z, Zeng W, Geng S. Hemoporphin-mediated photodynamic therapy for angiokeratoma corporis diffusum: A case report. Photodiagnosis Photodyn Ther. 2024 Feb;45:103828. doi: 10.1016/j.pdpdt.2023.103828. Epub 2023 Oct 6. PMID: 37806605.

4. 2006;142;(5):615-618. doi:10.1001/archderm.142.5.615

5. Bloch LD, Matsumoto FY, Belda W Jr, Giugliani R, Menezes LF, Kim CA, Machado MC da MR. Dermal melanocytosis associated with GM1-gangliosidosis type 1. Acta Derm Venereol. 2006;86(2):156–158. doi:10.2340/00015555-0022

HASTA FOTOĞRAFLARI



Resim 1-2: Lomber ve inguinal bölgelerde çok yaygın, dağınık yerleşimli, koyu kırmızı-mor renkli, yer yer birleşerek plaklar oluşturan minik papüler lezyonlar Resim 3: Dermoskopik bakıda yaygın, koyu kırmızı-mavi renkte yuvarlak lakünleri olan, anjiokeratom ile uyumlu lezyonlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-006][KABUL:POSTER]

**BÜYÜK HÜCRE TRANSFORMASYONU GELİŞEN MİKOZİS FUNGOİDES HASTALARINDA
İNFLAMATUAR BİYOBELİRTEÇLERİN PREDİKTİF VE PROGNOSTİK ROLÜ**

Ceren Süne, Ayda Acar, İlgen Ertam Sağduyu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Mikozis Fungoides'te (MF) büyük hücre transformasyonu (BHT), nadir ancak agresif seyirli bir klinik tablo olup kötü prognozla ilişkilidir. Bu transformasyonu öngörebilecek ve prognozu belirlemede yardımcı olabilecek biyobelirteçlerin tanımlanması, erken müdahale ve bireyselleştirilmiş tedavi planlaması açısından büyük önem taşımaktadır.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif çalışmaya, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda takip edilen BHT tanılı MF hastaları dahil edildi. 2000–2025 yılları arasında transformasyon gösteren 20 MF hastası ile yaş, cinsiyet ve klinik evre açısından eşleştirilmiş 17 transformasyon göstermeyen MF hastası çalışmaya alındı. Transformasyon öncesi ve sonrası CRP/albumin, nötrofil/eozinofil (N/E), nötrofil/lenfosit (N/L), trombosit/lenfosit (T/L), eozinofil/lenfosit (E/L) oranları ile LDH düzeyleri analiz edildi (Mann-Whitney U testi). Bu parametrelerin 5 yıllık sağkalım, nüks gelişimi ve tedavi yanıtı ile ilişkileri Kruskal-Wallis testi, ROC analizi ve lojistik regresyon yöntemleriyle değerlendirildi. Ayrıca lezyon çıkış yaşı, tanı yaşı, transformasyon yaşı, transformasyona kadar geçen süre ve transformasyonun gözlemlendiği evre ve lezyon tipi incelendi.

BULGULAR:

Lezyon çıkış, tanı ve transformasyon yaş ortalamaları sırasıyla 40.4, 49.3 ve 54.8 yıl; transformasyona kadar geçen süre ortalama 147.5 ay ve transformasyon sonrası sağkalım ortalaması 57.5 ay olarak saptandı. Transformasyon en sık 2B evresinde ve tümör tipi lezyonlarda meydana geldi. Biyobelirteçler arasında yalnızca N/E oranı, transformasyon gösteren ve göstermeyen hastalar arasında anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.002$). ROC analizine göre N/E oranı için ayırt edici güç orta düzeydeydi ($AUC=0.79$) ve optimal cut-off değeri 36.17 olarak hesaplandı (duyarlılık: %75, özgüllük: %82). Transformasyon sonrası N/L oranı, tedavi yanıtı ile anlamlı ilişki göstermiştir ($p=0.0117$); tam yanıt alan hastalarda bu oran



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

daha yüksek bulunmuştur. CRP/albumin oranı ise tüm klinik sonuçlarla ilişkili olarak anlamlılık sınırında seyretmiş, ancak kötü klinik sonuçlarla uyumlu bir eğilim göstermiştir ($p \approx 0.06-0.10$).

SONUÇ:

Nötrofil/eozinofil oranı MF hastalarında transformasyonu öngörmede etkili bir biyobelirteç olabilirken, transformasyon sonrası nötrofil/lenfosit oranı tedavi yanıtı ile ilişkilidir. CRP/albumin oranı istatistiksel olarak anlamlılık eşiğinde olsa da, kötü prognozla ilişkili klinik eğilim göstermektedir. Transformasyonun en sık 2B evresinde ve tümöral lezyonlarla birlikte geliştiği göz önünde bulundurulduğunda, bu gruptaki hastaların daha yakından izlenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bulgular, MF'de inflamatuvar biyobelirteçlerin transformasyon ve prognozun öngörülmesinde potansiyel katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: büyük hücre transformasyonu gösteren mikozis fungoides, deri lenfomaları, inflamatuvar biyobelirteçler, prognoz

KAYNAKLAR: Willemze, Rein, et al. "WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas." Blood 105.10 (2005): 3768-3785.

Zinzani, Pier Luigi, Andrés JM Ferreri, and Lorenzo Cerroni. "Mycosis fungoides." Critical reviews in oncology/hematology 65.2 (2008): 172-182.

Kazakov, D. V., G. Burg, and W. Kempf. "Clinicopathological spectrum of mycosis fungoides." Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 18.4 (2004): 397-415.

Miyashiro, Denis, and José Antonio Sanches. "Mycosis fungoides and Sézary syndrome: clinical presentation, diagnosis, staging, and therapeutic management." Frontiers in oncology 13 (2023): 1141108.

Massone, Cesare, et al. "Histopathologic features of early (patch) lesions of mycosis fungoides: a morphologic study on 745 biopsy specimens from 427 patients." The American journal of surgical pathology 29.4 (2005): 550-560.

Salhany KE, Cousar JB, Greer JP, Casey TT, Fields JP, Collins RD. Transformation of cutaneous T cell lymphoma to large cell lymphoma. A clinicopathologic and immunologic study. Am J Pathol. 1988;132(2):265-277.

Lansigan, Frederick, et al. "Outcomes of patients with transformed mycosis fungoides: analysis from a prospective multicenter US cohort study." Clinical Lymphoma Myeloma and Leukemia 20.11 (2020): 744-748.

Benner MF, Jansen PM, Vermeer MH, et al. Prognostic factors in transformed mycosis fungoides: a retrospective analysis of 100 cases. Blood. 2012;119:1643-1649.

Pulitzer, Melissa, et al. "Mycosis fungoides with large cell transformation: clinicopathological



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

features and prognostic factors." *Pathology* 46.7 (2014): 610-616.

Travaglino, Antonio, et al. "Prognostic Significance of CD30 in Transformed Mycosis Fungoides: A Systematic Review and Meta-Analysis." *American Journal of Clinical Pathology* 156.3 (2021): 350-355.

Talpur, Rakhshandra, et al. "Retrospective analysis of prognostic factors in 187 cases of transformed mycosis fungoides." *Clinical Lymphoma Myeloma and Leukemia* 16.1 (2016): 49-56.

Jullié, Marie-Laure, et al. "CD20 antigen may be expressed by reactive or lymphomatous cells of transformed mycosis fungoides: diagnostic and prognostic impact." *The American journal of surgical pathology* 37.12 (2013): 1845-1854.

Gao, Feiqiong et al. "Prognostic Value of Peripheral Blood Lymphocyte/monocyte Ratio in Lymphoma." *Journal of Cancer* vol. 12,12 3407-3417. 19 Apr. 2021, doi:10.7150/jca.50552

Kamiya, Naoko, et al. "Monocyte-to-lymphocyte ratio in the diagnosis of lymphoma in adult patients." *International Journal of General Medicine* (2022): 4221-4226.

Liu, Jia, et al. "Prognostic significance of the neutrophil-to-lymphocyte ratio in peripheral T-cell lymphoma: a meta-analysis." *Cancer Cell International* 21 (2021): 1-10.

Seretis, Konstantinos, et al. "The neutrophil-to-lymphocyte ratio as a biomarker in cutaneous oncology: a systematic review of evidence beyond malignant melanoma." *Cancers* 16.5 (2024): 1044.

Jung, Jongheon, et al. "Pretreatment C-reactive protein-to-albumin ratio predicts clinical outcomes in patients with peripheral T-cell lymphoma." *International Journal of Hematology* 117.2 (2023): 216-224.

Romano, Alessandra, et al. "Prognostic meaning of neutrophil to lymphocyte ratio (NLR) and lymphocyte to monocyte ration (LMR) in newly diagnosed Hodgkin lymphoma patients treated upfront with a PET-2 based strategy." *Annals of hematology* 97 (2018): 1009-1018.

Stefaniuk, Paulina, Agnieszka Szymczyk, and Monika Podhorecka. "The neutrophil to lymphocyte and lymphocyte to monocyte ratios as new prognostic factors in hematological malignancies? a narrative review." *Cancer management and research* (2020): 2961-2977.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-007][KABUL:POSTER]

PSORİAZİS VE VİTİLİGO BİRLİKTELİĞİ GÖSTEREN OLGULARDA KLİNİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esin Diremsizoğlu, Evren Odyakmaz Demirsoy, Rebiay Kıran

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

AMAÇ:

Psoriasis ve vitiligo, farklı klinik özellikler göstermelerine rağmen, her ikisi de immün aracılı inflamatuvar deri hastalıklarıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, bu iki hastalığın birlikte görülme sıklığının tesadüfi olmaktan öte, ortak genetik ve immünolojik mekanizmalarla ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur [1,2]. Patogeneizde yer alan ortak HLA lokusları, TNF- α , IFN- γ , IL-17 ve IL-23 gibi sitokinler ile Koebner fenomeni gibi tetikleyici faktörler bu ilişkiyi desteklemektedir [3-5].

Bu çalışmada, psoriasis ve vitiligo birlikteliği gösteren hastaların klinik özellikleri, tedavi yaklaşımları ve eşlik eden hastalıkları incelenerek iki hastalığın ortak yönleri ve potansiyel etkileşimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif çalışmada, 2017–2023 yılları arasında hastanemizin dermatoloji polikliniğine başvuran ve hem psoriasis hem de vitiligo tanısı almış hastalar, elektronik kayıt sistemi üzerinden taranarak, tanıları klinik olarak doğrulanan ve kayıtları eksiksiz olan 26 olgu değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Dahil edilen 26 hastalık grupta ortalama yaş 45.9 ± 19.0 yıl, VKİ 26.4 ± 3.9 kg/m² idi. Hastaların %69.2'si kadındı. Psoriasis 14 hastada (%53.8) vitiligodan önce, 10 hastada (%38.5) sonra, 2 hastada (%7.7) eş zamanlı başlamıştı. Başlangıç yaşı vitiligo için 36.5, psoriasis için ise 33.7 yıl olarak saptandı. Vitiligo aile öyküsü %11.5, psoriasis aile öyküsü %34.6 oranındaydı. Vitiligo en sık generalize formda (14 hasta, %53.8), psoriasis ise en çok plak tipindeydi (20 hasta, %76.9). Lezyonların aynı anatomik bölgelerde yerleşimi 5 hastada (%19.2) gözlemlendi. Tüm hastalar topikal kortikosteroid kullanmıştı, ek olarak 17 hasta (%65.4) kalsipotriol, 15



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

hasta (%57.7) kalsinörin inhibitörü, 9 hasta (%34.6) biyolojik ajan tedavisi almıştı. İki hastada anti-TNF ajan (etanercept ve sertolizumab) sonrası vitiligo gelişimi izlendi. ANA pozitifliği 6 hastada (%23.1), organ spesifik otoantikor pozitifliği 5 hastada (%19.2) saptandı. Vitiligoya eşlik eden en sık hastalık otoimmün tiroid hastalığı (5 hasta, %19.2) iken psoriasise eşlik edenler hipertansiyon (8 hasta, %30.8), tip 2 diyabetes mellitus (8 hasta, %30.8) ve hiperlipidemi (6 hasta, %23.1) idi (Tablo 1).

SONUÇ:

Psoriasis ve vitiligo toplumda sık görülen dermatozlar olmasına rağmen birlikte görülmeleri nadirdir ve bu birlikteliğin altında yatan mekanizmaları açıklayan veriler sınırlıdır. Olgularımızın yarısından fazlasında (%53.8) psoriasis vitiligodan önce başlamıştı. Literatürde bu sıranın değişken olduğu, bazı serilerde vitiligonun daha erken başladığı bildirilmiştir [2,4]. Bu değişkenlik, iki hastalığın gelişim sırasının sabit olmadığını ve aralarında zamansal bir etkileşim olasılığı bulunduğunu düşündürmektedir.

Lezyonların aynı anatomik bölgeye yerleştiği 5 olgu (%19.2), daha önce bildirilen %7.4–16.2 oranlarının üzerindedir [4,5]. Bu durum, özellikle Koebner fenomeni ve epitop yayılımı (epitope spreading) gibi lokal immunolojik mekanizmaların her iki hastalıkta da rol oynaması ile ilişkili olabilir. Ayrıca iki olguda anti-TNF tedavisi sonrası vitiligo gelişmesi, TNF- α baskılanmasının bazı bireylerde melanosit toleransını bozabileceğine işaret etmektedir [1,3,5].

Artmış sistemik inflamasyonla ilişkili metabolik komorbiditelerin, önceki kohort çalışmalarında psoriasis ve vitiligo birlikteliğiyle bağlantılı olduğu bildirilmiştir [3,5]. Bu seride de hipertansiyon ve tip 2 diyabet her biri 8 olguda (%30.8) saptanmıştır. Olguların %19.2'sinde eşlik eden otoimmün tiroid hastalığı ve %23.1'inde görülen ANA pozitifliği, bu hasta grubunda otoimmüneye belirgin bir eğilim olabileceğini göstermiştir.

Elde edilen veriler, iki hastalığın birlikte görülmesinin rastlantısal olmayabileceğini düşündürmekle birlikte, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması nedeniyle nedensel bir ilişki kurulabilmesi için daha geniş serilere ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: biyolojik ajan, koebner fenomeni, otoimmün dermatozlar, psoriasis, vitiligo



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1- Yen H, Chi CC. Association Between Psoriasis and Vitiligo: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Clin Dermatol. 2019;20(1):31-40. doi:10.1007/s40257-018-0394-1
- 2- Sawchuk M, Spano F, Loo WJ, Guenther L. The coexistence of psoriasis and vitiligo: a review. J Cutan Med Surg. 2012;16(5):300-305. doi:10.1177/120347541201600505
- 3- Kridin K, Lyakhovitsky K, Onn E, et al. Investigating the epidemiological relationship between vitiligo and psoriasis: a population-based study. Arch Dermatol Res. 2023;315(3):395-400. doi:10.1007/s00403-022-02358-8
- 4- Canu D, Shourick J, Andreu N, et al. Demographic and clinical characteristics of patients with both psoriasis and vitiligo in a cohort of vitiligo patients: a cross-sectional study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35(10):e676-e679. doi:10.1111/jdv.17383
- 5- Arunachalam M, Dragoni F, Colucci R, et al. Non-segmental vitiligo and psoriasis comorbidity - a case-control study in Italian patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28(4):433-437. doi:10.1111/jdv.12117



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-008][KABUL:POSTER]

KERATOSİS PİLARİS GÖRÜNÜMLÜ FOLİKÜLOTROPİK MIKOZİS FUNGOİDES: ERKEN TANI İÇİN UYARICI BİR OLGU

Erdem Değirmenci¹, Aslı Aksu¹, Pınar Özdemir Çetinkaya¹, Deniz Altınel², Zehra Bezgin², İlknur Altunay¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Folikülotropik mikozis fungoides (FMF), klasik mikozis fungoides (MF)'in nadir bir varyantı olup, atipik foliküler papüller ve saçlı deri tutulumuyla kendini gösterir. Klinik olarak keratosis pilaris, akne vulgaris veya kronik folikülit gibi durumları taklit edebilir ve bu da tanıyı geciktirebilir. Bu olguda, keratosis pilaris benzeri uylukta foliküler papüllerle başvuran ve histopatoloji ile FMF tanısı alan bir olgu paylaşılmaktadır. Bu olgu, benzer dermatolojik tablolar karşısında FMF'nin ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır.

OLGU:

41 yaşında kadın hasta, fizik muayenede unilateral keratosis pilarisi andıran 2 senedir proksimal sol uyluk anterior ve medialinde seyreden belirgin sınırlı keratotik foliküler hiperpigmente papüller izlendi. Hastada her biri yaklaşık 2x2 cm boyutlarında olan bilateral inguinal lenf nodları palpe edildi. Lezyonlardan alınan punch biyopsi örneğinde yüzey ile ilişkili iki kıl folikülü içerisinde keratin tıkaçları ve kıl folikülleri çevresinde küçük lenfositlerin oluşturduğu orta derecede perifoliküller infiltrasyon gözlemlendi. İmmünohistokimyasal incelemede lenfositlerde CD2, CD3, CD4, CD5 ile yaygın boyanma, CD7 ve CD8'de belirgin kayıp saptandı. Morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular doğrultusunda hastaya folikülotropik mikozis fungoides tanısı koyuldu. Flow sitometri analizinde atipik lenfosit popülasyonu saptanmadı. LDH ve β 2-mikroglobulin normal sınırlardaydı. Batın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Hastaya topikal beksaroten ve topikal yüksek potent steroid tedavisi başlandı. Hasta tedaviye yanıt açısından klinik izleme alındı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Folikülotropik MF, atipik klinik görünümü nedeniyle sıklıkla yanlış tanı alabilen ve tedavide gecikmelere yol açabilen bir hastalıktır. Keratosis pilaris gibi masum kabul edilen dermatolojik görünümüler altında bu nadir ancak önemli tanının göz ardı edilmemesi gerekir. Erken tanı ve tedavi, hastalığın ilerlemesini önlemede kritik rol oynar. Bu nedenle atipik, dirençli ya da yaygın foliküler lezyonlarda biyopsi alınması ve FMF'nin ayırıcı tanıda düşünülmesi önemlidir.

ANAHTAR KELİMELE: Deri lenfomaları, Keratosis pilaris, Folikülotropik Mikozis fungoides

KAYNAKLAR: Muniesa C, Estrach T, Pujol RM, Gallardo F, Garcia-Muret P, Climent J, Servitje O. Folliculotropic mycosis fungoides: clinicopathological features and outcome in a series of 20 cases. J Am Acad Dermatol. 2010 Mar;62(3):418-26. doi: 10.1016/j.jaad.2009.03.014. Epub 2010 Jan 15. PMID: 20079954.

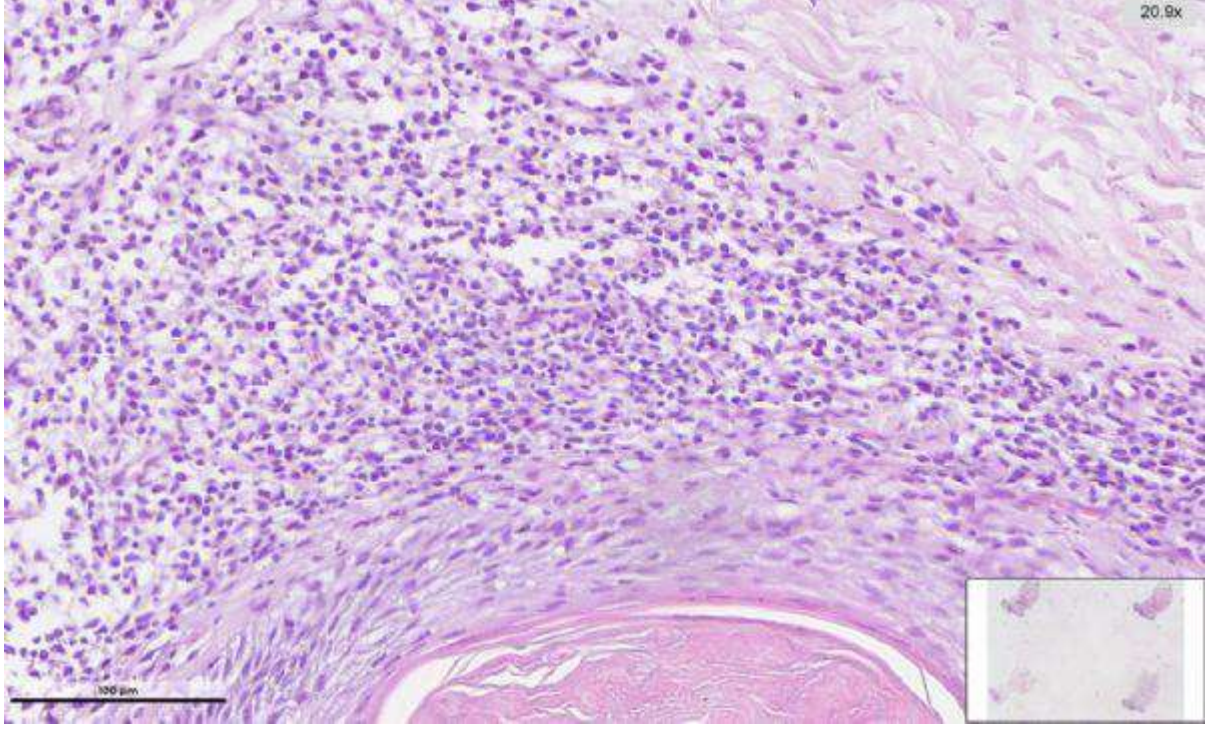
Demirkesen C, Esirgen G, Engin B, Songur A, Oğuz O. The clinical features and histopathologic patterns of folliculotropic mycosis fungoides in a series of 38 cases. J Cutan Pathol. 2015 Jan;42(1):22-31. doi: 10.1111/cup.12423. Epub 2014 Dec 8. PMID: 25376535.

KLİNİK



Unilateral foliküler popüler. Hasta onamı alınmıştır.

PATOLOJİ



Atipik lenfositler



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-009][KABUL:POSTER]

ATİPİK KUTANÖZ LEISHMANİASİS FORMU: NADİR BİR ERİZİPELOİD LEISHMANİASİS VAKASI

İçim Kömürcügil Yiğit¹, Didem Rıfkı²

¹Gazimağusa Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, KKTC

²Gazimağusa Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, KKTC

GİRİŞ-AMAÇ:

Leishmaniasis, Leishmania parazitlerinin dişi tatarcık sineklerinin ısırması aracılığıyla bulaşan enfeksiyöz bir hastalıktır. En sık görülen formu kutanöz leishmaniasis (KL) olup, genellikle yüzde veya ekstremitelerde kendiliğinden iyileşen eritemli papül, nodül veya nodülo-ülseratif lezyonlarla karakterizedir. Bununla birlikte, erizipeloid tipi gibi atipik klinik varyantları mevcuttur. Bu varyantlar, tanıyı zorlaştırarak tedavi sürecinde gecikmelere neden olabilmektedir. Bu vaka sunumunun amacı, Kıbrıs'ta nadir görülen erizipeloid KL olgusunu literatür taraması eşliğinde sunmaktır. Bilinen vakalar doğrultusunda bu olgu, Kıbrıs'ta bildirilen ikinci erizipeloid KL olgusudur.

OLGU:

45 yaşındaki erkek hasta, üç aydır devam eden sol burun tıkanıklığı ve yüzde hafif ödem şikayeti ile başvurdu. Dış merkezde sinüzit tanısıyla çeşitli antibiyotik ve dekonjestan tedavileri verilmiş. Endoskopik nazal muayenede sol nazal kavitede yaygın ödem gözlemlendi. Dermatolojik muayenede sol periorbital ve malar bölge, nazal septumu, nazal tip ve üst dudak içeren eritemli ödemli plak saptandı. Ayırıcı tanıda lupus vulgaris, granülomatöz kelitis, erizipeloid leishmaniasis, Wegener granülomatozu, Crohn hastalığı, NK/T hücreli lenfoma ve lupus pernio düşünüldü. Yapılan biyopside kazeifiye olmayan granülomatöz enflamasyon, epitelioid histiyositler ve dev hücreler görüldü. Leishmania parazitlerinin amastigot formu saptanmadı. Atipik mikobakteri, Mycobacterium tuberculosis ve derin fungal enfeksiyon açısından bakılan doku kültürleri negatif idi. Eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, serum anjiyotensin dönüştürücü enzim düzeyi, anti-nükleer antikor, p-ANCA, c-ANCA, C3 ve C4 değerleri normal sınırlarda idi. Leishmania donovani IgA ve IgG pozitif, IgM ise negatif bulundu. Yapılan görüntüleme tetkikleri normaldi. Bu bulgular doğrultusunda hastaya erizipeloid KL tanısı kondu. Hasta, 20 gün boyunca intramüsküler meglumin antimonat (20 mg/kg/gün) tedavisi aldı. Tedavi süresince karaciğer fonksiyonları, böbrek



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

fonksiyonları ve pankreatik enzimler takip edildi; amilaz ve lipaz seviyelerinde artış gözlemlendi. Tedavinin 3. gününde ödem ve eritemde artış görüldü. Bu durum parazitlere karşı oluşan immünolojik yanıtla bağlandı ve tanıyı destekler nitelikte olduğu düşünüldü. Tedavi sonunda klinik iyileşme sağlandı. Hasta nüks açısından halen izlenmeye devam edilmektedir.

SONUÇ:

Erizipeloid KL, atipik klinik görünümü nedeniyle yanlış tanı alma riski yüksek olan nadir bir formdur. Kıbrıs'ta daha önce yalnızca bir erizipeloid KL vakası bildirilmiş olup, bu bildirilen ikinci olgudur. Endemik bölgelerde yaşayan veya bu bölgelere seyahat etmiş hastalarda atipik cilt lezyonları dikkatle değerlendirilmelidir. Erken tanı ve uygun tedavi ile komplikasyonlar önlenabilir. Bu vaka, Kıbrıs'taki KL olgularına dair farkındalığı artırmak ve klinisyenlerin tanıda bu nadir formu gözönünde bulundurmasını sağlamak açısından önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: erizipeloid kutanöz leishmaniasis, granulomatöz enflamasyon, meglumine antimonat

KAYNAKLAR: 1.Nepal S. Case: An Atypical Erysipeloid Presentation of Cutaneous Leishmaniasis from the Hilly Region of Nepal. Am J Trop Med Hyg. 2021;105(1):134-137. Published 2021 May 10. doi:10.4269/ajtmh.20-0595.
2.Poeppel W, Walochnik J, Pustelnik T, Auer H, Mooseder G. Cutaneous leishmaniasis after travel to Cyprus and successful treatment with miltefosine. Am J Trop Med Hyg. 2011;84(4):562-5. doi:10.4269/ajtmh.2011.10-0645.
3.Antoniou M, Haralambous C, Mazeris A, Pratlong F, Dedet JP, Soteriadou K. Leishmaniadonovanileishmaniasis in Cyprus. Lancet InfectDis. 2008;8(1):6-7. doi:10.1016/S1473-3099(07)70297-9.
4.Koliou MG, Antoniou Y, Antoniou M, Christodoulou V, Mazeris A, Soteriades ES. A cluster of fourcases of cutaneousleishmaniasisbyLeishmaniadonovani in Cyprus: a caseseries. J Med Case Rep. 2014;8:354. Published 2014 Oct 24. doi:10.1186/1752-1947-8-354.
5.Ruh E, BostanciA, KunterV, TosunO, ImirT, SchalligH et al. Leishmaniasis in northern Cyprus: Human cases and their association with risk factors. J Vector Borne Dis. 2017;54(4):358-365.doi: 10.4103/0972-9062.225842.

RESİM 1



Sol periorbital ve malar bölgeleri, nazal septum, burun delikleri, burun ucu ve üst dudağı tutan eritematöz plak.

RESİM 2



Tedavi sonucunda gerilemiş ödem



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-010][KABUL:POSTER]

NİVOLUMAB KULLANAN AKCİĞER KANSERİ HASTASINDA EOZİNOFİLİK SELÜLİT: DİRENÇLİ KAŞINTILI PLAKLARLA SEYREDEN NADİR BİR VAKA

Arzu Dilşat Çiçek¹, Didem Dizman¹, Özlem Su Küçük¹, Samet Yıldırım²

¹Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Eozinofilik selülit (Wells sendromu), eozinofilik infiltrasyon ile karakterize nadir görülen inflamatuvar bir dermatozdur. Klinik olarak ürtikeryal plaklar, anüler eritemli lezyonlar ve yoğun kaşıntı ile kendini gösterir. Enfeksiyonlar, maligniteler, ilaçlar ve hematolojik hastalıklar gibi çeşitli etkenlerle tetiklenebilir. Olgumuzda, immünoterapi (nivolumab) ve eşzamanlı sistemik ilaçlar kullanan bir akciğer kanseri hastasında gelişen dirençli eozinofilik selülit tablosu sunulmaktadır.

OLGU:

66 yaşında erkek hasta, baş-boyun ve kasık bölgelerinde kaşıntı ve eritemli plaklar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede yüzde belirgin demodikozis, ense, boyun, göbek altı ve dizlerde eritemli skuamli plaklar, suprapubik bölgede anüler, kenarı aktif eritemli ve ortası pigmente plaklar saptandı.

Özgeçmiş: Akciğer kanseri nedeniyle immünoterapi olarak nivolumab (anti-PD-1) kullanıyordu. Radyoterapi son 1.5 ayda tamamlanmıştı. Beyin metastazı nedeniyle cerrahi sonrası 3.5 aydır levetirasetam, tip 2 DM nedeniyle ise yaklaşık 2 yıldır empagliflozin/metformin, son 1 aydır vildagliptin/metformin kullanmaktaydı. 2.5-3 yıldır tamsulosin tedavisi de mevcuttu.

Klinik Seyir: Nisan 2025'te topikal klobetazol propiyonat, vazelin ve dekspantenol içeren tedavi başlandı. 1 ay sonunda kısmi gerileme üzerine hastadan Wells sendromu? Ürtikeryal vaskülit? ön tanıları ile suprapubik bölgeden biyopsi ve DIF istendi. Biyopsi, eozinofilik selülit ile uyumlu raporlandı. Nivolumab kesilmiş olmasına rağmen semptomların devamı üzerine eş zamanlı kullanılan diğer ilaçlar değiştirildi. Hastanın deri lezyonlarında regresyon izlendi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Eozinofilik selülit; ürtiker, tinea corporis ve ilaç reaksiyonları gibi hastalıklarla kolayca karışabileceğinden ayırıcı tanıda dikkatli değerlendirme gerektirir. Wells sendromu genellikle benign seyirli olmakla birlikte, çeşitli ilaçlarla tetiklenebilir. Pantoprazol gibi yaygın kullanılan ilaçların bile bu tabloya yol açabileceği unutulmamalıdır. Klinik tablo karakteristik olsa da, biyopsi ile doğrulama şarttır. Etyolojik ajanın tanımlanması ve kesilmesi, tedavide temel yaklaşımdır. Bu olgu, immünoterapi alan hastalarda gelişen dirençli dermatolojik tabloların eozinofilik selülit olabileceğini ve bu tanının biyopsi ile doğrulanmasının önemini vurgulamaktadır. Literatürde nivolumab, levetirasetam, vildagliptin/metformin ile oluşan eozinofilik selülit tablosu bildirilmemiştir. Nivolumab gibi immün kontrol noktası inhibitörleriyle ilişkili gecikmiş dermatolojik reaksiyonlar göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Eozinofilik dermatozlar, Wells sendromu, immünoterapi, Eozinofilik selülit

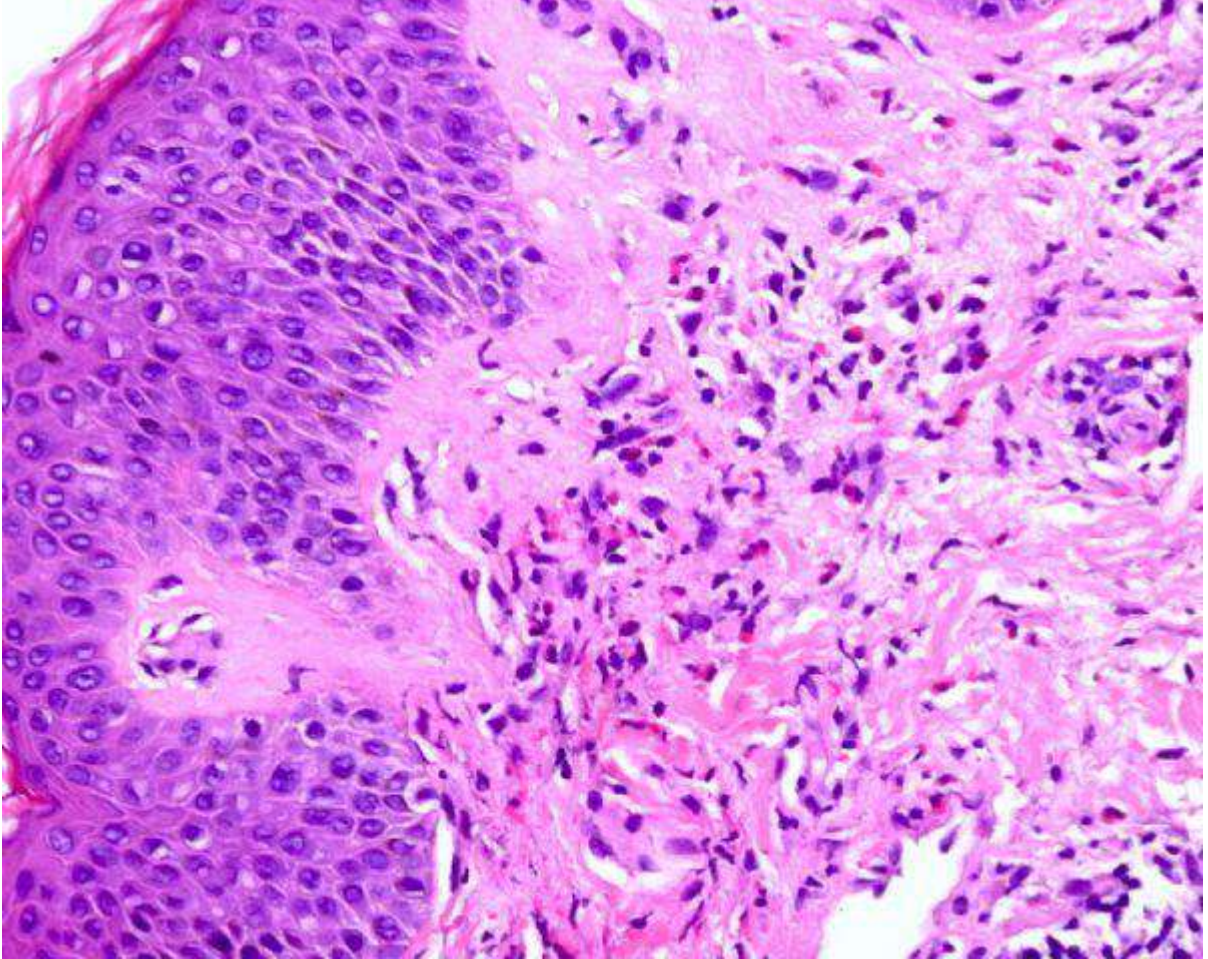
KAYNAKLAR: Wells syndrome: emerging triggers and treatments– an updated systematic review, Volume 317, article number 805, (2025)PMID: 40488888 PMCID: PMC12149015 DOI: 10.1007/s00403-025-04305-9

Wells syndrome (eosinophilic cellulitis): Proposed diagnostic criteria and a literature review of the drug-induced variant PMCID: PMC3888780 PMID: 24421864

SUPRAPUBİK BÖLGEDE ERİTEMLİ YAMA/PLAK



ÜST DERMİSTE ÇOK SAYIDA EOZİNOFİLİN EŞLİK ETTİĞİ, LENFOSİT VE HİSTİYOSİTLERDEN OLUŞAN İLTİHABİ HÜCRE İNfiltrASYONU, KOLLAJEN LİFLERİNİ ÇEVRELEYEN EOZİNOFİLİK GRANÜLOSİTLER, FLAME FİGÜRLERİ





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-011][KABUL:POSTER]

CUTIS VERTICIS GYRATA GELİŞEN BİR LİKEN PİLANOPİLARİS OLGUSU: NADİR BİR KLİNİK BİRLİKTELİK

Elif Şeyda Aslan, Gökür Özaydın Yavuz, İbrahim Halil Yavuz, Harbiye Dilek Canat, Zafer Türkoğlu

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Liken pilanopilaris (LPP), saçlı derinin en sık karşılaşılan primer skatrisyel alopesilerinden biridir. Klinik tablo sıklıkla saç dökülmesi, eritem, kaşıntı, yanma ve batma hissi ile karakterizedir. Erken tanı ve tedavi edilmediğinde kalıcı saç kaybına yol açabilir. Cutis verticis gyrata (CVG) ise saçlı deride derin kıvrım ve oluklarla karakterize nadir bir dermatozdur. CVG primer veya sekonder formlarda görülebilir. Sekonder CVG genellikle inflamatuvar, endokrin ya da genetik hastalıklar zemininde gelişir. Bu olguda, LPP tanısı almış ve sistemik tedaviye başlanan bir hastada, hastalıkla eş zamanlı gelişen CVG tablosu sunularak iki patolojinin olası ilişkisi tartışılmıştır.

Yöntem:

35 yaşında kadın hasta, saçlarda dökülme, skalpta kızarıklık, kaşıntı ve yanma-batma şikayetleri ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Semptomların yaklaşık 17-18 yaşlarında başladığı, ancak son yıllarda belirginleştiği öğrenildi. Çeşitli şampuan ve topikal tedaviler almış olup sistemik tedavi öyküsü yoktu. Hastanın saçlı derisinde geniş alanda skatrisyel alopesi gözlemlendi. Skalpta hastalığın ilk semptomlarının başlamasından kısa bir süre sonra, özellikle oksipital bölgede belirgin olan ağrılı, girinti-çukurluklar gelişmeye başladığı öyküsü alındı ve bu durum klinik olarak CVG ile uyumlu olarak değerlendirildi. Dermatoskopik değerlendirme sonrası saçlı deride frontal bölgeden LPP, alopesi musinoza, diffüz alopesi areata, trikotillomani ön tanılarıyla punch biyopsi yapıldı ve histopatolojik inceleme ile LPP tanısı kesinleştirildi. Hastaya hidroksiklorokin sülfat 200 mg/gün dozunda başlandı sonradan 2x1 dozuna yükseltildi. Takip sürecinde hasta düzenli kontrole çağrıldı.

BULGULAR:

Hastanın bilinen hastalıkları arasında astım mevcut olup, düzenli ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Hidroksiklorokin sülfat tedavisi sonrası hastanın saç dökülmesi, yanma-batma ve kaşıntı şikayetlerinde anlamlı gerileme izlendi. Skalptaki eritem kayboldu, peripilar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

skuamlar büyük oranda azaldı. Ancak tedaviyle; saçlı deride derin kıvrımlar, oluklanmalar şeklinde görülen CVG semptomları gerilemedi. Hasta oksipital bölgesinde dokunmakla çok ağrı olduğunu ve yatmakta zorlandığını söylemekteydi. Eş zamanlı başlayan bu iki durum, sekonder CVG gelişimi açısından dikkat çekici bir bulgudur.

SONUÇ:

LPP, erken dönemde tanı konulmadığında saçlı deride geri dönüşümsüz hasarlara neden olabilen kronik bir inflamatuvar saç hastalığıdır. Bu olguda, LPP'ye bağlı inflamasyonun hemen ardından, saçlı deride sekonder CVG gelişimi gözlenmiştir. Literatürde LPP ile eş zamanlı gelişen CVG vakaları son derece nadirdir. Bu durum, inflamatuvar dermatozların saçlı deri anatomisi üzerinde kalıcı morfolojik değişiklikler yapabileceğini düşündürmektedir. Olgumuz, LPP'nin yapısal komplikasyonlarla da izlenebileceğini vurgulamaktadır. Uzun dönem takiple CVG'nin ilerleyişi ve tedaviye yanıtı izlenmelidir. İnflamatuvar dermatozlara bağlı gelişen sekonder CVG hastalığının tedavisi ile gerileyebilmekte olup her zaman bu yanıt alınamayabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: liken pilanopilaris, cutis veticis gyrata, sekonder, oluklanma, inflamatuvar dermatoz

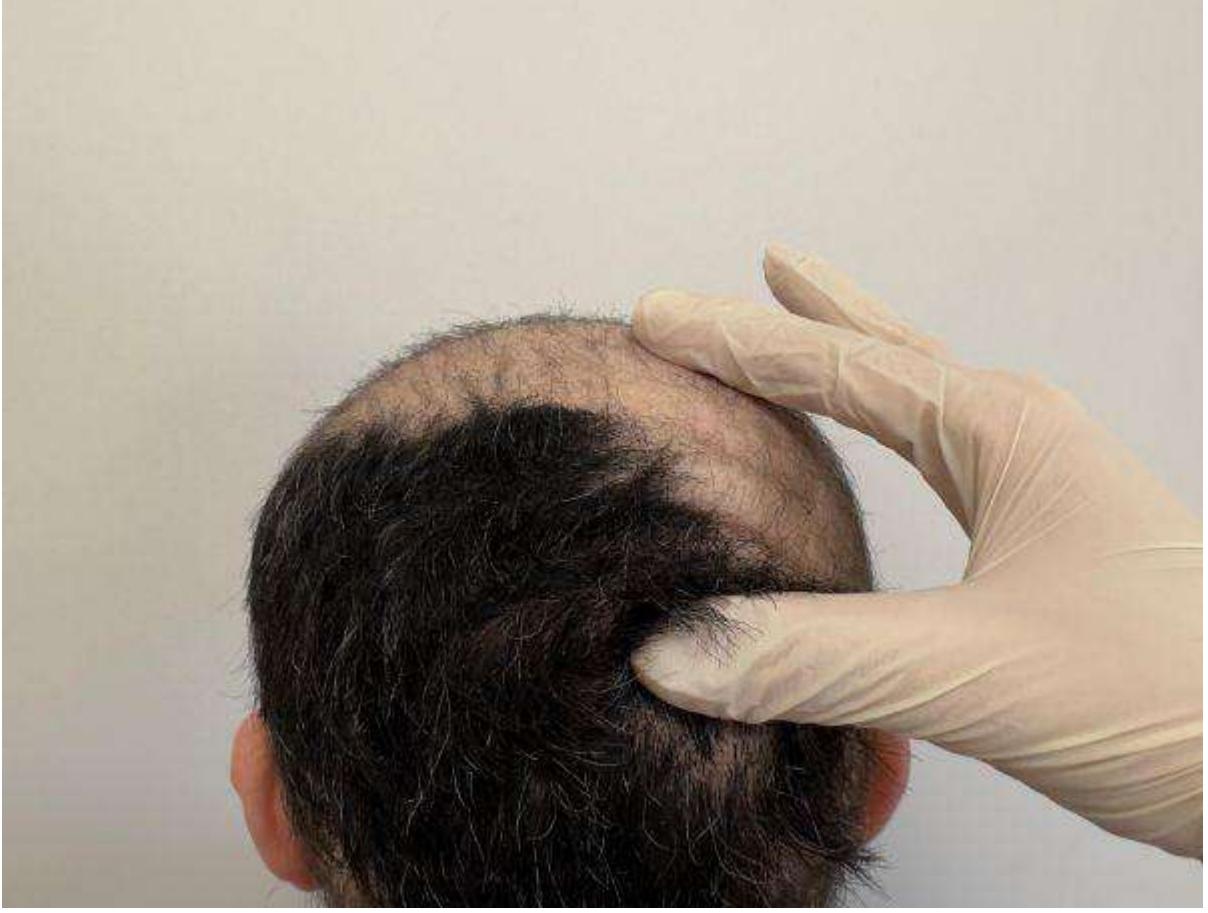
KAYNAKLAR: 1. Shareef S, Horowitz D, Kaliyadan F. Cutis Verticis Gyrata. 2023 Jul 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 January
2. García-Rodríguez V, Iglesias-Sancho M, Quintana-Codina M, Marín-Piñero D, Pérez-Muñoz N, Fernández-Figueras MT, Salleras-Redonnet M. Cutis verticis gyrata secondary to scalp psoriasis. Int J Dermatol. 2023 December
3. Fechine COC, Valente NYS, Romiti R. Lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia: review and update of diagnostic and therapeutic features. An Bras Dermatol. 2022 May-June
4. Xie F, Lehman JS. Lichen Planopilaris. Mayo Clin Proc. 2022 February

RESİM 2



Oksipital bölgede oluklanmalar- Yandan görünüm

RESİM 3



Oksipital bölgede oluklanmalar- Arkadan görünüm



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-012][KABUL:POSTER]

MAL DE MELEDA İKİ KARDEŞ OLGU SUNUMU

Pelin Ertop Doğan¹, Cengiz Şimşek¹, Merve Topuz¹, Güneş Çakmak Genç², Emel Hazinedar¹

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Zonguldak

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ-AMAÇ:

Mal de meleda (MDM), keratinosit apoptoz düzenlemesinden sorumlu olan SLURP1 genindeki mutasyonlardan kaynaklanan otozomal resesif kalıtılan nadir bir palmoplantar keratoderma (PPK) formudur. (1) MDM palmoplantar bölgelerden el ve ayak dorsallerine transgradien olarak ilerleyen eritem, hiperkeratoz, diz ve dirseklerde eritem ve psoriasiform plaklar ve perioral eritemle karakterizedir. (2) Prevalansı genel popülasyonda 1/100.000'dir. (3) Bu bildiride nadir görülmesi nedeniyle kardeş olan iki Mal de meleda olgusunu sunmaktayız.

OLGU:

Sekiz (erkek) ve 18 (kız) yaşlarında olan iki kardeş hasta doğuştan beri olan ellerinde ve ayaklarında yer yer kızarıklık, soyulma ve kalınlaşma şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Öz geçmişlerinde özellik yoktu. Anne ve babasının amca çocukları olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenelerinde her ikisinin de el ve ayak bileklerine kadar uzanım gösteren eritem, sarımsı hiperkeratoz ve tırnaklarda subungal hiperkeratoz (Şekil-1), ek olarak kız çocukta sağ diz ve dirsekte sınırları belirgin eritemli plaklar mevcuttu (Şekil-2). Eklem deformitesi, hipo-hiperhidroz ve perioral eritem yoktu. Her iki kardeşin de deri biyopsileri palmoplantar keratoderma ile uyumlu olarak saptandı. Hastalara SLURP1 gen analiz yapıldı ve her ikisinde de homozigot mutasyon saptandı.

Hastalara klinik, histopatolojik ve genetik bulgulara dayanılarak MDM tanısı konuldu. Topikal tretinoin %0.05 tedavisi başlandı, hastaların topikal tretinoin tedavisinden kısmi fayda görmesi nedeniyle asitretin tedavisi planlandı. Anne ve babaları da genetik danışmanlık için yönlendirildi. Hasta takiplerine devam etmektedir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

MDM genellikle doğumda palmoplantar eritem olarak başlar, yaşamın ilk 3 ila 4 yılında ilerler ve klinik olarak belirgin eritematöz kenarlı bilateral kalın sarı-kahverengi plak olarak kendini gösterir. Hiperkeratoz, eldiven-çorap tarzında gözlenip, el ve ayağın palmar yüzünden başlayarak, dorsal yüzüne yayılım gösterir. Çoğunlukla hiperhidroz, sekonder bakteriyel ve fungal enfeksiyonlarla komplike hale gelir. Ayrıca perioral eritem, yüksek damak, anguler keilit gibi oral bulgular da bildirilmiştir.(3)

Tırnak anomalilerinin en yaygın ilişkili özellik olduğu subungal hiperkeratoz, Beau çizgileri, onikoliz, hiperkonveksite ve koilonişi bildirilmiştir.(5) Hastalığın ileri evrelerinde, Mal de Meleda'da hiperkeratoz bölgelerinde malign melanomun ortaya çıktığına dair nadir bildiriler bulunmaktadır.(5)

MDM'nin ayırıcı tanısında, Greither hastalığı, Olmsted sendromu, Vohwinkel sendromu, Huriez sendromu, Papillon Lefevre sendromu gibi diğer PPK kliniği görülen sendromlar yer almaktadır.(4)

SLURP-1, proteinin doğru katlanması ve işlevi için kritik olan 103 amino asitten ve beş disülfür köprüsünden oluşmuştur. SLURP-1, asetilkolinin α 7 nikotinik reseptör üzerindeki etkisini güçlendirir, bu da skuamöz epitelin farklılaşmasında önemli bir rol oynamaktadır.(2)

SLURP-1 genindeki mutasyonlar nedeniyle oluşan genetik defekti düzeltmek için spesifik tedavisi yoktur.(2)

Tedavide temel yaklaşım topikal tedavi yöntemleridir. Sistemik tedavi seçenekleri arasında retinoik asitler özellikle asitretin yer almaktadır. Topikal kortikosteroidler, üre, laktik asit, retinoid asit gibi keratolitikler, nemlendiriciler ve lüzum halinde topikal antimikrobiyaller kullanılabilir.(5) Ayrıca hiperkeratotik doku cerrahi olarak debride edilebilir. Eksizyon ve ardından tam kalınlıkta deri grefti yerleştirilmesi de başka bir tedavi seçeneğidir.(6)

Olgularımızda da tedaviye topikal %0.05 retinoid tedavisi ile başlandı ancak yetersiz yanıt alınması nedeniyle sistemik retinoid planladık.

İki kardeşte tespit ettiğimiz Mal de Meleda olgularımızı otozomal resesif geçişli çok nadir görülen, tedavisi zor ve genetik danışmanlık gerektiren bir hastalık olması nedeniyle ve sunmak istedik.

ANAHTAR KELİMELEER: mal de meleda, palmoplantar keratoderma, slurp1

KAYNAKLAR: 1. Kalyan V, Suvvari TK, Kandula VDK, Shanker A, Matiashova L. A Case of Mal De Meleda: The Rare Presentation of Palmoplantar Keratoderma Disease. Cureus. 2021 Sep 17;13(9):e18061.

2. Bchetnia M, Laroussi N, Youssef M, Charfeddine C, Ben Brick AS, Boubaker MS, Mokni M,

- Abdelhak S, Zili J, Benmously R. Particular Mal de Meleda phenotypes in Tunisia and mutations founder effect in the Mediterranean region. Biomed Res Int. 2013;2013:206803.
3. Sethy M, Chatterjee S, Srinivas CR, Sachan S. Mal De Meleda with Flexural Involvement. Indian Dermatol Online J. 2022 Sep 5;13(5):636-639.
4. Nath AK, Chaudhuri S, Thappa DM. Mal de meleda with lip involvement: a report of two cases. Indian J Dermatol. 2012 Sep;57(5):390-3.
5. Perez C, Khachemoune A. Mal de Meleda: A Focused Review. Am J Clin Dermatol. 2016 Feb;17(1):63-70
6. Sartore L, Bordignon M, Bassetto F, Voltan A, Tomat V, Alaibac M. Melanoma in skin affected with keratoderma palmoplantaris hereditaria (Mal de Meleda): Treatment with excision and grafting. J Am Acad Dermatol. 2009 Jul;61(1):161-3

RESİM-1



Kız kardeş

RESİM-2



Diz ve dirsekte eritem



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-013][KABUL:POSTER]

EKSTRAMAMARYAN PAGET HASTALIĞINDA SKALP TUTULUMU: NADİR BİR LOKALİZASYON

Müberra Meral Özdemir¹, Arzu Ferhatosmanoğlu¹, Zeynep Türkmen Usta², Leyla Baykal Selçuk¹, Deniz Aksu Arıca¹, Evren Fidan³

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Trabzon

³Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ:

Ekstramamaryan Paget Hastalığı (EMPH), apokrin ter bezlerinin yoğun bulunduğu bölgelerde görülen bir deri hastalığıdır(1). Sıklıkla aksilla, vulva, perianal bölge, skrotum ve penil deri tutulmaktadır(2). Nadiren gluteus, diz, uyluk, karın, umblikus, göğüs ve skalpte de görülebilmektedir(3). Genellikle sınırları belirgin, kalınlaşmış ve eritemli ya da grimsi-beyaz skuamlı bir plak görünümüyle başlar; zamanla ülserleşebilir, krutlanabilir, papillomatöz değişiklikler gösterebilir veya egzematöz bir görünüm kazanabilir(2). Hastalık, kadınlarda daha yaygın olup çoğunlukla ileri yaştaki erişkinlerde ortaya çıkar; tanı yaşı genellikle 60–70 arasındadır(1). EMPH ile eşzamanlı vulvar adenokarsinom veya invaziv EMPH görülebilmektedir(4). Hastalığın bölgesel ya da uzak malignitelerle bağlantılı olabileceği de akılda tutulmalıdır(5). Tanı genellikle geciktiği için invaziv formlara ilerleme riski yüksektir ve bu nedenle erken tanı büyük önem taşır(2).

OLGU:

75 yaşında kadın hasta, polikliniğimize, saçlı deride gerilemeyen kızamık lezyon şikayetiyle başvurdu. Daha önce topikal steroid, topikal keratolitik damlalar, ketakonazol şampuan, topikal ve sistemik antifungal tedaviler kullandığı; ancak bunlardan fayda görmediği öğrenildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde sağ frontotemporal bölgede 6x5 cm çapında eritemli, skuamlı anuler plak mevcuttu. Özgeçmişinde kronik böbrek hastalığı, hipertansiyon ve mitral yetmezliği olan hastanın, rutin kan tetkiklerinde kreatinin yüksekliği haricinde patoloji mevcut değildi. Hastadan diskoid lupus eritematosus, psoriasis vulgaris, sarkoidoz, lupus vulgaris ve ekstramamaryan paget hastalığı ön tanılarıyla saçlı deriden bir adet histopatolojik inceleme



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

için punch biyopsi alındı. Biyopsi sonucu Meme dışı Paget Hastalığı ile uyumlu olarak değerlendirildi. Kesitlerde epidermis içerisinde yer yer kıl folikülleri boyunca ilerleyen pagetoid yayılım gösteren, bir kısmı gruplar oluşturan iri, veziküler nükleuslu, nükleol belirginliği gösteren atipik hücreler izlendi. İnvazyon bulgusu saptanmadı.

İmmunohistokimyasal boyamada Melan A (-), S100 (-), SOX10 (-), EMA (+), p53 (-), mCEA (+), Cerb-B2 diffüz kuvvetli membranöz (+), ER (-), PR zayıf nükleer (+), GATA3 (+), GCDFP (-), 15 (+), CK7 (+), Ki-67 indeksi yaklaşık %5 olarak saptandı. Hastadan istenen CEA düzeyi normal olarak saptandı. Hastalığa eşlik edebilecek ek maligniteler açısından taramalarda patoloji saptanmadı. Lezyonunun cerrahi için büyük olması, hastanın cerrahi kabul etmemesi lezyonun radyoterapiye uygun olmaması nedeniyle topikal imikimod tedavisi başlandı.

SONUÇ:

Literatürde skalp tutulumlu EMPH olgu sayısı oldukça sınırlıdır(6). Sıklıkla karışabilen hastalıklar arasında kontakt dermatit, mantar enfeksiyonları, psoriasis, egzema, melanom, skuamöz hücreli karsinom bulunmakta olup hastalara tanı alana kadar yanlışlıkla egzema tedavisi verilmekte olup tanı ve tedavi sıklıkla gecikmektedir(2). EMPH'nin %4 ile %58 oranında rektum, mide, mesane, üretra, prostat, serviks veya meme karsinomu gibi başka bir maligniteyle birliktelik gösterdiği bildirilmiştir(7). Cerrahi, EMPH tedavisinde altın standart tedavidir(8). Radikal cerrahinin yol açtığı morbiditeyi azaltmak için radyoterapi, dosetaksel, sisplatin, karboplatin, paklitaksel, 5-FU, mitomisin gibi sistemik kemoterapi ajanları, bleomisin, 5-florourasil ve imikimod gibi topikal tedaviler ve intralezyonel interferon gibi alternatif yöntemler de kullanılmaktadır(9–11). EMPH'de lokal nüks riski yüksektir(12). Prognoz genellikle iyi olsa da eşlik eden visseral veya adneksal karsinom varlığında mortalite %50'ye ulaşabilmektedir(13). Sonuç olarak, bu olgu, EMPH'nin erken tanısının metastazların ve olası kötü prognozün önlenmesi açısından ne denli kritik olduğunu göstermektedir. Topikal tedaviye yanıt vermeyen, kronik dermatit benzeri lezyonları olan hastalarda Ekstramamaryan Paget Hastalığı mutlaka akılda tutulmalı ve biyopsi önceliklendirilmelidir. Bu yaklaşım, hem hastalığın hem de eşlik edebilecek olası malignitelerin erken tanısı açısından büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Ekstramamaryan Paget hastalığı, erken tanı, skalp

KAYNAKLAR: 1. Ishizuki S, Nakamura Y. Extramammary paget's disease: Diagnosis, pathogenesis, and treatment with focus on recent developments. Vol. 28, Current Oncology. MDPI; 2021. p. 2969–86.



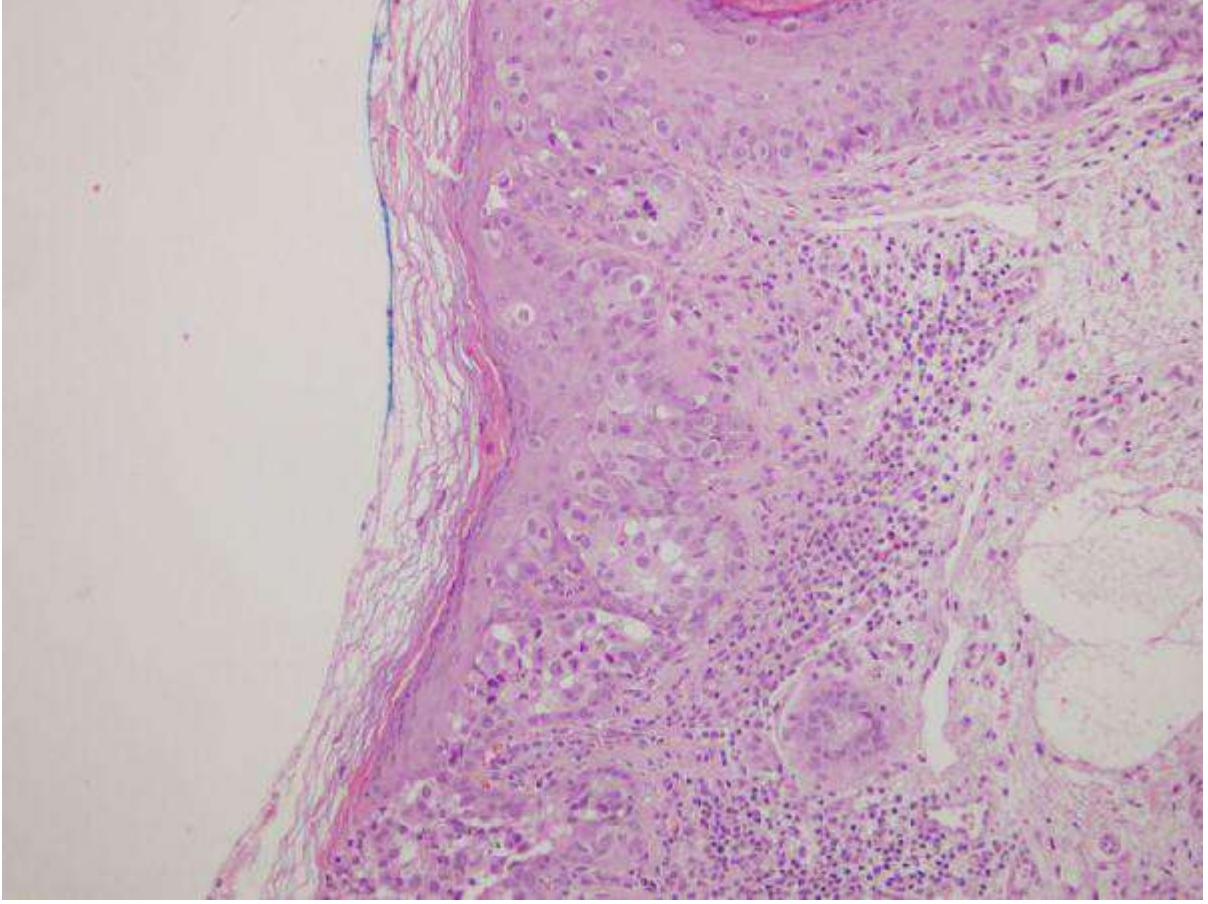
2. Cervantes J, Rosen A, Cho JH. Enlarging Bump on the Scrotum. *Skin Appendage Disord*. 2018 Nov 1;5(1):52–5.
3. Alswayed M. General Poster Display VASCULAR INVASION IN ONCOCYTOMA-A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE. *Pathology*. 2013;(S1):63–99.
4. Fanning J, Lambert HCL, Hale TM, Morris PC, Schuerch C. Paget's disease of the vulva: Prevalence of associated vulvar adenocarcinoma, invasive Paget's disease, and recurrence after surgical excision. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180(1 I):24–7.
5. Tolia M, Tsoukalas N, Sofoudis C, Giaginis C, Spyropoulou D, Kardamakis D, et al. Primary extramammary invasive Paget's vulvar disease: What is the standard, what are the challenges and what is the future for radiotherapy? *BMC Cancer*. 2016 Jul 29;16(1).
6. Iwenofu O, Samie FH, Ralston J, Cheney RT, Zeitouni NC. Extramammary Paget's disease presenting as alopecic neoplasia. *J Cutan Pathol*. 2008 Aug;35(8):761–4.
7. Asel M, LeBoeuf NR. Extramammary Paget's Disease. Vol. 33, *Hematology/Oncology Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 73–85.
8. Della Corte L, Cafasso V, Conte C, Cuomo L, Giampaolino P, Lavitola G, et al. Medical and Surgical Strategies in Vulvar Paget Disease: Let's Throw Some Light! Vol. 13, *Journal of Personalized Medicine*. MDPI; 2023.
9. Caruso G, Barcellini A, Mazzeo R, Gallo R, Vitale MG, Passarelli A, et al. Vulvar Paget's Disease: A Systematic Review of the MITO Rare Cancer Group. Vol. 15, *Cancers*. MDPI; 2023.
10. Cowan RA, Black DR, Hoang LN, Park KJ, Soslow RA, Backes FJ, et al. A pilot study of topical imiquimod therapy for the treatment of recurrent extramammary Paget's disease. *Gynecol Oncol*. 2016 Jul 1;142(1):139–43.
11. Panasiti V, Bottoni U, Devirgiliis V, Mancini M, Rossi M, Curzio M, et al. Intralesional interferon alfa-2b as neoadjuvant treatment for perianal extramammary Paget's disease [18]. Vol. 22, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2008. p. 522–3.
12. Damavandy AA, Terushkin V, Zitelli JA, Brodland DG, Miller CJ, Etzkorn JR, et al. Intraoperative immunostaining for Cytokeratin-7 During Mohs Micrographic Surgery Demonstrates Low Local Recurrence Rates in Extramammary Paget's Disease. *Dermatologic Surgery*. 2018 Mar 1;44(3):354–64.
13. Chanda JJ. Extramammary Paget's disease: Prognosis and relationship to internal malignancy. Vol. 13, *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1985. p. 1009–14.

ŞEKİL 1



Skalp sağ frontotemporal bölgede 6x5 cm çapında eritemli, skuamli anüler plak

ŞEKİL 2



Epidermis içerisinde pagetoid yayılım gösteren iri, nükleol belirginliği gösteren hücreler (HE X 200)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-014][KABUL:POSTER]

**SEBASE NEVÜS ZEMİNİNDE GELİŞEN SEBASEOMA VE İN SİTU SEBASE KARSİNOM
BİRLİKTELİĞİ**

Efe Günel¹, Filiz Cebeci Kahraman¹, Murat Erkan², Şimal Tuğsuz²

¹SBÜ, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

²SBÜ, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Sebase nevüs, yenidoğanların yaklaşık %0.3'ünde görülen, pilosebace ünitenin konjenital hamartomatöz malformasyonlarıdır. Çoğunlukla saçlı deri yerleşimli olmasına karşın alın, yüz ve boyun bölgelerine de yerleşimi sıktır. Ergenlik döneminde hormonal değişikliklere bağlı olarak büyüme fazına geçiş yapan bu nevüs, erişkinlikte başta trikoblastoma olmak üzere sekonder neoplazmlara zemin hazırlayabilir[1.2]. Bu olgumuzda klinik ve gerektiğinde histopatolojik değerlendirmenin önemini vurgulamayı amaçladık.

OLGU:

Otuz altı yaş kadın hasta; sağ yanağında doğumundan beri var olan beninin üst tarafında yeni gelişen ağrılı bir ben şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sağ yanakta, favori bölgesine yakın yerleşimli, 4x3 cm boyutunda soluk eritemli-sarımsı verrüköz plak lezyonun zemininde, birkaç adet grube görünümde sarımsı papüller ve merkezinde bir adet kahverengi papüler lezyon, superiorunda ise 1x1 cm boyutunda ve ağrılı papüler lezyon izlendi(Figür 1). Bu ağrılı papül eksize edildi ve merkezdeki kahverengi, çapı 0.3 cm olan papül punch eksizyon olarak çıkarıldı. Histopatolojik değerlendirmede: eksize edilen ağrılı papülün düşük grade intraepitelyal malign transformasyona uğradığı, p53 overekspresyonu ve ki67 proliferasyon indeksinde artış olduğu tespit edildi ve in situ sebase karsinom olarak raporlandı(Figür 2). Plak lezyonun merkezindeki kahverengi papülde ise sitolojik atipi gösteren az sayıda hücrenin bulunduğu tek düze epitelyal hücrelerden oluşan bazaloid proliferasyon, intrasitoplazmik lipoid vaküolizasyonlar şeklinde izlenen sebase diferansiyasyon görüldü ve sebase nevüs zemininde gelişen sebaseoma olarak raporlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Sebase nevüs; başta trikoblastoma, siringokistadenoma papilliferum ve sebaseoma gibi benign ve nadiren bazal hücreli karsinom, sebase karsinom ve skuamöz hücreli karsinom gibi malign neoplazilere zemin hazırlayabilen bir konjenital lezyondur[3,4]. Sebaseoma ve sebase karsinomun birlikteliğini gösteren literatürde sınırlı sayıda çalışma mevcuttur ve bildiğimiz kadarıyla 5 olgu bildirilmiştir. Olgumuzdaki gibi sebaseoma ve in situ sebase karsinom(erken fokal malignensi) birlikteliğine değinen sadece 2 olgu mevcuttur. Olgu nadir olması sebebiyle sunuma değer görülmüştür. Sebase nevüs zemininde ani büyümeler, renk değişiklikleri ve ağrı gibi bulgular, bizim olgumuzda olduğu gibi, yeni gelişen malignitelerin habercisi olabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Sebase karsinom, Sebase nevüs, Sebaseoma

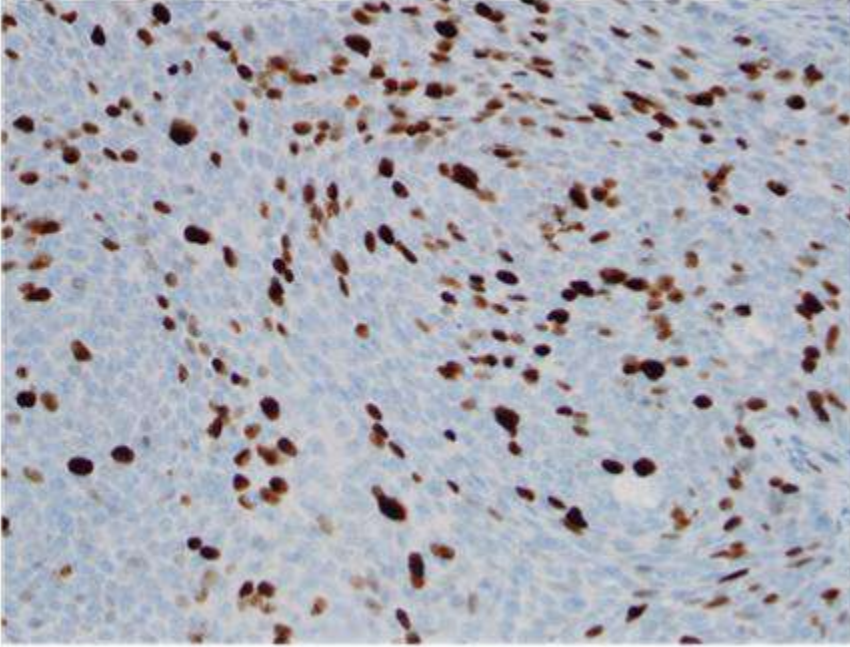
KAYNAKLAR: 1. Garcias-Ladaria J, Cuadrado Rosón M, Pascual-López M. Epidermal Nevi and Related Syndromes - Part 2: Nevi Derived from Adnexal Structures. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2018 Oct;109(8):687-698. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2018.05.004. Epub 2018 Jul 2. PMID: 30041869.
2.Amin K, Orkar S. Basal cell carcinoma arising in a sebaceous naevus. J Surg Case Rep. 2015;2015:1–3. doi: 10.1093/jscr/rjv046.
3. Wang E, Lee JS, Kazakov DV. A rare combination of sebaseoma with carcinomatous change (sebaceous carcinoma), trichoblastoma, and poroma arising from a nevus sebaceous. J Cutan Pathol. 2013;40:676–682. doi:10.1111/cup.12146.
4. Manonukul J, Omeapinyan P, Vongjirad A. Mucoepidermoid (adenosquamous) carcinoma, trichoblastoma, trichilemmoma, sebaceous adenoma, tumor of follicular infundibulum and syringocystadenoma papilliferum arising within 2 persistent lesions of nevus sebaceous: Report of a case. Am J Dermatopathol. 2009;31:658–663. doi:10.1097/DAD.0b013e31817903f5.

FIGÜR 1



Sağ malar bölgesinde eritemli zeminde görülen sarı-turuncu renkli milimetrik papüller ve bir adet kahverengi papül içeren plak lezyon ve superiorundaki pembe renkli papüler lezyon.

FIGÜR 2



Bu figür, dermatolojik muayenede malign görünüm sergileyen alanla uyumlu olarak, tümörün bazı bölgelerinde %40'a kadar çıkan artmış Ki-67 proliferasyon indeksini göstermektedir. (Ki-67, ×200)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-015][KABUL:POSTER]

**NADİR BİR DERİ TÜMÖRÜ: DERMATOFİBROSARKOMA PROTUBERANS'LI 9 OLGULUK
SERİMİZİN KLİNİK, İMMÜNOHİSTOKİMYASAL VE NÜKS EĞİMLERİNE YÖNELİK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İbrahim Akçay¹, Nilay Duman¹, Banu Yaman², Taner Akalın², Işıl Karaarslan¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP), lokal invazyon potansiyeli yüksek, ancak metastazı nadir görülen, nadir bir dermal mezenkimal tümördür. Klinik olarak heterojen seyir gösterebilen DFSP'de, cerrahi sınır durumu ve proliferatif aktiviteye dair belirteçlerin prognozla ilişkisi giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde 2019–2025 yılları arasında takip edilen 9 DFSP olgusunun klinik, histopatolojik ve immünohistokimyasal özellikleri ile nüks eğilimleri değerlendirilmiştir.

MATERYAL-METOD:

Beş erkek ve dört kadın olmak üzere toplam 9 hastaya ait veriler retrospektif olarak incelendi. Yaş dağılımı 23–48 yıl arasında değişmekteydi. Tümörlerin anatomik yerleşimi, primer/rekürren durumu, cerrahi sınır durumu, histopatolojik alt tipleri ve immünohistokimyasal profilleri (CD34, S-100, Desmin, Ki-67, PHH3) analiz edildi. Görüntüleme ve tedavi süreçleri hasta dosyalarından değerlendirildi. Proliferasyon indeksleri ile nüks ilişkisi Mann-Whitney U testiyle istatistiksel olarak incelendi.

BULGULAR:

Tümör yerleşimi baş-boyun (n=3), üst ekstremité (n=2), alt ekstremité (n=2) ve gövde (n=2) olarak saptandı. Tüm olgularda CD34 yaygın pozitif; S-100 ve Desmin ise negatiftir. İlk cerrahi işlem sonrası 5 hastada cerrahi sınırlar negatif iken, 4 hastada pozitif olarak saptanmıştır. Ki-67 proliferasyon indeksi %2–30 arasında değişmekteydi. Dört hastada fokal PHH3 pozitifliği saptandı. Toplam üç hastada (%33) lokal nüks gelişti. Bu hastalarda Ki-67 düzeyleri ortalama %25 iken, nüks gözlenmeyen hastalarda ortalama %4.5 idi. Ki-67 düzeyi ile nüks arasında



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.026$). Nüks gözlenen tüm olgularda PHH3 pozitifliği de mevcuttu. Radyoterapi önerilen dört hastadan yalnızca biri tedaviyi kabul etti. Hiçbir hastada sistemik metastaz izlenmedi.

SONUÇ:

DFSP; cerrahi planlama, histopatolojik değerlendirme ve immünohistokimyasal analizlerin birlikte yürütülmesini gerektiren bir tümördür. Serimizde izlenen yüksek CD34 ekspresyonu ve S-100/Desmin negatifliği tanısal açıdan literatürle uyumludur. Cerrahi sınır pozitifliği nüks gelişimiyle ilişkili görünmektedir. Ayrıca, proliferatif belirteçlerden Ki-67'nin yüksek düzeyde olması ve PHH3 pozitifliğinin nüks gözlenen hastaların tamamında mevcut olması, bu parametrelerin potansiyel prognostik rolünü düşündürmektedir. Ancak sınırlı örneklem büyüklüğü nedeniyle bu gözlemler ileri çalışmalarda doğrulanmalıdır. Bulgularımız, DFSP'de nüks riskini öngörmede hem cerrahi sınır durumunun hem de proliferatif belirteçlerin birlikte değerlendirilmesinin klinik karar süreçlerine değerli katkılar sağlayabileceğini düşündürmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Dermatofibrosarkoma Protuberans, İmmünohistokimya, Nüks Eğilimi, Ki-67, PHH3

KAYNAKLAR: Gloster HM Jr. Dermatofibrosarcoma protuberans. J Am Acad Dermatol. 1996;35(3 Pt 1):355–374.

Llombart B, Serra-Guillén C, Monteagudo C, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans: a comprehensive review and update on diagnosis and management. Semin Diagn Pathol. 2013;30(1):13–28.

Liang CA, Jambusaria-Pahlajani A, Karia PS, et al. A systematic review of dermatofibrosarcoma protuberans treatment outcomes with Mohs micrographic surgery or wide local excision. J Am Acad Dermatol. 2014;71(5):964–969.

Abbott JJ, Ahmed I. Discriminating dermatofibrosarcoma protuberans from its histologic mimics. Arch Pathol Lab Med. 2006;130(5):682–687.

Becerikli M, Schwarz S, Bucher M, et al. PHH3 is a promising prognostic marker in soft tissue sarcomas. J Cancer Res Clin Oncol. 2017;143(9):1651–1660.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-016][KABUL:POSTER]

VERRÜYÜ TAKLİT EDEN PEDIATRİK EKRİN POROMA OLGUSU

İpek Tandoğan¹, Mahmut Anıl Karataş¹, Gökhan Çınar¹, Erdem Çomut²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli, Türkiye

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Denizli, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ:

Ekrin poroma (EP), ter bezlerinin intraepidermal kısmından kaynaklanan benign bir adneksiyel tümördür (1-4). Tüm ter bezi tümörlerinin yaklaşık %10'unu oluşturur (1,2,4). İlk olarak 1956'da Pinkus ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (1-3). Genellikle pembe, kırmızı veya ten rengi, pürüzsüz veya verrüköz yüzeyle papül/nodül olarak görülür (1). EP'ler en sık ekrin ter bezlerinin yoğun olduğu akral bölgelerde bulunur (1-4). Ancak bacak, uyluk, baş, boyun, gövde, göz kapakları ve hatta vulva gibi daha az yaygın yerlerde de bildirilmiştir (2-4). Genellikle 40 yaş üzeri hastalarda görülse de, çocuklarda nadiren bildirilmiştir (2). Klinik görünümündeki değişkenlik nedeniyle, EP'ler "büyük taklitçi" olarak adlandırılır (3,4). Bu tümör; piyogenik granülom, hemanjiyom, seboreik keratoz, verrü, fibrom, melanom, nevüs, kistler, BCC ve SCC gibi çeşitli benign ve malign cilt lezyonlarını taklit edebilir (1-5). Bu benzerlik, tanı sürecini sıklıkla zorlaştırır ve kesin tanı için histopatolojik değerlendirmeyi gerektirir (3-5).

Bu bildirinin amacı; klinik olarak yaygın bir cilt lezyonu olan verrüyle karıştırılarak tedavi edilen ve plantar alanda yer alan, histopatolojik olarak doğrulanmış nadir bir ekrin poroma olgusunu sunarak farkındalık yaratmaktır. Bu vaka, EP'nin pediatrik yaş grubunda nadir görülmesinin tanısal zorluklarını da vurgulamaktadır.

OLGU:

5 aydır ayak tabanında lezyon nedeni başvuran 16 yaşında erkek hasta daha önce dış merkezlerde siğil tedavisi aldığını ancak lezyonunun iyileşme göstermediğini söyledi. Fizik muayenede, ayak tabanında soliter, sert, ekzofitik bir nodül saptanmıştır. Verrü tedavilerine yanıt vermemesi ve lezyonun atipik görünümü nedeniyle total eksizyonel biyopsi yapılmıştır. Histopatolojik inceleme; "Epidermis bağlantılı anastomozlaşan monomorfik poroma hücrelerinden oluşan proliferasyon alanı" raporu ile ekrin poroma tanısını doğrulamıştır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

EP genellikle asemptomatik olup yavaş büyüyen nodül veya papül şeklinde ortaya çıkabilir (2,4). Bazı durumlarda kaşıntı veya nadiren ağrı bildirilmiştir (4). Aynı zamanda çocukluk çağında ektrin poromalar oldukça nadirdir; literatürde bildirilen az sayıda olgu arasında, ektrin poromasından porokarsinoma gelişen 8 yaşındaki bir kız çocuğu ve diğer adölesan hastalar yer almaktadır (2).

EP'lerin plantar bölgelerdeki tipik yerleşimi ve polimorfik özellikleri nedeniyle, derinlemesine değerlendirilmediği takdirde verrü dahil çeşitli tanılarla karışması ve dolayısıyla tanıda gecikmeler veya yanlışlıklar yaşanması olasıdır (1,3-5). Belirsiz veya atipik klinik sunumu olan şüpheli nodüler lezyonlarda, kesin tanı için histopatolojik inceleme önemlidir (3-5).

EP benign bir tümör olup, tedavisi cerrahi eksizyon ile küratiftir (1,4,5). Tümörün tam olarak çıkarılması, nüks riskini azaltmak için önemlidir (2,3). Ayrıca, nadiren de olsa ektrin porokarsinom olarak bilinen malign dejenerasyon potansiyeli de bulunmaktadır (2-5). Özellikle spontan kanama, kaşıntı, ağrı, ülserasyon veya kısa sürede hızlı büyüme gibi belirtiler malign transformasyonu düşündürmelidir (3,4). Klinisyenler arasında ektrin poromanın, özellikle pediatrik dermatolojideki ve çeşitli prezentasyonları hakkındaki farkındalığın artırılması, doğru ve zamanında yönetim için önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Ektrin Poroma, Verrü, Taklit, Pediatrik dermatoloji, Histopatoloji

KAYNAKLAR: 1-Li J, Ding Y, Zhang S, He W. Eccrine poroma: A case report. Asian J Surg. 2023 Feb;46(2):874-875. doi: 10.1016/j.asjsur.2022.07.160. Epub 2022 Dec 14. PMID: 36526476.
2-Orlandi C, Arcangeli F, Patrizi A, Neri I. Eccrine poroma in a child. Pediatr Dermatol. 2005 May Jun;22(3):279-80. doi: 10.1111/j.1525-1470.2005.22328.x. PMID: 15916587.
3-Mishra N, Chew DEM, Wong KPL, Bin Zainuddin MA. Eccrine Poroma of the Palm: A Case Report and Literature Review. Cureus. 2024 Sep 15;16(9):e69489. doi: 10.7759/cureus.69489. PMID: 39416530; PMCID: PMC11480456.
4-Kyrmanidou E, Fotiadou C, Kemanetzi C, Trakatelli MG, Trigoni A, Patsatsi A, Apalla Z, Lazaridou E. Eccrine Poroma: Pathogenesis, New Diagnostic Tools and Association with Porocarcinoma-A Review. Diagnostics (Basel). 2023 Aug 16;13(16):2689. doi: 10.3390/diagnostics13162689. PMID: 37627947; PMCID: PMC10453495.

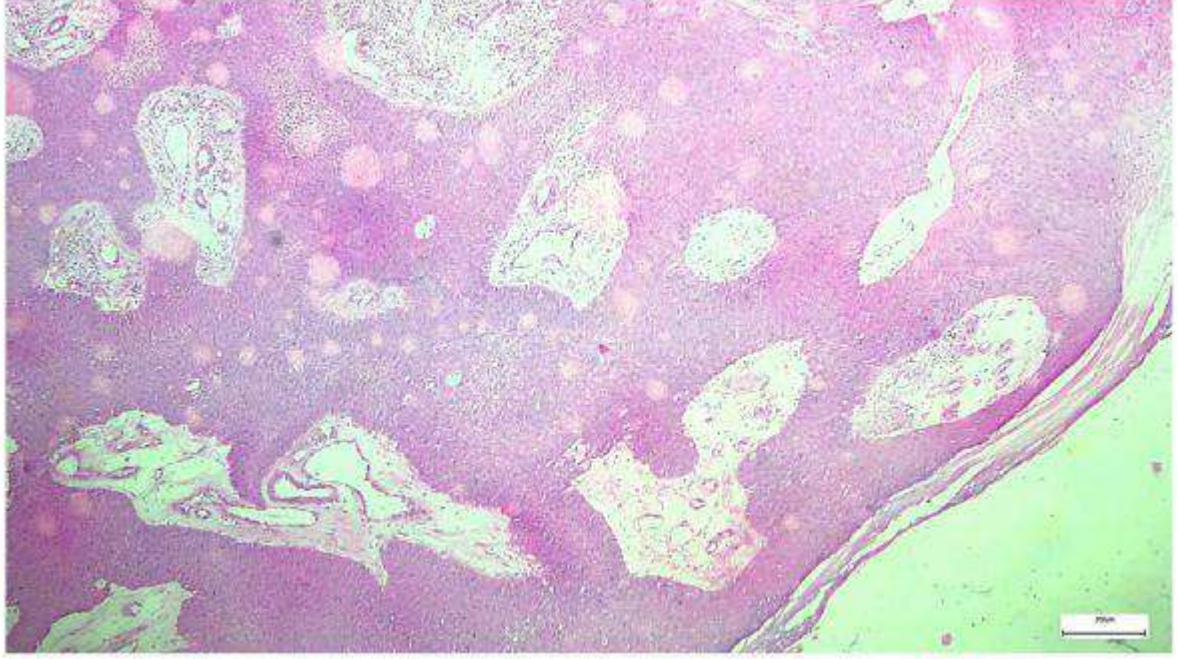
5-Türkiye Klinikleri J Dermatol 2018;28(2):76-7, Ekrin Poroma, DOI: 10.5336/dermato.2018-61406

FOTOĞRAF 1



Lezyonun makroskopik ve dermoskopik görüntüleri

FOTOĞRAF 2



Epidermis bağlantılı anastomozlaşan monomorfik poroma hücrelerinden oluşan proliferasyon alanı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-018][KABUL:POSTER]

**DERMOSKOPIK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULARI İLE NADİR BİR MALİGN DERİ EKİ TÜMÖRÜ:
BÖLGESEL VE UZAK LENF NODU METASTAZLARI OLAN YÜZ YERLEŞİMLİ EKRİN
POROKARSİNOM VE LİTERATÜR TARAMASI**

Beyza Türe Avcı¹, Tubanur Çetinarslan², Peyker Temiz³, Aylin Türel Ermertcan²

¹İzmir Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, Manisa

³Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji AD, Manisa

GİRİŞ-AMAÇ:

Ekrin ter bezi yerleşimli tümörler nadirdir ve çoğunlukla yavaş seyirli kabul edilir. Ekrin porokarsinom (EPC), malign ektrin poroma olarak da bilinir ve ter bezlerinin kutanöz intraepidermal kanallarından kaynaklanır. Patogenezi henüz tam olarak bilinmemekle birlikte, EPC'ler ektrin poromalarından kaynaklanabilir veya primer olarak ortaya çıkabilir. Tüm EPC'lerin %20'si tekrarlayabilir, %20'si bölgesel lenf düğümlerine metastaz yapabilir.

OLGU:

77 yaşında kadın hasta sol yanağında hemorajik, ağrısız, eritemli nodül ile başvurdu (Resim 1a). Hasta lezyonun 18 aydır mevcut olduğunu ve giderek büyüdüğünü ifade etti. Dermatolojik muayenesinde 5x4 cm çapında, tabanında kahverengi bir plak mevcut olan, deriye fikse, hemorajik nodül izlendi. Dermoskopik muayenede pembe-beyaz alanda düzensiz dağılmış polimorfik damarlar mevcuttu (Resim 1b). Zemindeki kahverengi plağın dermatoskopik muayenesinde kahverengimsi alanda beyaz halo ve sarı krutlar, düzensiz dağılmış globüller görüldü (Resim 1c). Bilateral servikal lenf nodları palpe edildi. Klinik ve dermatoskopik bulgular göz önüne alınarak lezyon skuamöz hücreli karsinom (SCC), Merkel hücreli karsinom ve amelanotik melanom ön tanıları ile eksize edildi. Histopatolojik inceleme ile epidermisle sınırlı hidrakantoma simpleks alanları ve nodüler gelişim gösteren invaziv porokarsinomla uyumlu tümör izlendi (Resim 1d). EMA ve mCEA invaziv tümörde pozitif (Resim 1e, 1f). Hastaya hidroakantoma simpleks zemininde gelişen EPC tanısı kondu. Servikal ultrasonografide; sol submandibular tükürük bezinin etrafında en büyüğü 2 cm çapında çok sayıda patolojik LN ve sağ submandibular tükürük bezinin etrafında en büyüğü 1,5 cm çapında kalın korteksli patolojik LN izlendi. Servikal bölgedeki LN'lerden yapılan İİAB malign sitoloji ile uyumluydu. Tüm vücut pozitron emisyon tomografisinde (PET) bilateral



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

servikal, retrofaringeal, sağ supraklaviküler hipermetabolik LN metastazları; mediastende çok sayıda hipermetabolik LN metastazı; sağ aksillada hipermetabolik LN metastazı; parakaval, pankreas, hepatik ve inguinal LN metastazları görüldü. Hasta Onkoloji bölümüne konsülte edildi ve palyatif radyoterapi (karboplatin ve paklitaksel) başlandı.

SONUÇ:

EPC, ülser plak veya nodül, polipoid veya verrüköz lezyonlar olmak üzere çeşitli kutanöz bulgularla ortaya çıkabilir. Polimorfik damarlar, EPC'de en sık görülen dermatoskopik bulgu olarak raporlanmıştır. SCC, dermatoskopik olarak EPC'den ayırt edilmesi gereken en önemli malign tümördür. Kötü diferansiye SCC'de, pembe-beyaz veya pembe-kırmızı bir zeminde polimorfik damarlardan (lineer düzensiz, hairpin, glomerüler veya noktasal) oluşan bir görünüme bazen ülserasyon eşlik edebilir. Bu bulgularla, kötü diferansiye SCC'yi porokarsinomdan ayırmak oldukça zor olabilir. Tablo 1'de, yayınlanmış raporlardaki EPC'li hastaların dermatoskopik bulgularını özetlenmiştir.

EPC vakalarının %10'unda solid organ metastazı görülürken, lenf nodu metastazları vakaların %20'sinde görülür. Lenf nodu metastazı nadir olmakla birlikte görüldüğünde mortalite %67 olarak tanımlanmaktadır. Hastamız servikal, retrofaringeal, sağ supraklaviküler, sağ aksiller, parakaval, pankreas, hepatik ve inguinal lenf nodu metastazlarının varlığı nedeniyle nadir görülen bir vakaydı. Tablo 2'de son yıllarda yayınlanmış metastaz bildirilmiş EPC vakalarının bir özeti gösterilmektedir.

EPC'de cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavi seçenekleri mevcuttur. EPC'nin nadir görülmesi ve birçok sitotoksik ajana dirençli olması nedeniyle, standardize edilmiş bir kemoterapi rejimi yoktur. Olgumuz hala palyatif RT, paklitaksel ve karboplatin kemoterapisi ile tedavi edilmektedir. Sol submandibular LN'de remisyon sağlanmıştır.

EPC, lokal ve uzak metastaz potansiyeli olan malign bir adneksiyal tümördür. Erken tanı ve cerrahi tedavi kritik bir rol oynadığından, dermatologlar bu malign deri tümörü hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Dermoskopi, EPC için ucuz ve hızlı bir tanı yöntemidir, ancak yine de histopatolojik inceleme ile desteklenmesi gerekir.

ANAHTAR KELİMELEER: deri eki tümörü, porokarsinom, dermoskopi

KAYNAKLAR: 1) Tsiogka A, Koumaki D, Kyriazopoulou M, Liopyris K, Stratigos A, Gregoriou S. Eccrine Porocarcinoma: A Review of the Literature. *Diagnostics* (Basel). 2023, 13, 1431.

2) Le NS, Janik S, Liu DT, Grasl S, Faisal M, Pammer J, et al. Eccrine porocarcinoma of the head and neck: Meta-analysis of 120 cases. *Head Neck*. 2020 Sep;42(9):2644-59.

3) Marone U, Caracò C, Anniciello AM, Di Monta G, Chiofalo MG, Di Cecilia ML, et al.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Metastatic eccrine porocarcinoma: report of a case and review of the literature. World J Surg Oncol. 2011 Mar 16; 9:32.

4) Fernández-Ferreira R, Alvarado-Luna G, Motola-Kuba D, Mackinney-Novelo I, Cervera-Ceballos EE, Segura-Rivera R. Interluteal Cleft Eccrine Porocarcinoma with Metastasis to Inguinal Region and Lung: Case Report and Review of the Literature. Case Rep Oncol. 2020 Dec 10;13(3):1463-73.

5) Sgouros D, Theofili M, Damaskou V, Theotokoglou S, Theodoropoulos K, Stratigos A et al. Dermoscopy as a Tool in Differentiating Cutaneous Squamous Cell Carcinoma From Its Variants. Dermatol Pract Concept. 2021 Apr 12;11(2):e2021050.

6) Mandaliya H, Nordman I. Metastatic Eccrine Porocarcinoma: A Rare Case of Successful Treatment. Case Rep Oncol. 2016 Aug 17;9(2):454-56.

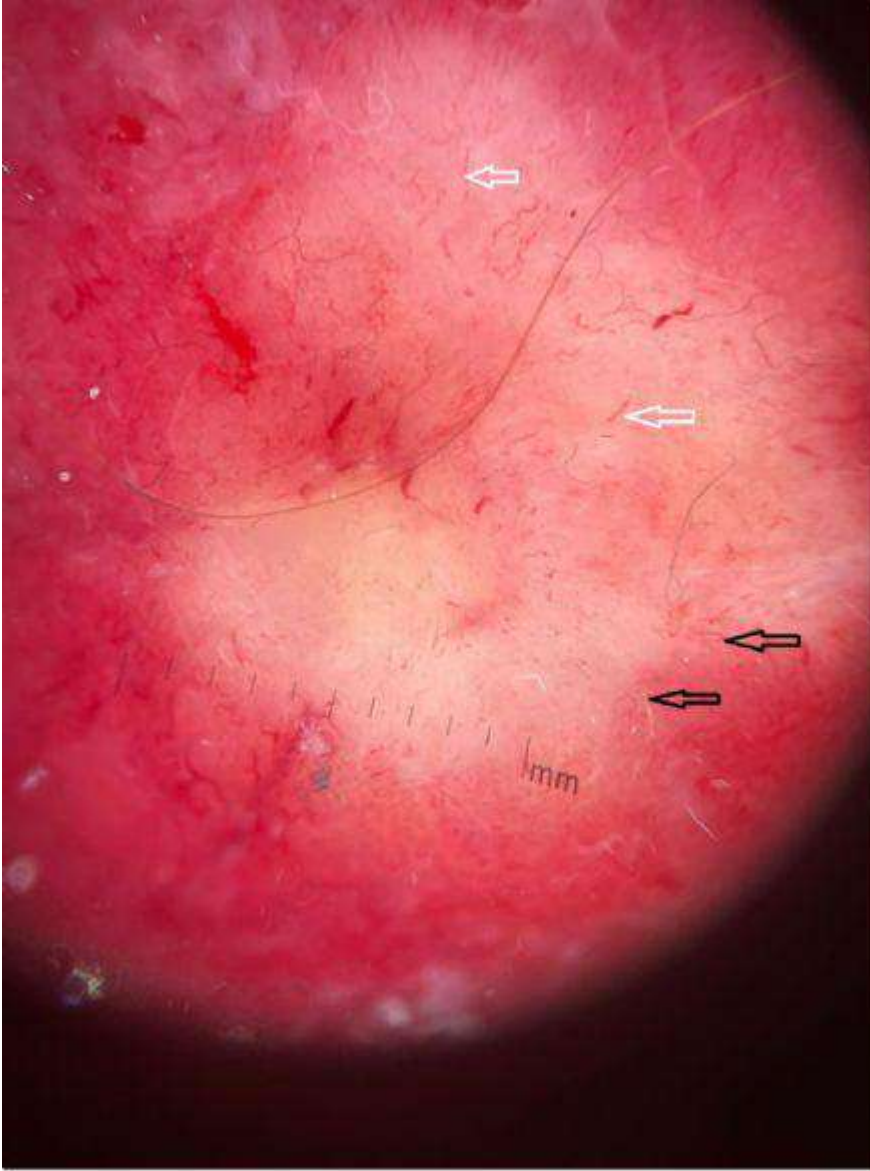
7) Lehmann C, Rodriguez Ossa P, Vargas Manrique M, Acosta AE, Quintero Pérez Y. Eccrine Porocarcinoma with Zosteriform Metastasis. Cureus. 2020 Feb 4;12(2): e6873.

RESİM 1



Sol malar bölgede kahverengi hiperpigmente plak üzerinde hemorajik eritemli nodül

RESİM 2



Polimorfik damarlar (beyaz oklar lineer düzensiz dağılmış damarları, siyah oklar ise süt kırmızısı alanda yılankavi damarları göstermektedir)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-020][KABUL:POSTER]

**NADİR GÖRÜLEN VE ÜLSERLEŞEN VULVAR HEMANJİYOMDA PROPRANOLOL TEDAVİSİ: 2
AYLIK BİR KIZ ÇOCUĞU OLGU SUNUMU**

Bahadır Aslanca

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

GİRİŞ-AMAÇ:

Hemanjiyomlar çocukluk çağının en sık görülen vasküler tümörleridir. Genital yerleşimli hemanjiyomlar nadirdir ve ülserasyon geliştiğinde ciddi morbiditelere neden olabilmektedir. Burada 2 aylık bir kız çocuğunda vulva bölgesinde ülsere olmuş hemanjiyom olgumuzu sunmaktayız.

OLGU:

2 aylık kız hastanın doğumdan kısa bir süre sonra farkedilen vulvar bölgesinde labium major üzerinde, zamanla büyüyen kırmızı-mor renkli bir kitlesi mevcutmuş. 15 gündür üzerinde zaman zaman kanamalar meydana gelmiş, lezyon çevresi deride hassasiyet gelişmiş ve çocukta huzursuzluğa neden olmuş. Yapılan fizik muayenede sağ labium major üzerinde 5 cm çapında, yüzeyi ülseratif, ödemli, kırmızı-mor renkli kitle farkedildi (Figür 1). Lezyon üzerinde eksüda mevcuttu ve çevre derisi hassastı. Yapılan kan tetkiklerinde hafif lökositoz ve CRP yüksekliği mevcuttu. Yapılan USG'de subkutan yerleşimli, ödemli, hipervasküler lezyon görüldü. Tüm bu bulgularla hastaya ülsere vulvar hemanjiyom tanısı koyduk. Hastanın kan tetkiklerindeki sola kaymadan dolayı sistemik antibiyotik ve lokal yara bakımı için topikal antibiyotik tedavisi başlandı. Yumuşatıcı bariyer kremler friksiyonun zararını engellemesi açısından tedaviye eklendi. Çocuk hematoloji bölümünde konsülte edilen hastaya oral propranolol 2mg/kg/gün başlandı. 2 haftada hassasiyet ve ülserasyon belirgin geriledi (Figür 2).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Vulvar bölge hemanjiyomları nadir olmalarına rağmen ülserasyon gelişmesi açısından yüksek risk taşımaktadır.

Ülserasyonlar, enfeksiyon ve sekonder skar dokusuna yol açabilmektedir. Propranolol, bu tür komplike hemanjiyomlarda etkili ve güvenli bir tedavi seçeneğidir. Hastaların belirli aralıklarla düzenli izlemi ve multidisipliner yaklaşım tedavinin başarısını arttırmaktadır.

Ülsere Vulvar Hemanjiyomlar pediatrik dermatolojide acil değerlendirilmesi gereken lezyonlardandır. Erken tanı ve uygun tedavi ile komplikasyonlar önlenabilmektedir. Bu olgumuzda nadir görülen ancak komplike olma riski yüksek olan vulvar hemanjiyomların tanı, tedavi ve izlemine dikkat çekmeyi amaçladık.

ANAHTAR KELİMELE: infantil hemanjiyom, propranolol, ülserasyon, vulva

KAYNAKLAR: 1. Horný, J., Bukovčánová, A., Bencúrová, E., & Krajčovič, J. (2020). Ulcerated vulvar hemangioma in infant girl: Case report and review of the literature. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(3), 301–304

2. Chang, L. C., Haggstrom, A. N., Drolet, B. A., Baselga, E., Chamlin, S. L., Garzon, M. C., Horii, K. A., Lucky, A. W., Frieden, I. J., & Mancini, A. J. (2008). Growth characteristics of infantile hemangiomas: Implications for management. *Pediatrics*, 122(2), 360–367.

3. Montero, J. A., Bronte Anaut, M., Bardají Pascual, C., & Montes, M. (2022). Vulvar tumor in an infant. *Pediatric Dermatology*, 39(5), E3–E4.

FIGÜR 1



Sağ labium major üzerinde kırmızı-mor renkli ülsere Hemanjiyom

FIGÜR 2



İyileşen ödem ve ülserasyon



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-022][KABUL:POSTER]

KUTANÖZ BULGULARI SONUCU TANI ALAN LENFBLASTİK LÖSEMİ OLGUSU

Umur Ali Hoşgöl, Harbiye Dilek Canat, Ezgi Aktaş, İbrahim Halil Yavuz, Göknur Özaydın Yavuz, Zafer Türkoğlu

SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Lösemi kutis (LK), akut ve kronik lösemilerde görülebilen, malign lösemik hücrelerin deri ve subkutan dokulara infiltre olmasıyla ortaya çıkan nadir bir dermatolojik bulgudur. Cilt bulguları sistemik hastalık öncesinde, eş zamanlı ya da sonrasında gelişebilir. Klinik prezantasyon değişken olup, sıklıkla eritemli papül, nodül ya da plaklar şeklinde görülürken, bazı olgularda diffüz infiltratif tutulum ve atrofik-ödematöz alanlar da gözlenebilir. Tanı, klinik şüpheyile birlikte zamanında alınan deri biyopsisi ve immünohistokimyasal boyamalarla konulur. Tdt, CD43 ve CD45 pozitifliği tanıyı destekleyen önemli immün belirteçlerdir. Cilt bulguları sonucu akut B hücreli lenfoblastik lösemi (ABHLL) tanısı almış olan olgumuz, erken dermatolojik bulguların hematolojik malignitelerin ilk belirtisi olabileceğini ve doğru tanı için klinik farkındalığın önemini vurgulamak amacıyla sunulmaktadır

OLGU:

1 yaşında kız hasta yüz, kafa derisi, boyun, gövde ve perine bölgesinde sert kabarıklıklar nedeniyle danışıldı. 2025 Ocak ayında 10 gün süren 38-39°C ateş ile birlikte kas ağrıları, kas güçsüzlüğü şikayetiyle dış merkeze başvuran hasta, oral antibiyoterapi tedavisi almış fayda görmemiş ve devamında yürüyememe şikayetleri ortaya çıkmıştır. Ardından farklı bir dış merkezde 5 günlük antibiyoterapi ve prednizolon tedavisinden kısmi fayda görmüş fakat 10 günlük iyileşme sonrası şikayetleri tekrarlamıştır. Laboratuvar testlerinde Hb:5.5, WBC: 2460, PLT:137.000 saptanıp, pansitopeni nedeniyle çocuk hematoloji kliniğine yatırılmıştır. Mart 2025'te yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisinde toksik granülasyon ve eritroid öncüllerde artış saptanmış, blast görülmemiştir. Fizik muayenesinde hepatosplenomegali saptanmıştır. Nisan 2025'te 3 haftadır alın bölgesinden başlayarak gövdeye yayılan sert plaklar nedeniyle danışıldı. Dermatolojik muayenesinde, yüzde alın bölgesini, tüm kafa



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

derisini, boynu kaplayan, giderek sırta ve göğüse doğru yayılan diffüz ödematöz infiltrasyon ve bu zemin üzerinde epidermal ve subkutan 1-5mm arasında değişen çaplarda papüller ve nodüller ile bu lezyonların arasında yüzeyi telenjiektazik atrofik alanları görüldü. (Resim 1,2,3) Hastadan alınan punch biyopside dermiste kollajen demetlerini parçalayan küçük yuvarlak hücrelerden oluşan malign karakterde infiltrasyon görüldü. İmmunohistokimyasal boyamasında neoplastik hücrelerde Tdt(+), CD43(+), CD45B(+) saptandı ve LK tanısı konuldu. Klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular eşliğinde hasta ABHLL tanısı aldı. Tedavisi, ailenin isteği doğrultusunda yurt dışında çocuk hematoloji kliniğinde devam etmektedir

SONUÇ:

Lösemi kutis (LK) lösemili kişilerde %5'ten az sıklıkta görülür ve kendi başına ölümcül olmasa da, genellikle lösemnin ileri bir aşamasını gösterir. LK lezyonları kişiden kişiye önemli ölçüde değişiklik gösterebilir, polimorfik olabilir, hemorajik ülserler, pembe ile kırmızı-kahverengi veya mor papüller veya nodüller ve/veya büyük tümörler olarak görülebilir. Lezyonlar ülserleşebilir veya büllöz hale gelebilir. Geniş spektrumlu prezentasyonu nedeniyle klinik bulgular eşliğinde ayırıcı tanı olarak akla gelmelidir. LK lezyonları vücutta her bölgede ortaya çıkabilse de, baş ve boyun tutulumu ekstremitelere göre daha fazladır. Olgumuzda lezyonların başlangıcı, baş ve boyundan başlayıp gövdeye ilerleme şeklinde olmuştur. LK kötü prognozu gösterebilmesi, remisyonda bir malign hastalığın nüksüne işaret edebilmesi ve tedavi planlaması açısından önemlidir.

Sonuç olarak lösemnin kutanöz lezyonları lösemnin prognozunu gösterebilmekte, remisyonun ardından nüksü belirtebilmekte ve nadiren de olsa lösemnin ilk bulgusu olabilmektedir (alösemi kutis). Tanısı konulduğunda ilgili branşlarla ortak hareket ederek en kısa sürede uygun tedavi planlaması yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Lösemi kutis, Akut lenfoblastik lösemi, Pansitopeni, Alösemi kutis, İmmünohistokimya

KAYNAKLAR: Raufi A, Alsharedi M, Khelfa Y, Griswold DC, Lebowicz Y. Leukemia cutis in a patient with chronic lymphocytic leukemia presenting as bilateral helical nodules. SAGE Open Med Case Rep. 2016 Dec 1;4:2050313X16683624. doi: 10.1177/2050313X16683624. PMID: 28228955; PMCID: PMC5308427.

2. Parsi M, Go MS, Ahmed A. Leukemia Cutis. [Updated 2023 Jul 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.

3. Fadime KILINÇ, Gözde KURTOĞLU, Sibel ORHUN, Ayşe AKBAŞ, Sertaç ŞENER A Case of Leukemia Cutis Due to Chronic Lymphocytic Leukemia Türkiye Klinikleri J Dermatol. 2021;31(2):151-4 doi: 10.5336/dermato.2019-72874

4. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/leukemia-cutis>

LÖSEMI KUTİS CİLT GÖRÜNÜMÜ



LÖSEMİ KUTİS CİLT GÖRÜNÜMÜ





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-024][KABUL:POSTER]

MİKOZİS FUNGOİDES HASTALARINDA UYKU KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Selen Gezmen¹, Seda Türkili², Ümit Türsen¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Mersin

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Mersin

AMAÇ:

Bu çalışmanın amacı, MF tanılı hastalarda uyku kalitesini değerlendirmek ve dermatolojik yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemektir.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya, Eylül 2024 ile Şubat 2025 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin dermatoloji polikliniğine başvuran 23 MF hastası dâhil edilmiştir. Sosyodemografik veriler yapılandırılmış formlar aracılığıyla toplanmıştır. Uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), yaşam kalitesi ise Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ) ile değerlendirilmiştir. Veriler R programı ile analiz edilmiş, dağılım özelliklerine uygun istatistiksel testler (örneğin Mann-Whitney U testi, t testi, Fisher's exact testi) kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Katılımcıların %47,8'i kadın, %52,2'si erkek olup yaş ortalaması $57,1 \pm 14,6$ yıl olarak bulunmuştur. PUKİ puanına göre hastaların %56,5'inde kötü uyku kalitesi tespit edilmiştir. Uyku bileşenleri arasında en çok bozulma; öznel uyku kalitesi, uykuya dalma süresi ve uyku bölünmesi alanlarında gözlenmiştir. Uyku kalitesi ile yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalığın evresi ya da DYKİ puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

SONUÇ:

MF hastalarının yarısından fazlasında uyku kalitesinin bozulduğu gözlenmiştir. Bu durum, yaşam kalitesi skoru ile ilişkili olmasa da, uyku bozukluklarının MF hastalarında sık görülmesine rağmen yeterince fark edilmediğini düşündürmektedir. Bu nedenle, MF



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

hastalarının izleminde uyku kalitesinin rutin olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Daha geniş örneklemli, kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: dermatoloji yaşam kalitesi indeksi, kutanöz T hücreli lenfoma, Mikozis Fungoides, PUKİ, uyku kalitesi

- KAYNAKLAR:** 1. Falay Gül T, Zindancı İ (2023) Mikozis Fungoidesin Klinik Özellikleri. Ed. Karadağ AS & Ed. Türsen Ü. Güncel Mikozis Fungoides içinde sf 29-40. Ankara / Akademisyen Kitabevi
2. Ottevanger R, van Beugen S, Evers AWM, Willemze R, Vermeer MH and Quint KD (2021), Quality of life in patients with Mycosis Fungoides and Sézary Syndrome: a systematic review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol, 35: 2377-2387.
<https://doi.org/10.1111/jdv.17570>
3. Hammersen F, Lewin P, Gebauer J, Kreitschmann-Andermahr I, Brabant G, et al. (2017) Sleep quality and health-related quality of life among long-term survivors of (non-) Hodgkin lymphoma in Germany. PLOS ONE 12(11): e0187673.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187673>
4. Starreveld DEJ, Habers GEA, Valdimarsdottir HB, et al. Cancer-related Fatigue in Relation to Chronotype and Sleep Quality in (Non-)Hodgkin Lymphoma Survivors. Journal of Biological Rhythms. 2021;36(1):71-83. doi:10.1177/0748730420987327
5. Demierre MF, Gan S, Jones J, et al. (2006) Significant impact of cutaneous T-cell lymphoma on patients' quality of life: results of a 2005 National Cutaneous Lymphoma Foundation Survey. Cancer, 107: 2504–2511
6. Xerfan, E. M. S., Andersen, M. L., Tomimori, J., Tufik, S., & Facina, A. S. (2020). Cutaneous T-cell lymphomas and sleep quality: a bidirectional relationship? International Journal of Dermatology. doi:10.1111/ijd.14806



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-025][KABUL:POSTER]

LENFANJİYOMA SİRKUMSKRİPTUM TANILI BİR OLGUDA TOPİKAL İMİKIMOD TEDAVİSİ

Dilek Bayramgürler, Fatich Memet, Semanur Çakır Serinbaş

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

GİRİŞ: Mikrokistik lenfatik malformasyon olarak da adlandırılan lenfanjiyoma sirkumskriptum (LS), yüzeysel kutanöz lenfatik damarların nadir görülen konjenital bir malformasyonudur. Deri veya mukozalarda grube şeffaf veziküller ile karakterize olan tablo genellikle doğumda veya yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkmaktadır. Tercih edilen tedavi cerrahi eksizyondur; ancak nüks riskini azaltmak için fasyaya kadar derin dokuların çıkarılması gerekmekte ve bu durum kötü kozmetik sonuçlara yol açabilmektedir (1,2). Lazerler ve skleroterapi kullanılabilecek diğer tedavi seçenekleri arasında yer alıp son yıllarda topikal imikimodun 2 olguda başarılı olduğu bildirilmiştir (3).

OLGU:

On üç yaşında kız hasta, sırtında 2 yaşından itibaren mevcut olan, zaman zaman akıntı ve kanamaya neden olan içi su dolu kabarcıklar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Daha önce 3 seans kriyoterapi uygulandığını ancak kayda değer bir fayda görmediğini ifade etti. Dermatolojik muayenesinde sırtta, sağ skapula altında yaklaşık 15 cm²'lik alanda birkaç adet krutlu lezyonun eşlik ettiği berrak, yer yer grube veziküller izlendi (Resim 1). Hastadan LS ön tanısı ile alınan biyopsi subepidermal ayrışma ve yüzeysel dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon olarak yorumlandı. Histopatolojik olarak tanı desteklenmese de öykü ve klinik bulgulara dayanılarak hasta LS olarak kabul edildi ve topikal imikimod %5 (gün aşırı) başlandı. On birinci haftanın sonunda uygulama bölgesinin zemininde canlı eritem ve ödem izlenen; beraberinde bölgesel lenfadenopati ve ateş gelişen hastada imikimoda yaklaşık 4 hafta ara verilerek semptomatik tedavi düzenlendi. Ardından 1 hafta boyunca haftada 2 uygulama şeklinde tedavisine devam edilen hastanın mevcut veziküllerinde %80'e yakın gerileme (Resim 2) saptandığı için; 12 haftanın sonunda tedavisi sonlandırılarak aylık takibe alındı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Lenfanjiyomalar deride veya mukozalarda ortaya çıkan lenfatik sistemin konjenital malformasyonlarıdır. Anormal lenf damarlarının derinliği ve boyutuna göre yüzeysel ve derin olmak üzere 2 grupta incelenirler. LS yüzeysel lenfatik malformasyon olup en sık görülen tiptir. Çoğunlukla doğumda veya yaşamın ilk 2 yılında ortaya çıkan lezyonlar başlıca ekstremitelerin proksimali, gövde, aksilla ve oral kavitede yerleşim gösteren seröz bazen de hemorajik vasıfta olabilen veziküller ile karakterizedir. Tanı klinik bulgular ile konmakla birlikte şüpheli durumlarda histopatolojik inceleme gerekebilmektedir (1). Tedavide genellikle cerrahi eksizyon tercih edilmekte ancak lazer ve radyofrekans tedavileri, kriyoterapi, skleroterapi gibi yöntemler de kullanılabilmektedir (2).

İmikumod immün yanıt düzenleyici olarak kullanılan topikal bir ajandır. Toll-benzeri reseptör 7 (TLR-7)'yi aktive ederek interferonların ve interlökinlerin salınımını indükler. Çalışmalar imikumodun anjiyogenezi inhibe ettiğini ve tümör hücrelerinin apoptozunu tetikleyebileceğini ortaya koymuştur. Wang ve ark. 17 ve 18 yaşlarında LS tanılı 2 hastada, imikumod tedavisi ile (bir olguda toplam 5 ay, diğer olguda ise 6 ay uygulama sonrasında) başarılı yanıt elde etmişlerdir (3). Buna karşılık bir olguda ise 6 hafta boyunca topikal imikumod kullanılmış ancak yanıt alınmadığı bildirilmiştir (4).

Anamnez ve klinik muayene bulgularına göre LS tanısı koyduğumuz ve daha önce uygulanan kriyoterapiye yanıt alınamayan 13 yaşındaki hastamızda, cerrahi tedavi öncesinde topikal olarak uyguladığımız imikumod tedavisi ile belirgin düzelme tespit etmiş olup; LS'de topikal imikumodun etkili ve kozmetik açıdan kabul edilebilir bir tedavi seçeneği olabileceğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: imikumod, lenfanjiyoma, sirkumskriptum

KAYNAKLAR: 1. Patel GA, Schwartz RA. Cutaneous lymphangioma circumscriptum: frog spawn on the skin. *Int J Dermatol.* 2009;48(12):1290-1295. doi:10.1111/j.1365-4632.2009.04226.x

2. Shah A, Chennareddy S, Sharma S, Sanghvi J, Tassavor B, Lewin JM. Surgical and non-surgical treatment modalities for lymphangioma circumscriptum. *Dermatol Online J.* 2022;28(4):10.5070/D328458536. Published 2022 Aug 15. doi:10.5070/D328458536

3. Wang JY, Liu LF, Mao XH. Treatment of lymphangioma circumscriptum with topical imiquimod 5% cream. *Dermatol Surg.* 2012;38(9):1566-1569. doi:10.1111/j.1524-4725.2012.02528.x

4. Bikowski JB, Dumont AM. Lymphangioma circumscriptum: treatment with hypertonic saline sclerotherapy. J Am Acad Dermatol. 2005;53(3):442-444.
doi:10.1016/j.jaad.2005.04.086

RESİM 1.



Tedavi öncesi

RESİM 2.



12 haftalık imikimod tedavisi sonrası



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-026][KABUL:POSTER]

İKSEKİZUMAB İLE TEDAVİ EDİLEN PSORİASİS VULGARİSLİ BİR HASTADA MORFEA GELİŞİMİ

Çağrı Burak Karadaş, Fatma Aslı Hapa

İzmir Demokrasi Üniversitesi, Buca Seyfi Demirsoy EAH, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ AMAÇ:

T-helper 17 (TH17) hücreleri tarafından üretilen, proinflatuar bir sitokin olan IL-17'nin psoriasis vulgaris (PSO) patogeneğinde anahtar bir rol üstlendiği yapılan birçok çalışmada kanıtlanmıştır (1,2,3). IL-17 ailesinin beş üyesinden biri olan IL-17A'nın selektif inhibitörü olan iksekizumab (Ixe), yetişkinlerde PSO, psoriatik artrit, ankilozan spondilit gibi birçok hastalıkta etkili ve FDA (U.S. Food and Drug Administration), EMA (European Medicines Agency) tarafından onaylı, genel anlamda iyi bir güvenlik profile sahip olan biyolojik bir ajandır (3). Bu çalışmada PSO nedeniyle kliniğimizde takipli olup Ixe tedavisi almakta olan 42 yaşındaki erkek hastanın, izlemleri sürecinde ortaya çıkan morfea gelişiminden bahsedilecektir.

OLGU:

42 yaşında erkek hasta polikliniğimize, 2022 yılında on yıldır devam eden; saçlı deride başlayıp sonrasında diz, dirsek ve gövdede farklı odaklarda giderek artan sayıda döküntü, pullanma şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde, eritemli zeminde, sedefi renkte skuamlı, yuvarlak şekilli, farklı boyutlarda çok sayıda plağı izlenen hastanın PSO açısından aile öyküsü sorgulandığında pozitif olduğu öğrenildi ve PASI (Psoriasis Area Severity Index) skoru 13 olarak değerlendirildi. Hastanın kliniği göz önüne alındığında kombine topikal steroid+sistemik tedavi planlandı ve metotreksat (mtx) reçete edildi. Mtx'e yanıt alınamadığı için stoplandı ve Ixe (başlangıç dozu: 160 mg, idame doz [2 haftada bir]: 80 mg) tedavisine geçildi. Bir ay sonrasında PASI100 yanıtı alındı ve hastanın tedavi izlemlerinde 2 yıl boyunca kliniği korundu. 2 yılın ardından hastanın bir ay arayla yapılan kontrol muayenelerinde, sol lomber ve sol boyun bölgesinde ortası kahverengi çevresi mor renkli, düzensiz sınırlı, sol torakal bölgeye yayılım gösteren, sertleşmiş eritemli yama ve plaklar izlendi (Resim 1a, 1b). Morfea ön tanısıyla alınan 4 mm'lik punch biyopside; epidermiste incelmeye, orta dermiste kalın kaba kollajen demetleri içeren stroma, arada sıkışmış damar yapıları, perivasküler ve interstisyel alanda mononükleer hücre infiltrasyonu ve Masson-Trikrom boyası uygulanan



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

tüm kesitlerde ise anormal kollajen birikimi dikkat çekmiştir. Klinikopatolojik korelasyonun ardından hastanın morfea tanısı doğrulandı. Hastaya morfea lezyonları için klobetazol propiyonat pomad+15 mg mtx'e başlandı ve lxe tedavisi kesildi.

SONUÇ:

Morfea; lokalize skleroderma olarak da bilinen, etyopatolojisi halen tam olarak aydınlatılamasa da genetik yatkınlık; interferon- γ , profibrotik yollarla ilişkili sitokinlerle, TH1/TH2 dengesizliği ve bazı çevresel faktörler gibi birçok etmenin katkıda bulunabildiği multifaktöriyel bir hastalıktır. Tedavisinin temel noktasında kortikosteroidler ve mtx bulunmaktadır(4).Çalışmalarda, morfeayı indüklediği bildirilen ve PSO tedavisinde sıkça kullanılmakta olan bir diğer biyolojik ajan ustekinumabla (IL-12/23 inhibitörü) ilgili vaka raporları mevcuttur (5, 6, 7).Fakat; yapılan literatür taramalarında daha önce yayımlanmış, IL-17 inhibitörü tedavisi altında gelişmiş herhangi bir morfea olgusuna rastlanmamıştır. Bu vakada daha önceden lxe maruziyeti, lxe öncesinde morfea lezyonlarının bulunmaması ve lxe kesildikten sonra morfeanın ilerlememesi bulguları tedaviye bağlı advers etki oluşumunu kuvvetle göstermektedir. Bu olgu,PSO için verilen lxe tedavisinin, morfea gelişimine yol açabileceğini göstermek amacıyla sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: İksekizumab, morfea, psoriasis vulgaris

KAYNAKLAR: 1) Krueger JG, Fretzin S, Suarez-Farinas M, et al. IL-17A is essential for cell activation and inflammatory gene circuits in subjects with psoriasis. J Allergy Clin Immunol. 2012;130(1):145–54.e9. 2) Craig, S., & Warren, R. B. (2020). İxekizumab for the treatment of psoriasis: up-to-date. Expert opinion on biological therapy, 20(6), 549–557. 3) Yiu ZZN, Becher G, Kirby B, et al. Drug Survival Associated With Effectiveness and Safety of Treatment With Guselkumab, İxekizumab, Secukinumab, Ustekinumab, and Adalimumab in Patients With Psoriasis. JAMA Dermatol. 2022;158(10):1131–1141. 4) Papara, C., De Luca, D. A., Bieber, K., Vorobyev, A., & Ludwig, R. J. (2023). Morphea: The 2023 update. Frontiers in medicine, 10, 1108623. 5) Tabak, G.H., Akdogan, N., Yel, B. and Gokoz, O. (2022), The emergence of morphea in a patient undergoing ustekinumab therapy given for psoriasis. Dermatologic Therapy, 35: e15687. 6) Steuer, A. B., Peterson, E., Lo Sicco, K., & Franks, A. G., Jr (2019). Morphea in a patient undergoing treatment with ustekinumab. JAAD case reports, 5(7), 590–592. 7) Corral Magaña, O., Escalas Taberner, J., Escudero Góngora, M. M., & Giacaman Contreras, A. (2017). Morphea in a Patient With Psoriasis on Treatment With Ustekinumab: Comorbidity or Adverse Effect?. Morfea en una paciente con

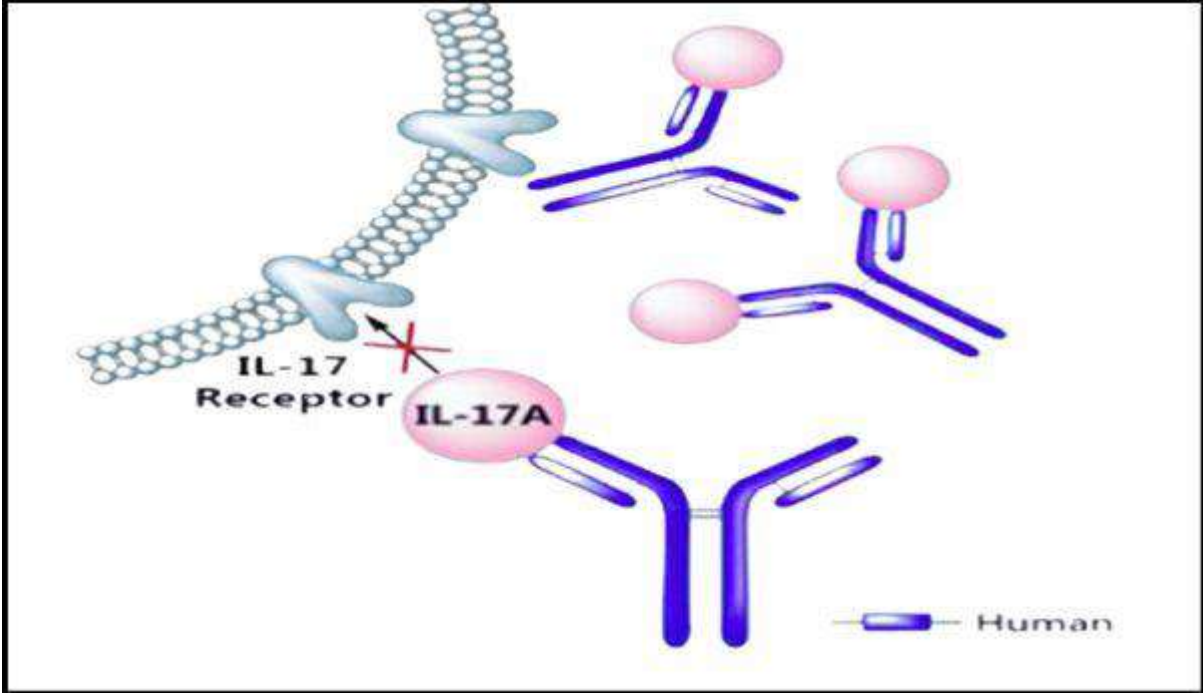
psoriasis en tratamiento con ustekinumab: ¿coexistencia o efecto adverso?. Actas dermo-sifiliograficas, 108(5), 487–489.

RESİM 1A



42 yaş erkek hastanın lxe tedavisinin 2. yılında ortaya çıkan sol lomber bölgedeki morfeaform plak ve yamaları (Sol anterolateral görünüm)

ŞEKİL 1



İksekizumab (Ixe), selektif olarak IL-17A'ya bağlanarak IL-17A'nın IL-17A reseptörü ile etkileşime geçmesini engelleyip, proinflamatuar sitokinler ve kemokinlerin salınımını inhibe eder (2). Bu sayede Ixe, psoriasis vulgaris ve birçok hastalıkta etkin ve genel anlamda güvenli bir ajan olarak sistemik tedavi seçenekleri arasında yerini almaktadır (3).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-027][KABUL:POSTER]

LİTERATÜRDE NADİR RASTLANAN BİR PİLOMATRİKSOMA VAKASI:BCG AŞI SKARI BÖLGESİNDE PİLOMATRİKSOMA GELİŞİMİ

Safnaz Büşra Aytekin¹, Yunus Özcan¹, Belkız Uyar¹, Mehmet Gamsızkan²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ-AMAÇ:

Pilomatriksoma(kalsifiye epitelyoma) kıl folikülü matriks hücrelerinden köken alan benign, nadir görülen bir deri adneksiyal tümördür. Klinik olarak sıklıkla diğer cilt lezyonları ile karışır ve ilk aşamada yanlış tanıları alabilir. Bu sebeple gerek klinik, gerek patolojik olarak akla gelmeli ve tanısı doğrulanmalıdır.

Genellikle asemptomatik, sert, yavaş büyüyen, mobil bir dermal-subkutan nodüldür. İlk 20 yaşta daha sık görülür. Yaklaşık %60'ı baş boyun bölgesinde daha az sıklıkla ekstremiteler ve gövdede görülür. Etiyolojisi ve patogenezi net olarak aydınlatılamamıştır. En sık travma ile ilişkilendirilmiş olup literatürde aşılama sonrası bildirilen vaka sayısı çok çok azdır.

Literatürde Bacillus Calmette-Guérin(BCG) aşısı sonrası sadece tek bir vakaya rastlanmıştır. (2006'da raporlanan 13 yaş kız)

Bu yazımızda nadir deri tümörlerinden pilomatriksomanın özellikle dermatologlar tarafından atlanmamasına ve ön tanılarda daha sık akla gelmesine katkıda bulunmak hedeflenmiştir. Aynı zamanda BCG aşısı sonrası, aşı yerinde pilomatriksoma gelişimi olan çok nadir bir vaka sunulmaktadır.

OLGU:

Olgumuz 5 yaşında kız hasta, pediatrik onkolojiden tarafımıza, BCG skarında gelişen granümatöz, sarkomatöz lezyon denilerek yönlendirildi. 2 yıl önce BCG aşısı olduğu ve öncesinde o bölgede herhangi bir lezyon olmadığı ailesinden öğrenildi. Fizik muayenemizde sağ omuz BCG skarı bölgesinde sert, ağrılı subkutan bir nodül görüldü. Küçük sivilce gibi başlayıp zamanla büyüüp sertleştiği öğrenildi. Bilinen bir hastalığı ve ilaç kullanımı yoktu. Sistemik bir şikayeti yoktu. Lokal lenfadenopati yoktu. Kişisel veya ailevi tüberküloz öyküsü yoktu. Biyopsi planlandı. Pilomatriksoma ön tanılarda akla gelmemiştir. Patoloji sonucu pilomatriksoma olarak raporlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde pilomatriksomalar, T1 ağırlıklı görüntülerde homojen ara sinyal yoğunluğuna ve T2 ağırlıklı görüntülerde heterojen orta-yüksek sinyal yoğunluğuna sahip iyi tanımlanmış yumuşak doku kütlesi olarak tanımlanmıştır.

Bir çalışmada kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) veya MR uygulanan 32 hastadan sadece 1'ine doğru teşhis konduğu görüldü. Yaygın ayırıcı tanılar arasında malignite, sarkom, dermatofibrosarkom protuberans, lenf nodu yer aldı.

Bizim olgumuzda da sarkom, granülom düşünüldüğü için MR çektilmiş olup sonucu T1 ağırlıklı görüntülerde izointens, homojen ara sinyal yoğunluğuna ve T2 ağırlıklı görüntülerde heterojen orta ila yüksek sinyal yoğunluğuna sahip iyi sınırlı lezyon şeklindedir.

Patolojisinde: Bazaloid hücreler mitotik aktivite gösterir; ancak anormal mitozlar yoktur. Yuvarlak-oval çekirdeklere sahip bazaloid hücre kümeleri, çekirdekli skuamöz hücreler ve çekirdekli skuamaların yanı sıra gölge/hayalet hücre kümeleri görülür. Arada granüler tabaka olmadan ani keratinizasyon gösteren bazaloid hücre adaları, hayalet/gölge hücreleri baskın olabilir.

Tedavisi cerrahi eksizyondur. Doğru total eksizyon sonrası nüks oranları düşüktür. Nadir de olsa malign dönüşüm görülebilir.

SONUÇ:

Sonuç olarak genellikle yanlış teşhis edilen bir tümördür. Lezyonun daha iyi farkındalığı ile, gereksiz tanı testlerinden kaçınılması, uygun şekilde tedavi edilebilir. Tam cerrahi eksizyon neredeyse her zaman küratiftir ve tanısal doğrulama görevi görür. Aşılama sonrası pilomatriksoma vakaları literatürde çok nadir bildirilmiş olup daha detaylı araştırılmaya ve aydınlatılmaya muhtaç bir konudur.

ANAHTAR KELİMELEER: BCG aşısı, Nadir vaka, Pilomatriksoma

KAYNAKLAR: 1-Jones CD, Ho W, Robertson BF, Gunn E, Morley S. Pilomatrixoma: A Comprehensive Review of the Literature. Am J Dermatopathol. 2018 Sep;40(9):631-641. doi: 10.1097/DAD.0000000000001118. PMID: 30119102.

2-Aquilina S, Gatt P, Boffa MJ. Pilomatrixoma arising at a BCG vaccination site. Clin Exp Dermatol. 2006 Mar;31(2):296-7. doi: 10.1111/j.1365-2230.2005.02016.x. PMID: 16487123.

3-Varlık O, Yıldız T, Çetin G, Yıldırım M, Erdem MT. Çocuklarda pilomatriksoma (kalsifiye epiteloma). Türkderm. 2013;47:84-87.

4-Jeon H, Jeong SH, Dhong ES, Han SK. Pilomatrixoma arising at an influenza vaccination site. Arch Plast Surg. 2014 Nov;41(6):775-7. doi: 10.5999/aps.2014.41.6.775. Epub 2014 Nov 3.

PMID: 25396196; PMCID: PMC4228226.

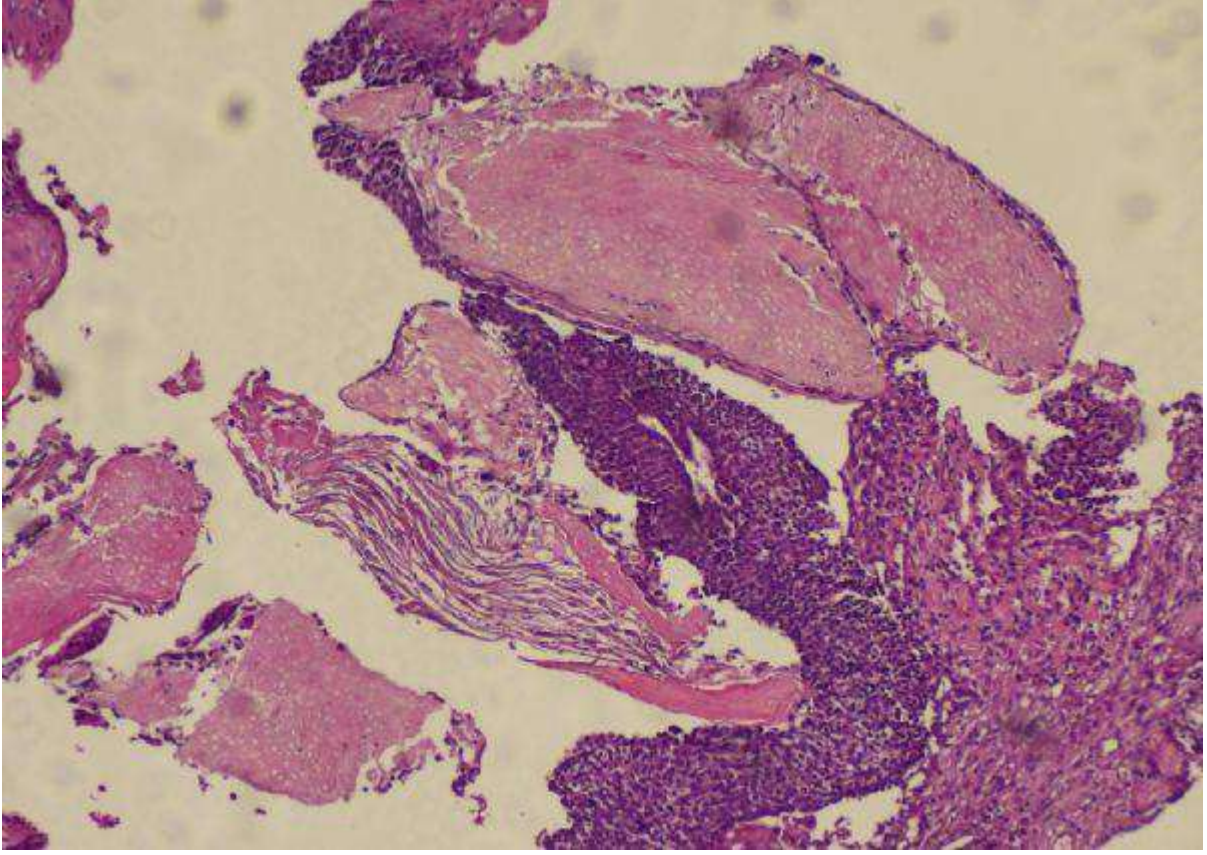
5-www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocyticpilomatrixoma.html

RESİM 1



Nodülün klinik görünümü

RESİM 2



patolojik görünüm



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-028][KABUL:POSTER]

TEDAVİYE DİRENÇLİ SKABİYEZ OLGULARINA YAKLAŞIM: ÜÇ OLGULUK BİR SERİ

Aslan Yürekli, Zeyneb Tecik

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD, Ankara

GİRİŞ AMAÇ:

Skabiyez, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*'in neden olduğu, yoğun kaşıntı ve tipik deri lezyonlarıyla seyreden bulaşıcı bir ektoparaziter hastalıktır. Son yıllarda, özellikle tedaviye yanıtız veya tekrarlayan olgu sayısında artış dikkat çekmektedir. Bu durum, "dirençli skabiyez" kavramını gündeme getirmiş ve alternatif tedavi protokollerine olan ihtiyacı artırmıştır. Bu çalışmada, standart topikal tedavilere yanıt vermemiş üç dirençli skabiyez olgusuna uygulanan oral ivermektin ve kükürt içeren topikal tedavi kombinasyonunun etkinliği sunulmuştur.

OLGU:

Bu olgu serisinde, daha önce topikal ve/veya sistemik skabiyez tedavileri uygulanmış ancak semptomlarında gerileme sağlanamamış üç dirençli hasta sunulmaktadır. Hastalarda klasik skabiyez olgularına kıyasla belirgin şekilde fazla sayıda (ortalama 50) akar saptanmıştır. Tüm olgulara oral ivermektin (200 µg/kg; 1. ve 8. gün) ve eş zamanlı olarak üç gün üst üste uygulanan kükürt içeren topikal tedavi kombinasyonu uygulanmıştır.

Birinci olgu, sistemik hastalığı bulunmayan, sekiz aydır yaygın kaşıntı şikayeti olan 35 yaşında bir kadındır. Ailecek topikal kükürt içeren tedavi ve sonrasında oral ivermektin kullanmış, ancak semptomlarında gerileme izlenmemiştir.

İkinci olgu, diabetes mellitus, hipertansiyon ve hiperkolesterolemi tanıları bulunan, bir yıldır devam eden kaşıntı yakınması olan 61 yaşında bir kadındır. Farklı topikal tedavi denemelerine rağmen semptomları persiste etmiştir.

Üçüncü olgu ise üç ay önce skabiyez tanısı almış, tanı anında permetrin içeren topikal losyon ve iki ay sonra oral ivermektin kullanmış olan 22 yaşında sağlıklı bir erkektir. Tedaviye rağmen şikayetleri devam etmiştir.

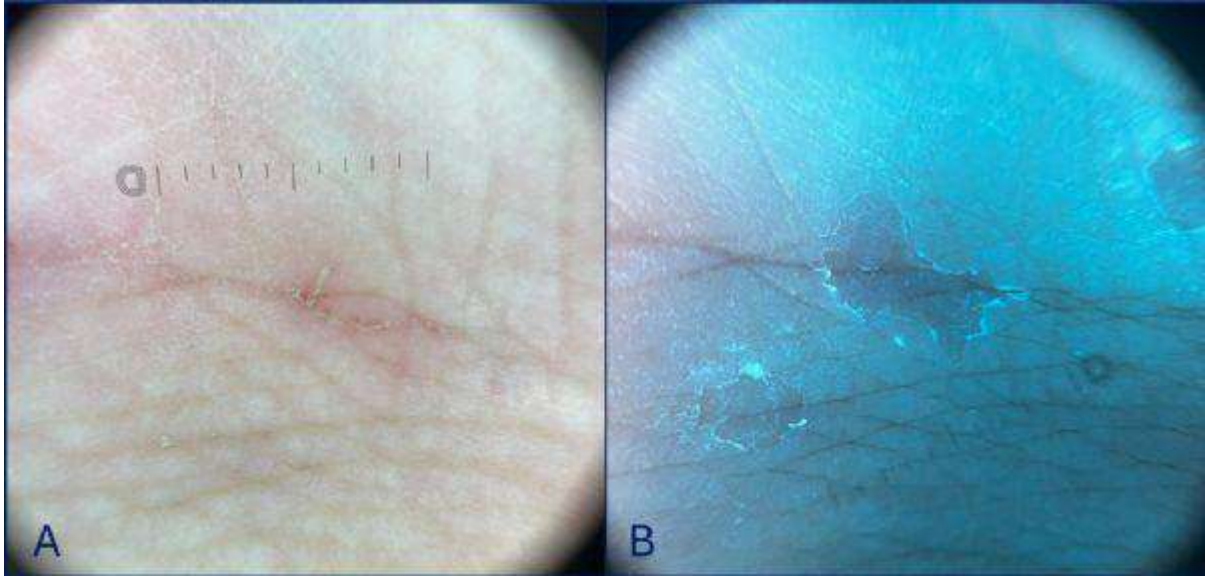
SONUÇ:

Daha önce standart tedavilere yanıt alınamayan üç dirençli skabiyez olgusunda, oral ivermektin ve kükürt içeren topikal tedavi kombinasyonu ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Hastaların tamamında tedaviden sonraki ikinci haftada kaşıntı şikayetinde belirgin azalma izlenmiş, klinik olarak lezyonlarda gerileme gözlenmiştir. Bu kombinasyon tedavisi, dirençli olgularda etkili ve iyi tolere edilen bir seçenek olarak değerlendirilebilir.

ANAHTAR KELİMELE: ivermektin, kükürt, skabiyez

KAYNAKLAR: 1. Uzun S, Durdu M, Yürekli A, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies. Int J Dermatol. 2024;63(12):1642-1656. doi:10.1111/ijd.17327

RESİM 1



İkinci hastanın tedavi öncesi (A) ve tedavi sonrası (B) el bileği bölgesine ait görüntüleri. Tedavi öncesinde dermoskopik incelemede tünel formasyonu ve tünelin terminalinde skabiyez akarı izlenmektedir (A). Tedavi sonrasında aynı alanın Wood ışığı altında tünelin açıldığı ve boş olduğu görülmekte, belirgin iyileşme dikkati çekmektedir (B).

RESİM 2



Üçüncü hastanın tedavi öncesi (A) ve tedavi sonrası (B) abdominal bölgesine ait klinik görüntüleri. Tedavi öncesinde skabiyez ile uyumlu, ekskoriye pruritik papüller izlenmektedir (A). Tedavi sonrasında, hastanın bu bölgeyi tıraş etmesine rağmen lezyonlarda belirgin gerileme görülmektedir (B).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-029][KABUL:POSTER]

SAÇLI DERİDE DEV PİGMENTE EPİTELOİD MELANOSİTOM

Behiye Begüm Önlén¹, Sıdıka Şeyma Özkanlı², Sevil Albayrak², Vefa Aslı Erdemir¹, Melek Aslan Kayıran¹, Aleyna Yıldırım¹, Ayşenur Yanık¹, Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Melanositik tümörler benign nevüslerden malign melanomlara kadar geniş bir histopatolojik spektrumda yer alır. Pigmente epiteloïd melanositom (PEM), düşük metastaz riski taşıyan ancak malign melanomun klasik kriterlerini karşılamayan, 2018 WHO Deri Tümörleri Sınıflaması'na göre intermediate-high grade olarak sınıflandırılan sıklıkla genç erişkin hastalarda ortaya çıkan nadir görülen bir tümördür. Klinik olarak benign lezyonları taklit edebilir, tanısı genellikle histopatoloji ile konur. Bu olguda saçlı deride yerleşmiş, dev boyutta pigmente epiteloïd melanositom tanısı alan nadir bir vaka sunulmaktadır.

OLGU:

31 yaş kadın hasta, sağ parietal bölgede 15 yıldır mevcut olan ve doğum yaptıktan sonraki dönemde belirgin büyüme gösteren pigmente nodüller bir lezyon ile hastanemiz dermatoloji kliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde tip 2 diyabetes mellitus, polikistik over sendromu, gastroözofageal reflü, gastrit ve geçirilmiş serviks uteri polip operasyonu öyküsü mevcuttu.

Dermatolojik muayenede sağ parietal bölgede multilobüle, hiperpigmente kahverengi-gri renkli, telenjiektazik yapıda, yüzeyi parlak ve düzensiz, içerisinden kıl çıkışı izlenen yaklaşık 5cm çapında soliter nodül (Resim 1) saptandı. Dermoskopik incelemede lezyon yüzeyinde telenjiektaziler izlendi. Klinik ön tanımlar arasında silindrom, konjenital nevüs üzerinde proliferasyon papülü, bazal hücreli karsinom ve malign melanom düşünüldü. Lezyon 3mm dar sınır ile total eksizyonla çıkarıldı.

Histopatolojik incelemede, junctional ve dermal komponent içeren, pagetoid yayılım ve mitotik aktivite göstermeyen (Resim 2), HMB-45 ve Melan-A ile boyanan lezyon cerrahi sınırlara 5 mm mesafedeydi ve taban biyopsisinde invazyon izlenmedi. Malignite lehine



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

belirgin kriterler taşınamaması nedeniyle borderline melanositik tümör olarak değerlendirilen hastaya Pigmente Epiteloid Melanositom tanısı kondu, 1 cm cerrahi sınırla yeniden eksizyon planlanarak plastik cerrahiye yönlendirildi.

SONUÇ:

Pigmente epiteloid melanositom, düşük metastaz riski taşıyan, benign ve malign özellikleri bir arada barındıran melanositik bir tümördür. Özellikle saçlı deri gibi gözden kaçabilecek bölgelerde uzun süreli, pigmente, büyüyen lezyonlar klinik olarak benign gibi izlenebilir ve ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken tanı ve yeterli cerrahi sınır ile eksizyon, olası nüks ve metastaz riskini azaltmada önemlidir. Klinikopatolojik korelasyon ve multidisipliner takip önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELE: Pigmente Epiteloid Melanositom, Melanositik tümör, Saçlı deri lezyonları

KAYNAKLAR: 1. De La Fouchardière, A., Tirode, F., Castillo, C., Buisson, A., Boivin, F., Macagno, N., & Pissaloux, D. (2022). Attempting to Solve the Pigmented Epithelioid Melanocytoma (PEM) Conundrum. The American Journal of Surgical Pathology, 46, 1106 - 1115.

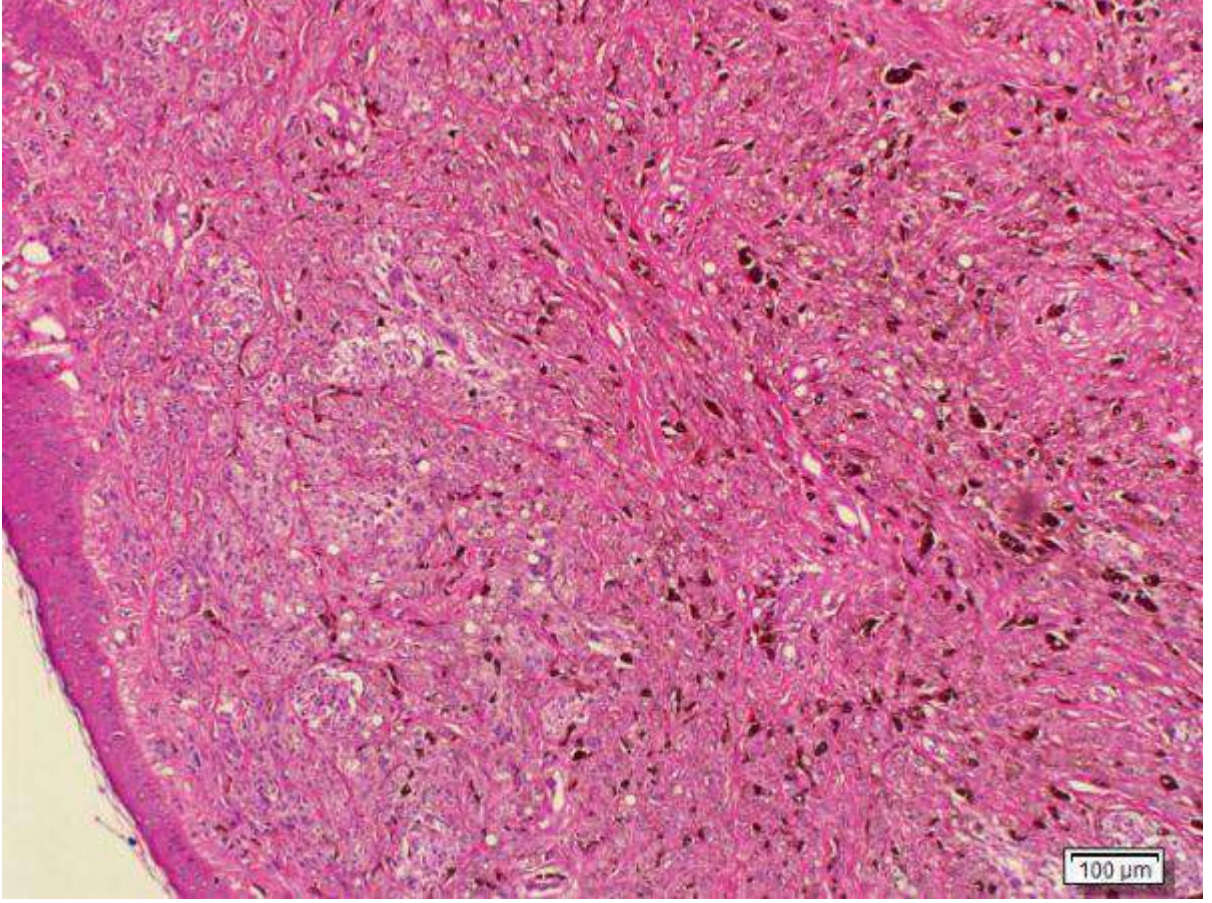
2. Zembowicz, A., Carney, J., & Mihm, M. (2004). Pigmented Epithelioid Melanocytoma: A Low-grade Melanocytic Tumor With Metastatic Potential Indistinguishable From Animal-type Melanoma and Epithelioid Blue Nevus. The American Journal of Surgical Pathology, 28, 31-40.

RESİM 1



Sağ parietal bölgede yerleşik, yaklaşık 5 cm çapında, multilobüle yüzeyli, hiperpigmente kahverengi-gri renkli, telenjiektazik yapıda, yüzeyi parlak ve içerisinden kıl çıkışı izlenen soliter nodüler lezyon.

RESİM 2



Epidermisten net bir zonla ayrılan, dermis yerleşimli, polipoid yapı gösteren melanositik hücre proliferasyonu izlenmektedir. Lezyon, adalar şeklinde ve düzensiz hücre kümeleriyle organize olup yoğun pigment içerir. Junctional komponent izlenmemektedir. Mitoz ve nekroz saptanmamış, orta derecede nükleer atipi mevcuttur.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-030][KABUL:POSTER]

DEV KERATOAKANTOMADA İNTRALEZYONEL METOTREKSAT İLE İYİLEŞME: OLGU SUNUMU

Sema Aytekin, Umut Günel

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Tekirdağ

GİRİŞ-AMAÇ:

Keratoakantoma (KA), yaklaşık 1-2 cm çapında kubbe şeklinde veya santral hiperkeratoz ile krater şeklinde epidermal tümöral bir lezyondur. Keratoakantomanın iyi farklılaşmış skuamöz hücreli karsinomun farklı bir klinik varyantı olduğu kabul edilmekteydi. Fakat 2023 yılı WHO tümör sınıflamasında deri tümörleri içerisinde epidermal karsinomlar grubu bazal hücreli karsinom, keratoakantoma ve skuamöz hücreli karsinom olarak üç bölümde incelenmektedir. Keratoakantom kendi kendine iyileşme potansiyeli nedeniyle skuamöz hücreli karsinomun bir alt grubu olmaktan çıkarılmıştır. Çeşitli KA türleri vardır; soliter KA, dev KA, KA centrifugum marginatum ve erüptif KA'nın çeşitli alt tipleri gibi sınıflandırılabilir. KA klinik olarak hızlı büyüme ile karakterizedir, bazen bunu bir involüsyon dönemi takip eder. Hastalığın etiyolojisi tam olarak açıklığa kavuşturulmamıştır ancak çoklu predispozan faktörler tanımlanmıştır. Bunlar arasında ultraviyole ışığa maruz kalma, kimyasal karsinojenler, deri travması, bağışıklık yetmezliği, insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu ve genetik yatkınlık sayılabilir. Bu bildiride cerrahi tedavi uygulanmaksızın dev bir KA'nın intralezyonel metotreksat (MT) ile tam klinik iyileşmesi gösterilerek yaşlı hastalar ve cerrahinin zor olduğu bölgelerde intralezyonel MT'nin etkinliği vurgulanmıştır.

OLGU:

Yetmiş üç yaşındaki erkek hasta, kliniğimize sağ el sırtı yara şikayetiyle başvurdu. Bilinen myelodisplastik sendrom, yüz ve kulak derisinde skuamöz hücreli karsinom tanıları vardı. Dermatolojik muayenesinde sağ el sırtında yaklaşık 3,5x4cm boyutlarında ortası düzensiz çökük yer yer kanayan, sarı ve hemorajik krutlu düzensiz nodüler lezyon mevcuttu (Resim 1). Histopatolojik olarak ortasında keratinöz materyal bulunan hafif belirgin derecede pleomorfizm gösteren proliferatif atipik skuamöz hücrelerden oluşan keratotik tümör izlendi; keratoakantoma ile uyumlu olarak raporlandı. Hastanın nodüler lezyonuna haftalık 15mg/ml MT intralezyonel (IL), lezyon beyazlayana kadar 20 seans uygulandı. Lezyonda belirgin klinik iyileşme görüldü (Resim 2), ortada kalan erode zemine epitelizan krem uygulaması ile hasta



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

takibine alındı.

SONUÇ:

Keratoakantomaların tedavisiz kendiliğinden gerileyebilmesi nedeniyle tedavi yaklaşımları tartışmalıdır. Tedaviden önce KA'nın skuamöz hücreli karsinom olarak yanlış teşhisini önlemek için mutlaka biyopsi ve histopatolojik inceleme yapılması gereklidir. Kesin KA tanısı konulan hastalarda cerrahi eksizyon ilk seçenektir. Fakat dudak, burun, gözkapağı gibi bölgeler veya büyük lezyonlarda lezyon gerilemesi ile oluşacak cerrahi skar nedeniyle IL kemoterapi enjeksiyonları kullanılabilir. MT, hızla büyüyen tümörlerin potansiyel tedavisi için başarılı bir etki mekanizmasına sahiptir, çünkü aktif olarak bölünen hücrelerde DNA sentezini engeller. Bir folik asit analogu olan MT, geri dönüşümsüz olarak dihidrofolat redüktaza bağlanır, böylece tetrahidrofolat oluşumunu engeller ve daha sonra purin nükleotidi timidinin aşağı akış sentezini önler. İntralezyonel MT, nispeten invaziv olmama, daha az masraflı olma, hızlı uygulanma ve dokuyu koruma avantajı sunabilir. İntralezyonel MT ile tedavi edilen KA için kozmetik sonuçlar genellikle çok iyidir, genellikle sekonder iyileşmesine izin verilen yaralarda görülenlere benzerdir. İntralezyonel MT anestezi gerektirmez, enjeksiyonlar 1 - 3 haftalık aralıklarla yapılır. Biyopsi ile KA tanısını doğruladıktan sonra, 12,5; 25 mg/mL konsantrasyonda yaklaşık 1 mL MT tümöral lezyona IL enjekte edilir. Sonuç olarak IL MT tedavisi, özellikle cerrahiden kaçınılan, yaşlı ve güçsüz, cerrahi komplikasyon olan, yara iyileşme sorunu olan hastalarda ve kozmetik olarak hassas bölgelerde iyi bir tedavi alternatifidir. Büyük lezyonlar küçültülerek cerrahi çıkarım da daha kolay olabilecektir.

ANAHTAR KELİMELEER: keratoakantoma, intralezyonel, metotreksat

KAYNAKLAR: (1) Intralesional methotrexate treatment for keratoacanthoma tumors: A retrospective study and review of the literature, Nicole M. Annest, MD, MS,a Marta J. VanBeek, MD, MPH,b Christopher J. Arpey, MD,b and Duane C. Whitaker, MDc La Jolla, California; Iowa City, Iowa; and Tuscon, Arizona (2) Medical therapy for keratoacanthomas Dirk M. Elston, MD Charleston, South Carolina (3) Is the first-line treatment of keratoacanthomas surgical excision or injection of intralesional chemotherapy Karl M. Hoegler, MD, and Rachel A. Schleichert, MD Baltimore, Maryland (a) <https://tumourclassification.iarc.who.int/welcome/#> (b) Ho C, collie CJ. What's new in dermatopathology 2023: WHO 5th edition updates. J Pathol Transl Med. 2023; 57: 337-340

RESİM 1





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-031][KABUL:POSTER]

FOKAL EPİTELYAL HİPERPLAZİ (HECK HASTALIĞI): İKİ PEDIATRİK OLGUNUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TAKİBİ

Hicran Ilgın, Fatma Tunçez Akyürek, Gülcan Saylam Kurtipek, Cahit Yavuz

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

GİRİŞ-AMAÇ:

Fokal epitelyal hiperplazi (FEH) veya Heck hastalığı, oral mukozanın nadir görülen iyi huylu proliferatif bir hastalıdır. Dudakta, bukkal mukoza ve dilde yerleşen beyazımsı veya mukoza renkli, çok sayıda, yumuşak, papüller veya nodüller ile karakterizedir. Burada nadir görülen bir hastalık olan Heck hastalığı tanısı alan aynı evde yaşayan 2 erkek çocuk olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu 1: 8 yaşında erkek hasta 6 aydır ağız içinde olan siğilleri nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dış merkezde 5 kez kriyoterapi tedavisi almış, fayda görmemiş. Bilinen ek hastalık ve sürekli kullandığı ilacı yoktu. Aile öyküsünde benzer oral lezyonlar kuzeninde mevcuttu. Dermatolojik muayenede üst ve alt dudak iç yüzünde, bilateral bukkal mukozada, üst damakta mukoza renginde, multipl papüller görüldü. (Resim 1) Laboratuvar değerlerinde viral seroloji negatif, ferritin ve çinko düşüklüğü mevcut olup diğer sonuçlarında anormal bulgu yoktu. Hasta Heck hastalığı ile uyumlu değerlendirildi. Lezyonel alanlara topikal %5 imiquimod tedavisi başlandı.

Olgu 2: 4 yaş erkek hasta 5 aydır ağız içinde siğil şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Daha önce herhangi bir tedavi almamıştı. Bilinen ek hastalık ve sürekli kullandığı ilacı yoktu. Dermatolojik muayenede sağ üst dudakta 2 adet, alt dudak iç kısımda 1 adet, sol bukkal mukozada 2 adet mukoza renginde papüller görüldü. (Resim 2) Laboratuvar değerlerinde viral seroloji negatif, diğer tetkikleri normaldi. Heck hastalığı ile uyumlu değerlendirildi. Kriyoterapi tedavisi başlandı.

SONUÇ:

Heck hastalığı, insan papilloma virüsü (HPV) tip 13, 32 veya her ikisinin enfeksiyonuyla ilişkili esas olarak oral mukozayı, nadiren de genital ve anal mukozayı tutabilen nadir görülen bir hastalıktır. Oral mukozada, alt ve üst dudak mukozasında, bukkal mukozada ve dilde yerleşen beyazımsı veya mukoza renkli, çok sayıda, 1-10 mm, yumuşak, asemptomatik papüller veya nodüller ile karakterizedir. Çocuklarda ve kadınlarda daha sık görülür. Etiyolojisinde genetik



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

yatkınlık ve çevresel etkilerin rol aldığı düşünülmektedir. Risk faktörleri arasında kötü hijyen, beslenme yetersizlikleri, immünsüpresyon, düşük sosyoekonomik çevre, diş fırçaları ve mutfak eşyaları gibi kontamine nesnelerin ortak kullanımı yer alır. Çocukluklarda immün sistemin yeterince gelişmemiş olması, oral hijyen alışkanlıklarının zayıflığı, yatay bulaşın sık görülmesi ve epitel dokuların HPV enfeksiyonuna karşı daha duyarlı olması nedeniyle daha sık görüldüğü düşünülmektedir.

Heck hastalığı genellikle kendiliğinden gerilediği için tedavi her zaman gerekli değildir. Lezyonların yaygın, kalıcı olması veya fonksiyonel ve kozmetik sıkıntı oluşturması durumunda çeşitli tedavi yöntemleri uygulanabilir. Tedavi seçenekleri arasında topikal imiquimoid, topikal trikloroasetik asit, topikal, intralezyoner veya sistemik interferon, kriyoterapi, elektrokoterizasyon, lazer ablasyon, cerrahi eksizyon, sistemik retinoik asit yer alır. Pediatrik olgularda genel yaklaşım tedavisiz takip şeklindedir. Literatürde topikal imiquimoid tedavisi ile iyileşen pediatrik olgular mevcuttur. Heck hastalığı tanılı 2 erkek çocuk olgumuzun topikal imiquimoid ve kriyoterapi tedavisi ile takibine devam etmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: fokal epitelyal hiperplazi, heck hastalığı, HPV

KAYNAKLAR: 1. Bendtsen SK, Jakobsen KK, Carlander AF, Grønhøj C, von Buchwald C. Focal Epithelial Hyperplasia. Viruses. 2021 Aug 2;13(8):1529. doi: 10.3390/v13081529. PMID: 34452393; PMCID: PMC8402694.

2. Sarabadani J, Chiniforush N, Yazdandoust Y. Diode Laser Excision of Focal Epithelial Hyperplasia (Heck's Disease): A Case Report. J Lasers Med Sci. 2022 Feb 10;13:e6. doi: 10.34172/jlms.2022.06. PMID: 35642233; PMCID: PMC9131295.

3. Conde-Ferráez L, González-Losa MDR. Multifocal epithelial hyperplasia: an understudied infectious disease affecting ethnic groups. A mini review. Front Cell Infect Microbiol. 2024 Jul 25;14:1420298. doi: 10.3389/fcimb.2024.1420298. PMID: 39119298; PMCID: PMC11306162

RESİM 1



Olgu 1

RESİM 2



Olgu 2



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-032][KABUL:POSTER]

DİKEN YARALANMASINDAN ALK POZİTİF SALCL TANISINA

Simge Türker, Mehmet Can Fereli, Leyla Büşra Öztürkmen, Ozan Doğaç Kılıç, Önder Bozdoğan,
Erman Ataş, Deniz Honamlı, Ayşenur Botsalı

Sbü Gülhane EAH, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Sistemik anaplastik büyük T hücreli lenfoma (sALCL), CD30 (+) non-Hodgkin lenfomanın nadir bir alt tipidir ve ALK ekspresyonu sınıflamada kilit bir rol oynar. ALK pozitif sALCL, ergenlerde daha sık görülür ve ALK negatif varyantlara kıyasla genellikle daha iyi bir prognoza sahiptir. B semptomları ve lenfadenopati yaygın olsa da, atipik kutanöz bulgular bazen tanıda gecikmelere neden olabilir. Bu yazıda, diken yaralanmasını takiben hızla büyüyen tümoral lezyonla başvuran 14 yaşındaki bir erkek hastada tanı alan sALCL vakasını sunmaktayız.

OLGU:

Genel olarak sağlıklı olan 14 yaşındaki erkek hasta, üç ay önce diken batması sonrası eritematöz papül şeklinde başlayan ve sağ lomber bölgede 6x5x3 cm boyutlarına ulaşan ülseratif bir kitle ile başvurdu. Sistemik antibiyotik tedavisine rağmen iyileşme gözlenmedi. Derin fungal enfeksiyon ve psödolenfoma ön tanılarıyla histopatolojik inceleme yapıldı. Bulgular CD30 pozitif lenfoproliferasyonu ortaya koydu ve immünohistokimyasal incelemede EMA, Granzyme B ve ALK pozitifliği saptandı. PET-CT taramasında karın duvarında kitle, aksiller lenfadenopati ve plevral nodüller izlendi. Hasta, evre III ALK pozitif sALCL tanısı aldı ve ALCL99 yüksek risk protokolü ile tedaviye başlandı. Sadece bir kür tedavi sonrasında lezyonda belirgin gerileme gözlemlendi ve hastanın klinik durumu stabil kaldı.

SONUÇ:

Bu vakada sistemik semptomların olmaması ve enfeksiyöz bir tabloya benzemesi tanıda gecikmeye neden olmuştur. ALCL99 protokolüne verilen hızlı yanıt, erken tanı ve zamanında onkolojik yönlendirmenin kritik önemini ortaya koymaktadır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELEER: Deri, Lenfoma, Kutanöz Lenfoma

KAYNAKLAR: 1. Philippe E, Creech KT, Cook N, Segura J. Recurrent primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma with systemic involvement: a case report and literature review.

2. Zhang Y, Chen M, Yu Y, Liu X, Liu W, Jiang L, Zhang W. Primary cutaneous anaplastic large-cell lymphoma with DUSP22-IRF4 rearrangement following insect bites.

3. Knauss HM, Glosser LD, Beran A, Sidwell AN, Abdulsattar W, Skeel RT, Akpunonu BE. Anaplastic large cell lymphoma presenting as ulcerative facial mass: a case report.

4. Kang JH, Lee JH, Kim M, Cho BK, Song CH, Ock SM, Park HJ. Anaplastic lymphoma kinase-positive anaplastic large cell lymphoma arising in a patient with hypersensitivity to mosquito bites. Korean J Fam Med. 2015 Jan;36(1):35-41. doi:10.4082/kjfm.2015.36.1.35. PMID:25780514; PMCID:PMC4360489.

5. Sueki Y, Nozaki Y, Kawashima I, Yamamoto T, Nakajima K, Mitumori T, Kirito K. Anaplastic large cell lymphoma with paraneoplastic neutrophilia: an association between IL-17 elevation and aggressive disease progression. Int J Hematol. 2014 Jun;99(6):773-6. doi:10.1007/s12185-014-1557-3. PMID:24609719.

6. Chhanabhai M, Gascoyne RD, Armitage JO, Weisenburger DD; International Peripheral T-Cell Lymphoma Project. ALK- anaplastic large-cell lymphoma is clinically and immunophenotypically different from both ALK+ ALCL and peripheral T-cell lymphoma, not otherwise specified: report from the International Peripheral T-Cell Lymphoma Project. Blood. 2008 Jun 15;111(12):5496-504. doi:10.1182/blood-2008-01-134270. PMID:18385450.

7. Ellin F, Landström J, Jerkeman M, Relander T. Central nervous system relapse in peripheral T-cell lymphomas: a Swedish Lymphoma Registry study. Blood. 2015 Jul 2;126(1):36-41. doi:10.1182/blood-2014-12-616961. PMID:25957393.

8. Vose J, Armitage J, Weisenburger D; International T-Cell Lymphoma Project. International peripheral T-cell and natural killer/T-cell lymphoma study: pathology findings and clinical outcomes. J Clin Oncol. 2008 Sep 1;26(25):4124-30. doi:10.1200/JCO.2008.16.4558. PMID:18626005.

9. Knauss HM, Glosser LD, Beran A, Sidwell AN, Abdulsattar W, Skeel RT, Akpunonu BE. Anaplastic large cell lymphoma presenting as ulcerative facial mass: a case report. Case Rep Oncol. 2022 Mar 10;15(1):199-206. doi:10.1159/000522267. PMID:35431865; PMCID:PMC8958616.

10. Luo J, Jiang YH, Lei Z, Miao YL. Anaplastic lymphoma kinase-negative anaplastic large cell lymphoma masquerading as Behcet's disease: a case report and review of literature. World J Clin Cases. 2019 Oct 26;7(20):3377-3383. doi:10.12998/wjcc.v7.i20.3377. PMID:31667195; PMCID:PMC6819288.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

11. Bains A, Vedant D, Shanker V, Tegta GR. Primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma masquerading as large pyogenic granuloma. Indian Dermatol Online J. 2016 Nov-Dec;7(6):526-528. doi:10.4103/2229-5178.193896. PMID:27990392; PMCID:PMC5134171.
12. Feldman AL, Dogan A, Smith DI, Law ME, Ansell SM, Johnson SH, Porcher JC, Ozsan N, Wieben ED, Eckloff BW, Vasmatazis G. Discovery of recurrent t(6;7)(p25.3;q32.3) translocations in ALK-negative anaplastic large cell lymphomas by massively parallel genomic sequencing. Blood. 2011 Jan 20;117(3):915-9. doi:10.1182/blood-2010-08-303305. PMID:21030553; PMCID:PMC3035081.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-033][KABUL:POSTER]

PSORİASİS OLGUSUNDA İKSEKİZUMAB TEDAVİSİ SONRASI LİKENOİD DÖKÜNTÜ: LİKEN PLANUS MU, LİKENOİD İLAÇ ERÜPSİYONU MU?

İlknur Kıvanç Altunay, Ayberk Aktaran, Dila Çağla Durmuş, Pınar Özdemir Çetinkaya, Helin Sedef Sarıtaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Liken planus (LP), esas olarak orta yaşlı erişkinleri etkileyen, nedeni bilinmeyen, inflamatuvar, T-hücre aracılı bir otoimmün hastalıktır. Hem IL-17 hem de TNF'nin liken planus patogeneğinde rol oynadığı düşünülmektedir. Etiyolojisi net olmamakla birlikte, Hepatit C enfeksiyonu ve bazı ilaçlar suçlanmaktadır. Liken planus; deri, mukoz membranlar, saçlı deri, tırnaklar ve genital bölgeyi etkileyebilir. Kutanöz liken planus tipik olarak kaşıntılı, poligonal ve viyolese renkli papül ve plaklarla kendini gösterir. Hipertrofik, aktinik ve büllöz gibi diğer kutanöz varyantları da tanımlanmıştır¹. Likenoid ilaç erüpsiyonu, çeşitli ilaçlarla ilişkili nadir bir kutanöz advers ilaç reaksiyonudur.¹. İksekizumab, interlökin 17A (IL-17A)'ya selektif olarak bağlanan humanize bir monoklonal antikor (IgG) olup psoriasis tedavisinde kullanılmaktadır. Bu olgu iksekizumab ile liken planus gelişimi ve olası likenoid ilaç erüpsiyonu arasındaki ilişkiyi tanımlamayı amaçlamaktadır.

OLGU:

62 yaşında, 11 yıllık psoriasis öyküsü olan kadın hastanın daha önce 3 yıl süreyle asitretin (25 mg/gün), 2 yıl metotreksat (15 mg/gün), 6 ay siklosporin (200 mg/gün) ve ardından 2 yıl sekukinumab tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın kendi isteğiyle tedaviye bir yıl ara vermesini takiben psoriasis nüks etmiş ve Mart 2022'de iksekizumab başlanmıştır. İksekizumab tedavisinin 20. ayında hasta el bileklerinden başlayarak tüm vücuda yayılan kaşıntılı, menekşe renkli döküntü ile başvurdu. Dermatolojik muayenede gövde, bilateral üst ve alt ekstremiteler fleksural bölgelerde yaygın viyolese renkte poligonal papüller oral mukozada retiküler paternde tutulum izlendi. Hastanın başka ilaç kullanımı öyküsü bulunmuyordu. Lezyondan alınan punch biyopside epidermiste yüzeysel sepet şeklinde hiperkeratoz, hipergranüloz, dermo-epidermal bileşkede yaygın lenfosit eksositozu, interfaz reaksiyonu,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

yüzeysel dermiste bant şeklinde lenfositik infiltrasyon ve pigment inkontinansı saptandı. Eozinofil izlenmedi. Anti-HCV ve HCV-RNA testleri negatif sonuçlandı. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda hastaya liken planus tanısı kondu. İksekizumab tedavisi olası tetikleyici olarak değerlendirildi ve kesildi. Hastaya topikal %0.05 klobetasol 17-propiyonat tedavisi başlandı ve psoriasis için guselkumab tedavisine geçildi. Guselkumab tedavisine geçildikten sonraki 4. ay kontrolünde liken planus lezyonlarının tamamen gerilediği görüldü.

SONUÇ:

Sistemik psoriasis tedavileri arasında TNF inhibitörlerine bağlı likenoid ilaç erüpsiyonları bildirilmiştir^{2,3,4}. İksekizumab ile ilişkili likenoid ilaç erüpsiyonu da literatürde vaka raporu olarak mevcuttur⁵. Klinik veya histolojik açıdan likenoid ilaç erüpsiyonunu kutanöz liken planustan ayırt ettirecek patognomik bir özellik bulunmamaktadır. Likenoid ilaç erüpsiyonlarında genellikle mukozal tutulum nadirdir, fleksural alanlar genelde korunur ve histopatolojide eozinofiller görülür^{6,7}. Bizim olgumuzda oral mukoza ve fleksural bölgelerin tutulumu ile histopatolojik örnekte eozinofil olmaması ön planda iksekizumab ile ilişkili liken planus tanısını düşündürmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: İksekizumab, Likenoid İlaç Erupsiyonu, Liken Planus, Psoriasis

KAYNAKLAR: 1.Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatology. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018.

2.El Habr C, Meguerian Z, Sammour R. Adalimumab-induced lichenoid drug eruption. Lebanese Medical Journal. 2014 Oct;62(4):238–40.

3.Inoue A, Sawada Y, Yamaguchi T, Ohmori S, Omoto D, Haruyama S, et al. Lichenoid drug eruption caused by adalimumab: a case report and literature review. Eur J Dermatol. 2017 Jan;27(1):69–70.

4.Asarch A, Gottlieb AB, Lee J, Masterpol KS, Scheinman PL, Stadecker MJ, et al. Lichen planus–like eruptions: an emerging side effect of tumor necrosis factor- α antagonists. J Am Acad Dermatol. 2009 Jul;61(1):104–11.

5.Ghiam N, Ojong O, Vasile G, Romanelli P, Kerdel F. Lichenoid drug eruption after treatment with ixekizumab for plaque psoriasis. Dermatol Online J. 2020;26(12).

6.Tziotzios C, Lee JYW, Brier T, Saito R, Hsu CK, Bhargava K, et al. Lichen planus and lichenoid dermatoses. J Am Acad Dermatol. 2018 Nov;79(5):789–804.

7.Lage D, Juliano PB, Metze K, Souza EM, Cintra ML. Lichen planus and lichenoid drug-

induced eruption: a histological and immunohistochemical study. Int J Dermatol. 2012
Oct;51(10):1199–205.

RESİM 1. ORAL MUKOZA



Oral mukozada molar diş hizasında retiküler tutulum

RESİM 2. GÖVDE



Gövde ve bilateral uyluk bölgesinde yaygın, lividi renkli poligonal papüller



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-034][KABUL:POSTER]

**STEWART–TREVES SENDROMU: KRONİK LENFÖDEM ZEMİNİNDE NADİR BİR MALİGNİTE
OLGUSU**

Ayser Duyan, Pelin Hızlı, İlkey Can

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

GİRİŞ AMAÇ:

Stewart-Treves sendromu, kronik lenfödem zemininde gelişen nadir ve agresif seyirli bir malignitedir. Yüksek nüks ve metastaz riski nedeniyle prognozu genellikle kötüdür. Bu olgu sunumunda, altmış yedi yaşındaki kadın hastada meme kanseri tanısıyla sağ meme lumpektomisi, sağ aksiller diseksiyon, radyoterapi ve kemoterapi tedavilerini takiben on iki yıl sonra sağ kolda kronik lenfödem zemininde gelişen Stewart-Treves sendromuna dikkat çekmek amaçlanmıştır.

OLGU:

Altmış yedi yaşında kadın hasta, beş ay önce sağ kolunu kapıya çarpma sonrası sağ kolunda gittikçe büyüyen, kırmızımsı-mor renkli yer yer sert kabarıklıklar ve şişlik, yer yer kanama şikayeti mevcut. On iki yıl önce meme kanseri tanısıyla sağ meme lumpektomi + sağ aksiller diseksiyon, radyoterapi ve kemoterapi öyküsü mevcut. Sağ kolda kronik lenfödem olduğunu tariflemektedir. Dört ay önce çekilen üst ekstremitte venöz renkli doppler ultrasonografisinde; sağ ön kolda cilt-cilt altı dokularda belirgin ödem izlenmiştir.

Dermatolojik muayenede; sağ ön kol fleksör bölgede lenfödem zemininde; kalınlaşmış eritemli viyolese ödematöz plak ve üzerinde satellite nodüller, yer yer kanama odaklarında siyah krutlu plaklar mevcut. (Şekil 1)

Tzanck yaymasında; dev hücreler, poikilokaryoz, kontür düzensizliği, mitoz, nükleolus belirginliği gözlemlendi. (Şekil 2a, 2b, 2c)

Sağ ön kol fleksör bölgede, eritemli zeminde mor-viyolase nodülden, Stewart-Treves sendromu, Kaposi sarkomu ve kutanöz metastaz ön tanıları ile bir adet deri punch biyopsisi alındı. Biyopsi materyalinde dermiste, hiperkromatik ve pleomorfik nükleuslu atipik endotelial hücrelerin çevrelediği, farklı boyutlardaki vasküler boşluklardan oluşan tümöral infiltrasyon izlendi. Uygulanan immünohistokimyasal boyamalarda; PANCK epitelde pozitif, CD31, CD34, D2-40 ve ERG pozitif saptanırken; CK7, HHV-8, ER ve PR negatif olarak değerlendirildi. Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %60 olarak tespit edildi. Klinik öykü



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

doğrultusunda olgu, Stewart Treves sendromu ile uyumlu olarak değerlendirilmiş ve bu tanıyla raporlanmıştır.

Plastik cerrahi kliniğine konsülte edilen hasta; PET-CT ile değerlendirilmek üzere radyasyon onkolojisi kliniğine yönlendirmiştir.

SONUÇ:

Stewart-Treves sendromu (STS); genellikle kronik lenfödem zemininde gelişen kutanöz anjiyosarkomla karakterize nadir ve ciddi bir malignitedir. Tüm anjiyosarkom vakalarının yaklaşık %5'ini oluşturur.¹ Tanı anamnez, fizik muayene ve histopatoloji ile konulmaktadır. Konjenital ve sekonder lenfödem nedenleri sendromun gelişiminde rol oynamaktadır. Stewart Treves sendromunun en sık nedenlerinden biri olan mastektomi ve lenfadenektomi sonrası gelişen sekonder lenfödem bizim olgumuzda etiyolojik faktör olarak saptanmıştır. Anjiyosarkomun sitolojik değerlendirmesinde, karakteristik bulgular arasında; bol sitoplazmalı, santral veya eksantrik yerleşimli nükleuslara ve belirgin nükleollere sahip epitelioid hücrelerin üç boyutlu hücre kümeleri şeklinde ya da tek başına dağılmış olarak izlenmesi yer alabilir. Sitoplazmik vakuoller veya lümen yapıları, epitelioid örneklerde eritrofagositoz ve anjiyosarkom için oldukça özgül kabul edilen uzun, kalem şeklinde (pencilate) nükleoller de gözlenebilir.²

Stewart-Treves sendromunda histolojik olarak, dermal kollajeni disseke eden ve deri eklerini oblitere edebilen küçük lenfatik yapılar ve proliferatif vasküler kanallar izlenir. Bu kanalları döşeyen tümöral endotel hücreleri, belirgin hiperkromatizm ve pleomorfizm gösterir; ayrıca bu hücrelerde sıklıkla mitotik figürler dikkati çeker. İmmünohistokimyasal boyama ile, anjiyosarkomlar genellikle CD31, CD34, D2-40, Ki-67 ve Ulex europaeus-1 lektini pozitiflik gösterir. Hastamızın ise histopatolojik bulguları ön tanımımızı doğrulamıştır.³

Gelişen tedavilere rağmen bu tümörün prognozu çok kötüdür ve 5 yıllık sağkalım oranı %12 ile %33 arasındadır.⁴ Stewart-Treves sendromunda cerrahi, adjuvan kemoterapi ve radyoterapi bulunmaktadır.⁵

Bu olguda, kronik lenfödem zemininde nadir ancak yüksek malign potansiyele sahip Stewart Treves sendromunun ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Lenfödem, Stewart-Treves sendromu, Tzanck yayma

KAYNAKLAR: 1- Sato RAO, Pinto CAL, Alves CAXM, Ferreira JASLB. Case for diagnosis. Stewart-Treves syndrome after mastectomy. An Bras Dermatol. 2022 Sep-Oct;97(5):651-653. doi: 10.1016/j.abd.2021.12.003. Epub 2022 Jul 8. PMID: 35811194; PMCID: PMC9453501.

- 2- Geller RL, Hookim K, Sullivan HC, Stuart LN, Edgar MA, Reid MD. Cytologic features of angiosarcoma: A review of 26 cases diagnosed on FNA. Cancer Cytopathol. 2016 Sep;124(9):659-68. doi: 10.1002/cncy.21726. Epub 2016 Apr 18. PMID: 27088896.
- 3- Sharma A, Schwartz RA. Stewart-Treves syndrome: pathogenesis and management. J Am Acad Dermatol. 2012 Dec;67(6):1342-8. doi: 10.1016/j.jaad.2012.04.028. Epub 2012 Jun 8. PMID: 22682884.
- 4- Sharma A, Schwartz RA. Stewart-Treves syndrome: pathogenesis and management. J Am Acad Dermatol. 2012 Dec;67(6):1342-8. doi: 10.1016/j.jaad.2012.04.028. Epub 2012 Jun 8. PMID: 22682884.
- 5- Murgia RD, Gross GP. Stewart-Treves Syndrome. 2023 Aug 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan—. PMID: 29939610.

ŞEKİL 1



Ön kol fleksör bölgede indüre eritemli-viyolese yer yer siyah krutlu plak.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-035][KABUL:POSTER]

BİR İLACIN ARDINDAKİ FIRTINA: AZATİYOPÜRİNE BAĞLI HİPERSENSİTİVİTE SENDROMU

Pelin Ertop Doğan, Gizem Özgür, Hüseyin Çetin, Emel Eştürk Hazinedar

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri Ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ-AMAÇ:

Azatiyopürin (AZT) çeşitli otoimmün hastalıkların tedavisinde, sık kullanılan immunsupresif bir ajandır. Aynı zamanda vücutta 6-merkaptopürine (6-MP) ve aktif metabolitlerine dönüşen bir ön ilaçtır. Aktif metaboliti olan 6-Tiyoguanin nükleotidi, AZT'nin sitotoksik doz bağımlı yan etkilerinden sorumludur. Klasik toksisitelerden farklı olarak Azatiyopürin hipersensitivite sendromu (AHS) ise doz bağımsız nadir görülen bir yan etkidir. Ateş, artralji, mide bulantısı, kusma ve cilt tutulumunu içerebilen değişik klinik bulguları mevcuttur (2). Bu nedenle enfeksiyöz ve otoimmün durumları taklit edebileceğinden hızlı tanı için yüksek klinik şüphe gerekir (1,2).

OLGU:

Otuz bir yaşında, bilinen Crohn ve migren tanılı hasta 5 gündür vücutta kaşıntılı döküntü, baş ağrısı, mide bulantısı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın şikayetlerine yönelik feniramin maleat, 80 mg metilprednizolon, deksketoprofen ve ondansetron uygulandığı öğrenildi. Tedavi sonrası diğer tüm şikayetleri gerileyen hastanın vücuttaki lezyonlarda hiç azalma gözlenmedi. Hastanın dermatolojik muayenesinde; sağ ön kol medialinde, her iki kol ekstansöründe, sol uyluk medialinde ve sağ gluteal bölgeden femoral bölgeye uzanan ekskoriye eritemli makülopapüler lezyonlar mevcuttu (Resim 1). Hastaya Crohn hastalığı nedeniyle 2 ay önce metilprednizolon, mesalazin ve AZT başlanıldığı; metilprednizolonun tedrici kesildiği öğrenildi. Lezyonların metilprednizolonun kesilmesi sonrası bilateral kol ekstansörlerinde başlaması nedeniyle dermatitis herpetiformis; makülopapüler görünümü nedeniyle de ilaç reaksiyonu açısından biyopsi alındı ve tetkikleri istendi. Takibimize aldığımız hastada, sistemik kortikosteroid tedavisine rağmen palmar bölgede eritemli lezyonların gelişmesi ve bilateral pretibial bölgede purpurik lezyonlar görülmesi nedeniyle AZT'ye bağlı hipersensitivite reaksiyonu ön planda düşünüldü (Resim 2). Gastroenterolojiyle görüşülerek AZT ivedilikle kesildikten sonra lezyonlarda dramatik iyileşme gözlemlendi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

AHS, AZT kullanımına bağlı olarak gelişen nadir fakat sepsise dahil neden olarak yaşamı tehdit eden immünolojik bir reaksiyondur. Literatürde, AHS genellikle ilacın başlanması sonrası ilk 1-3 hafta içerisinde ortaya çıksa da vaka bazında bu sürenin değişkenlik gösterebileceği bildirilmiştir (2,3). Bizim olgumuzda da semptomların ilaç başlangıcından yaklaşık 2 ay sonra gelişmesi, AHS'nin klinik zamanlamasının geniş bir yelpazede olabileceğini göstermektedir. Ateş, artralji, bulantı, kusma, böbrek yetmezliği, sepsis ve septik şok gibi sistemik bulgularla ve kaşıntılı makülopapüler döküntüler gibi kutanöz bulgularla kendini göstermektedir. Erken tanı ve tedavi olmazsa mortal seyredebilmektedir (2,3). Olgumuzda da benzer kutanöz belirtiler mevcut olup sistemik kortikosteroid tedavisine rağmen döküntülerin ilerlemesi uyarıcı olmuştur.

Temel tedavi yaklaşımı, AZT'nin derhal kesilmesidir (4). Bizim olgumuzda da AZT kesilmesinin ardından cilt lezyonları kısa sürede tama yakın gerilemiştir.

Sonuç olarak, AZT tedavisi gören hastalarda ateş, döküntü ve sistemik semptomlar ortaya çıktığında, enfeksiyon ve hastalık aktivasyonu dışlandıktan sonra AHS şüphesi akılda bulundurulmalı ve ilaç kesilmelidir. Erken tanı ve tedavinin hasta prognozu açısından hayati önem taşıdığı aşıkardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Azatiyopürin, Hipersensitivite sendromu, ilaç reaksiyonu

KAYNAKLAR: 1. Aleissa, M., Nicol, P., Godeau, M., Tournier, E., de Bellissen, F., Robic, M. A., Livideanu, C. B., Mazereeuw-Hautier, J., & Paul, C. (2017). Azathioprine Hypersensitivity Syndrome: Two Cases of Febrile Neutrophilic Dermatitis Induced by Azathioprine. Case reports in dermatology, 9(1), 6–11.

2. McKenzie T, Dheda S, Mantha M, Larsen C. Azathioprine hypersensitivity syndrome: report of two cases. Clin Rheumatol. 2020;39(3):1021-1026.

3. Bidinger JJ, Sky K, Battafarano DF, Henning JS. The cutaneous and systemic manifestations of azathioprine hypersensitivity syndrome. J Am Acad Dermatol. 2011;65(4):776-781.

4- Cyrus, N., Stavert, R., Mason, A. R., Ko, C. J., & Choi, J. N. (2013). Neutrophilic dermatitis after azathioprine exposure. JAMA dermatology, 149(5), 592–597.

RESİM 1



Resim 1a: Sağ ön kol medialinde eritemli makülopapüler lezyonlar Resim 1b: Sağ femur ön yüzde dağınık yerleşimli eritemli makülopapüler lezyonlar

RESİM 2



Resim 2: Bilateral palmar bölgede dağınık yerleşimli eritemli maküler lezyonlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-037][KABUL:POSTER]

**ALOPEŞİ AREATA TEDAVİSİNDE HATALI İNTRALEZYONEL KORTİKOSTEROİD UYGULAMASINA
BAĞLI GELİŞEN KOMPLİKASYON: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DEĞERLENDİRMESİ**

Selin Tambora¹, Filiz Cebeci Kahraman¹, Zeliha Nur İlhan², Pınar Günbey²

¹SBÜ, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²SBÜ, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Alopesi areata (AA), anagen saç foliküllerini hedef alan ve skatrisyel olmayan saç dökülmesine neden olan kronik otoinflamatuar bir hastalıktır. Klinik görünümü sıklıkla saçlı deride alopesik yama şeklindedir. Yetişkinlerde ilk tercih edilen tedavi yöntemi; intralezyonel kortikosteroid (İLKS) enjeksiyonudur. Bu bildiride intralezyonel kortikosteroidin hatalı enjeksiyonu sonrası atrofi, telenjiektaziye ilaveten, venöz damar genişlemesi gelişen bir olgu literatür eşliğinde sunulmuştur (1,2).

OLGU:

Kırk bir yaşında kadın hasta, sağ şakak bölgesinde saç dökülmesi nedeniyle yapılan enjeksiyon sonrası, bu alanda gelişen deride çökme ve bu alanda özellikle oturduğunda belirginleşen şişlik nedeniyle başvurdu. Alopesinin 1 yıldır olduğu, sağ infratemporal bölgedeki alopesik alana 3 ay önce İLKS enjeksiyonu yapıldığı, şikayetlerinin ise enjeksiyondan 2 hafta sonra geliştiği öğrenildi. Hasta işlem sırasında 2 noktaya enjeksiyon yapıldığını ifade etti.

Dermatolojik muayenesinde; sağda frontotemporal alanda sınırları net seçilemeyen, yaklaşık 3x1.5 cm boyutunda soluk eritemli, atrofik, alopesik yama alanı üzerinde; M harfi şeklinde kıvrılma göstererek frontal bölgeye doğru uzanan, soluk mavimsi renkli damar genişlemesi ve bu alanda enjektörün giriş yeri ile uyumlu olduğu düşünülen sarımsı renkte papül ve bu tariflenen lezyona yakın lokalizyonda, infratemporal alanda, yaklaşık 2x2 cm boyutunda eritemli, atrofik, alopesik yama alanı görüldü.(Figür 1). Sarı papüller; özellikle dermoskopik değerlendirme ile; muhtemel enjektör giriş alanları olarak yorumlandı. Dermoskopik muayenesinde; eritemli telenjiektazik zemin, enjektörün giriş yeri olduğu düşünülen sarı noktasal alan ve bu alanın devamında mavimsi renkte dilate damar trasesi görüldü. Hastanın yakın tarihli resimlerinde bu alanda damar genişlemesi olmadığı doğrulandı. Bu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

trasenin; hasta yatınca kaybolduğu, oturduğunda ve ıkınma gibi basıncın arttığı durumlarda belirginleştiği fark edildi. Radyolojik incelemede; temporal arter normal, sağ superficial temporal ven görünümü Doppler USG ile solunumsal fazisitesi izlenen venöz akım paterninde olup kalibrasyonu simetriğine oranla artmıştır. Normal kalibrasyon kişiden kişiye göre değişebilmekle beraber vakamızda semptomsuz alandan yapılan ölçümde 0,08 cm ile normal sınırlardadır. Semptom tariflenen alanda simetriğine oranla belirgin dilatasyon olup 0,24 cm ile artmıştır (Figür 2). Valsalva yapılmaksızın değerlendirilen incelemede simetriğine göre asimetrik dilatasyon izlenmektedir. Anamnez, klinik ve görüntüleme eşliğinde, enjeksiyonun ven içine yani hatalı uygulamaya bağlı olarak venöz genişlemenin olduğu tanısına varıldı. Damar üzerine denk gelen sarı noktanın enjeksiyon noktası olduğu düşünüldü.

SONUÇ:

Alopesi Areata tedavisinde özellikle İLKS enjeksiyonları, inflamatuvar sürece olan etkileri nedeniyle uzun yıllardır, en yaygın olarak kullanılan ajanlardır (1). Bu enjeksiyonlarının ardından çeşitli lokal ve sistemik yan etkiler bildirilmiştir. Sistemik yan etkiler; allerjik reaksiyonlar ve nadiren hiperglisemi, Cushing sendromu ve adrenal baskılanma iken lokal yan etkiler arasında; ağrı, hemoraji, ülserasyon, atrofi, telenjiyektazi, psödoanevrizma, damar genişlemeleri, iskemik optik nöropati, cilt nekrozu, pigment değişiklikleri, sekonder enfeksiyon ve granülom oluşumu sayılabilir (1-2). Steroidler; damar duvarındaki kollajen yapıyı azaltabilir, damar tonusunu etkiler ve uzun vadede damar bütünlüğünü bozar ve damarın genişlemesine sebep olabilir (4). Bu bildiride intralezyonel hatalı enjeksiyon sonrası damarsal alanlara dikkat edilmesi vurgulanmıştır (3). Bu invaziv işlemler, alanında deneyimli hekimler tarafından yapıldığında, olası komplikasyonların ve hata payının azalacağını düşünüyoruz. Özellikle temporal bölgede venöz yapıların daha yüzeysel seyrettiği ve bu alanlara işlem yapılırken daha dikkatli olunması gerektiğinin, ilgili branş hekimleri de farkında olmalıdırlar.

ANAHTAR KELİMELELER: alopesi areata, enjeksiyon, intralezyonel kortikosteroid, komplikasyon, venöz dilatasyon

KAYNAKLAR: 1. Bakar Dertlioglu S, Karabulut P, Aglamis S. Foreign body reaction due to intralesional steroid injection in treatment of alopecia areata. Dermatol Ther. 2020;33(4):e13703.

2. Yang DJ, Hong JT, Lee SW, Kim MC. Traumatic pseudoaneurysm of the superficial temporal artery. J Korean Neurosurg Soc. 2004;35:427–429.

3. Martin ED, Wernikoff SY, Bernard JD Jr, Munavalli GS. Superficial temporal artery

pseudoaneurysm after botulinum toxin injection. Dermatol Surg. 2022;48(1):149–150.

4. Stankler L, Ewen SWB. The effects of corticosteroid injections at sites of skin damage. J Invest Dermatol. 1972;59(5):394–396.

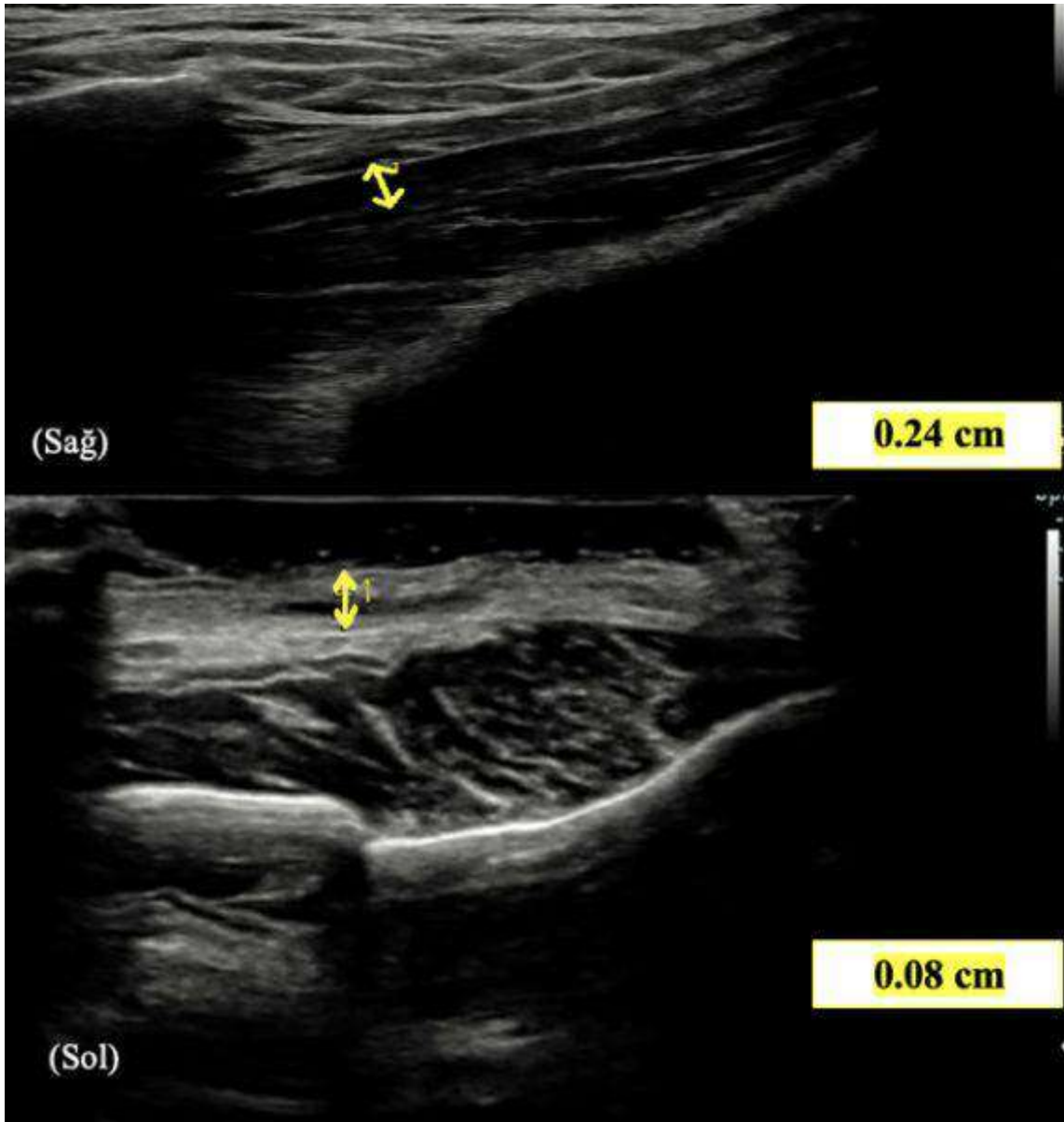
FIGÜR 1



Sağda frontotemporal alanda sınırları net seçilemeyen, yaklaşık 3x1.5 cm boyutunda soluk eritemli, atrofik, alopesik yama alanı üzerinde; M harfi şeklinde kıvrılma göstererek frontal bölgeye doğru uzanan, soluk mavimsi renkli damar genişlemesi (sarı kesik dairesel alan)

ve bu alanda enjektörün giriş yeri ile uyumlu olduğu düşünülen sarımsı renkte papül (kırmızı ok) ve bu tariflenen lezyona yakın lokalizyonda, infratemporal alanda, yaklaşık 2x2 cm boyutunda eritemli, atrofik, alopesik yama alanı (sarı kesik dairesel alan) ve bu alanda enjektörün giriş yeri ile uyumlu olduğu düşünülen sarımsı renkte papül (kırmızı ok)

FIGÜR 2



Sağ superficial temporal ven görünümü Doppler USG ile yapılan ölçümde 0.24 cm. Sol superficial temporal ven görünümü Doppler USG ile yapılan ölçümde 0.08 cm.



33

ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-038][KABUL:POSTER]

ELDE NADİR BİR ETKEN: PRİMER KUTANÖZ AKTİNOMİKOZ VAKASI

Ömer Faruk Marangoz, Harbiye Dilek Canat, Göknur Özaydın Yavuz, Ezgi Aktaş, Halil İbrahim Yavuz, Zafer Türkoğlu

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Deri Ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Aktinomikoz, gram pozitif, anaerobik, filamentöz bir basil olan *Actinomyces* türlerinin neden olduğu bir enfeksiyondur. *Actinomyces* türleri, dokuda sinüs traktusları ve abseler oluşturarak kronik, ilerleyici bir enfeksiyon tablosuna yol açar; zamanla deri ve komşu organlara fistülize olabilir. *Actinomyces* türleri oral, gastrointestinal sistem, kadın genitoüriner sistem flora elemanıdır. Konak dokusunda meydana gelen herhangi bir zedelenme sonucu, normalde o bölgede yüksek olan oksidasyon/redüksiyon potansiyelindeki azalmaya bağlı olarak *Actinomyces* türlerinin rahatça üreyebileceği bir ortam oluşmaktadır. *Actinomyces israelii*, insan enfeksiyonlarında izole edilen en yaygın türdür. Klasik olarak aktinomikoz, yerleşim yerine göre servikofasiyal, torasik, abdominal, pelvik olmak üzere dört ana klinik formda sınıflandırılır. Kutanoz aktinomikozun nadir görülmesi ve elde lokalize formlarının oldukça seyrek raporlanması nedeniyle bu olguyu katkı sağlamak amacıyla sunmayı uygun bulduk.

Vaka:

Bilinen bir hastalığı olmayan, sitede temizlik personeli olarak çalışan 56 yaş erkek hasta, sol el avuç içinde ağrı ve döküntü nedeni ile tarafımıza başvurdu. Hastamızın şikayetlerinin 9 ay kadar önce başladığı öğrenildi. Hastamız, sol avuç içinde ilk başta küçük, ağrılı, sıvazlamak ile koyu renkli kıvamlı bir sıvının geldiği nasır benzeri yapının çıktığını, daha sonra eline yayıldığını ifade etti. Yakın zamanda herhangi bir travma tarifilemedi.

Hastamızın dermatolojik muayenesinde, sol el avuç içinde yerleşmiş, çapı 1 cm'yi geçmeyen, Multiple sayıda lineer yerleşimli, oval, sarı renkli hiperkeratotik plaklar mevcut olarak izlendi. Palpasyonla tenar bölgede nodüler yapılar palpe edildi. Laboratuvar incelemelerinde kan tetkikleri normal sınırlarda saptandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Mevcut sağlık kayıtlarının incelenmesiyle hastaya daha önce sol el kontrastlı MRG uygulandığı görüldü. Sol el kontrastlı MRG’de, tenar bölgeden başlayarak hipotenar bölgeye doğru uzanım Gösteren cilt-cilt altı yumuşak dokularda, kas yapılarında, yağ baskılı sekanslarda diffüz sinyal Artışı, kontrast madde enjeksiyonu sonrası yoğun heterojen kontrastlanma ve yer yer birbiri ile devamlılık gösteren koleksiyonlar ve tendon komşuluğunda effüzyon izlendi.

Hastanın tenar bölgesinden 4 mm punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede dermiste Nötrofilik mikroapse yapıları izlendi. Bazı abse odaklarının merkezinde aktinomikoz ile Uyumlu, bazofilik, asido-rezistan boyanmayan büyük bakteriyel agregatlar (sülfür granülleri) Saptandı.

Hastadan alınan mikrobiyolojik kültürlerde üreme saptanmadı. Hastaya, histopatolojik Bulgular doğrultusunda aktinomikoz teşhisi konulmuştur. Hastamıza, penisilin G 6x3 ünite 30 Gün IV, 4 ay kadar oral amoksisilin-klavulonat, 2 hafta doksisisiklin tedavisi verilmiştir. Hastada, uygulanan tedavi sonrası belirgin klinik ve radyolojik yanıt gözlemlendi.

SONUÇ:

Kronik, fistülize cilt lezyonlarıyla seyreden kutanöz enfeksiyonların ayırıcı tanısında Aktinomikozun akılda tutulması önemlidir. Aktinomikozun klinik ve radyolojik olarak diğer Kronik enfeksiyonları ve maligniteleri taklit edebilmesi, tanıda gecikmelere neden Olabilmektedir. Hastalık neredeyse her zaman endojen kökenlidir.

Primer aktinomikoz, enfeksiyonun alttaki odaktan yayılımı, direkt inokülasyon, nadiren Enfeksiyonların septisemik fazında kan yoluyla yayılım, post-travmatik yayılım nedeni ile Gerçekleşebilir. Doku kültürü, aktinomikozun teşhisinin en kesin yöntemidir. Ancak, Actinomyces türlerinin anaerobik yapıları nedeniyle büyümeleri zor olduğundan pratikte Sınırlıdır. Histopatolojide görülen sülfür granülleri aktinomikozu düşündürmek ile birlikte bazı Derin mikoz ve bakteriyel enfeksiyonlarda da görülebileceğinden spesifik değildir. Primer Kutanoz aktinomikoz, oldukça nadir görülmektedir. Olgumuzda lezyonun elin tenar bölgesine Lokalize olması ve sistemik bir yayılım odağının saptanmamış olması, enfeksiyonun primer Kutanoz form lehine değerlendirilmesini desteklemiştir. Hastanın yakın zamanda diş absesi Nedeniyle tedavi görmüş olması ve çalıştığı sitede zaman zaman bahçıvanlık işiyle uğraşarak Küçük travmalara maruz kalması, enfeksiyonun olası kaynağı açısından dikkate değer Bulunmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: Abse, Aktinomikoz, Fistül, Sülfür Granülleri

KAYNAKLAR: 1-Valour F, Sénéchal A, Dupieux C, Karsenty J, Lustig S, Breton P, Gleizal A, Boussel L, Laurent F, Braun E, Chidiac C, Ader F, Ferry T. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. Infect Drug Resist. 2014 Jul 5;7:183-97. doi: 10.2147/IDR.S39601. PMID: 25045274; PMCID: PMC4094581.

2-Han Y, Cao Y, Zhang Y, Niu L, Wang S, Sang C. A Case Report of Pelvic Actinomycosis and a Literature Review. Am J Case Rep. 2020 Jun 13;21:e922601. doi: 10.12659/AJCR.922601. PMID: 32532952; PMCID: PMC7476745.

3-Dastgir R, Sohrabi M. Periapical Actinomycosis: A Rare Subdivision of Cervicofacial Actinomycosis, Review of the Literature, and a Case Report. Case Rep Dent. 2022 Jun 6;2022:7323268. doi: 10.1155/2022/7323268. PMID: 35706907; PMCID: PMC9192198.

1-ŞUBAT AYI SOL EL PALMAR BÖLGE GÖRÜNTÜSÜ





33

ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025

Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2-MAYIS AYI SOL EL PALMAR BÖLGE GÖRÜNTÜSÜ





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-039][KABUL:POSTER]

PEMFIGUS VULGARİSTE CERRAHİ SONRASI KOEBNER POZİTİFLİĞİ

İlayda Çalışkan, İrem Nur Duyan, Ayşe Boyvat

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Pemfigus vulgaris (PV), deri ve mukozalarda akantoliz ve bül oluşumu ile karakterize otoimmün bir dermatolojik hastalıktır. Koebner fenomeni (izomorfik yanıt), daha önce hastalık belirtisi göstermeyen sağlam deri alanlarında, fiziksel travma sonrası mevcut dermatozun karakteristik lezyonlarının ortaya çıkması ile tanımlanır. Psoriasis ve liken planus gibi hastalıklarla sık ilişkilendirilse de Koebner fenomeni pemfigus vulgaris gibi otoimmün büllöz hastalıklarda nadiren bildirilmiştir. Bu olguda amaç, PV hastalarında oldukça ender görülen Koebner pozitifliğini ortaya koymak ve klinik farkındalığı artırmaktır.

OLGU:

2017 yılında pemfigus vulgaris tanısı almış olan, bilinen başka bir ek hastalığı olmayan 48 yaş kadın hasta, yeni gelişen lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın geçmişte PV tanısıyla sistemik steroid, azatiopurin, mikofenolat mofetil, rituksimab kullanımı mevcuttu. Son 4 yıldır aktif şikayeti olmaması sebebiyle kontrole gelmemişti. Aralık 2023'te uzun süreli steroid kullanımına sekonder gelişen femur başı nekrozu sebebiyle opere olma öyküsü mevcuttu. Hastanın dermatolojik muayenesinde oral mukozada gingivalarda, gövdede ve sırtta erode alanlar ve operasyondan yaklaşık 6 ay sonra sağ glutea lateralindeki ameliyat skar hattı üzerinde gelişen ve lineer uzanım gösteren üzeri kurutlu eritemli ekzematize alanlar saptandı. Bu lezyonlardan pemfigus vulgaris ve implanta bağlı gelişmiş olabilecek alerjik kontakt dermatit ön tanılarıyla biyopsi alındı. Deri biyopsisinde saptanan intraepidermal ve suprabazal ayrılma ile karakterli vezikülobüllöz dermatit, epidermis alt kısmında yaygın periselüler IgG ve C3 pozitif; IgM, IgA negatif direkt immünfloresan mikroskopi bulguları, pemfigus vulgaris ile uyumluydu. Hastanın kan tetkiklerinde antidesmoglein 1 ve 3 antikolları pozitif. Yaygın lezyonları olan hastaya yeniden rituksimab indüksiyon tedavisi planlandı ve topikal klobetazol reçete edildi. 8 hafta düzenli topikal steroid ve 2 doz 1000 mg rituksimab enjeksiyonu sonrası remisyon elde edildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Koebner fenomeni, PV'de nadir olmakla birlikte, özellikle cerrahi travma sonrası yeniden aktive olabilen lezyonlarla kendini gösterebilir. Bu olguda, daha önce remisyona ulaşmış bir PV hastasında cerrahi travmayı takiben lezyonların cerrahi skar hattında yeniden ortaya çıkması, Koebner fenomeninin PV'deki varlığını desteklemektedir.

Literatürde travma ilişkili PV vakaları en sık büyük cerrahi işlemler, künt travmalar ve dental işlemler sonrası bildirilmiş olsa da yanıklar, radyoterapi gibi prosedürlerin de pemfigusu tetikleyebileceği gösterilmiştir. Bildirilen birçok olguda lezyonlar travma bölgesiyle sınırlı kalırken, bu olguda olduğu gibi travma bölgesinin dışında deri ve mukozal lezyonları gelişen olgular da bildirilmiştir. Literatürdeki olguların çoğunda lezyonların travmadan sonraki 2-3 ay içinde ortaya çıktığı saptanmakla birlikte bu sürenin 7 gün ile 3 yıl arası değiştiği görülmüştür.

PV'de Koebner fenomeninin patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte bazı mekanizmalar öne sürülmektedir. Travma, desmoglein 1 ve 3 gibi yapısal proteinlerin açığa çıkmasına ve bağışıklık sistemine antijen olarak sunumuna yol açabilir. Travma sonrası erken dönemde salınan IL-1, IL-6 ve TNF- α gibi nonspesifik proinflamatuvar mediatörlerin etkisiyle gelişen lokal inflamasyon hücreler arası bağlantıların zayıflamasına neden olarak otoantikorların epidermise erişimini kolaylaştırabilir. Ayrıca, salınan ısı şoku proteinleri ve tehlike ilişkili moleküler yapılar (DAMP) gibi moleküller immün yanıtı güçlendirerek bül oluşumunu tetikleyebilir. Bu süreç, PV'de görülen geç başlangıçlı ve sınırlı Koebner yanıtını açıklayabilir.

Koebner fenomeni, pemfigus vulgariste nadir görölse de, klinik farkındalık açısından önem taşır; özellikle cerrahi müdahaleler, radyoterapi veya invaziv işlemler planlanırken bu olasılık mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: koebner fenomeni, pemfigus vulgaris, travma ilişkili pemfigus

KAYNAKLAR: 1. Daneshpazhooh M, Fatehnejad M, Rahbar Z, Balighi K, Ghandi N, Ghiasi M, Abedini R, Lajevardi V, Chams-Davatchi C. Trauma-induced pemphigus: a case series of 36 patients. J Dtsch Dermatol Ges. 2016 Feb;14(2):166-71. doi: 10.1111/ddg.12738. PMID: 26819113.

2. Mannu A, Das P, Vasudevan B, Sharma S. Koebner's Phenomenon in Pemphigus Vulgaris. Indian Dermatol Online J. 2024 Sep 12;16(2):309-310. doi: 10.4103/idoj.idoj_130_24. PMID:

40125071; PMCID: PMC11927995.

3. Hattier G, Beggs S, Sahu J, Trufant J, Jones E. Koebner phenomenon: pemphigus vulgaris following Mohs micrographic surgery. Dermatol Online J. 2019 Jan 15;25(1):13030/qt64b6k3wr. PMID: 30710902.

TEDAVİ ÖNCESİ



TEDAVİ SONRASI





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-040][KABUL:POSTER]

METOTREKSAT TEDAVİSİNE YANIT VEREN DİRENÇLİ ERİTEMA MULTİFORME MİNÖR OLGUSU

Rale Karaca, Ömer Kutlu, Atiye Akbayrak

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilimdalı, Tokat

GİRİŞ-AMAÇ:

Eritema multiforme (EM), ciltte belirgin hedef benzeri lezyonların ortaya çıkmasıyla karakterize akut, immün aracılı bir durumdur. Eritema multiforme minör ve major olmak üzere iki gruba ayrılır. Eritema multiforme major, şiddetli mukozal tutulumlu EM'yi tanımlar; ateş ve artralji gibi ilişkili sistemik semptomlara sahip olabilir. Eritema multiforme minör ise mukozal hastalık olmayan sadece kutanöz iris benzeri döküntülerle seyreden bir tablodur. EM minör genellikle kendiliğinden gerileyen bir tablodur, önemli sekeller bırakmadan haftalar içinde düzelir. Biz burada tedaviye dirençli bir eritema multiforme minör olgusu sunacağız.

OLGU:

Yirmi iki yaşında kadın hasta, polikliniğimize yaklaşık 1 aydır olan vücutta kaşıntı ve döküntü şikayeti ile başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde kollarda, bacaklarda ve yüzde targetoid lezyonlar ve eritemli papül ve plaklar izlendi. Mukoza tutulum yoktu. Hastanın bu lezyonlar çıkmadan önce dudakta uçuk şikayeti olduğu öğrenildi. Dış merkezde döküntüleri için topikal ve sistemik steroid tedavisi yapılmış ancak hasta tedaviden fayda görmemişti. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Özgeçmişinde bilinen bir hastalık öyküsü yoktu. Hastadan eritema multiforme minör, PLEVA, Dühring hastalığı ön tanımları ile punch biyopsi alındı. Biyopsi sonucunda ortokeratoz, parakeratoz, epidermiste spongioz ve intraepidermal vezikül formasyonu ile bu alanda yoğun polimorfonükleer lökositler ve fibrin birikimi gözlendi. Bazal tabakada dejenerasyon, dermiste hafif ödem ile perivasküler mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi. Bu klinik ve histopatolojik bulgularla hastaya eritema multiforme minör lehine değerlendirildi. Hastaya metotreksat 7,5 mg/hafta ve herpes baskılama tedavisi (valasiklovir tb 500 mg 1x1) başlandı. Hasta 7.5 mg/hafta metotreksat kullanmasına rağmen 2 ay boyunca lezyonları şiddetli kaşıntı ile birlikte artarak devam ediyordu. Metotreksat dozu 10 mg/haftaya çıkıldı. Yaklaşık 5 ay kadar metotreksat 10 mg/hafta şeklinde kullandıktan sonra hastanın şikayetleri tamamen geriledi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Eritema multiforme, hem cildi hem de mukoza zarlarını etkileyen, çoğunlukla akral yerleşimli olan belirgin "hedef lezyonlar" oluşturan maküler, papüler, büllöz veya ürtikeryal lezyonların ortaya çıkmasıyla karakterize bir immün aracılı aşırı duyarlılık reaksiyonudur. En sık akral bölgelerde görülse de yüz, boyun, avuç içleri, ayak tabanları, ekstremitelerin fleksural yüzeyleri ve/veya gövde de etkilenebilir (1,2). Eritema multiforme minör etiyolojisi enfeksiyonlar, ilaçlar, otoimmün hastalık, malignite, aşılama, radyasyon maruziyeti, alerjik kontakt dermatit, sarkoidoz ve adet dönemi dahil olmak üzere multifaktöriyeldir. (7,8). Eritema multiforme minör vakalarının yaklaşık %90'ı enfeksiyonlardan (viral, bakteriyel veya fungal) kaynaklanır ve en yaygın suçlu herpes simpleks virüsüdür (9). Yakın zamanda COVID-19 aşısı ile eritema multiforme arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (10). EM'deki patolojik bulgular tipik olarak bazal hücreli vakuolar dejenerasyon, dağınık nekrotik keratinositler ve lenfosit ekzositozunu içerir. Kan damarlarını ve dermoepidermal bileşkeyi çevreleyen yoğun bir yüzeysel dermal lenfositik infiltrat da mevcuttur (13-15). Özellikle erken lezyonlarda papiller dermal ödem ve eritrosit ekstrasvazasyonu belirgin olabilir (16,17). EM tanısı anamnez ve klinik bulgularla konulsa da gerektiğinde cilt biyopsileri tanıyı doğrulamaya yardımcı olur. Tedavisinde cilt lezyonları için topikal steroidler ve antihistaminikler, şiddetli mukozal tutulum olanlarda sistemik steroidler kullanılabilir. Eğer HSV enfeksiyonuna sekonder gelişmişse antiviral tedaviler (asiklovir, valasiklovir, famsiklovir) kullanılabilir. Antiviral tedaviyle düzelmeyen, tekrarlayan EM'si olan hastalarda siklosporin, talidomid, lenolidomid, hidroksiklorokin, interferon alfa, mikofenolat mofetil, dapson, azatioprin gibi ilaçlar değişen başarı oranında kullanılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla daha önce eritema multiforme minör tedavisinde metotreksat kullanılmamıştır ancak kullanımı açısından daha çok vakaya ve araştırmaya ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: eritema multiforme minör, herpes simpleks virüs, metotreksat

KAYNAKLAR: 1. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. J Am Acad Dermatol 1983; 8:763.

2. Huff JC. Erythema multiforme. Dermatol Clin 1985; 3:141.

3. Fitzpatrick SG, Cohen DM, Clark AN. Ulcerated Lesions of the Oral Mucosa: Clinical and Histologic Review. Head Neck Pathol. 2019 Mar;13(1):91-102. [PMC free article] [PubMed]

4. Magri F, Chello C, Pranteda G, Pranteda G. Erythema multiforme: Differences between HSV-1 and HSV-2 and management of the disease-A case report and mini review. Dermatol Ther.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2019 May;32(3):e12847. [PubMed]

5.de Risi-Pugliese T, Sbidian E, Ingen-Housz-Oro S, Le Cleach L. Interventions for erythema multiforme: a systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019 May;33(5):842-849. [PubMed]

6.Paulino L, Hamblin DJ, Osondu N, Amini R. Variants of Erythema Multiforme: A Case Report and Literature Review. Cureus. 2018 Oct 16;10(10):e3459. [PMC free article] [PubMed]

7.Kohn AH, Pourali SP, Adler BL, Armstrong AW. The Association Between Allergic Contact Dermatitis and Erythema Multiforme: A Systematic Review of the Literature. 2022 Sep-Oct 01Dermatitis. 33(5):308-322. [PubMed]

8.Regan W. Erythema multiforme associated with menstruation. J R Soc Med. 1986 Apr;79(4):249. [PMC free article] [PubMed]

9.Dhareel S, Koirala B, Dali M. Oral erythema multiforme attributed to herpes simplex virus: A less recognized variant. Clin Case Rep. 2024 Sep;12(9):e9388. [PMC free article] [PubMed]

10.Wu PC, Huang IH, Wang CW, Chung WH, Chen CB. Erythema Multiforme and Epidermal Necrolysis Following COVID-19 Vaccines: A Systematic Review. Dermatitis. 2024 Aug 22; [PubMed]

11.Brice SL, Krzemien D, Weston WL, Huff JC. Detection of herpes simplex virus DNA in cutaneous lesions of erythema multiforme. J Invest Dermatol. 1989 Jul;93(1):183-7. [PubMed]

12.Brice SL, Leahy MA, Ong L, Krecji S, Stockert SS, Huff JC, Weston WL. Examination of non-involved skin, previously involved skin, and peripheral blood for herpes simplex virus DNA in patients with recurrent herpes-associated erythema multiforme. J Cutan Pathol. 1994 Oct;21(5):408-12. [PubMed]

13.Howland WW, Golitz LE, Weston WL, Huff JC. Erythema multiforme: clinical, histopathologic, and immunologic study. J Am Acad Dermatol 1984; 10:438.

14.Ackerman AB, Penneys NS, Clark WH. Erythema multiforme exudativum: distinctive pathological process. Br J Dermatol 1971; 84:554.

15.McKee PH. Lichenoid and interface dermatoses. In: Pathology of the Skin with Clinical Correlations, McKee PH, Calonje E, Granter SR (Eds), Elsevier Limited, 2005. p.237.

RESİM 1



Bacakta eritemli papüller, plaklar ve hedef benzeri lezyonlar izlenmekte.

RESİM 2



Kolda eritemli papüller, plaklar ve hedef benzeri lezyonlar izlenmekte.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-041][KABUL:POSTER]

TEK TIRNAKTA LONGİTUDİNAL ERİTRONİŞİ:OLGU SUNUMU

Sedef Çakal Güngörür¹, Gökçe Işıl Kurmuş¹, Selda Pelin Kartal¹, Özay Gököz², Selin Çolak²

¹Etlik Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Subungual skuamöz hücreli karsinom (SCC), tırnak ünitesinin nadir görülen bir malignitesidir ve genellikle sinsi başlangıcı ve iyi huylu durumlarla benzerliği nedeniyle erken tanıdan kaçır. Tipik klinik bulgular arasında longitudinal eritronişi, distal onikoşizi, subungual hiperkeratoz, onikolizis ve tırnak plağında ayrılma veya renk değişikliği yer alır. Bu bulgular sıklıkla onikomikoz, verruka vulgaris, glomus tümörü, onikopapillom, subungual melanom ve liken planus gibi diğer tırnak hastalıklarını taklit eder. Bilinen risk faktörleri arasında yüksek riskli insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu, kronik travma, iyonize radyasyon ve tütün kullanımı yer alır. Derin doku invazyonu ve geri dönüşü olmayan fonksiyon kaybını önlemek için erken tanı büyük önem taşır. Olgumuzda da gösterildiği üzere, tırnak değişiklikleri genç erişkinlerde bile altta yatan bir maligniteyi gösterebilir; bu da şüphe uyandıran klinik tablolarda zamanında histopatolojik değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır.

OLGU:

26 yaşında erkek hasta sol el dördüncü parmak tırnağında dört yıldır bulunan,son bir yıldır da genişleyen longitudinal eritronişi şikayeti ile polikliniğimize başvurdu.Öyküsünde travma,tırnak çevresinde enfeksiyon,ağrı,hassasiyet,soğuğa karşı hipersensitivite olmadığı fakat radyasyon maruziyeti olabileceği ve sigara geçmişi öğrenildi.Muayenesinde diğer tırnaklarda benzer şikayet gözlenmedi,dermoskopik muayenesinde distal 'V' şeklinde çentik ve onikoşizi gözlemlendi,tırnak altı kitle görünümü bulunmamaktaydı.Onikopapilloma,siğil,Glomus tümörü,SCC in situ,amelanotik melanom ön tanıları ile eksizyonel biyopsi alındı.SCC tanısı biyopsi sonucu ile konuldu.Sonrasında yapılan X-ray görüntüleme ile kemik yapılarında destrüksiyon olmadığı gözlemlendi.Total tırnak ünitesi eksizyonu ve tenar bölgeden deri grefti gerçekleştirildi.

SONUÇ:

Bu olgu, özellikle kümülatif radyasyon maruziyeti ve sigara gibi risk faktörlerinin mevcut



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

olduğu durumda, genç hastalarda dahi persistan tırnak anormalliklerinin ayırıcı tanısında subungual SCC'nin (skuamöz hücreli karsinom) dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır. Erken histolojik değerlendirme, zamanında tanı konulması ve fonksiyon koruyucu tedavi için hayati öneme sahiptir.

ANAHTAR KELİMELEER: longitudinal eritronişi, skuamoz hücreli karsinom, tırnak hastalıkları

KAYNAKLAR: 1. Tang N, Maloney ME, Clark AH, Jellinek NJ. A Retrospective Study of Nail Squamous Cell Carcinoma at 2 Institutions. *Dermatol Surg.* 2016;42:8-17. doi: 10.1097/DSS.0000000000000521.

2. Starace M, Alessandrini A, Dika E, Piraccini BM. Squamous cell carcinoma of the nail unit. *Dermatol Pract Concept.* 2018;8:238-244. doi: 10.5826/dpc.0803a17.

3. Lecerf P, Richert B, Theunis A, André J. A retrospective study of squamous cell carcinoma of the nail unit diagnosed in a Belgian general hospital over a 15-year period. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69:253-61. doi: 10.1016/j.jaad.2013.02.008.

4. Waterton K, Magro CM, Lipner SR. Nail Unit Squamous Cell Carcinoma with Onycholemmal Features: Case Report and Review of the Literature. *Skin Appendage Disord.* 2023;9:284-290. doi: 10.1159/000529906.

5. Gou D, Nijhawan RI, Srivastava D. Mohs Micrographic Surgery as the Standard of Care for Nail Unit Squamous Cell Carcinoma. *Dermatol Surg.* 2020;46:725-732. doi: 10.1097/DSS.0000000000002144.

EKSİZYONEL BİYOPSİ SIRASINDA TIRNAK PLAĞI KALDIRILDIKTAN SONRA TIRNAK YATAĞININ GÖRÜNÜMÜ



SOL EL DÖRDÜNCÜ PARMAK LONGİTUDİNAL ERİTRONİŞİ MAKROSKOPİK GÖRÜNÜMÜ



33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-042][KABUL:POSTER]

UPADACİTİNİB İLE TEDAVİ SIRASINDA BİLATERAL OKÜLER HERPES ENFEKSİYONU GELİŞEN BİR ATOPIK DERMATİT OLGUSU

Ömer Aydın, Fatma Aslı Hapa

Buca Seyfi Demirsoy EAH, Dermatoloji ABD, İZMİR

GİRİŞ-AMAÇ:

Atopik dermatit (AD), kaşıntı, kuruluk, tekrarlayan ve/veya sürekli eritematoz papüller ve plaklar gibi diğer klinik özelliklerle karakterize edilen kronik enflamatuvar bir deri hastalığıdır. Hafif AD genellikle topikal tedavilerle tedavi edilir. Ancak, orta şiddetli ve şiddetli AD'li hastalar genellikle biyolojik ajanlar (dupilumab ve tralokinumab) veya selektif Janus kinaz-1 (JAK-1) inhibitörleri gibi sistemik ve/veya ileri tedavilere ihtiyaç duyarlar, örneğin abrocitinib ve upadacitinib. Upadacitinib (UPA), JAK1'i seçici olarak inhibe eden, günde bir kez alınan oral bir ilaçtır ve JAK2, JAK3 ve tirozin kinaz iki üzerindeki etkisi sınırlıdır. Upadacitinib, AD'ye önemli ölçüde katkıda bulunan IL-4, IL-5, IL-13 ve IL-31 gibi proenflamatuvar sinyal yollarını inhibe eder. Upadacitinib ile ilişkili oküler herpes enfeksiyonu, JAK inhibitörlerinin potansiyel yan etkilerinden biri olarak bilinir. Oküler herpes, herpes simplex virüsünün (HSV) gözde neden olduğu enfeksiyonlardır ve bu enfeksiyonlar, gözde ağrı, kızarıklık, görme kaybı ve korneal lezyonlar gibi ciddi sorunlara yol açabilir. Burada upadacitinib ile tedavi sırasında bilateral oküler herpes simplex enfeksiyonu gelişen bir atopik dermatit vakasını sunuyoruz.

OLGU:

Vakamız şiddetli AD nedeniyle kliniğimize başvuran 44 yaşında bir erkek hastadır. Hasta bize ilk başvurduğunda şikayetleri yaklaşık 3 senedir mevcuttu. Hasta bu süreçte topikal tedaviler, oral kortikosteroid, antihistaminik tedavileri, omalizumab ve konvansiyonel tedavi olarak siklosporin tedavisi almış. Hastanın kendisinde ve ailesinde atopi öyküsü; kendisinde ayrıca ürtiker ve anjiyödem öyküsü mevcut. Hastanın ilk muayenesinde VAS skoru 10, EASI skoru 27,4 olarak hesaplandı. Bu hastaya kliniğimizde upadacitinib tedavisine başlandı. Hasta upadacitinib tedavisinden oldukça fayda gördü, tedavinin 3. ayında VAS skoru 0 dı. Tedavinin 5. ayında hasta her iki göz kapağında ve periorbital bölgede olan eritem, ödem ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Her iki göz çevresinde eritemli zemin üzerinde ağrılı veziküller mevcuttu. (Resim 1) Hasta göz hastalıklarına konsulte edildi ve oküler herpes ile uyumlu bulundu. Herpes tanısı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

konduktan sonra hasta göz hastalıkları tarafından, yedi gün boyunca günde üç kez 1000 mg valasiklovir reçete edilerek tedavi edilmiştir ve bir hafta içinde herhangi bir sekel kalmadan iyileşmiştir.

SONUÇ:

Herpes simpleks ve Varicella zoster virüsünün reaktivasyon mekanizmaları benzerdir ve JAK inhibitörleri, hem primer hem de reaktif HSV enfeksiyonlarına karşı artmış duyarlılıkla ilgilidir. Upadacitinib tedavisi sırasında herpes simplex enfeksiyonlarıyla ilgili mevcut literatür zona kadar sık bildirilmemiştir ve sınırlıdır. Ancak, benzer Janus kinaz inhibitörü olan abrocitinib ile yapılan çalışmalarda, herpes simplex (HS) ve egzema herpetikum (EH) enfeksiyonlarının insidansı rapor edilmiştir. Örneğin, abrocitinib 200 mg tedavisi gören hastalarda HS insidansı %5,9 (116 vakada) ve EH insidansı %0,4 (8 vakada) olarak bildirilmiştir. Dupilimumab ve/veya barisicitinibe yetersiz yanıtı 47 atopik dermatitli hastada UPA tedavisi denenmiş ve bu hastaların %12,8 (n=6) herpes simplex enfeksiyonu rapor edilmiştir. Literatürde UPA ile tedavi edilirken gerçekleşen bilateral oküler herpes enfeksiyonu bildirilmemiştir. Bizim çalışmamız literatürde ilk defa bildirilen bir olgu olması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

ANAHTAR KELİMELEER: atopik dermatit, herpes enfeksiyonu, upadacitinib

KAYNAKLAR: 1]Spergel JM, Paller AS. Atopic dermatitis and the atopic march. J Allergy Clin Immunol 2003; 112 (6 Suppl): S118-27 [2] Sher LG, Chang J, Patel IB, et al. Relieving the pruritus of atopic dermatitis: a meta-analysis. Acta Derm Venereol 2012; 92: 455-61. [3]He A, Feldman SR, Fleischer AB. An assessment of the use of antihistamines in the management of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2018; 79: 92-6. [4] Puar N, Chovatiya R, Paller AS. New treatments in atopic dermatitis. Ann Allergy Asthma Immunol 2021; 126: 21-31 [5]Nezamololama N, Fieldhouse K, Metzger K, Gooderham M: Emerging systemic JAK inhibitors in the treatment of atopic dermatitis: a review of abrocitinib, baricitinib, and upadacitinib. Drugs Context. 2020, 9:10.7573/dic.2020-8-5 [6]Smith, D., & Johnson, P. (2022). Herpes Simplex and Eczema Herpeticum Incidence in Abrocitinib Treatment. Journal of Investigative Dermatology, 142(5), 1054-1060. [7]Boesjes, C. M., Van der Gang, L. F., Zuithoff, N. P. A., Bakker, D. S., Spekhorst, L. S., Haec, I., Kamsteeg, M., De Graaf, M., & De Bruin-Weller, M. S. (2023). Effectiveness of Upadacitinib in Patients with Atopic Dermatitis including those with Inadequate Response to Dupilumab



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

and/or Baricitinib: Results from the BioDay Registry. Acta dermato-venereologica, 103, adv00872. <https://doi.org/10.2340/actadv.v103.5243>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-043][KABUL:POSTER]

PSORİASİSİN İKSEKİZUMAB İLE TEDAVİSİ SIRASINDA LATENT TÜBERKÜLÖZ REAKTİVASYONU GELİŞEN BİR OLGU

Dr. Simay Yaşbay, Prof. Dr. Fatma Aslı Hapa

BUCA SEYFİ DEMİRİSOY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, DERMATOLOJİ ABD, İZMİR

GİRİŞ-AMAÇ:

Tüberküloz, sağlıklı bireylerde sıklıkla asemptomatik bir tablo olan latent tüberküloz enfeksiyonu olarak görülse de immun supresyon yapan durumlar reaktivasyon riskini artırmaktadır(1). Bu durum göz önünde bulundurularak, hastalar biyolojik ajan tedavisi öncesi ve tedavi esnasında yıllık olarak latent tüberküloz açısından tüberkülin deri testi veya interferon-gamma salınım testleri ile taranmalıdır (2). Interferon-gamma salınım testi klinikte en sık QuantiFERON-TB-Gold in tube (QFT) testi olarak kullanılmaktadır(3). Biz de iksekizumab tedavisi sırasında latent tüberküloz reaktivasyonu gelişen bir olguyu sunmak istedik.

OLGU:

24 yaşında kadın hasta, kliniğimize Mayıs 2021 tarihinde saçlı deride psoriatik plaklar şikayeti ile başvurdu. Hastanın lezyonları 4 senedir mevcuttu ve topikal tedavilerden fayda görmüyordu. Kliniğimizde haftada bir 15 mg s.c. metotreksat tedavisi başlandı. Hasta 5 ay süreyle s.c. metotreksat tedavisi aldı ancak lezyonlarında gerileme görülmedi. Ekim 2021 tarihinde metotreksat tedavisi kesilerek iksekizumab tedavisi planlandı. İksekizumab tedavisi öncesi alınan QFT testinin pozitif gelmesiyle rifampisin kemoprofilaksisi uygulandı. Hastanın lezyonları iksekizumab tedavisi ile tamamen gerildi ve PASI 0 skoru elde edildi. Rutin kontrollerde, iksekizumab tedavisinin 22. ayında, Ağustos 2023 tarihinde çekilen akciğer grafisinde sağ lob posteriorunda nodüler tutulum görüldü. İleri incelemede toraks BT’de sağ akciğer posteriorunda kalsifik hamartamatöz nodüller konfirme edildi. Hastanın akciğer tutulumu latent tüberküloz reaktivasyonu ile uyumlu bulundu. İksekizumab tedavisi kesilerek 6 ay süreyle Isoniazid, rifampisin, etambutol, prazinamid tedavisi verildi. Hasta psoriasis açısından topikal tedavi ile izlenmekte, saçlı deride ve sağ ayak dorsal yüzünde psoriatik plakları devam etmektedir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

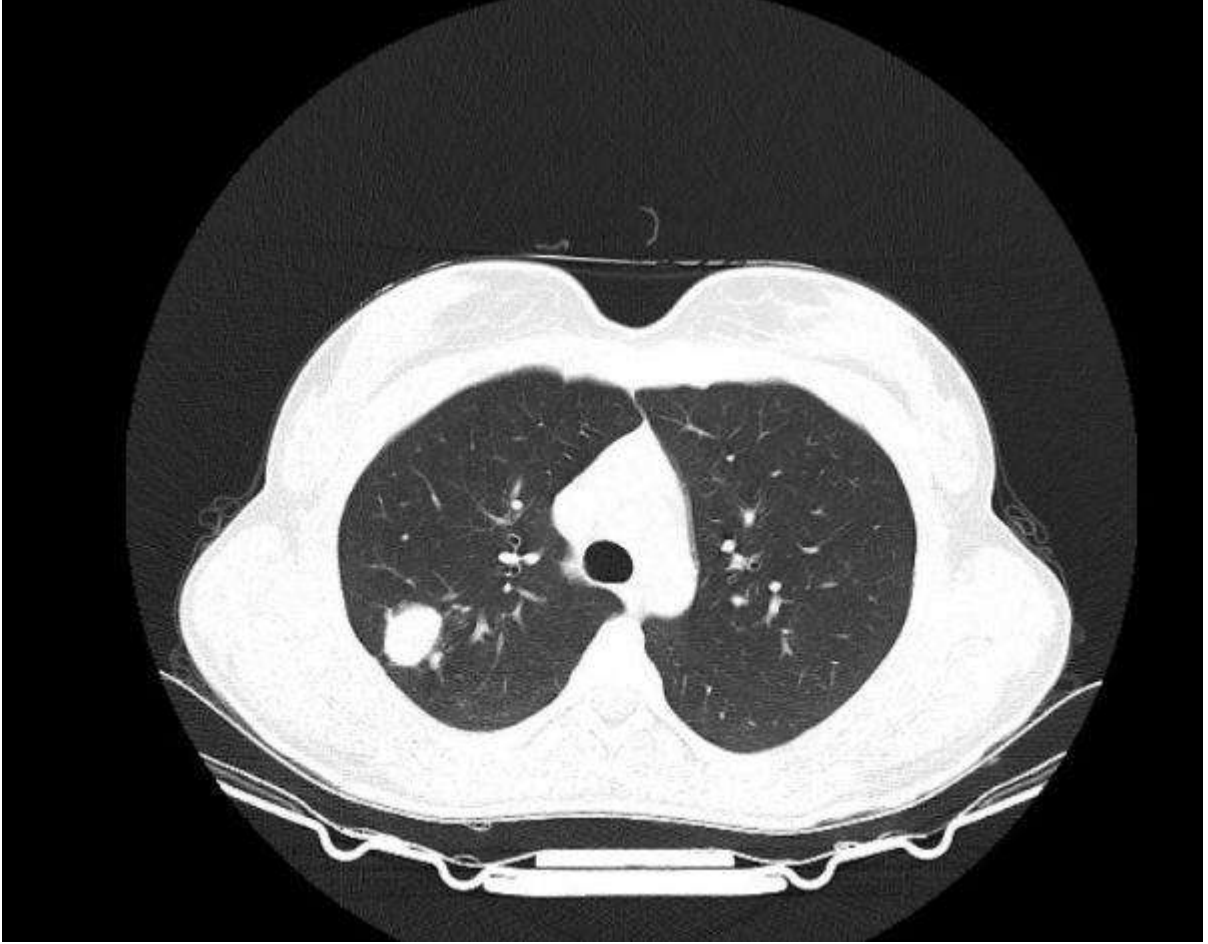
Literatürde, iksekizumab tedavisi sırasında latent tüberküloz reaktivasyonunun görüldüğü bir vaka bildirilmiş olsa da iksekizumab tedavisinin latent tüberküloz reaktivasyonuna sebep olduğu ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir veri bulunmamakta, konu ile ilgili ileri çalışmaların gerektiği belirtilmektedir. Biz de bu sebeple iksekizumab tedavisi esnasında latent tüberküloz reaktivasyonu gelişen hastamızı sunmak istedik.

ANAHTAR KELİMELEER: İksekizumab, Latent Tüberküloz, Psoriasis

KAYNAKLAR: KAYNAKLAR:

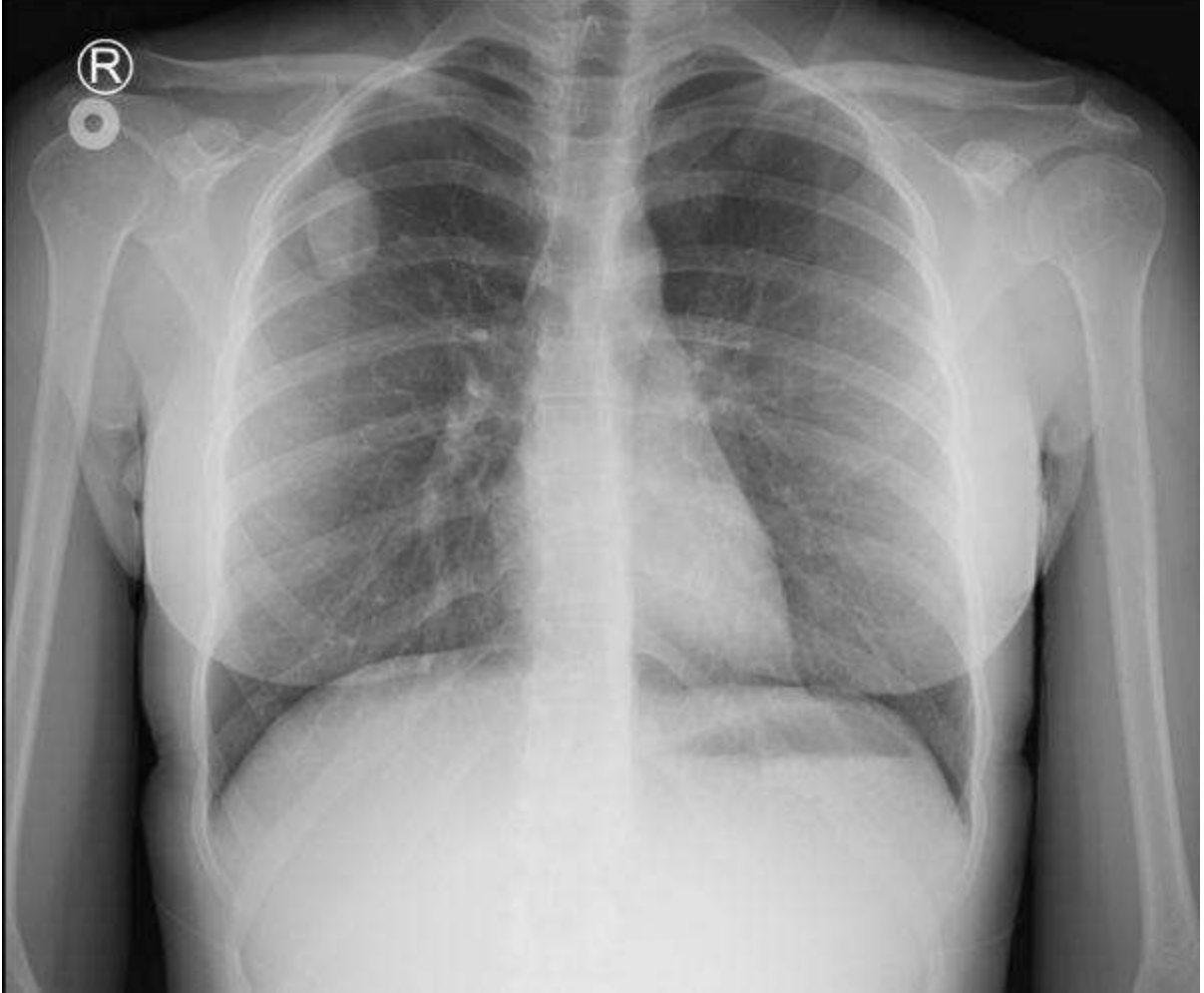
- 1) Torres, T., Chiricozzi, A., Puig, L., Lé, A. M., Marzano, A. V., Dapavo, P., & Gisondi, P. (2024). Treatment of psoriasis patients with latent tuberculosis using IL-17 and IL-23 inhibitors: a retrospective, multinational, multicentre study. *American Journal of Clinical Dermatology*, 25(2), 333-342.
- 2) Li, Y., Lu, J., & Fu, J. (2024). Rare Case Report of Primary Active Pulmonary Tuberculosis During Ixekizumab Treatment for Plaque Psoriasis. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 1723-1728.
- 3) Erbağcı E, Koç Yıldırım S, Hapa FA. Evaluation of serial QuantiFERON-TB Gold in tube test results and tuberculosis infection status in patients with psoriasis receiving anti-IL-17 treatment (secukinumab and ixekizumab): Real-world data from a tuberculosis-endemic country. *Australas J Dermatol*. 2024 Nov;65(7):567-575. doi: 10.1111/ajd.14340. Epub 2024 Jul 1. PMID: 38946637

**LATENT TÜBERKÜLÖZ REAKTİVASYONUNUNDA HASTANIN AKCİĞER TUTULUMUNU
GÖSTEREN GÖRÜNTÜLEMELER**



Resim 2. Sağ akciğer posteriorunda kalsifik hamartamatöz nodüllerin görüldüğü toraks BT görüntüsü

**LATENT TÜBERKÜLÖZ REAKTİVASYONUNUNDA HASTANIN AKCİĞER TUTULUMUNU
GÖSTEREN GÖRÜNTÜLEMELER**



Resim 1. Hastanın rutin kontrollerinde nodüler tutulum görülen akciğer grafisi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-044][KABUL:POSTER]

SİSTEMİK STEROİD KULLANAN OLGUDA İZOLE GENİTALDE NODÜLER SKABİYEZ

İmran Aslan, Zafer Türkoğlu, Mehmet Onur Gökalp

Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Uyuz, *Sarcoptes scabiei* adlı bir akarın neden olduğu bir cilt hastalığıdır.(1) Nodüler uyuz, klasik uyuzun nadir görülen bir formudur. Tipik bulgulara ek olarak genital bölgede eritemli, sert ve şiddetli kaşıntılı nodüllerle karakterizedir. Nodüler uyuzun oluşum mekanizması kesin olarak bilinmemekle birlikte, *Sarcoptes scabiei* akarına karşı gelişen geç tip (Tip IV) aşırı duyarlılık reaksiyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu reaksiyon, parazit tedavisiyle vücuttan uzaklaştırılsa bile haftalarca, aylarca sürebilen inflamatuvar nodüllere neden olabilir.(2)

En sık genital bölgede (penis, skrotum, labia) görülür.Kaşıntı, özellikle geceleri belirgindir.Nadiren aksilla, kalça veya inframamarian bölgede görülebilir.Nodüller, parazit tedavisine rağmen haftalarca devam edebilir.(3) Klinik bulgular genellikle tanı koydurucudur.Şüphesi varsa, deri kazıntısı veya biyopsi yapılabilir.Histopatolojide dermiste eozinofilden zengin inflamasyon vardır.Tedavide antiparazitik olarak topikal permetrin, oral ivermektin; nodüllere yönelik ise topikal kortikosteroid, oral antihistaminik, topikal kalsinörin inhibitörleri, intralezyonel steroid enjeksiyonu kullanılabilir.(4)

OLGU:

27 yaş erkek hasta, 1 haftadır genital bölgede şiddetli kaşıntı şikayeti ile başvurdu.Genital bölge dışında kaşınan bir bölge yoktu.Kaşıntısının gece arttığı, çevresinde başka kaşınan birey olmadığı öğrenildi.Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın anamnezinden spor eğitmeni olduğunu ve uzun zamandır sistemik steroid kullandığı öğrenildi.Dermatolojik muayenede skrotumda, glans peniste yaygın çok sayıda eritemli nodülleri mevcuttu.Dermoskop ile bakıldı, vücutta ve genital bölgede sillon görülmedi.Hastadan serolojik testler de istendi,normal sonuçlandı. Prurigo nodularis, Langerhans hücreli histiositoz, lenfomalar, pseudolenfoma, folikülit ayırıcı tanısı için biyopsi planlandı ancak hasta kabul etmedi.Klinik bulgular ve anamnez doğrultusunda Nodüler skabiyez olarak değerlendirilen hastaya kiloya göre oral ivermektin ve topikal permetrin tedavisi 1 hafta arayla 2 kür olacak şekilde verildi.1 hafta sonra kontrole gelen hastanın kaşıntısı tama yakın geçmişti.Nodüllerin eritemi ve nodül



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

sayısı azalmıştı. Skabiyez tedavisini tamamlayan hastaya nodüllere yönelik topikal Pimekrolimus krem günde 2 defa önerildi. 2 hafta sonra kontrole çağırıldı. Kaşıntısı tamamen geçmiş nodüllerin eritemi solmuş 1-2 adet dirençli nodülü mevcuttu. Pimekrolimus tedavisine 2 hafta daha devam edilmesi yanıt alınamazsa intralezyonel steroid enjeksiyonu yapılabileceği planlandı. Tedavi sonrası hasta fotoğraf çekimine izin vermediğinden fotoğraflama yapılamadı.

SONUÇ:

Genital bölgede şiddetli kaşıntılı nodülleri olan hastalarda vücudun başka bir bölgesinde kaşıntı olmasa da nodüler skabiyez akla gelmelidir. Özellikle vakamızda olduğu gibi genç popülasyonda bu tanı daha ön planda olmalıdır. Ayrıca literatürde destekleyici fazla veri olmasa da hastanın uzun süreli steroid kullanımına bağlı immünsüpresyon durumu da kolaylaştırıcı faktör olarak göz önünde bulundurulabilir. Skabiyez tedavisi sonrası nodüllerin aylarca devam edebileceği hastaya anlatılmalıdır. Nodüllere yönelik literatürde topikal pimekrolimus tedavisi verilen vakalar bildirilmiştir. Vakamız da immünsüpresyonu olan hastada nodüler skabiyez tanı ve tedavisine dikkat çekmek için sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: skabiyez, nodüler skabiyez, genital kaşıntı, immünsüpresyon

KAYNAKLAR: (1) Otero L, Varela J, Espinosa E, Sanchez C, Junquera ML, del Valle A, et al. *Sarcoptes scabiei* in a Sexually Transmitted Infections Unit: A 15-Year Study. *Sex Transm Dis* 2004;31(12):761–5, doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01.olq.0000145853.35574.18>.
(2) Chosidow, O. (2006). Scabies. *New England Journal of Medicine*, 354(16), 1718–1727.
(3) Engelman, D. et al. (2018). The 2018 IACS Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *PLOS Neglected Tropical Diseases*.
(4) Strong, M., Johnstone, P. (2007). Interventions for treating scabies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-045][KABUL:POSTER]

METOTREKSAT KULLANAN HASTALARDA GELİŞEN KAKOSMİ VE HİPEROSMİ OLGUSU

Kübra Karakiraz, Ömer Kutlu, Atiye Akbayrak

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

GİRİŞ-AMAÇ:

Metotreksat (MTX), psoriasis ve romatoid artrit gibi çeşitli inflamatuvar hastalıkların sistemik tedavisinde uzun süredir yaygın olarak kullanılan bir folat antagonistidir(1). Metotreksatın iyi bilinen yan etkileri arasında gastrointestinal intolerans, hepatotoksisite ve hematolojik bozukluklar yer almakla birlikte, nörolojik toksisitesine dair daha az bilgi bulunmaktadır(2). Son zamanlarda, MTX kullanımı sonrasında hiperosmi (koku duyusunda artış) ve kakosmi (kötü kokuların algılanması) gibi olfaktör bozuklukların gelişebileceği birkaç olguda bildirilmiştir (3). Bu bildiride, oldukça nadir görülen MTX kullanan hastalarda gelişen kakosmi ve hiperosmi olgusu sunuyoruz.

OLGU:

Psoriasis vulgaris tanısı konulan 18 yaşında kadın hastaya 15 mg/hafta olacak şekilde MTX başlandı. Tedavinin 2. ayında koku hassasiyetinde artış ve kötü koku alma şikayeti ortaya çıktı. Hasta, bu şikayetin MTX başlanmadan önce olmadığını belirtti. Hastanın özgeçmişinde alerjik rinit, nazal polip, psikiyatrik bir hastalık yoktu ve soygeçmişinde benzer hikayesi bulunmamaktaydı. Hastanın laboratuvar incelemesinde tam kan, sedimentasyon, crp, sifiliz ve hepatit serolojileri normaldi.

SONUÇ:

Metotreksat, antiproliferatif ve immünmodülatör etkileri sayesinde inflamatuvar hastalıkların tedavisinde uzun süredir kullanılan sistemik bir ajanıdır. Dermatolojide özellikle psoriasis başta olmak üzere çeşitli hastalıklarda etkinliği kanıtlanmıştır. Tedavi süresince hastaların düzenli olarak izlenmesi, olası yan etkilerin erken tespiti açısından önem taşımaktadır. Klinik uygulamada hem monoterapi hem de kombine tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır(4). MTX'in merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileri tam olarak aydınlatılamamıştır. Nörolojik yan etkiler arasında baş ağrısı, baş dönmesi ve nadiren nöbetler bildirilmiştir. Bu durum, MTX'in



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

sinir sistemi üzerinde potansiyel etkileri olabileceğini düşündürmektedir(5). MTX'in folat antagonisti olması ve buna bağlı olarak sinir sisteminde folat eksikliği yaratması, olfaktör sistemde disfonksiyona yol açabilir. Folat eksikliği, sinir iletiminde bozulmalara ve nörosensoriyel sistemde disfonksiyona neden olabilir(6).

Klinik pratikte, bazı hastaların MTX kullanımı sırasında koku algısında değişiklikler bildirdiği gözlemlenmiştir. Bu semptomlar, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve ilaca uyumu azaltabilir. Ancak, bu tür olfaktör bozuklukların MTX ile doğrudan ilişkisi konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır(7).

Olgumuz literatürde az sayıda gözlenen metotreksatın nadir yan etkisi olan hiperosmi ve kakosmi gelişimi ile ilgili sunulmuştur. MTX kullanan hastalarda kakosmi ve hiperosmi gibi olfaktör semptomlar nadir de olsa gözlemlenebilmektedir. Bu semptomlar, hastanın yaşam kalitesinde bozulmaya yol açarak tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilir(8). Klinik pratikte MTX kullanan hastalarda koku duyusunda değişiklik şikayetleri sorgulanmalı ve gerekirse tedaviye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Bu, hastaların yaşam kalitesini artırabilir ve tedaviye uyumu sağlayabilir(9). Bu bulgular doğrultusunda, olfaktör sistem üzerindeki etkilerin araştırıldığı prospektif çalışmaların yapılması gereklidir. Bu sayede, MTX'in olfaktör sistem üzerindeki etkileri daha iyi anlaşılabilir ve gerekli önlemler alınabilir(10).

ANAHTAR KELİMELEER: Metotreksat, Anosmi, Kakosmi

KAYNAKLAR: 1.Handa S, Kaur I, Kumar B. Drowsiness induced by low-dose methotrexate. Clin Exp Dermatol. 2003;28(2):190–192.

2.Chan ES, Cronstein BN. Mechanisms of action of methotrexate. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2002;60(3-4):168–173.

3.Striano P, Coppola A, del Gaudio L, et al. Hyperosmia and epilepsy. Epilepsy Behav. 2006;8(3):648–651.

4.Zanchin G, Dainese F, Mainardi F, et al. Osmophobia in primary headaches. J Headache Pain. 2005;6(4):213–215.

5.Sharma A, Jain S, Juneja M. Levamisole-induced smell alteration. Indian Pediatr. 2015;52(4):338–340.

6.Schiller F. Osmophrenia. J Hist Neurosci. 1997;6(4):359–368.

7.Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet. 2015;386(9997):983–994.

8.Lacock M. Folic acid: nutritional biochemistry, molecular biology, and role in disease processes. Mol Genet Metab. 2000;71(1-2):121–138.

9.Doty RL. The olfactory system and its disorders. Semin Neurol. 2008;28(1):5–20.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

10.Visser K, van der Heijde D. Optimal dosage and route of administration of methotrexate in rheumatoid arthritis: a systematic review. Ann Rheum Dis. 2009;68(7):1094–1099.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-047][KABUL:POSTER]

**TRANSPLANTASYON SONRASI GELİŞEN CİLT LEZYONLARI: KLOROMA MI,
LENFOPROLİFERATİF HASTALIK MI?**

Fatma Aydemir, Rahime Ekmekcioğlu, Özge Sevil Karstarlı Bakay

Pamukkale Üniversitesi

GİRİŞ-AMAÇ:

Kutanöz lenfoproliferatif hastalıklar, hematolojik malignitesi olan hastalarda, özellikle transplantasyon sonrası dönemde ciltte gelişen infiltratif lezyonlar ile kendini gösterebilir. Kloroma (granülositik sarkom) ve transplant sonrası lenfoproliferatif bozukluklar (PTLD), özellikle lösemi ve kemik iliği nakli öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda yer almalıdır. Bu lezyonların erken tanısı için klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilmelidir.

OLGU:

İki yıl önce T-hücreli akut lenfoblastik lösemi (T-ALL) tanısı almış ve altı ay önce allojenik kemik iliği transplantasyonu yapılmış olan 25 yaşında erkek hasta, sırtında 2 gün önce başlayan ağrılı şişlik nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Muayenede sırtın sağ ve sol yarılarında, hassasiyet gösteren subkutanöz nodüler lezyonlar izlendi. USG'de sırt sağ yarısında 34 mm uzunlukta, 11 mm kalınlıkta; sol yarısında ise 24 mm uzunlukta, 8 mm kalınlıkta, cilt yerleşimli ekojenik lezyonlar saptandı. Kloroma ve transplant sonrası periferik B hücreli lenfoma ayırıcı tanıları ile punch biyopsi planlandı. Histopatolojik incelemede kutanöz lenfoproliferatif invazyon ile uyumlu bulgular saptandı. İmmünohistokimyasal (İHK) çalışmada CD3(+), CD10(+), TdT(+), Kromogranin(-) saptanarak T hücre kökenli lenfoblastik infiltrasyon doğrulandı. Bulgular, hastanın daha önceki biyopsi örneği ile benzerlik göstermekteydi.

Transplantasyon sonrası dönemde gelişen cilt lezyonları; enfeksiyonlar, GVHD, ilaç reaksiyonları ve malign infiltrasyon gibi geniş bir yelpazeye sahiptir. Sunulan olguda ön planda iki ayrı hematolojik malignite düşünülmüştür: kloroma ve kutanöz lenfoproliferatif invazyon. Kloroma, ekstrasmedüller miyeloid hücrelerin çoğalmasıyla oluşur ve sıklıkla AML ile ilişkilidir; ancak nadiren ALL ve transplantasyon sonrası da bildirilmektedir. USG'de cilt yerleşimli ekojenik lezyonların görülmesi ve immünohistokimyasal olarak CD3, CD10 ve TdT pozitifliğinin tespiti, T-hücre kökenli kutanöz lenfoproliferatif invazyonu desteklemiştir. İmmünohistokimya, benzer görüntüleme bulguları veren kloroma gibi tabloların ayırıcı tanısında kritik rol oynar.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Transplant sonrası lenfoproliferatif bozukluklar (PTLD), özellikle immünsüpresyonun yoğun olduğu erken dönemde ortaya çıkabilir. Bu olguda da ciltteki lezyonlar ilk bulgu olarak karşımıza çıkmıştır, bu yönüyle dikkat çekicidir.

SONUÇ:

Kemik iliği transplantasyonu sonrası dönemde gelişen cilt lezyonlarında malign infiltrasyon mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken biyopsi ve doğru immünohistokimyasal analiz, tanıyı hızlandırarak tedaviye yön verir. Bu olgu, kloroma ve T-hücreli kutanöz lenfoproliferatif hastalık gibi nadir fakat ciddi tabloların, benzer klinik ve radyolojik bulgularla karşımıza çıkabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Erken farkındalık, yaşam süresi ve kalitesini doğrudan etkileyebilir

ANAHTAR KELİMELEER: Kloroma, Lenfoma, Granülositik Sarkom

KAYNAKLAR: 1. Singh A, Kumar P, Chandrashekhara SH, Kumar A. Unravelling chloroma: review of imaging findings. Br J Radiol. 2017;90(1073):20160710. doi:10.1259/bjr.20160710.
2. Fathi AT, Robinson TM, et al. Post-transplant lymphoproliferative disorders: pathogenesis, diagnosis, and current treatment strategies. Clin Hematol. 2020;38:101235. doi:10.1016/j.clinhem.2020.101235.

ŞEKİL 1



Hastanın sırt bölgesinde muayeneden 2 gün önce gelişen nodüler lezyonlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-051][KABUL:POSTER]

MULTİMUKOZAL TUTULUMDA YENİ DÖNEM: BİR RIME VAKASI IŞIĞINDA GÜNCEL TANI YAKLAŞIMLARI

Caner Göllü, Pelin Hızlı, İlkay Can, Arzu Kılıç

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Reaktif enfeksiyöz mukokutanöz erüpsiyon (RIME), özellikle genç erişkinlerde enfeksiyonlar sonrası ortaya çıkan, mukozal tutulumun ön planda olduğu yeni tanımlanmış bir klinik antitedir. Başlangıçta yalnızca Mycoplasma pneumoniae ile ilişkili olarak tanımlanmışken, günümüzde farklı viral, bakteriyel ve fungal etkenlere sekonder gelişebildiği gösterilmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, RIME'nin kendine özgü bir hastalık kategorisi olduğu belirtilmiş, ayırıcı tanısında Stevens-Johnson sendromu (SJS), eritema multiforme majör (EMM), pemfigus vulgaris (PV) gibi ağır mukokutanöz hastalıklar olduğu için dikkatle incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu yazıda, ateş, dizüri ve yaygın mukokutanöz lezyonlarla başvuran bir olgu, güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU:

20 yaşında erkek hasta, kliniğimize vücuttaki ve oral mukozadaki lezyonları nedeniyle enfeksiyon hastalıkları tarafından SJS açısından danışıldı. Acil servise 4 gündür düşmeyen 39–40 °C'ye ulaşan ateş şikayeti, boğaz ağrısı ve yeni başlayan yüzde ve dudaklardaki yaralar nedeniyle başvurdu. Ek olarak dizürisi mevcuttu. Şüpheli ilaç kullanım öyküsü, şüpheli cinsel öykü bulunmamaktaydı. Kan tetkiklerinde CRP: 180 (<5 normal), sedimentasyon: 52 (0–15), tam kan, KCFT, BFT değerleri olağan, ELISA, sifiliz, Brucella testleri negatif. TİT'te eritrosit: 10. Dermatolojik muayenede; dudaklarda hemorajik krutlanma gösteren erode plaklar, glans penis ve skrotum derisinde krutlu, multipl ve dağınık yerleşimli papüller, gövdede ve sağ malar bölgede az sayıda dağınık yerleşimli bazıları krutlanmaya başlamış eritemli, targetoid görünümlü papül ve plaklar; Nikolsky belirtisi: Negatif; gözlerde kızarıklık; oral mukozada yoğun sekresyon, orofarenkste hiperemi; tonsillerde hipertrofi; bilateral sternokleidomastoid kas üzerinde ve suboksipital bölgede ağrısız lenfadenopatiler, oral ağızta kısıtlılık tespit edildi. RIME, EMM, SJS, toksik epidermal nekroliz (TEN), herpetik jinvivostomatit, paraneoplastik pemfigus, multifokal fiks ilaç erüpsiyonu ön tanıları ile iki adet deri punch biyopsisi alındı. Diff-Quick boyası ile Tzanck smear yayma yapıldı. Akantolitik hücre görülmedi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Göz hastalıklarına yönlendirildi, konjunktivit tedavisi verildi. Akciğer grafisi ile birlikte göğüs hastalıklarına yönlendirildi, alt solunum yolu enfeksiyonu düşünülmedi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından siprofloksasin 500 mg 2x1 tedavisi başlanan hastaya tarafımızca metilprednizolon tablet 0,5 mg/kg, lezyonlara 2x1 fusidik asit + betametazon krem, oral mukoza lezyonları için 3x1 sukralfat gargara ve 2x1 triamsinolon asetonid uygulaması başlandı. Haftalık kontrole çağrılan hastanın bir hafta içinde genital bölge ve vücuttaki lezyonlarının, iki hafta içinde ise oral mukozadaki şikayetlerinin gerilediği; bir ayın sonunda tüm şikayetlerinin tamamen kaybolduğu görüldü. 1 ay sürecinde metilprednizolon tablet kademeli olarak düşürülerek kesildi. Alınan biyopsi raporunda histomorfolojik bulguların RIME ve TEN ile benzer morfolojide olduğu, olgunun klinik bulgular ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği” bildirildi.

SONUÇ:

RIME, ayırıcı tanısında SJS, EMM, PV gibi ciddi dermatolojik tabloların yer aldığı, ancak daha iyi prognozlu ve uygun yönetimle hızla iyileşebilen bir klinik durumdur. Olgumuzda, mukozal tutulumun belirginliği, enfeksiyon öyküsü, histopatolojik bulgular ve serolojik ve sitolojik veriler birlikte değerlendirilerek RIME tanısı konulmuş, sistemik kortikosteroid ve destek tedavileriyle tam iyileşme sağlanmıştır. Bu vaka, RIME’nin tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşımın ve dikkatli klinik değerlendirme ile histopatolojik korelasyonun önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Ayırıcı tanı, mukozal tutulum, RIME, Stevens-Johnson sendromu, targetoid lezyon

KAYNAKLAR: 1. Canavan TN, Mathes EF, Frieden I, Shinkai K. Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis as a syndrome distinct from Stevens-Johnson syndrome and erythema multiforme: a systematic review. J Am Acad Dermatol. 2015;72(2):239-245.
2. Carballido-Vázquez AM, et al. Recurrent reactive infectious mucocutaneous eruption (RIME) secondary to Chlamydia pneumoniae infection in an adult. Australas J Dermatol. 2023;64(4):537-543.
3. Padshah E, et al. Reactive Infectious Mucocutaneous Eruption Associated With Mycoplasma pneumoniae in an 11-year-old Boy. Pediatr Infect Dis J. 2024.
4. Liu X, et al. RIME in Immunocompromised Individuals: A Retrospective Study of 15 Cases. J Dermatol. 2023;50(7):807-814.
5. Ramien ML. Reactive infectious mucocutaneous eruption: Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis and other parainfectious eruptions. Clin Exp Dermatol.

2021;46(3):420-429.

6. Wang WY, Hu SCS. Mycoplasma Pneumoniae-Associated Reactive Infectious Mucocutaneous Eruption Sine Rash. Am J Med. 2024;137(6):e111-e112.

7. Joseph J, Truong K, Tatian A, Wargon O. An outbreak of reactive infectious mucocutaneous eruption (RIME) after Mycoplasma pneumoniae infections in Sydney, 2024: retrospective case series. Med J Aust. 2024;221(8):434-435.

RESİM 2



Dudaklarda hemorajik krutlanma gösteren erode plaklar, oral mukozada yoğun sekresyon.

RESİM 3



Glans penis ve skrotum derisinde krutlu, multipl ve dağınık yerleşimli papüller.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-052][KABUL:POSTER]

MELANOM BİLGİSİNİN DİJİTAL YÜZÜ: BÜYÜK DİL MODELLERİ HASTA EĞİTİMİ İÇİN NE KADAR GÜVENİLİR?

Ahmet Uğur Atılan, Niyazi Çetin

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Denizli

AMAÇ

Melanositlerden köken alan melanom, yüksek metastaz potansiyeli ve mortalite oranları nedeniyle en agresif ve ölümcül cilt kanseri türü olarak kabul edilmektedir.(1) Melanomun erken teşhisi, hastaların prognozunu ve hayatta kalma oranlarını önemli ölçüde iyileştirdiği için çok önemlidir.(2) Bu bağlamda son yıllarda, yapay zeka (YZ) tabanlı büyük dil modellerinin sağlık iletişimde kullanımı artmıştır. Bu modeller, çeşitli hastalıklar hakkında hasta broşürleri oluşturarak bilgiye erişimi kolaylaştırmakta, ancak içeriklerinin okunabilirlik ve bilimsel güvenilirlik açısından standartlara uygunluğu önemli bir tartışma konusu olmaya devam etmektedir.(3, 4) Bu çalışmanın amacı, farklı YZ modelleri tarafından üretilen Türkçe melanom hasta bilgilendirme broşürlerinin okunabilirlik ve bilimsel güvenilirlik açısından karşılaştırmalı analizini yapmaktır.

MATERYAL-METOD

Bu çalışmada, Türkçe dilinde hasta bilgilendirme broşürleri üretmek amacıyla yedi Büyük Dil Modeli (ChatGPT 4.0, Gemini 2.0, Claude 3.7, DeepSeek R1, Qwen 3.0, Grok 3 ve Mistral) kullanılmıştır. Modellerden her birine, önde gelen uluslararası ve ulusal organizasyonların sunduğu hasta bilgilendirme kaynaklarından hazırlanmış 22 soruluk standart bir prompt aracılığıyla "melanom" konulu broşür hazırlamaları istenmiş ve önceki kullanım geçmişlerinden etkilenmemeleri için her biriyle ayrı oturumlar başlatılmıştır. Broşürlerin okunabilirliği, Türkçe için geçerliliği kanıtlanmış Ateşman Okunabilirlik Formülü ile bilimsel içerik kalitesi ise DISCERN ölçeği ile 15 farklı kriter üzerinden değerlendirilmiştir.(5, 6)

BULGULAR

Çalışmada yedi farklı yapay zeka modeline ait yanıtların okunabilirlik puanları karşılaştırılmıştır. Yüksek puanlar, metinlerin okuma kolaylığını göstermekte olup DeepSeek (81.6) ve Qwen 3 (79.8) modelleri en yüksek Ateşman puanlarını alarak, en kolay okunabilir metinleri üretmişlerdir. ChatGPT (79.7) ve Grok 3 (77.3) modelleri de yüksek okunabilirlik



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

sunmuştur. En düşük Ateşman skoru ise Gemini (65.8) ve Mistral (71.8) modellerinde gözlenmiştir (Resim 1). DISCERN değerlendirmesinde ise en yüksek bilimsel içerik puanları Gemini (67), Grok 3 (61) ve Claude (56) modellerine ait olup, Mistral (45) ve ChatGPT (46) modelleri bilimsel açıdan daha zayıf içerik sunmuştur. DISCERN ölçeğine göre en yüksek puan “İçerik ilgili mi?” ve “Amaçlar açık mı?” kriterlerinde (5.00 ± 0.00), en düşük puan ise kaynak gösterimi ve bilginin yayın tarihiyle ilgili kriterlerde (1.00 ± 0.00) gözlenmiştir (Resim 2).

SONUÇ

Bu çalışma, Büyük Dil Modelleri (BDM) tarafından üretilen Türkçe melanom broşürlerinin okunabilirlik ve bilimsel içerik açısından önemli farklılıklar taşıdığını göstermektedir. DeepSeek, Qwen ve ChatGPT yüksek okunabilirlik sunarken; Gemini ve Claude, bilimsel içerik kalitesiyle öne çıkmıştır. Bu durum, halk için sadeleştirilmiş içeriklerin bilimsel doğruluktan ödün verebildiğini, daha teknik içeriklerin ise geniş kitleler için erişilebilirliğini sınırlandığını ortaya koymaktadır.

Farkların temelinde, BDM’lerin teknik özellikleri belirleyici rol oynamaktadır. Eğitim verisinin kapsamı, tıbbi içerikle fine-tune edilip edilmemeleri, yanıt üretim stratejileri ve token kapasitesi gibi unsurlar, içerik niteliğini doğrudan etkilemektedir. Örneğin Gemini, Google Health verileriyle eğitilmiş olduğundan daha derinlemesine ancak daha az okunabilir metinler sunarken; Qwen ve Mistral gibi genel veriyle eğitilmiş modeller yüzeysel fakat akıcı içerikler üretmiştir.(7, 8)

BDM tabanlı hasta bilgilendirme içerikleri, okunabilirlik ve bilimsel doğruluk dengesine göre dikkatle seçilmelidir. Modelin teknik altyapısı çıktının niteliğini belirlerken, hedef kitleye uygunluk, kaynak gösterimi ve insan denetimi olmadan bu içeriklerin doğrudan kullanımı sakıncalıdır.(3) Etkili ve güvenilir sağlık iletişimi için çok katmanlı bir değerlendirme şarttır.

ANAHTAR KELİMELER: Ateşman ölçeği, Dermatolojide yapay zeka, DISCERN, Hasta eğitimi, Melanom

KAYNAKLAR: 1. Naik PP. Cutaneous Malignant Melanoma: A Review of Early Diagnosis and Management. World J Oncol. 2021;12(1):7-19.

2. Nadratowski A, Shoots-Reinhard B, Shafer A, Detweiler-Bedell J, Detweiler-Bedell B, Leachman S, et al. Evidence-Based Communication to Increase Melanoma Knowledge and Skin Checks. JID Innov. 2024;4(2):100253.

3. Sheikh JK, Sohail SS, Alam S. Enhancing patient education with ChatGPT: Critical insights and future directions. Indian Journal of Anaesthesia. 2024;68(12):1112-3.

4. Pompili D, Richa Y, Collins P, Hennessey D. 575 Using Artificial Intelligence to Generate

Medical Literature for Patients: A Comparison of Three Different Large Language Models.

British Journal of Surgery. 2024;111(Supplement_6):znae163. 454.

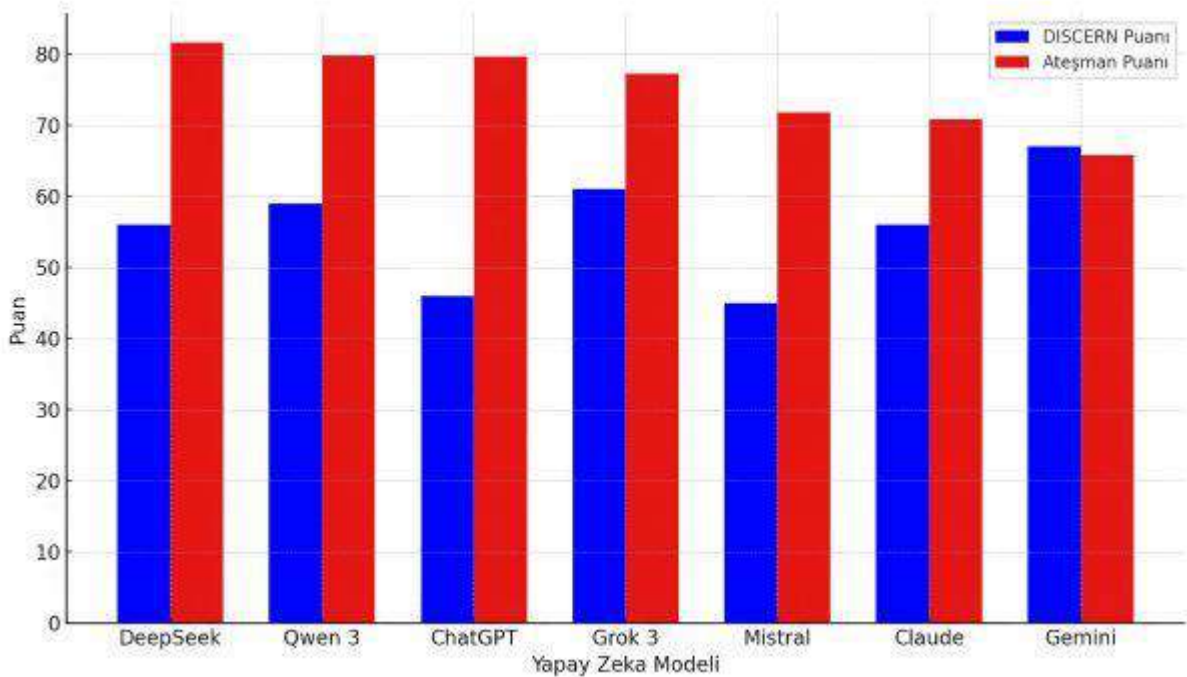
5. Ateşman E. Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. Dil Dergisi. 1997;58(71-74).

6. Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. Journal of Epidemiology & Community Health. 1999;53(2):105-11.

7. Saab K, Tu T, Weng W-H, Tanno R, Stutz D, Wulczyn E, et al. Capabilities of gemini models in medicine. arXiv preprint arXiv:240418416. 2024.

8. Wang Y, Ma X, Nie P, Zeng H, Lyu Z, Zhang Y, et al. ScholarCopilot: Training Large Language Models for Academic Writing with Accurate Citations. arXiv preprint arXiv:250400824. 2025.

RESİM 1. MODELLERİN DISCERN VE ATEŞMAN PUANLARI





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-053][KABUL:POSTER]

MUKOZAL TUTULUM OLMAYAN ATİPİK PARANEOPLASTİK PEMFİGUS OLGUSU

Özge Şak¹, Melis Gönülal², Emine Argüz Taşkın¹, Halil Hakan Özgür³, Mustafa Berk Büber³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İzmir; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Pemfigus, otoantikorların keratinositler arasındaki hücre-hücre yapışma yapıları olan desmozomlarla reaksiyona girerek ağırlı cilt erozyonlarına ve büllere neden olan bir grup IgG aracılı otoimmün büllöz hastalığı içerir. Üç önemli pemfigus formu tanımlanmıştır: pemfigus vulgaris (en yaygın tip), pemfigus foliaceus ve paraneoplastik pemfigus. Paraneoplastik pemfigus, neredeyse her zaman alta yatan bir neoplazmla ilişkili olan nadir otoimmün aracılı mukokutanöz bir hastalıktır.

Paraneoplastik pemfigus tipik olarak ağırlı mukozal erozyonlarla birliktelik gösterir. En sık görülen yaş aralığı 45 ila 70 yaş arasındır, ancak çocuklarda da bildirilen vakalar vardır.

OLGU:

Bilinen hipertansiyon hastalığı olan 65 yaşında erkek hasta, gövde ve yüz bölgesinde 6 ay önce başlayan son 1 ayda yüz ve gövdeyi kaplayan yaygın erozyon ve krutlanma şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde önceleri yaygın büllerin olduğu sonrasında büllerin sönüp yerinde erozyon ve krut bıraktığı öğrenildi. Fizik muayenesinde gövde ön yüz, sırt, her iki kol ve yüzünde yaygın erozyon ve krutlar mevcuttu. Mukoza tutulumu yoktu. Hastayı deri ve zührevi hastalıkları servisimize interne edip hastadan pemfigus vulgaris ön tanısıyla punch biyopsi aldık. Hastanın biyopsisinde immünfloresan incelemede IgG ile interselüler belli belirsiz reaksiyon, pemfigus vulgaris lehine bulgular tespit edildi ancak morfolojik olarak pemfigus vulgarisi destekleyen net bir bulgu bulunamadı. Hastanın yatışından 2 ay önce dış merkezde yapılmış olan akciğer biyopsi sonucunun 'Küçük Hücreli



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Akciğer Kanseri' şeklinde sonuçlandığını patoloji kliniğine bildirdik. Hastanın yatışı esnasında çıkan akciğer patoloji sonucuyla birlikte biyopsi örneği yeniden değerlendirilmiş olup hastamıza paraneoplastik pemfigus tanısını koyduk. Hastaya yatışı esnasında iv metilprednizolon ve IVIG tedavileri verildi. Hastanın vücut lezyonlarına diflorazon diasetat %0.03 merhem 1x1, yüz lezyonlarına metilprednisolon aseponat %0.1 merhem 1x1 ve aktif olan yara yerlerine sodyum fusidat krem 2x1 önerildi. Hasta yatışının 15. gününde 56 mg/gün oral metilprednizolon, eau de borique %3 pansuman ve sodyum fusidat krem reçete edilerek taburcu edildi ve 1 hafta sonraya poliklinik kontrolüne çağırıldı.

SONUÇ:

Paraneoplastik pemfigus olgularının en tipik klinik bulgusu erozif stomatittir. Mukozal tutulum olmadan görülen bu atipik paraneoplastik pemfigus olgusu oldukça nadir olduğu için literatüre sunmayı uygun bulduk.

ANAHTAR KELİMELEER: atipik paraneoplastik pemfigus, pemfigus vulgaris, paraneoplastik pemfigus

KAYNAKLAR: 1-S Ferreira, Á Machado, M Sanches, M Selores. Atypical Paraneoplastic Pemphigus Without Mucosal Involvement. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113(5):519-521. doi: 10.1016/j.ad.2020.08.029.

2-Jong Hoon Kim, Soo-Chan Kim. Paraneoplastic Pemphigus: Paraneoplastic Autoimmune Disease of the Skin and Mucosa. *Front Immunol.* 2019;10:1259. doi: 10.3389/fimmu.2019.01259. eCollection 2019.

3-A Tirado-Sánchez, A Bonifaz. Paraneoplastic Pemphigus. A Life-Threatening Autoimmune Blistering Disease. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108(10):902-910. doi: 10.1016/j.ad.2017.04.024.

4-Farhat Zaheri, Hendri H Pas, Jeroen Bremer et al. Paraneoplastic pemphigus: A detailed case series from the Netherlands revealing atypical cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37(1):147-153. doi: 10.1111/jdv.18557.

5-Marta Wieczorek, Annette Czernik. Paraneoplastic pemphigus: a short review. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2016;9:291-295. doi: 10.2147/CCID.S100802.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-055][KABUL:POSTER]

SEBASE NEVÜS ZEMİNİNDE GELİŞEN SİRİNGOKİSTADENOMA PAPİLLİFERUM OLGUSU

Cemre Toplar, Nilgün Şentürk

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Samsun

GİRİŞ-AMAÇ:

Sebase nevüs bir benign konjenital hamartomdur. Epidermal, adneksal ve mezenkimal hücre tümörlerine farklılaşma potansiyeline sahiptir. Genellikle saçlı deri, yüz ve boyun bölgesinde sarımsı görünümlü alopesik bir plak şeklinde ortaya çıkar. Doğumda ya da doğumdan kısa süre sonra gelişir. Sebase nevüs zemininden benign ve malign sekonder neoplazmlar gelişebilmektedir. Sebase nevüsten gelişen en yaygın sekonder benign tümörler, siringokistadenoma papilliferum ve trikoblastomdur. Sebase nevüs zemininden gelişen en yaygın malign tümör bazal hücreli karsinomdur. Siringokistadenoma papilliferum nadiren de olsa siringokistadenokarsinoma papilliferuma malign dönüşüm gösterebilmektedir. Burada doğuştan beri mevcut olan sebase nevüsün üzerinde sonradan gelişen siringokistadenoma papilliferum vakasını sunacağız.

OLGU:

Elli bir yaşında kadın hasta saçlı deride doğuştan beri mevcut olan alopesik alan üzerinde 3 aydır bulunan ve büyüme gösteren kanamalı lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hasta klinik ve dermoskopik olarak değerlendirildi. Skalp üzerinde 3x2 cm boyutunda sarımsı alopesik zeminde, 1x1 cm boyutunda nodüler ve ülser lezyon görüldü. Hastadan siringokistadenoma papilliferum, bazal hücreli karsinom ve trikoblastom ön tanılarıyla punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemedeki mevcut bulgular ile birlikte siringokistadenom düşünülmeyle birlikte gözlenen skuamoid morfoloji farklı bir bileşen olasılığını akla getirdiğinden total eksizyon önerilmişti. Hastanın lezyonunun total eksizyonu sonrasında sebase nevüs benzeri değişiklikler üzerinde gelişen siringokistadenoma papilliferum tanısı koyuldu. Hastanın takiplerinde nüks gözlenmedi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Bizim vakamızda da görüldüğü gibi sebace nevüs zemininde sekonder neoplazmlar gelişebilmektedir. Sebace nevüs zemininde malign tümörlerin oluşumu ihtimali düşük olsa da ihmal edilebilir düzeyde değildir ve bu tümörleri yalnızca klinik bulgularla ayırt etmek zordur. Bu nedenle, sebace nevüsün erken evresinde profilaktik total eksizyon yapılması ileride gelişebilecek malign neoplazmların önüne geçilmesini sağlayabilir. Eksizyon yapılmadığı takdirde dikkatli ve düzenli klinik takip gereklidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Benign neoplazmlar, sebace nevüs, siringokistadenoma papilliferum

KAYNAKLAR: 1. Premalata CS, Kumar RV, Malathi M, Shenoy AM, Nanjundappa N. Cutaneous leiomyosarcoma, trichoblastoma, and syringocystadenoma papilliferum arising from nevus sebaceus Int J Dermatol. 2007;46:306–8.

2. Pang S, Cevik J, Sreedharan S, Wilks DJ. Rate of Benign and Malignant Secondary Tumors Associated With Nevus Sebaceous: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Plast Surg. 2024 Jun 1;92(6):711-719.

3. Hsu MC, Liao JY, Hong JL, Cheng Y, Liao YH, Chen JS, et al Secondary neoplasms arising from nevus sebaceus: A retrospective study of 450 cases in Taiwan J Dermatol. 2016;43:175–80

4. Wan, L., Park, A. & Khachemoune, A. Syringocystadenocarcinoma papilliferum: a systematic review of clinical characteristics, reappraisal of associations, diagnostic pitfalls and management challenges. Arch Dermatol Res 316, 421 (2024).

5. Gozel S, Donmez M, Akdur NC, Yikilkan H. Development of six tumors in a sebaceus nevus of Jadassohn: Report of a case Korean J Pathol. 2013;47:569–74)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-056][KABUL:POSTER]

AIDS TANISI KOYDURAN KUTANÖZ LEZYONLAR: BASİLLER ANJİOMATOZİS OLGUSU

Başak Şişdağ¹, Dilara Yitiz², Mehmet Onur Gökalp¹, Zafer Türkoğlu¹, Ezgi Aktaş¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Basiller Anjiomatozis (BA), Bartonella henselae ve Bartonella quintana'nın neden olduğu, nadir görülen, multisistemik vasküloproliferatif bir enfeksiyondur. En sık, CD4 sayısı 200 hücre/mm³'ün altına düşmüş HIV pozitif hastalarda görülür. Antiretroviral tedavi (ART) sonrası dönemde daha nadir görülse de hastalığın seyri boyunca herhangi bir dönemde ortaya çıkabilir. Kutanöz bulgular çok çeşitlilik gösterir, Kaposi sarkomunu veya piyogenik granülomu taklit edebilir. Burada, sosyoekonomik düzeyi düşük olan 30 yaşında göçmen bir hastanın derisinde gelişen lezyonlar nedeniyle başvurup BA tanısı ile birlikte Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu (EIYS, AIDS) tanısı almasını ve sonrasında tedaviye verdiği hızlı yanıtı sunuyoruz.

OLGU:

30 yaşında Arap kökenli erkek hasta, bir haftadır süren ateş ve yaygın döküntü nedeniyle başvurduğu Acil servisten tarafımıza konsülte edildi. Döküntülerin bacaklarda başlayıp vücuda yayıldığı, ağızda da benzer lezyonlar olduğu öğrenildi. Hastanın öyküsünde belirgin hastalık yoktu, ancak son dönemde ateş, kilo kaybı ve halsizlik tarifliyordu. Muayenesinde saçlı deri, yüz, kulaklar, gövde, ekstremiteler ve oral mukozada kırmızı-mor parlak papüller izlendi. Ayrıca seboeik dermatitle uyumlu eritemli plaklar mevcuttu. Hastanın sistemik muayenesinde multipl lenfadenopati farkedildi. Laboratuvar tetkiklerinde servis tetkiklerinde pansitopeni (WBC: 1500/mm³ [4000-10000], Hb: 6.5 g/dL [12-16], PLT: 10.000/mm³ [150000-400000]), yüksek akut faz reaktanları (CRP: 92 mg/L [0-5], ESH: 51 mm/h, prokalsitonin: 4.4 ng/mL [<0.05]) ve pozitif HIV testi saptandı. Akciğer BT'de pnömoni ile uyumlu bulgular, karaciğerde kontrast tutan 15 mm'lik lezyon görüldü. HIV-RNA düzeyi 664.000 CP/mL, CD4 sayısı 5 hücre/mm³ olarak tespit edildi ve AIDS tanısı konuldu. Fırsatçı enfeksiyonlar dışlandıktan sonra ART, TMP-SMX ve seftriakson tedavisi başlandı. Pnömoni gerilerken deri



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

lezyonları persiste etti. Hastanın sağ bacağındaki kırmızı-mor renkli papülden alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde yüzeysel dermis yerleşimli yaygın ekstrasvaze eritrositler içeren, oval-yuvarlak nükleuslu, hücreden zengin görünümde endotel hücresi morfolojisinde neoplastik lezyon izlendi. HHV-8 negatif, ERG pozitif bulundu. Ayrıca BA için tipik olan amfofilik materyaller gözlemlendi. Klinik ve histopatolojik bulgular ile hastaya BA tanısı konuldu. Karaciğerdeki lezyon, BA'nin peliosis hepatitis formu olarak değerlendirildi. Periferik yaymasında pansitopeninin ve multipl lenfadenopatinin HIV ya da BA ile ilişkili olabileceği düşünüldü, malignite lehine bulgu görülmedi. Hastaya oral doksisisiklin 200 mg/gün tedavisi başlandı. Tedavinin 25. gününde oral, yüz ve kulaktaki lezyonlar tamamen iyileşirken, ekstremitelerdeki lezyonları belirgin geriledi. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ:

Basiller anjiomatozis, antiretroviral tedavi öncesinde HIV pozitif bireylerde nadir görülürken, ART sonrası dönemde daha da seyrekleşmiştir. Sunulan olgu, tanı anında düşük CD4 sayısı ve tedavisizlik durumu ile literatürdeki benzer vakalarla örtüşmektedir. Lezyonların hem piyogenik granülomu hem de Kaposi sarkomunu andıran görünümüleri, BA'nin farklı kutanöz belirtilerle ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Tedavide eritromisin veya doksisisiklin tercih edilir ve genellikle 3-4 hafta içinde yanıt alınır. Bu olguda da tedavinin 25. gününde lezyonların yarısından fazlası tamamen iyileşmiştir. BA günümüzde nadir görülsede, HIV pozitif bireylerde açıklanamayan ateş ve kırmızı papüller varlığında akla gelmelidir. Sistemik tutulum riski nedeniyle erken tanı önemlidir; klinik şüphe durumunda ampirik tedaviye başlamak tanıyı destekleyebilir ve yaşam kurtarıcı olabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: AIDS, basiller anjiomatozis, doksisisiklin

KAYNAKLAR: 1.Koehler, J E, and J W Tappero. "Bacillary angiomatosis and bacillary peliosis in patients infected with human immunodeficiency virus." Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America vol. 17,4 (1993): 612-24.

2.Madua, M C. "Bacillary angiomatosis: A rare finding in the setting of antiretroviral drugs." South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde vol. 105,10 (2015): 874.

3.Schwartz, R A et al. "Bacillary angiomatosis: presentation of six patients, some with unusual features." The British journal of dermatology vol. 136,1 (1997): 60-5.

4.Plettenberg, A et al. "Bacillary angiomatosis in HIV-infected patients--an epidemiological and clinical study." A Dermatology (Basel, Switzerland) vol. 201,4 (2000)



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

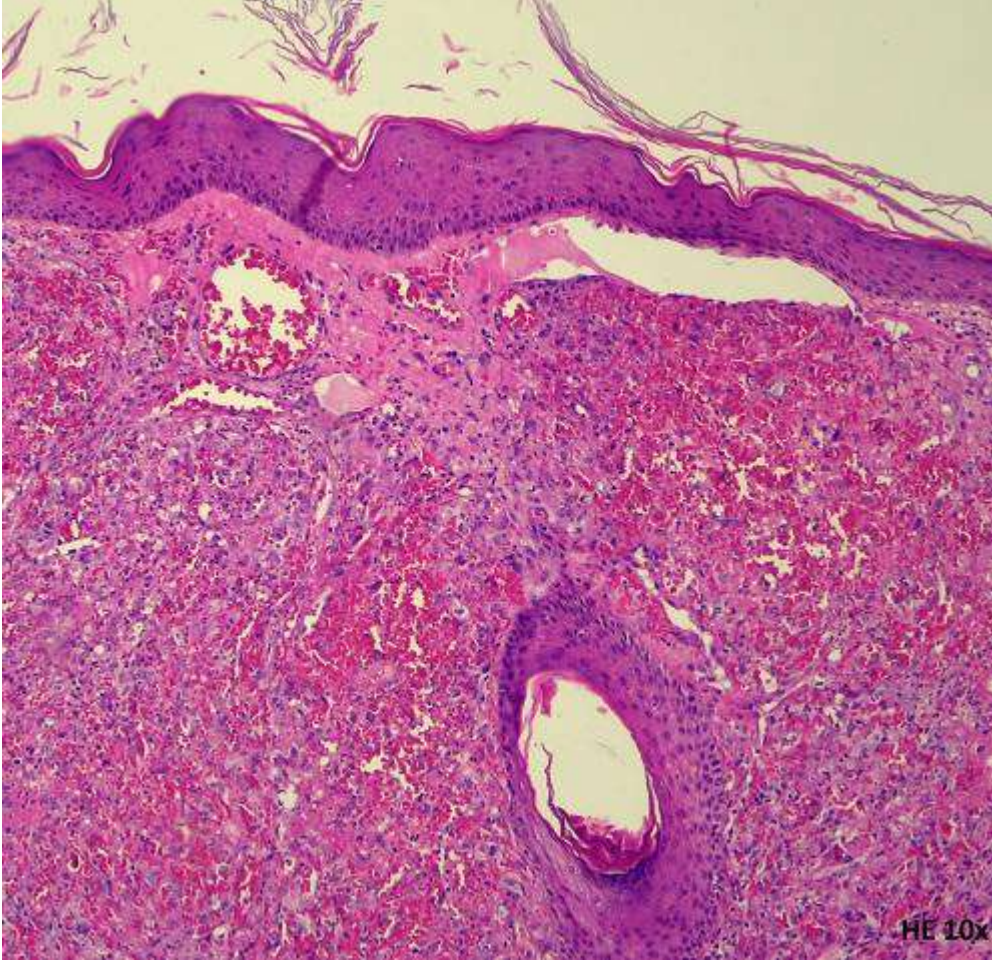
- 5.Rodriguez, Olaf et al. "Successful treatment of bacillary angiomatosis with oral doxycycline in an HIV-infected child with skin lesions mimicking Kaposi sarcoma." JAAD case reports vol. 2,1 77-9. 4 Feb. 2016, doi:10.1016/j.jdc.2015.12.002
 - 6.Wanat, Karolyn A et al. "Tumoral bacillary angiomatosis in a child with human immunodeficiency virus." JAMA dermatology vol. 150,9 (2014): 1015-6.
 - 7.Mateen, Farrah J et al. "Bacillary angiomatosis in an HIV-positive man with multiple risk factors: A clinical and epidemiological puzzle." The Canadian journal of infectious diseases&medical microbiology = Journal canadien desmaladies infectieuses et de la microbiologie medicale vol. 16,4 (2005): 249-52.
 - 8.Justa, RenataFélix da et al. "Bacillary angiomatosis in HIV-positive patient from Northeastern Brazil: a case report." Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical vol. 44,5 (2011)
-

RESİM 1.



Saçlı deri, yüz ve kulaklarda kırmızı-mor parlak papüller ve saçlı deride seboreik dermatit ile uyumlu skuamli eritemli plaklar

RESİM 5. HİSTOPATOLOJİ HE X10:



Hemotoksilen boyalı kesitlerde yüzeysel dermis yerleşimli yaygın ekstravaze eritrositler içeren, oval-yuvarlak nükleuslu hücreden zengin görünümde endotel hücresi morfolojisinde neoplastik lezyon ve lezyon içerisinde basiller anjiomatozis için tipik amfofilik materyal



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-057][KABUL:POSTER]

**PLAK PSORİASİS HASTALARINDA IL-17 İNHİBİTÖRLERİ TEDAVİLERİNİN KLİNİK
SONUÇLARININ GERÇEK YAŞAM VERİLERİ**

Esra Kılıç Manavlı, Gülhan Gürel

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim
Dalı, Afyonkarahisar

AMAÇ:

Psoriasis, dünya genelinde yaklaşık 125 milyon kişiyi etkileyen, gümüş renkli skuamlı eritemli plaklarla seyreden kronik, immün aracılı inflamatuvar bir hastalıktır. Son yıllarda hastalığın patogeneğinde rol oynayan immünolojik mekanizmaların daha iyi anlaşılması, özellikle IL-17 yolak inhibitörlerinin geliştirilmesiyle tedavi yaklaşımlarında önemli ilerlemeler sağlamıştır. Bu çalışmanın amacı, psoriasis polikliniğimizde orta-şiddetli plak psoriasis tanısıyla takip edilen hastalarda IL-17 inhibitörleri (sekukinumab ve iksekizumab) ile uygulanan tedavilerin etkinlik ve güvenlik profillerini karşılaştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif, gözlemsel ve tek merkezli çalışma, orta-şiddetli plak psoriasis tanılı 95 hastayı kapsamaktadır. Hastalar, uygulanan biyolojik tedaviye göre iki gruba ayrılmıştır: sekukinumab (n=62) ve iksekizumab (n=33). Veri toplama süreci; hastaların demografik bilgileri, hastalık özellikleri, PAŞİ (Psoriasis Alan Şiddet İndeksi) skor değişimleri ve yan etkiler üzerinden yapılmıştır. Etkinlik verileri; 4., 16., 28., 40. ve 52. haftalarında ve 2.yıl olmak üzere karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler için IBM SPSS 26.0 (IBM SPSS Statistics Base) programı kullanıldı. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 95 hastadan 62'si sekukinumab, 33'ü iksekizumab tedavisi almıştır. Hastaların yaş ortalaması; sekukinumab grubunda $46,0\pm13,9$ yıl, iksekizumab grubunda ise $45,5\pm12,8$ yıl idi. Cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık saptanmış; sekukinumab grubunda erkek hastalar (%62,9), iksekizumab grubunda ise kadın hastalar (%66,7) ağırlıktadır ($p=0,009$). Obezite oranı tüm hastalarda %43,2 olup, gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,230$). Diğer demografik ve klinik değişkenler benzerlik göstermekte olup anlamlı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

fark saptanmamıştır. Tüm hastalar en az bir sistemik konvansiyonel tedavi veya fototerapi öyküsüne sahipken, %22,1'i daha önce en az bir biyolojik ajanla tedavi edilmiştir. Tedavi sürecinde katılan hastaların üçünde primer, dördünde ise sekonder yanıtızlık gelişmiştir. Yanıtızlık gözlenen yedi hastanın altısında sınıf dışı, birinde ise sınıf içi biyolojik ajanla tedavi değişikliği yapılmıştır. Ayrıca, üç hastada klinik yanıtın yetersizliği nedeniyle mevcut biyolojik tedaviye sistemik konvansiyonel ajan (metotreksat) eklenmiştir. Sekukinumab grubundaki bir hastada yanıtı artırmak amacıyla uygulama aralığı 2 haftaya düşürülmüştür. Her iki tedavi grubunda da PAŞİ 75 ve PAŞİ 90 yanıtlarında erken dönemde yüksek oranlar elde edilmiş ve bu yanıtlar uzun dönem boyunca büyük ölçüde korunmuştur. 16. haftada PAŞİ 75 yanıt oranları sekukinumab için %93,4, iksekizumab için %97 olup fark anlamlı değildir ($p=0,654$). PAŞİ 90 yanıtları her iki grupta da %85'in üzerinde gerçekleşmiş, PAŞİ 100 yanıtı iksekizumab grubunda daha yüksek gözlenmiş (%63,6 vs. %50,8) olmakla birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,280$). Tüm takip dönemlerinde PAŞİ 100 yanıtı iksekizumab grubunda daha yüksek seyretmiştir, ancak bu farklılıklar istatistiksel anlamlılık taşımamıştır. Yan etkiler genellikle hafif düzeyde olup gruplar arasında fark saptanmamıştır (sekukinumab %29, iksekizumab %27,3; $p=1,000$). En sık bildirilen yan etkiler üst solunum yolu enfeksiyonu ve nazofarenjit iken, iksekizumab kullanan bir hastada şiddetli atopik dermatit alevlenmesi gelişmesi nedeniyle sınıf dışı biyolojik tedaviye geçilmiştir.

SONUÇ:

Bu çalışma, sekukinumab ve iksekizumabın orta-şiddetli plak psoriasis tedavisinde yüksek etkinlik ve güvenliğe sahip olduğunu, elde edilen PAŞİ yanıtlarının uzun dönem boyunca korunduğunu literatür ile uyumlu olarak göstermiştir. Ancak literatürde bu ajanların etkinlik ve güvenliğini doğrudan karşılaştıran uzun dönemli çalışmalar sınırlı olup, bu bağlamda çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: Anti-IL-17, gerçek yaşam, iksekizumab, psoriasis, sekukinumab

KAYNAKLAR: 1. Conrad C, Gilliet M. Psoriasis: from pathogenesis to targeted therapies. Clin Rev Allergy Immunol. 2018;54:102–113.

2. Berg SH, Balogh EA, Ghamrawi RI, Feldman SR. A review of secukinumab in psoriasis treatment. Immunotherapy. 2021;13(3):201–216.

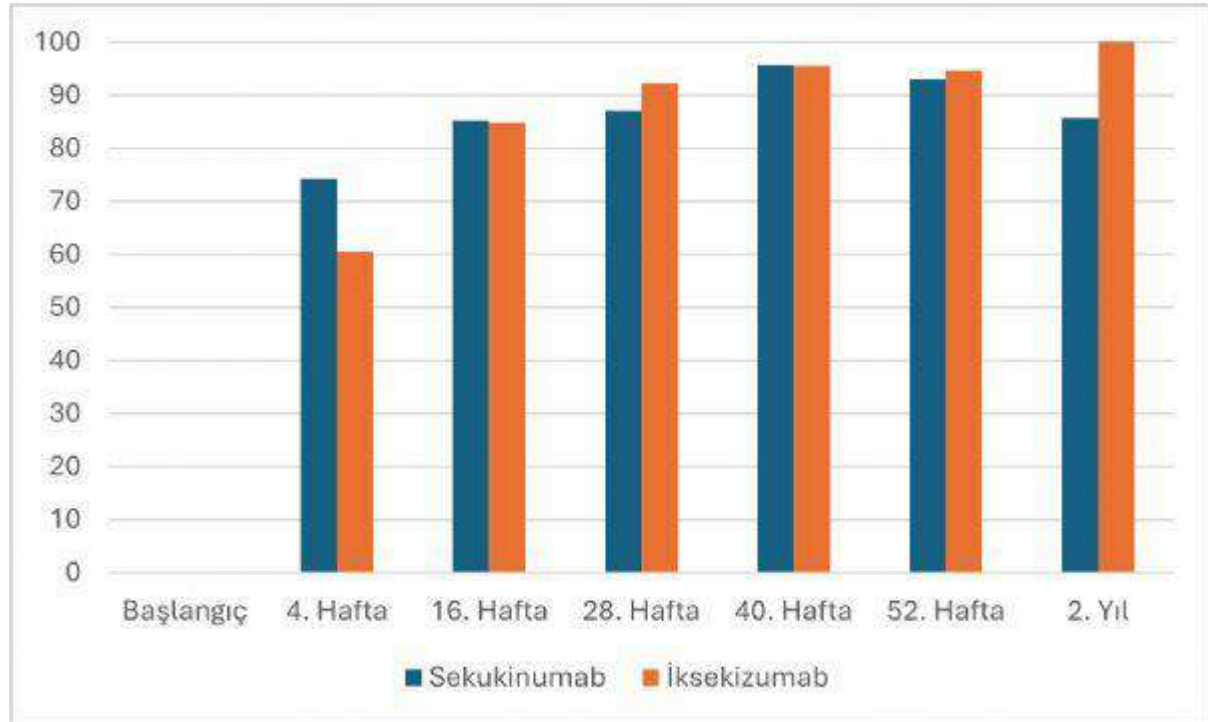
3. Deza G, Notario J, Lopez-Ferrer A, Vilarrasa E, Ferran M, del Alcazar E, et al. Initial results of ixekizumab efficacy and safety in real-world plaque psoriasis patients: a multicentre retrospective study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33(3):553–559.

4. Rompoti N, Katsimbri P, Kokkalis G, Boumpas D, Ikonomidis I, Theodoropoulos K, et al. Real

world data from the use of secukinumab in the treatment of moderate-to-severe psoriasis, including scalp and palmoplantar psoriasis: a 104-week clinical study. *Dermatol Ther.* 2019;32(5):e13006.

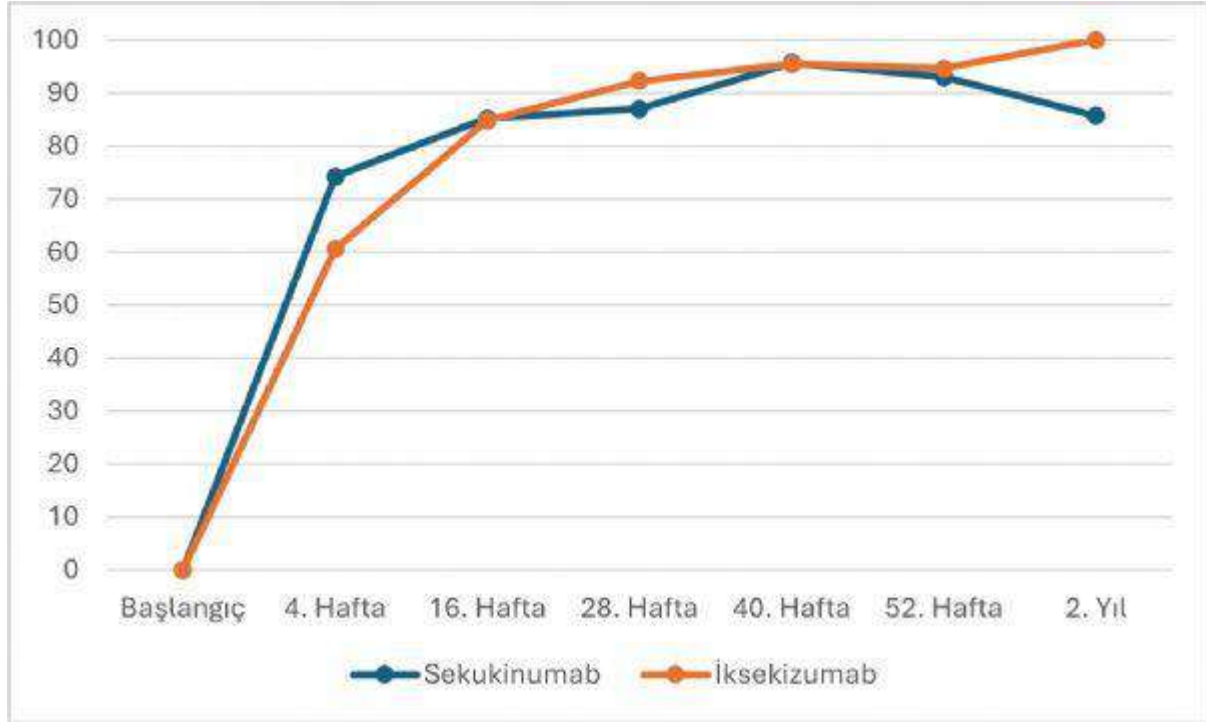
5. Kojanova M, Fialova J, Cetkovska P, et al. Efficacy, safety, and drug survival of patients with psoriasis treated with IL-17 inhibitors – brodalumab, ixekizumab, and secukinumab: real-world data from the Czech Republic BIOREP registry. *J Dermatolog Treat.* 2022;33(6):2747–2754.

ŞEKİL-1



Tedavi gruplarının haftalara göre PAŞİ 75 yanıtları

ŞEKİL-2



Tedavi gruplarının haftalara göre PAŞİ 90 yanıtları

**TABLO-1:TEDAVİ GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERİN
KARŞILAŞTIRMASI**

		Toplam (n=95)	Sekukinumab (n=62)	İksekizumab (n=33)	p
Yaş		45,8 ± 13,5	46 ± 13,9	45,5 ±12,8	0,87*
Cinsiyet					0,009**
	Kadın	45 (47,4%)	23 (37,1%)	22 (66,7%)	
	Erkek	50 (52,6%)	39 (62,9%)	11 (33,3%)	



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Vücut kitle indeksi (VKİ, kg/m ²)		28,7 ± 5	28,3 ± 4,9	29,3 ± 5,1	0,37*
VKİ gruplama					0,23**
	<30	54 (56,8%)	38 (61,3%)	16 (48,5%)	
	≥30	41 (43,2%)	24 (38,7%)	17 (51,5%)	
Psoriasis başlangıç yaşı (yıl)		28,2 ± 13,6	28 ± 13,5	28,5 ± 14,1	0,85*
Hastalık süresi (yıl)		17,7 ± 12	18,1 ± 12,9	17 ± 10,1	0,69*
Başlangıç PAŞİ		20,7 ± 11,1	21,8 ± 10,5	18,6 ± 12	0,17*
Aile öyküsü varlığı		37 (38,9%)	24 (38,7%)	13 (39,4%)	0,95**
Komorbidite varlığı		35 (36,8%)	22 (35,5%)	13 (39,4%)	0,71**
INH profilaksisi		62 (65,3%)	42 (67,7%)	20 (60,6%)	0,49**
Özel bölge tutulum varlığı		82 (86,3%)	54 (87,1%)	28 (84,8%)	0,76**
Tırnak tutulum varlığı		65 (68,4%)	43 (69,4%)	22 (66,7%)	0,79**
Artrit varlığı		47 (49,5%)	31 (50%)	16 (48,5%)	1,00**



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Geçmiş sistemik konvansiyonel kullanımı					
	Metotreksat	81 (85,3%)	53 (85,5%)	28 (84,8%)	0,93**
	Siklosporin	20 (21,1%)	15 (24,2%)	5 (15,2%)	0,43**
	Asitretin	35 (36,8%)	21 (33,9%)	14 (42,4%)	0,41**
Fototerapi		33 (34,7%)	22 (35,5%)	11 (33,3%)	1,00**
Geçmiş biyolojik tedavi öyküsü					0,71**
	Biyonaif	74 (77,9%)	49 (79%)	25 (75,8%)	
	Biyodeneyimli	21 (22,1%)	13 (21%)	8 (24,2%)	
Biyodeneyimli hastalarda geçmiş biyolojik ajan sayısı					0,92**
	1 Adet	16 (76,2%)	10 (76,9%)	6 (75%)	
	>=2 Adet	5 (23,8%)	3 (23,1%)	2 (25%)	
İlaçta kalım süresi (ay)		22,5 ± 15,5	24,5 ± 16,5	18,7 ± 12,7	0,11***
Yan etki		27 (28,4%)	18 (29%)	9 (27,3%)	1,00**

*.Independent-Samples T Test.**.Pearson Chi-Square test.*** Mann-Whitney U test.

TABLO-2:PAŞİ 75, 90 VE 100 YANITLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

	PAŞİ yanıtı	Sekukinumab (n=62)	İksekizumab (n=33)	p*
4. Hafta		n=62	n=33	
	PAŞİ 75 Yanıtı	56 (90,3%)	31 (93,9%)	0,71
	PAŞİ 90 Yanıtı	46 (74,2%)	20 (60,6%)	0,17
	PAŞİ 100 Yanıtı	21 (33,9%)	6 (18,2%)	0,15
16. Hafta		n=61	n=33	
	PAŞİ 75 Yanıtı	57 (93,4%)	32 (97%)	0,65
	PAŞİ 90 Yanıtı	52 (85,2%)	28 (84,8%)	0,96
	PAŞİ 100 Yanıtı	31 (50,8%)	21 (63,6%)	0,28
28. Hafta		n=54	n=26	
	PAŞİ 75 Yanıtı	51 (94,4%)	26 (100%)	0,55
	PAŞİ 90 Yanıtı	47 (87%)	24 (92,3%)	0,71
	PAŞİ 100 Yanıtı	28 (51,9%)	16 (61,5%)	0,48
40. Hafta		n=46	n=22	
	PAŞİ 75 Yanıtı	44 (95,7%)	21 (95,5%)	0,97
	PAŞİ 90 Yanıtı	44 (95,7%)	21 (95,5%)	0,97
	PAŞİ 100 Yanıtı	29 (63%)	15 (68,2%)	0,79
52. Hafta		n=43	n=19	
	PAŞİ 75 Yanıtı	40 (93%)	19 (100%)	0,55



33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

	PAŞİ 90 Yanıtı	40 (93%)	18 (94,7%)	1,00
	PAŞİ 100 Yanıtı	24 (55,8%)	12 (63,2%)	0,78
2. Yıl		n=28	n=12	
	PAŞİ 75 Yanıtı	26 (92,9%)	12 (100%)	1,00
	PAŞİ 90 Yanıtı	24 (85,7%)	12 (100%)	0,30
	PAŞİ 100 Yanıtı	13 (46,4%)	7 (58,3%)	0,73

*.Pearson Chi-Square test.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-058][KABUL:POSTER]

**LİTERATÜRDE İLK KEZ TANIMLANAN DE NOVO KRT6A MUTASYONU İLE SEYREDEN
PACHYONYCHIA CONGENITA VAKA SUNUMU**

Yusuf İslam Eren

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı Rize

GİRİŞ-AMAÇ:

Pachyonychia Congenita, otozomal dominant kalıtılan bir keratinopati olup, genetik mutasyonların yol açtığı ektodermal anormalliklerle kendini gösterir. Klinik spektrumu geniştir ve erken yaşta teşhis edilmesi, hastaların yaşam kalitesinin artırılması açısından kritik önem taşır.

OLGU:

Üç yaşında bir kadın hasta, ayaklarında ağrılı nasır benzeri lezyonlar ve tırnaklarında kalınlaşma ile polikliniğimize başvurdu. Ebeveynleri, çocuğun doğumundan itibaren tırnaklarının giderek kalınlaştığını ve yürümeye başladıktan sonra ayak tabanlarında ağrılı nasır benzeri lezyonlar geliştiğini belirtti. İlk muayenede el ve ayak tırnaklarında belirgin distrofik değişiklikler (resim1 A-B), ayaklarda birçok bölgede lokalize nasır benzeri lezyonlar saptandı. (Resim 2A) Ağız içinde minimal lökokeratoz yanı sıra fissürlü dil yapısı gözlemlendi. (Resim 2B)

Klinik değerlendirme sonrasında genetik inceleme yapıldı ve KRT6A geninde p.Try517Alafs*49 (c.1548_1549insGCCCTCC) heterozigot mutasyon tespit edildi. RETL1 geninde ise olası patojenik bir mutasyon belirlendi. Anne ve baba üzerinde yapılan genetik analizler negatif olup, mutasyonun de novo olduğu anlaşıldı. Yapılan literatür araştırmasında mevcut mutasyonun daha önce saptanmadığı belirlendi.

Ek olarak, hastanın terleme fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla nişasta-iyot testi uygulandı ve parmak aralarında ve el çizgileri üzerinde belirgin terleme artışı gözlemlendi. Tırnak kalınlaşması ve ayaklardaki nasırlar için keratolitik krem önerildi ve oral bulgular için semptomatik tedavi başlanarak düzenli takip planlandı.

SONUÇ:

Pachyonychia Congenita (PC), keratin genlerindeki mutasyonlara bağlı gelişen heterojen bir



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

hastalık grubudur. Olgumuzda, KRT6A geninde tanımlanan p.Try517Alafs*49 (c.1548_1549insGCCCTCC) heterozigot mutasyonu, PC tip 1 ile uyumlu klinik bulgularla ilişkilendirilmiştir. Ancak bu vakayı özgün kılan, mutasyonun de novo yeni bir mutasyon olması ve fenotipik özelliklerin literatürdeki tipik KRT6A mutasyonlu vakalardan kısmen farklılık göstermesidir.

PC vakalarının çoğu otozomal dominant kalıtımla aktarılırken, %30-50'sinde de novo mutasyonlar bildirilmiştir (Eliason et al., 2012). Olgumuzda ebeveynlerde mutasyon saptanmaması, bu bulguyu desteklemektedir. KRT6A mutasyonlarının genellikle şiddetli palmoplantar keratoderma (PPK) ve ağrılı plantar lezyonlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (Leachman et al., 2010). Ancak bu olguda, PPK lezyonları yalnızca ayak tabanında lokalize nasırlar şeklinde izlenmiştir. Bu durum, mutasyonun lokalizasyonu veya protein yapısındaki değişikliklerle açıklanabilir. p.Try517Alafs*49 mutasyonu, çerçeve kaymasına neden olarak anormal bir protein üretimine yol açmaktadır. Benzer çerçeve kayması mutasyonları literatürde şiddetli fenotiplerle ilişkilendirilse de (Wilson et al., 2011), bu vakadaki hafif seyir, genetik heterojenite ve modifiye edici genlerin etkisine işaret edebilir.

Hastamızda oral mukoza tutulumu minimal lökokeratoz ile sınırlıyken, dişlerdeki kahverengi çizgilenmeler ve fissürlü dil gibi bulgular PC ile uyumludur. Literatürde KRT6A mutasyonlu vakalarda oral lökokeratozun %80'den fazla oranda görüldüğü, ancak şiddetinin değişken olabildiği belirtilmiştir (Smith et al., 2020). Ek olarak, nişasta-iyot testi ile doğrulanan hiperhidroz, PC'de nadiren bildirilen bir bulgudur. PC genellikle normal veya azalmış terleme ile ilişkilendirilse de, bazı olgularda hiperhidrozun epidermal bariyer disfonksiyonuna sekonder gelişebileceği öne sürülmüştür (Cabral et al., 2012).

Olgumuzda tespit edilen RETL1 genindeki olası patojenik mutasyonun PC patogenezindeki rolü belirsizdir. RETL1'in keratinizasyon veya ektodermal displazi ile ilişkisi net olmadığından, bu bulgu tesadüfi bir varyant olarak değerlendirilebilir.

Bu olgu, PC'nin genotip-fenotip korelasyonlarındaki kompleksiteyi vurgulamaktadır. De novo KRT6A mutasyonlarının fenotipik spektrumu, klasik bulgulardan sapmalar gösterebilir. Palmar keratoderma olmaması ve hafif oral tutulum gibi atipik özellikler, tanıda genetik doğrulamanın önemini ortaya koymaktadır. Hastalığın multidisipliner yönetimi, semptomatik tedaviler ve genetik danışmanlık ile desteklenmelidir. İleride, benzer vakaların moleküler karakterizasyonu, PC'nin patomekanizmasına ışık tutabilir.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELEER: De novo mutasyon, Pachyonychia Congenita, Tırnak distrofisi

KAYNAKLAR: • Eliason MJ, et al. (2012). A review of the clinical and genetic aspects of pachyonychia congenita. J Invest Dermatol. 132(3 Pt 1):485-91.

• Leachman SA, et al. (2010). Clinical and pathological features of pachyonychia congenita. J Eur Acad Dermatol Venereol. 24(2):140-7.

• Wilson NJ, et al. (2011). The molecular genetic analysis of the expanding pachyonychia congenita case collection. Br J Dermatol. 165(4):859-64.

• Smith FJD, et al. (2020). Pachyonychia Congenita: A Spectrum of KRT6A Mutations in Australian Patients. Pediatr Dermatol. 37(2):325-330.

• Cabral RM, et al. (2012). Distinctive ultrastructural findings in pachyonychia congenita. J Dermatol Sci. 66(3):193-9.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-059][KABUL:POSTER]

BİYOLOJİK TEDAVİ KULLANAN PSORİAZİS HASTALARINDA FİBROZİS-4 SKORUNUN DEĞİŞİMİ

Mustafa Ürün, Yıldız Gürsel Ürün, Gülşen Dilek Esmer

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

AMAÇ:

Psoriasis eritemli skuamli plaklarla seyreden kronik inflamatuvar cilt hastalığıdır. Son dönemlerde psoriasis birden fazla komorbid durumla ilişkili olabileceği için sistemik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD), alkolik olmayan steatohepatit (NASH) ve hepatik fibrozis gibi karaciğer hastalıklarının psoriasis ile ilişkisi bulunmaktadır. NAFLD'li ve NASH'li hastalarda karaciğer hastalığının non-invaziv değerlendirmesiyle ilgili gelişmeler kaydedilmiştir. Fibrozis-4 (FIB-4) skoru $[(\text{yaş} \times \text{AST(U/L)}) / (\text{trombosit} (x 10^9/L) \times \text{ALT(U/L)})]$ ileri fibrozisi güvenle ekarte edebilmek için birinci basamak araç olarak önerilmektedir. Çalışmamızda psoriasis hastalarında İnterlökin (IL)-17 ve IL-23 inhibitör tedavilerinin, FIB-4 skoru üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Ocak 2019 - Mayıs 2025 tarihleri arasında, en az 12 ay süreyle düzenli takibe gelen, IL-17 veya IL-23 inhibitörü tedavisi alan, klinik ve/veya histopatolojik olarak psoriasis tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, önceki tedavileri, abdominal ultrasonografi ile tespit edilen hepatosteatoz bulguları ve 0., 6. ve 12. aylarda hesaplanan FIB-4 skorları retrospektif olarak analiz edildi. Hastalık şiddeti Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) ile değerlendirildi. FIB-4 skoru ≥ 1.45 olan hastalar orta-yüksek riskli grup olarak kabul edildi.

BULGULAR:

Çalışmaya toplam 158 hasta dahil edildi. Hastaların % 53.1 'i (n=84) IL-17 inhibitörü tedavi almaktaydı. IL-17 tedavisi başlanan hastaların yaş ortalaması, IL-23 kullanan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0.042). IL-17 tedavisine başlanan hastaların PAŞİ skorları, IL-23 kullanan hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0.000). IL-17 tedavisi başlanan hastalarda psöriatik artrit (PsA) eşlik etme oranı, IL-23 kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0.005)(Tablo 1). 6. ayda IL-17 inhibitörü kullanan hastalarda FIB-4 indeksi, IL-23 kullanan



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p=0.003$). 0-6 ay arasındaki değişim incelendiğinde IL-17 kullanan hastalarda FIB-4 indeksinde IL-23 kullananlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir artış gözlemlendi ($p=0.008$). 6-12 ay arasındaki değişim incelendiğinde IL-17 kullanan hastalarda FIB-4 indeksinde anlamlı düzeyde azalma saptanıp IL-23 kullananlarda hafif bir artış görüldü; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.001$) (Tablo 2, Şekil 1-2).

SONUÇ:

Psoriasis hastalarında FIB-4 skoru ve IL-17 ile IL-23 inhibitörlerinin FIB-4 skoru üzerindeki etkileri hakkında sınırlı veriler mevcuttur. Bazı çalışmalarda IL-23 inhibitörlerinin karaciğer fibrozis riski olan hastalarda FIB-4 skorlarını anlamlı şekilde azalttığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda IL-23 inhibitör tedavilerinin, FIB-4 skorlarında anlamlı bir değişikliğe yol açmadığı görüldü. Aksine IL-17 inhibitörlerinin başlangıç döneminde fibrozis riskini arttırdığı tespit edildi. Bu durum çalışmamızda IL-17 kullanan hastaların daha yaşlı olması ve eşlik eden PsA nedeniyle çoklu ilaç kullanılması ile ilişkili olabilir. Uzun dönem takiplerimizde 12. ayın sonunda FIB-4 değeri, IL-17 kullanan hastalarda normal sınırlara inmiştir. Uzun süreli planlanacak çalışmalar ile IL-17/23 tedavilerinin FIB-4 değeri üzerine etkisi daha iyi anlaşılabacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: biyolojik tedavi, fibrozis-4 skoru, interlökin 17, interlökin 23, psoriasis

KAYNAKLAR: 1-Kamata M, Tada Y. Efficacy and Safety of Biologics for Psoriasis and Psoriatic Arthritis and Their Impact on Comorbidities: A Literature Review. *Int J Mol Sci*. 2020 Mar 1;21(5):1690. doi: 10.3390/ijms21051690. PMID: 32121574; PMCID: PMC7084606.

2-Takeshima R, Kamata M, Suzuki S, Ito M, Watanabe A, Uchida H, Chijiwa C, Okada Y, Azuma S, Nagata M, Egawa S, Hiura A, Fukaya S, Hayashi K, Fukuyasu A, Tanaka T, Ishikawa T, Tada Y. Interleukin-23 inhibitors decrease Fibrosis-4 index in psoriasis patients with elevated Fibrosis-4 index but not interleukin-17 inhibitors. *J Dermatol*. 2024 Sep;51(9):1216-1224. doi: 10.1111/1346-8138.17277. Epub 2024 May 28. PMID: 38804254.

3-Castera L, Friedrich-Rust M, Loomba R. Noninvasive Assessment of Liver Disease in Patients With Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Gastroenterology*. 2019 Apr;156(5):1264-1281.e4. doi: 10.1053/j.gastro.2018.12.036. Epub 2019 Jan 18. PMID: 30660725; PMCID: PMC7505052.

4-Magdaleno-Tapia J, López-Martí C, Ortiz-Salvador JM, Hernández-Bel P, Tamarit-García JJ, Diago-Madrid M, Sánchez-Carazo JL, Pérez-Ferriols A. Can secukinumab improve liver fibrosis? A pilot prospective study of 10 psoriatic patients. *Dermatol Ther*. 2021 Sep;34(5):e15065. doi: 10.1111/dth.15065. Epub 2021 Aug 1. PMID: 34289229.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

**TABLO 1. IL-17 VE IL-23 İNHİBİTÖRÜ KULLANAN PSORİAZİSLİ HASTALARIN
SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

	IL-17 İnhibitörü (n=84)	IL-23 İnhibitörü (n=74)	Total	P*
Cinsiyet (Erkek)	49 (58.3)	40 (54.1)	89 (56.3)	0.588
Yaş	45.58±12.58	41.12±14.44	43.49±13.62	0.042
Yaş>50	36 (42.9)	24 (32.4)	60 (38)	0.178
Biyolojik naif (evet)	65 (77.4)	50 (67.6)	115 (72.8)	0.167
Psoriasis süresi (>10 yıl)	51 (60.7)	45 (60.8)	96 (60.8)	0.990
Psoriasis alt tipi				
PPP	2 (2.4)	4 (5.4)	6 (3.8)	0.420
PSV	82 (97.6)	70 (94.6)	152 (96.2)	
PAŞİ (>= 10)	55 (65.5)	23 (31.1)	78 (49.4)	0.000
PsA varlığı	33 (39.3)	14 (18.9)	47 (29.7)	0.005
Vücut kitle indeksi				
<25	26 (31)	20 (27)	46 (29.1)	0.839
25-29.9	32 (38.1)	31 (41.9)	63 (39.9)	
>= 30	26 (31)	23 (31.1)	49 (31)	
Komorbiteler				
DM	13 (15.5)	7 (9.5)	20 (12.7)	0.256
HT	19 (22.6)	11 (14.9)	30 (19)	0.215

HL	7 (8.3)	5 (6.8)	12 (7.6)	0.709

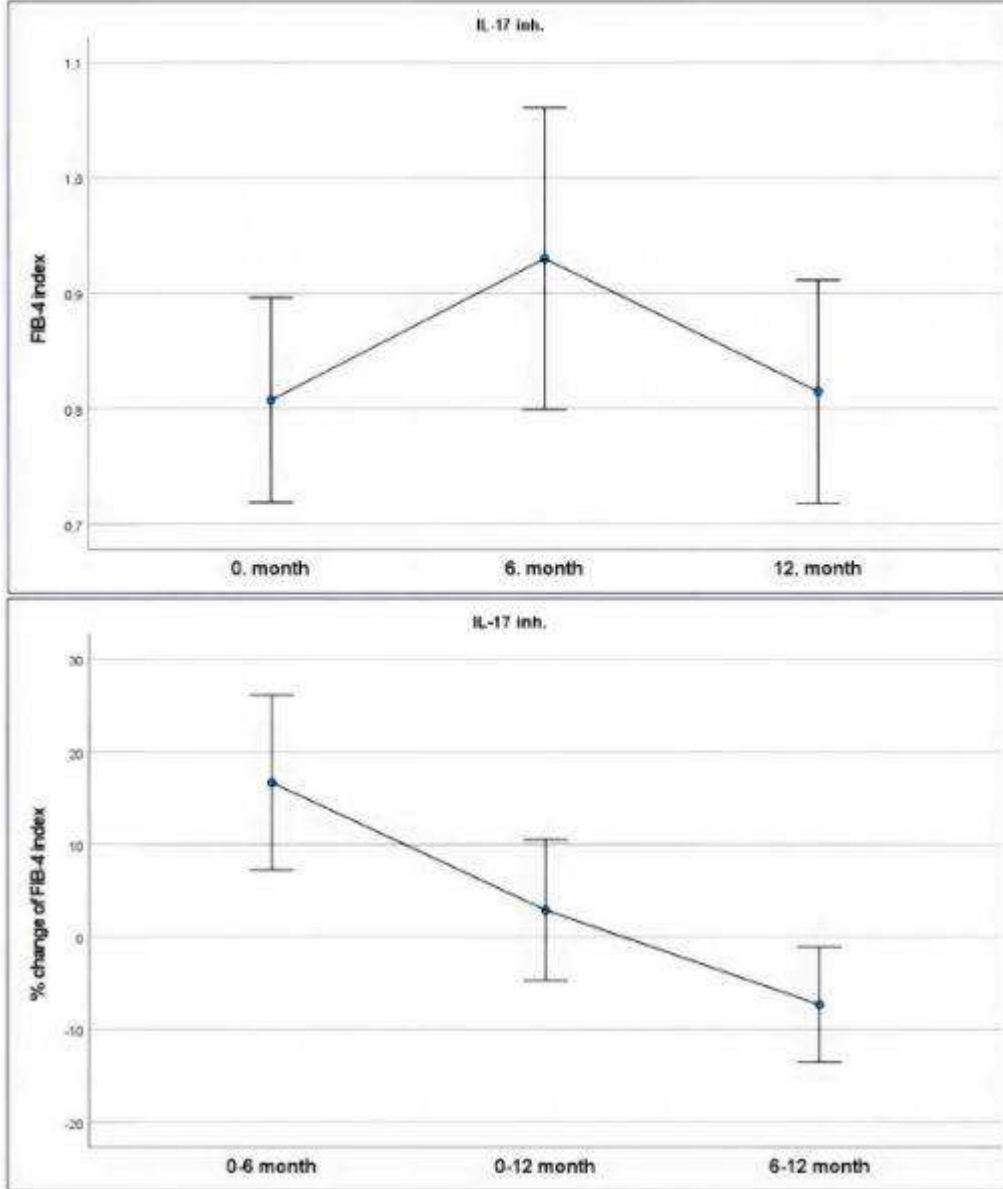
*Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test, Mann Whitney U analizi IL:İnterlökün, PPP:PalmoPlantar psoriasis, PSV:Psoriasis vulgaris, PAŞİ:Psoriasis alan şiddet indeksi, PsA:Psoriatik artrit, DM:Diabetes mellitus, HT:Hipertansiyon, HL:Hiperlipidemi

TABLO 2. IL-17 VE IL-23 İNHİBİTÖRLERİ KULLANAN PSORİAZİS HASTALARINDA FİB-4 İNDEKS SKORLARININ GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

	Biyolojik ajan	Biyolojik ajan	Biyolojik ajan	Biyolojik ajan	
	IL-17 inh.	IL-17 inh.	IL-23 inh.	IL-23 inh.	P*
	Mean±SD	Median (Min.-Max.)	Mean±SD	Median (Min.-Max.)	
FİB-4 İNDEKSİ 0.AY	0.81±0.41	0.73(0.21-2.03)	0.71±0.41	0.6(0.18-2.13)	0.059
FİB-4 İNDEKSİ 6.AY	0.93±0.6	0.77(0.21-3.99)	0.69±0.42	0.61(0.16-2.53)	0.003
FİB-4 İNDEKSİ 12.AY	0.81±0.44	0.73(0.16-2.41)	0.71±0.41	0.58(0.12-1.89)	0.062
FİB-4 0-6 ay değişim (%)	16.71±43.26	8.34(-62.81-231.82)	0.75±27.74	-1.04(-49.18-102.58)	0.008
FİB-4 0-12 ay değişim (%)	2.93±34.7	-4.52(-64.6-176.9)	3.59±31.05	1.41(-54.79-158.25)	0.620
FİB-4 6-12 ay değişim (%)	-7.3±28.45	-10.55(-61.77-156.26)	4.85±24.48	0.32(-44.49-110.69)	0.001

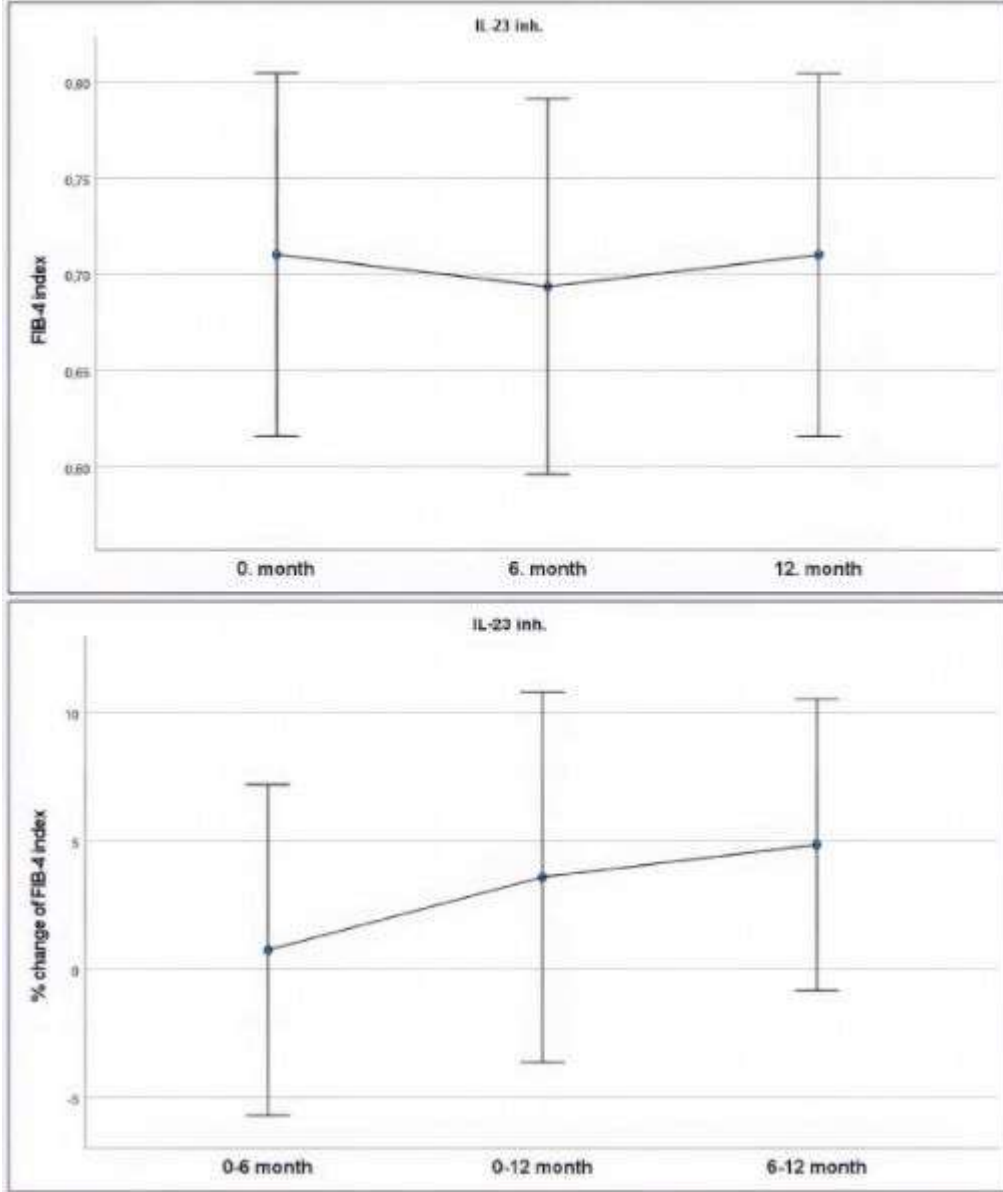
*Mann Whitney U analizi FİB-4:Fibrozis-4, INH:İnhibitör

ŞEKİL 1. IL-17 İNHİBİTÖRÜ KULLANAN HASTALARDA FİB-4 İNDEKSİNİN ZAMANLA DEĞİŞİMİ



FİB:Fibrozis, IL:İnterlökin, İNH:inhibitör

ŞEKİL 2. IL-23 İNHİBİTÖRÜ KULLANAN HASTALARDA FİB-4 İNDEKSİNİN ZAMANLA DEĞİŞİMİ



FİB:Fibrozis, IL:İnterlökin, İNH:inhibitör



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-060][KABUL:POSTER]

NADİR GÖRÜLEN NAGASHİMA TİP PALMOPLANTAR KERATODERMA OLGUSU

Berkay Özmen¹, Musa Sencer Değirmenci¹, Nesligül Hasibe Gönen², Gülhan Gürel¹

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

GİRİŞ-AMAÇ:

Nagashima tipi palmoplantar keratoderma (NPPK), ilk olarak 1977 yılında Japonya'da Masaji Nagashima tarafından tanımlanan palmoplantar keratodermaların bir alt tipidir(1). NPPK; palmoplantar alan, bilekler ve Aşil tendon bölgesinin dorsal yüzüne yayılan transgradyan eritem ile birlikte, iyi sınırlı, hafif şiddetli, ilerleyici olmayan ve diffüz hiperkeratoz ile karakterizedir. Hastalığa palmoplantar hiperhidroz, akuajenik beyazlama ve tinea enfeksiyonları eşlik edebilir(2). Ayrıca, uzun dönem takiplerde akral lentiginöz melanom gelişimi de bildirilmiştir(3). Hastalık, daha önceki yıllarda Mal de Meleda'nın hafif bir formu olarak tanımlanmıştır ancak yapılan genetik analizler sonucu NPPK'nın, epidermiste yüksek ekspresyonu olan ve serin proteaz ailesinin bir alt üyesi olan Serpin B7 proteinini kodlayan, serpin family B member 7 (SERPINB7) genindeki biallelik muhtemel patojenik/patojenik fonksiyon kaybı varyantlarından kaynaklanan otozomal resesif bir palmoplantar keratoz formu olduğu gösterilmiştir(4). Bu olgu sunumu ile, klinik bulguları tanımlanmış ve genetik doğrulaması yapılmış nadir görülen bir Nagashima tip palmoplantar keratoderma olgusu sunulması amaçlanmaktadır.

OLGU:

Bir yaşında kız hasta, ellerinde ve ayaklarında kızarıklık ve soyulma şikayetleri ile dermatoloji polikliniğimize kabul edildi. Kişinin özgeçmiş ve soygeçmişinde ek özellik rastlanmayan hastanın, anne ve babasının akraba evliliği olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde palmar ve plantar bölgelerde eritem ve deskuamasyon izlendi (Resim 1). Laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Punch biyopside hiperkeratoz, hafif düzenli akantoz ve hipergranülozis izlendi. Yapılan klinik ekzom dizileme sonucunda SERPINB7 geninin ekzon-intron bileşkesinde daha önce literatürde bildirilmemiş c.598-1G>T homozigot muhtemel patojenik (American College of Medical Genetics 2015) varyantı saptanmıştır (Resim



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2).Saptanan varyanta ait segregasyon çalışması devam etmektedir. Hastanın tedavisinde yumuşatıcı topikal ajanlar kullanılmakta olup, dermatoloji kliniğimizde düzenli olarak takip edilmektedir.

SONUÇ:

Bu vaka sunumunda, doğumdan itibaren palmoplantar bölgelerde eritem ve deskuamasyon bulguları olan bir hastanın klinik ve laboratuvar özellikleri değerlendirilmiştir. NPPK'nın bağımsız bir genetik hastalık olduğu ve SERPINB7 genindeki kurucu mutasyonlar (founder effect) nedeniyle son 10 yıl içerisinde Doğu Asya ülkelerinde en yaygın palmoplantar keratoderma formu olduğu gösterilmesine rağmen nadir görülen ülkelere yeterince tanınmamaktadır(4).Devos ve ark. tarafından Avrupa'da az bilinen bir palmoplantar keratoderma vakası NPPK olarak bildirilmiştir(6).Yaptığımız literatür taramasında, PubMed veri tabanında ülkemizden NPPK ile ilişkili herhangi bir olguya rastlanmamış olup, bu sunumun Türkiye'den bildirilen ilk vaka olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda, epidermiste ifade edilen serin proteaz inhibitör ailesinin bir üyesi olan SERPINA12 genindeki biallelik patojenik varyantların da NPPK'ya benzer klinik semptomlar gösterebileceğini ortaya koymuştur(4).SERPINB7'deki fonksiyon kaybı; hiperkeratoz, hafif inflamasyon ve artmış geçirgenlik ile cilt bariyerindeki bozulmaya neden olmaktadır. Bu durumun intrakorneosit proteazlarının aşırı aktivasyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir(2).Ayrıca, SERPINB7 genindeki bazı tek nükleotid değişikliklerinin atopik dermatit gelişimi için bir risk faktörü olabileceği gösterilmiştir. Bu durum NPPK ile atopik dermatitin birlikteliğinin sık olabileceğini düşündürmektedir(5).NPPK'nın tedavisi genellikle destekleyici tedavidir ve yumuşatıcılar, üre, salisilik asit, retinoik asit ve topikal D3 vitamini içeren topikal keratolitik ajanlar hiperkeratozu azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. SERPINB7 genindeki özellikle Doğu Asya toplumlarında sık görülen ve aminoasit dizisinde erken sonlanmaya neden olan c.796C>T(p.Arg266Ter) varyantı düşünüldüğünde, SERPINB7 genindeki okuma çerçevesini etkileyen varyantlara karşı okuma çerçevesini düzeltici etki gösteren topikal aminoglikozid (özellikle gentamisin) gibi ilaçlar, NPPK tedavisinde umut verici seçenekler arasında yer almaktadır(3).Bu nedenle, yaşamın ilk üç yılında başlayan palmoplantar eritem, deskuamasyon ve hiperkeratoz bulguları ile başvuran hastalarda NPPK ayırıcı tanıda düşünülmeli ve genetik testler ile tanı doğrulanmalıdır.Nadir görülen bu olguyu sunarak literatüre katkıda bulunmayı hedefledik.

ANAHTAR KELİMELEER: Nagashima, Palmoplantar Keratoderma, SERPINB7

KAYNAKLAR: 1.Biomed Res Int. 2021 Jan 27;2021:8841994. doi: 10.1155/2021/8841994.
2.J Am Acad Dermatol. 2020 Aug;83(2):643-645. doi: 10.1016/j.jaad.2019.11.004.

3.Case Rep Dermatol. 2020 Nov 17;12(3):241-248. doi: 10.1159/000509535.

4.J Dermatol. 2025 Mar;52(3):408-415. doi: 10.1111/1346-8138.17552.

5.Sliz E, Huilaja L, Pasanen A, et al. Uniting biobank resources reveals novel genetic pathways modulating susceptibility for atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2022;149(3):1105-1112.e9. doi:10.1016/j.jaci.2021.07.043

6.Ann Dermatol Venereol. 2019 Feb;146(2):125-130. French.
doi:10.1016/j.annder.2018.11.005.

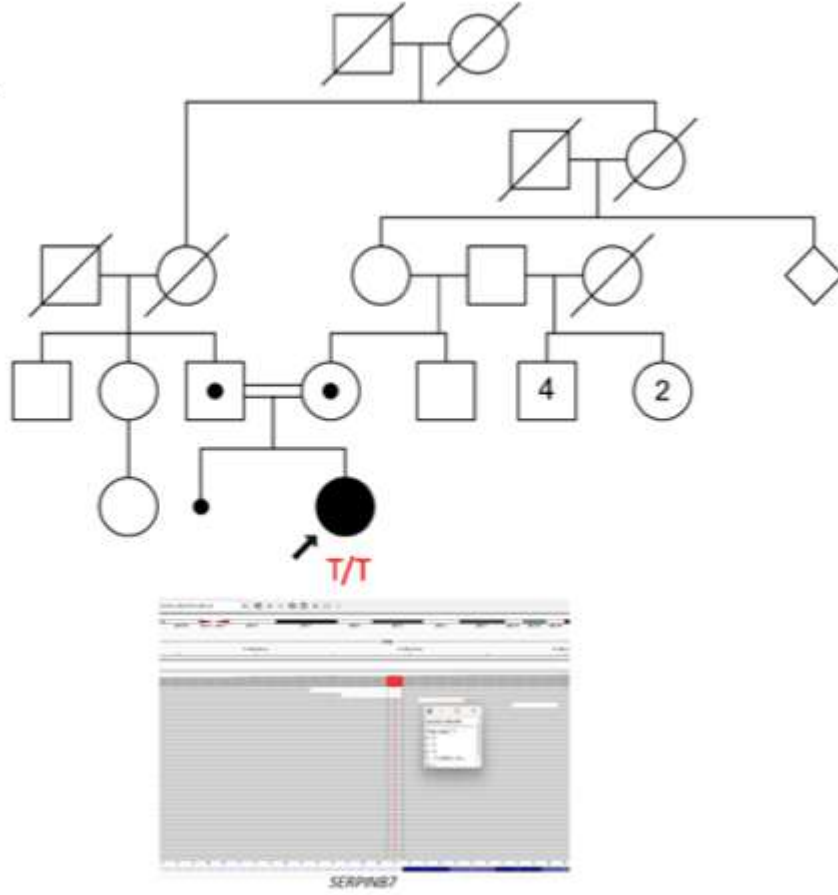
ŞEKİL 1



Palmar ve planlar bölgede eritem ve deskuamasyon

ŞEKİL 2

SERPINB7
c.598-1G>T



Pedigree ve probanda ait SERPINB7 gen varyantının IGV görünümü



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-061][KABUL:POSTER]

AFYONKARAHİSAR İLİNDEKİ PEDIATRİK PSORİASİS HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve Nur Güler, Gülhan Gürel

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı,
Afyonkarahisar

AMAÇ:

Psoriasis; genetik ve çevresel etkenlerin rol oynadığı, kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Hastaların yaklaşık %40'ında hastalık çocukluk veya ergenlik döneminde başlar. Bu çalışmada çocukluk yaş grubundaki psoriasis hastalarında hastalık sıklığını, klinik ve sosyodemografik özelliklerini retrospektif olarak saptamayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif çalışmada, 2021-2025 yılları arasında psoriasis polikliniğimize başvuran 102 pediatrik psoriasis hastasının dosya kayıtları incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi, aile öyküsü, eşlik eden hastalıklar gibi sosyodemografik bilgileri ile psoriasis tipi, tutulum bölgesi, PASI (Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi), VYA (Vücut Yüzey Alanı), PGA (Hekim Global Değerlendirme Skoru), VKİ (Vücut Kitle İndeksi), CRP düzeyleri ve uygulanan tedavi yaklaşımları değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler arasında (örneğin VKİ ve PASI) ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerden bazıları (PASI, PGA, VYA, VKİ) uygun şekilde kategorilere ayrılarak, diğer kategorik değişkenlerle olan ilişkileri Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler SPSS 26.0 paket programı kullanılarak yapılmış ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 102 hastanın 54'ü kız (%52,9), 48'i erkek (%47,1) olup yaş ortalaması $12,71 \pm 3,36$ idi. Hastaların 91'inde (%89,2) eşlik eden sistemik hastalık bulunmazken; 11'inde (%10,8) eşlik eden hastalık mevcuttu. Bu hastalıklar arasında FMF, astım, akkiz aplastik anemi, hemofili A, tip 1 diyabet, epilepsi, Down sendromu, alopesi areata ve karaciğer kisti yer almaktaydı. Aile öyküsü açısından değerlendirildiğinde 59 hastada (%57,8) ailede psoriasis öyküsü bulunmazken; 23 hastada (%22,5) birinci derece akrabada psoriasis öyküsü mevcuttu.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Hastalık süresi 37 hastada (%36,3) 0–6 ay aralığında idi. Klinik alt tipler arasında en sık plak tip (%80,4) görülürken, bunu sırasıyla guttat (%13,7), palmoplantar (%2,9), püstüler (%2,0) ve invers tip (%1,0) takip etti. Tutulum bölgesi açısından hastaların 74'ünde (%72,5) saçlı deri, 35'inde (%34,3) tırnak, 16'sında (%15,7) genital bölge, 12'sinde (%11,8) el, 15'inde (%12,7) yüz ve 3'ünde (%2,9) eklem tutulumu mevcuttu. VKİ değerlendirmesine göre 18 hastada (%17,6) değer 25'in üzerinde (fazla kilolu) bulundu. PASI skoru açısından değerlendirildiğinde, hastaların 67'si (%65,7) hafif (PASI <7), 35'i (%34,3) ise orta ve şiddetli (PASI ≥7) psoriasis olarak sınıflandırıldı. VKİ ile PASI arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır. CRP ile PASI arasında da pozitif yönde bir eğilim gözlenmiş olsa da, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

SONUÇ:

Pediyatrik psoriasis ile ilgili epidemiyolojik çalışmaların azlığı göz önüne alındığında, bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Sonuçların genellenebilirliğini artırmak için çok merkezli, daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Obezite, pediyatrik, psoriasis, tırnak tutulumu

KAYNAKLAR: 1. Kittler NW, Cordoro KM. Pediatric psoriasis comorbidities. *Skin Therapy Lett.* 2020;25(5):1-6.

2. Morita A, Saeki H. Pediatric psoriasis: Understanding pathological conditions and advances in treatment. *J Dermatol.* 2024;51(2):185-195.

3. Sahin G, Aydın F, Pancar Yuksel E. Systemic treatments in pediatric psoriasis: A retrospective single-center study. *Arch Iran Med.* 2021;24(12):903-909.

4. Lin TL, Fan YH, Chang YL, Ho HJ, Wu CY, Chen YJ. The epidemiology of pediatric psoriasis: A nationwide cohort study in Taiwan. *J Dermatol.* 2024;51(1):48-55.

5. Torres M, Flórez J, Páez MS, et al. Pediatric psoriasis: A descriptive, retrospective and multicenter study in Colombia. *Biomedica.* 2025;45(2):310-320.

6. Joseph RE, Sathishkumar D, Gupta A, Korula S. Metabolic comorbidities in pediatric psoriasis - A comparative cross-sectional study in South-Asian children. *Indian Dermatol Online J.* 2024;15(4):605-611.

7. Relvas M, Torres T. Pediatric psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2017;18:797–811.

8. Ben-Anaya N, Augustin M, Speth F, Scheidmann R, Stephan B. Systemic treatment of pediatric psoriasis – a multidisciplinary algorithm proposal. *J Clin Med.* 2024;13:6307.

9. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Kremers HM. Incidence of psoriasis in children: a

population-based study. J Am Acad Dermatol. 2010;62(6):979-987.

10. Paller AS, Mercy K, Kwasny MJ, et al. Association of pediatric psoriasis severity with excess and central adiposity: An international cross-sectional study. JAMA Dermatol. 2013;149(2):166-176.

11. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, et al. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. Br J Dermatol. 2010;162(3):633-636.

12. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet. 2015;386(9997):983-994.

13. Mahé E, Bodemer C, Bourrat E, et al. Psoriasis in children and adolescents: A descriptive study of 102 cases. Arch Pediatr. 2009;16(5):522-528.

14. Burden-Teh E, Thomas KS, Ratib S, et al. The epidemiology of childhood psoriasis: A scoping review. Br J Dermatol. 2016;174(6):1242-1257.

TABLO 1. PEDIATRİK PSORİASİS HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

		Kız	Erkek	p Değeri
Psoriasis Tipi	Psoriasis vulgaris	45 (%83,3)	37 (%77,1)	0.349
	Guttat psoriasis	7 (%13,0)	7 (%14,6)	
	Palmoplantar psoriasis	0 (%0,0)	3 (%6,3)	
	Püstüler psoriasis	1 (%1,9)	1 (%2,1)	
	İnvers psoriasis	1 (%1,9)	0 (%0,0)	
Özellikli Bölge Tutulumu	Saçlı deri tutulumu	41 (76,9)	33 (%68,8)	0.418
	Tırnak tutulumu	16 (%29,6)	19 (%39,6)	0.291
	Genital bölge tutulumu	6 (%11,1)	10 (%20,8)	0.178
	El tutulumu	4 (%7,4)	8 (%16,7)	0.147
	Yüz tutulumu	8 (%14,8)	7 (%14,6)	0.974
Eklem Tutulumu	Yok	54 (%100)	45 (%93,8)	0.062



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

	Var	0 (%0,0)	3 (%6,3)	
VKİ	VKİ < 25	45 (%83,3)	39 (%81,3)	0.784
	VKİ >= 25	9 (%16,7)	9 (%18,8)	
PASI	Hafif (PASI < 7)	36 (%66,7)	31 (%64,6)	0.370
	Orta (PASI: 7-12)	7 (%13,0)	3 (%6,3)	
	Şiddetli (PASI > 12)	11 (%20,4)	14 (%29,2)	
VYA	Hafif (VYA < %3)	5 (%9,3)	7 (%14,6)	0.284
	Orta (VYA: %3-%10)	32 (%59,3)	21 (%43,8)	
	Şiddetli (VYA > %10)	17 (%31,5)	20 (%41,7)	
PGA	Hiç lezyon yok (0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0.534
	Neredeyse hiç lezyon yok (1)	19 (%35,2)	11 (%22,9)	
	Hafif (2)	19 (%35,2)	19 (%39,6)	
	Orta (3)	12 (%22,2)	12 (%25,0)	
	Şiddetli (4)	4 (%7,4)	6 (%12,5)	
	Çok şiddetli (5)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	
Tedavi	Fototerapi tedavisi	8 (%14,8)	15 (%31,3)	0.047
	Metotreksat kullanımı	20 (%37,0)	15 (%31,3)	0.539
	Siklosporin kullanımı	3 (%5,6)	3 (%6,3)	0.882
	Asitretin kullanımı	0 (%0,0)	4 (%8,3)	0.020
	Adalimumab kullanımı	3 (%5,6)	2 (%4,2)	0.746
	Ustekinumab kullanımı	1 (%1,9)	1 (%2,1)	0.933



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Ki-kare testi

TABLO 2. VKİ VE CRP İLE PASI ARASINDAKİ SPEARMAN KORELASYON ANALİZİ SONUÇLARI

Değişkenler	Hasta Sayısı (n)	Korelasyon Katsayısı (Spearman's rho)	p Değeri
VKİ - PASI	102	0.210	0.034
CRP – PASI	102	0.191	0.054

Spearman korelasyon testi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-062][KABUL:POSTER]

ERÜPTİF SİRİNGOMA: 2 OLGU SUNUMU

Talha Mutlu, Hilal Kaya Erdoğan, Zeynep Nurhan Saraçoğlu, Ersoy Acer, Esra Ağaoğlu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim
Dalı, Eskişehir

GİRİŞ-AMAÇ:

İyi huylu ekrin ter bezi tümörü olan siringoma kadınlarda daha sık görülmektedir. Klinik olarak deri renginde veya hafif hiperpigmente küçük papüller olarak görülür. Göz kapağı siringomanın en sık görüldüğü lokalizasyondur. Genital bölge, saçlı deri ve akral bölgeler de sık tutulan vücut bölgeleridir (1). Erüptif siringom ise boyun, göğüs ve kolların sıklıkla ön yüzlerinde görülen nadir bir siringom çeşididir. Klasik siringomanın ergenlik ve ergenlik sonrası dönemde ortaya çıktığı bilinirken erüptif siringomun çocukluk döneminde de ortaya çıkabileceği daha az bilinen bir bilgidir (2).

OLGU:

Olgu-1: 20 yaşında kadın hasta yaklaşık iki yıl önce boyun bölgesinde başlayan ve son 6 aydır aksillaya yayılan döküntü şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde bilateral aksillada, boyun orta hattı ve göğüs üzerinde çoğu deri renginde, bir kısmı kırmızı renkli küçük papüler lezyonlar saptandı (Resim 1). Yapılan cilt biyopsisinin histopatolojik incelemesi siringoma ile uyumlu olarak raporlandı. Daha önce topikal tretinoin tedavisinden fayda görmeyen hastanın lezyonlarına kriyoterapi uygulanmaya başlandı ve hasta takibe alındı.

Olgu-2: 33 yaşında kadın hasta kliniğimize meme üzerinde ve meme laterallerinde 3 yıldır olan döküntüler nedeni ile başvurdu. Bilinen ek hastalık öyküsü olmayan hastanın dermatolojik muayenesinde bilateral meme üzerinde, laterallerinde ve altında kırmızı renkli, bazıları kahverengi küçük papüler lezyonlar saptandı (Resim 2). Topikal steroid tedavisinden fayda görmeyen hastadan alınan cilt biyopsisinin histopatolojik incelemesi siringoma ile uyumlu olarak raporlandı.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Nadir bir siringoma çeşidi olan erüptif siringomada boyun, göğüs ve kolların ön yüzü daha sıklıkla tutulmaktadır. Olgularımızda aksilla, boyun ve meme gibi nadir görülen lokalizasyonlarda tutulum mevcut olması nedeniyle paylaşılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Siringoma, erüptif, bilateral, aksilla, meme

KAYNAKLAR: 1. Soler-Carrillo J, Estrach T, Mascaró JM. Eruptive syringoma: 27 new cases and review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001;15(3):242-6.

2. Pruzan DL, Esterly NB, Prose NS. Eruptive Syringoma. Arch Dermatol. 1989;125(8):1119–1120.

RESİM-1



Boyun orta hatta kırmızı renkli grube papüler lezyonlar

RESİM-2



Meme üzerinde kırmızı, mor ve yer yer kahverengi papüler lezyonlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-063][KABUL:POSTER]

ORAL ABROSİTİNİB İLE TEDAVİ EDİLEN BİR ADÖLESAN ATOPİK DERMATİT OLGUSU

Övgü Sıla İmamoğlu, Fatma Aslı Hapa

İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji
Ana Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Atopik dermatit(AD),kaşıntı,egzematöz lezyonlar ve cilt kuruluğu ile karakterize, yaygın, kronik ve tekrarlayan inflamatuvar bir cilt hastalığıdır[1].AD,yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmekte ancak en sık çocukluk döneminde başlamaktadır [2].Global olarak,adölesanlarda AD prevalansı yaklaşık %20'dir[1].Orta ila şiddetli AD hastalarında, topikal tedavilere yeterli yanıt alınamadığında, fototerapi veya sistemik tedavilere geçilmesi gerekebilmektedir.Son on yıla kadar,AD için sistemik olarak sadece konvansiyonel immünsüpresif tedaviler(örneğin siklosporin, metotreksat, azatioprin, mikofenolat mofetil ve prednizon) mevcuttu.Son dönemlerde ise biyolojik ajanlar (ilk olarak dupilumab) AD tedavisinde çığır açmış ve en son olarak da JAK inhibitörleri,orta ila şiddetli AD için, FDA tarafından onay almıştır[2].Abrositinib,orta ila şiddetli AD hastalarının uzun süreli tedavisi için günde bir kez alınan,oral bir JAK1 inhibitörüdür[6].Burada,kliniğimizde oral abrositinib ile tedavi edilen adölesan bir atopik dermatit olgusunu sunuyoruz.

OLGU:

10 yıldır AD tanısı olan 12 yaşında kız hasta,Şubat 2023 tarihinde boyunda,ellerde,diz arkaları ve ön kolda yaygın kaşıntı,kızarıklık ve kabuklanma şikayeti ile tarafımıza başvurdu.Kliniğimize başvurusundan önceki süreçte birçok oral antihistaminik ve topikal tedaviler almış ancak bu tedaviler ile klinik remisyon sağlanamamıştır.Hastanın AD dışında,bilinen ek bir hastalığı yok ancak AD için aile öyküsü bulunmaktadır.Hastanın kliniğimize ilk başvurusundaki VAS skoru 4 olarak değerlendirildi.Yapılan tetkiklerinde eozinofili ve Total IgE düzeyi 6000'in üzerinde tespit edildi,konvansiyonel olarak siklosporin tedavisi başlandı.Altı ay sonunda hem kaşıntı şikayetinde hem de lezyonlarında gerileme olması üzerine siklosporin tedavisi stoplandı.Hasta 1 yıl remisyonda seyrettikten sonra,takiplerindeki dermatolojik muayenesinde; bilateral popliteal fossada ve boyunda yer yer krutlu, eritemli, skuamlı plakların varlığı (Şekil 1A ve Şekil 2A) ve her iki elinde hafif skuamlı,eritemli yamaların var



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

olması(Şekil 3A) ve kaşıntı şikayetinin artması üzerine,oral abrositinib tedavisine geçildi.Abrositinib ile tedavinin birinci ayında,VAS skoru 0 olarak değerlendirilmiş olup,bilateral popliteal fossa ve boyun bölgesinde hafif skuamli yama(Şekil 1B ve Şekil 2B) ve ellerinde ise normal muayene bulguları(Şekil 3B) izlenmiştir.Hasta halen tedaviye devam etmektedir.

SONUÇ:

Adölesanlarda AD, yaşam kalitesinde düşüslere yol açmakta ve özellikle depresyon ve anksiyete sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha sık görölmektedir.Adölesanlarda özerklik ve bağımsızlık gelişimi, tedaviye uyumu etkileyerek tedavi planlarını zorlaştırabilmektedir. Abrositinib;orta ila şiddetli atopik dermatitte, anlamlı derecede cilt temizliği sağlayan ve özellikle kaşıntı semptomlarında hızlı iyileşmeler elde ederek, hayat kalitesinde önemli iyileşmeler sağlayan oral JAK 1 selektif inhibitörüdür. Literatür taramasında,oral abrositinib ile tedavi edilen adölesan atopik dermatit vakalarının nadir raporlandığı görölmektedir. Bizim olgumuz da,oral abrositinib tedavisiyle tatmin edici iyileşme sağlanan adölesan bir atopik dermatit olgusudur, bu nedenle paylaşmayı uygun bulduk.

ANAHTAR KELİMELEER: Atopik Dermatit, Abrositinib, Adölesan

KAYNAKLAR: [1]JEADV,March 2022,DOI: 10.1111/jdv.17792,

[2] Upadacitinib in Adolescents With Moderate to Severe Atopic Dermatitis Analysis of 3 Phase 3 Randomized Clinical Trials Through 76 Weeks, DOI: 10.1001/jamadermatol.2024.3696

[3] JAMA Dermatol. 2021;157(10):1165-1173. doi:10.1001/jamadermatol.2021.2830,

[4]American Journal of Clinical Dermatology (2021) 22:541–554,DOI: 10.1007/s40257-021-00604-9,

[5]Pediatric Dermatology, 2024;41:34–40,DOI: 10.1111/pde.15468,

[6]Biomedical Reports,March 29, 2024,DOI: 10.3892/br.2024.1772

ŞEKİL 1A-1B



Tedavi öncesi, hastanın her iki popliteal fossasında yer yer krutlu, eritemli, skuamli plaklar mevcut(1A). Tedavi sonrası birinci ay, her iki popliteal fossada hafif skuamli yamalar mevcut(1B).

ŞEKİL 2A-2B



Tedavi öncesi hastanın boynunda yer yer krutlu, eritemli, skuamli plaklar mevcut(2A). Tedavi sonrası birinci ay, hastanın boynunda hafif skuamli yamalar mevcut(2B).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-065][KABUL:POSTER]

ANCA NEGATİF GRANÜLOMATÖZ LEZYONLARIN NADİR BİR NEDENİ: TAP1 EKSİKLİĞİ

Bengü Nisa Akay¹, Simge Gürpınar¹, Şule Altın², Aylin Okçu Heper³, Nihal Kundakcı¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

TAP1 Eksikliği, Çıplak Lenfosit Sendromu (BLS) Tip 1'e sebep olan mutasyonlardan biridir ve otozomal resesif geçişli nadir görülen bir immün yetmezliktir. Yıkıma uğrayan sitozolik peptitlerin endoplazmik retikulumla taşınmasını sağlayan TAP molekülünü kodlayan gendeki mutasyonlar sonucunda bu peptitler MHC sınıf 1 molekülleri üzerinde hücre yüzeyinde sunulamaz. TAP1 Eksikliği multisistemik bulgularla seyredebilir; dermatolojik olarak ise nekrotizan granülomatöz cilt lezyonları ve lökositoklastik vaskülit ile prezente olabilir.

Bu olgu, başlangıçta vaskülitik süreç düşünülerek izlenen ancak TAP1 eksikliği tanısı alan bir hastayı sunarak, nadir immün yetmezliklerin ayırıcı tanıdaki yerinin altını çizmeyi amaçlamaktadır.

OLGU:

Romatoloji servisinde Wegener Granülomatozu tanısı ile izlenen ve 5mg/gün prednizolon, gün aşırı 2.5mg metotreksat tedavilerini almakta olan 30 yaş kadın hasta yüzündeki lezyon sebebiyle dermatoloji kliniğine konsülte edildi. Muayenede, yüzünde 5 yıldır mevcut olan 3x5 cm boyutlarında sarı kalın kurutlarla kaplı lezyon, 5 yıl önce meydana gelen sert damak perforasyonu ve semer burun deformitesi mevcuttu (Resim-1).

Hastanın öyküsünde çocukluğundan beri işitme ve koku duyularında azalma olduğu, sık solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği, 4 kardeşinin doğumda veya doğumdan kısa süre sonra vefat ettiği, bir ablasında ise işitme kaybı, damak perforasyonu, yüzde geçirilmiş benzer lezyonlar ve semer burun deformitesi bulunduğu öğrenildi (Resim-2). Hastanın ablası da



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Wegener Granülomatozu tanısı ile dış merkezde takipliydi.

Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin düzeyi düşük, CRP hafif yüksek, karaciğer ve böbrek fonksiyonları normaldi. İmmünolojik değerlendirmede ANCA profili negatifti. Ayırıcı tanıda granümatöz cilt lezyonu yapan enfeksiyöz hastalıklardan lepra, leishmaniasis, konjenital ve tersiyer sifiliz ile lupus vulgaris dışlandı. Geçirilmiş akciğer tüberkülozu öyküsü olan hastanın tüberküloza yönelik tetkikleri de negatif olarak sonuçlandı.

Yüz lezyonundan alınan histopatolojik örneklerde yüzeysel ve orta dermiste yer yer fibrinoid nekroz gösteren granülom yapıları, dermiste birbiri ile birleşme eğilimi gösteren, santralinde epitelioid histiyositler periferinde lenfositik hücreler bulunan granülom yapıları izlendi. TAP-BT görüntülemesinde bronşiektazik alanlar ve enfektif süreçler ile uyumlu bulgular saptandı.

Bulgular ve aile öyküsü ışığında primer immün yetmezlik ön tanısı ile yapılan genetik analizde TAP1 geninde stop kodonu oluşumuna sebep olan nükleotid değişikliği tespit edildi.

SONUÇ:

TAP1 Eksikliği oldukça nadir bildirilmiş bir primer immün yetmezlik sebebidir. Ön planda kronik sinüzit, otitis media, mastoidit gibi kulak-burun-boğaz bulguları; kronik bronşit, tekrarlayan bakteriyel pnömoniler, bronşiektazi gibi akciğer tutulumları ve nekrotizan granümatöz cilt lezyonları ile lökositoklastik vaskülit gibi deri bulguları ile prezente olabilir. Henüz küratif bir tedavisi bulunmamaktadır; profilaktik antibiyotik tedavisi, IVIG ve immün modülasyon tedavi seçenekleri olarak tartışılmalıdır. Tedavide ilk hedef ise bakteriyel enfeksiyonların erken ve agresif tedavisi ile gelişebilecek bronşiektaziyi önlemektir.

Olgunun ANCA negatifliği, aile öyküsünün olması ve semptomların çocuklukta başlaması, Wegener Granülomatozu tanısından uzaklaşılarak TAP1 Eksikliği başta olmak üzere immün yetmezliklerin araştırılmasını gerekli kılmıştır.

Bu hastalığın dermatologlar ve diğer branş hekimleri tarafından erken dönemde tanınması, granümatöz cilt lezyonlarının ayırıcı tanısında akılda bulundurulması; komplikasyonların gelişmesini ve hatalı tedavi uygulamalarını önlemek açısından büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Damak perforasyonu, granümatöz cilt lezyonları, semer burun deformitesi, TAP1 eksikliği



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

KAYNAKLAR: Villa-Forte, A., de la Salle, H., Fricker, D., Hentges, F., & Zimmer, J. (2008). HLA class I deficiency syndrome mimicking Wegener's granulomatosis. *Arthritis & Rheumatism*, 58(8), 2579–2582.

Gadola, S. D., Moins-Teisserenc, H. T., Trowsdale, J., Gross, W. L., & Cerundolo, V. (2000). TAP deficiency syndrome. *Clinical and Experimental Immunology*, 121(2), 173–178.

Zimmer, J., Andrés, E., Donato, L., Hanau, D., Hentges, F., & de la Salle, H. (2005). Clinical and immunological aspects of HLA class I deficiency. *QJM: An International Journal of Medicine*, 98(10), 719–727.

Samarkandy, S., Khafaji, R., & Alshareef, A. (2011). Type I bare lymphocyte syndrome with novel TAP1 and TAP2 pathogenic variants. *Annals of Saudi Medicine*, 31(6), 634–637

RESİM-1



Olgunun yüz lezyonu, semer burun deformitesi ve damak perforasyonu

RESİM-2



Olgunun ablasının yüzündeki skatris ve semer burun deformitesi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-066][KABUL:POSTER]

SOLİTER PLAK ŞEKLİNDE ATİPİK MULTİNÜKLEER HÜCRELİ ANJİYOHİSTİYOSİTOM OLGU SUNUMU

Kadir Kaya¹, Gökçe Nur Kaya¹, İrem Özdağlı¹, Vildan Manav¹, Cem Leblebici², Ayşe Esra Koku Aksu¹

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

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Multinükleer hücreli anjiyohistiyoisitom (MCAH), en sık orta yaşlı kadınlarda görülen, el sırtı, yüz ve üst ekstremitelerde yerleşen çok sayıda kırmızı-mor renkli papüllerle kendini gösteren, nadir ve iyi huylu bir deri hastalığıdır. Hastalığın klasik formunda papüller belirgin olmakla birlikte, daha nadir görülen olgularda lezyon yalnızca tek bir plak şeklinde ortaya çıkabilir. Bu atipik sunum, klinik olarak Kaposi sarkomu, dermatofibrosarkoma protuberans gibi plak tipi benign ya da malign deri hastalıklarını taklit edebileceğinden, tanıda karışıklığa yol açabilir. Bu nedenle, özellikle tek ve sınırları belirgin olmayan plak lezyonlarda doğru tanının konulabilmesi ve olası malignitelerin dışlanabilmesi için biyopsi ile histopatolojik inceleme büyük önem taşır. MCAH'nın histopatolojik incelemesinde dermiste belirgin kapiller damar proliferasyonu, iğsi hücreler ve karakteristik çok çekirdekli dev hücreler izlenir. Tanı kesinleştirildikten sonra MCAH'nın seyri iyi huyludur ve tedavi genellikle kozmetik kaygılarla sınırlı kalır.

OLGU:

64 yaş erkek hasta kolunda uzun süredir olan topikal kortikosteroid tedavine yanıt vermeyen lezyon nedeniyle polikliniğe başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sağ ön kol fleksör bölgede dermoskopik görüntüsünde glomerüler damarlar izlenen eritemli kaşıntılı ağrısız hafif endüre plak mevcuttu. (resim 1 ve 2) Histopatolojik incelemede epidermiste ortohiperkeratoz, fokal minimal parakeratoz, düzensiz akantoz; dermiste yüzeysel bölümde daha belirgin olmak üzere küçük çaplı damarlarda belirgin artış, iri, iğsi ya da yıldızlı şekilde fibroblastik hücre proliferasyonu, bunların arasına dağılmış multinükleer mezenkimal hücreler, hafif derecede solar elastoz görüldü. (resim 3 ve 4)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Tek, sınırları düzensiz, mor-kırmızı renkte plak tarzı bir deri lezyonu görüldüğünde, nadir de olsa plak tipi MCAH düşünülmelidir. Ancak malignite ile karışabileceği için biyopsi ile histopatolojik doğrulama mutlaka yapılmalı, böylece doğru tanı konularak uygun klinik yönetim sağlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Multinükleer Hücreli Anjiyohistiyositom, Plak tipi lezyon, Biyopsi ile tanı

KAYNAKLAR: Zelger B, Sidoroff A, Steiner H, et al.

"Multinucleate cell angiohistiocytoma: an inflammatory disorder?"

J Am Acad Dermatol. 1994;30(2 Pt 2):226–231.

Bologna Dermatoloji

İstanbul EAH arşivi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-067][KABUL:POSTER]

**DERMATOLOJİK LEZYONLARDA KLİNİK MUAYENE, YAPAY ZEKA MODELLERİ VE
HİSTOPATOLOJİ TANILARININ UYUMLULUĞUNUN KARŞILAŞTIRILMASI**

Fatma Karataş Albayrak¹, Melissa Gedik¹, Burak Onur Zerde¹, Cansu Altınöz Güney², Fadime Kılınç¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara

²Dinar Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Dinar, Afyonkarahisar

GİRİŞ-AMAÇ:

Son yıllarda yapay zeka destekli sistemler, dermatoloji alanında giderek daha fazla kullanılmakta ve klinik karar verme süreçlerine entegre edilmektedir. Yapay zekanın dermatolojide kullanımı; tanısal doğruluk, hasta yönetimi ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği konularında destekleyici olabilmektedir.

Bu çalışmada tıbbi endikasyonla tanı amaçlı deri lezyonlarından biyopsi alınan hastaların, klinik muayene tanılarının ve yapay zeka tabanlı araçlarla (ChatGPT ve Google Lens) elde edilen tanıların histopatolojik tanı ile uyumluluğunun karşılaştırılması ve yapay zeka tabanlı sistemlerin tanı doğruluğuna katkılarının değerlendirilmesi amaçlandı.

MATERYAL-METOD:

Bu prospektif gözlemsel çalışmaya, polikliniğimize başvuran ve biyopsi endikasyonu bulunan 18 yaş üstü 152 hasta dahil edildi. Klinik ön tanımlar çalışmadaki dermatoloji klinisyenleri tarafından belirlendi. Lezyonlar sabit ışık ve mesafede mobil cihaz ile fotoğraflandı. Bu görseller ChatGPT ve Google Lens'e aktararak, her iki sistemden elde edilen yapay zeka destekli ön tanımlar kaydedildi. Elde edilen klinik ve yapay zeka tanımları, histopatolojik sonuçlarla karşılaştırılarak doğruluk oranları hesaplandı. İstatistiksel analizler SPSS 26.0 programı ile yapıldı; veriler yüzdelik oran ve anlamlılık düzeyleriyle değerlendirildi.

BULGULAR:

Çalışmaya toplam 152 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması $52,37 \pm 16,63$ yıl olup, medyan yaş 54 olarak bulundu (min-max: 18–84 yıl). Hastaların %55,3'ü erkek (n=84) ve %44,7'si kadındı (n=68). Biyopsi örneklerinin en sık alındığı bölge alt ekstremiteler olup, vakaların %30,9'unu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

(n=47) oluşturmaktaydı. Bunu sırasıyla gövde ön yüzü (%25, n=38), baş-boyun (%17,1, n=26), sırt (%13,8, n=21), üst ekstremité (%12,5, n=19) ve genital bölge (%0,7, n=1) izlemekteydi. Klinisyenler, ChatGPT ve Google Lens'in tanı doğruluğuna ilişkin histopatoloji karşılaştırmalı verileri Tablo 1'de detaylı olarak sunulmuştur. Üç grup arasında tanı doğruluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.00001$). Tanı doğruluğunun biyopsi bölgelerine göre dağılımı ise Tablo 2'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Bu çalışma, yapay zeka tabanlı tanı sistemlerinin dermatolojik değerlendirmelerde sınırlı olmakla birlikte dikkate değer bir potansiyel taşıdığını göstermektedir. Klinik uzmanların tanı doğruluğu en yüksek düzeyde olup, yapay zeka araçları bu doğruluğa ulaşamamıştır. Bununla birlikte, özellikle ChatGPT'nin Google Lens'e kıyasla daha tutarlı ve yüksek doğrulukta sonuçlar verdiği görülmüştür. Yapay zekâ sistemleri, henüz bağımsız tanı aracı olarak kullanılabilecek düzeyde olmasa da, ikinci görüş desteği sağlayabilecek yardımcı uygulamalar olarak değerlendirilebilir. Tanısal süreci hızlandırma, ayırıcı tanı listesi oluşturma ve karar destek sistemlerine entegrasyon gibi alanlarda gelişime açıktır. Ancak bu teknolojilerin daha güvenilir hale gelmesi için kapsamlı veriyle eğitilmesi ve klinik validasyonlarının artırılması şarttır. Sonuç olarak, yapay zeka klinik karar sürecinin yerini alamaz; ancak doğru sınırlar içinde kullanıldığında, dermatoloji pratiğinde destekleyici bir rol üstlenebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: deri lezyonları, dermatoloji, histopatoloji, yapay zeka

KAYNAKLAR: (1) Liopyris K, Gregoriou S, Dias J, Stratigos AJ. Artificial Intelligence in Dermatology: Challenges and Perspectives. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022 Dec;12(12):2637-2651. doi: 10.1007/s13555-022-00833-8. PMID: 36306100; PMCID: PMC9674813.

(2) De A, Sarda A, Gupta S, Das S. Use of Artificial Intelligence in Dermatology. *Indian J Dermatol*. 2020 Sep-Oct;65(5):352-357. doi: 10.4103/ijd.IJD_418_20. PMID: 33165383; PMCID: PMC7640800.

(3) Sangers TE, Kittler H, Blum A, Braun RP, Barata C, Cartocci A, Combalia M, Esdaile B, Guitera P, Haenssle HA, Kvorning N, Lallas A, Navarrete-Dechent C, Navarini AA, Podlipnik S, Rotemberg V, Soyer HP, Tognetti L, Tschandl P, Malvey J; EADV AI Task Force. Position statement of the EADV Artificial Intelligence (AI) Task Force on AI-assisted smartphone apps and web-based services for skin disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2024 Jan;38(1):22-30. doi: 10.1111/jdv.19521. PMID: 37766502.

(4) D'Agostino M, Feo F, Martora F, Genco L, Megna M, Cacciapuoti S, Villani A, Potestio L. ChatGPT and dermatology. *Ital J Dermatol Venerol*. 2024 Oct;159(5):566-571. doi:

10.23736/S2784-8671.24.07928-3. PMID: 39039954.

(5) Lian C, Yuan X, Chokkakula S, Wang G, Song B, Wang Z, Fan G, Yin C. Assessing the ChatGPT aptitude: A competent and effective Dermatology doctor? Heliyon. 2024 Aug 30;10(17):e37220. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e37220. PMID: 39319150; PMCID: PMC11419909.

TABLO 1. KLİNİK UZMAN, CHATGPT VE GOOGLE LENS'İN TANI DOĞRULUĞUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Doğruluk Değerlendirmesi	Klinisyen	ChatGPT	Google Lens	χ^2	p-değeri*
Tüm ön tanımlar içinde doğru tanı (n, %)	131 (86.1%)	86 (56.6%)	48 (31.6%)	93.32	< 0.00001
İlk 3 ön tanı içinde doğru tanı (n, %)	120 (78.9%)	72 (47.4%)	45 (29.6%)	76.07	< 0.00001
İlk ön tanının doğruluğu (n, %)	80 (52.6%)	35 (23.0%)	19 (12.5%)	63.43	< 0.00001

Not: Biyopsi sonucu altın standart tanı olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. * Ki-kare testi

TABLO 2. DOĞRU TANI ORANLARININ BİYOPSİ BÖLGESİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI (TÜM ÖN TANILAR DAHİL)

Biyopsi Lokalizasyonu	Klinisyen (n, %)	ChatGPT (n, %)	Google Lens (n, %)	χ^2	p-değeri*
Alt ekstremiteler (n=47)	43 (91.5%)	28 (59.6%)	18 (38.3%)	28.94	< 0.00001
Gövde ön yüzü (n=38)	34 (89.5%)	23 (60.5%)	11 (28.9%)	28.94	< 0.00001



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Baş-boyun (n=26)	21 (80.8%)	17 (65.4%)	9 (34.6%)	11.99	0.00249
Sırt (n=21)	19 (90.5%)	13 (61.9%)	7 (33.3%)	14.54	0.00069
Üst ekstremiteler (n=19)	13 (68.4%)	4 (21.1%)	2 (10.5%)	16.26	0.00029
Genital bölge (n=1)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	N/A	N/A
Toplam (n=152)	131 (86.1%)	86 (56.6%)	48 (31.6%)	-	-

Not: Biyopsi sonucu altın standart tanı olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. * Ki-kare testi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-069][KABUL:POSTER]

DIFFÜZ ASTROSİTOM TANILI HASTADA PERİUNGUAL PİGMENTE BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM: RASTLANTI MI, ORTAK MOLEKÜLER ZEMİN Mİ?

Bengü Nisa Akay¹, Sevgi Özensel Özel¹, Bilge Ayça Kırmızı²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Bazal hücreli karsinom (BHK) insanlarda en sık görülen malignitedir ve cildin güneşe maruz kalan bölgelerinde görülme eğilimi yüksektir. Ancak her ne kadar güneş gören bir bölge olsa da periungual alanda BHK gelişimi nadirdir ve literatürde az sayıda vaka bildirilmiştir. Astrositomlar, gliomalar içinde en sık görülen primer beyin tümörleri arasında yer almakta olup, pilositik, diffüz ve anaplastik olarak sınıflandırılmaktadır. Sonic Hedgehog (SHH) ve GLI transkripsiyon faktörlerini içeren SHH-GLI sinyal yolları, doku homeostazisi için kritik öneme sahiptir. Bu yollar, erişkinde baskılanmış durumda bulunurken, aktive olması çeşitli malignitelerin gelişiminde rol oynayabilir. GLI transkripsiyon faktörlerinin Smoothened (SMO) proteini aracılığıyla aktive edildiği klasik yolak, kanonik yol olarak adlandırılır. Son yıllarda, SMO'dan bağımsız GLI aktivasyonuna yol açan non-kanonik SHH yollarının bazı kanser türlerinde etkili olabileceğine dair kanıtlar artmaktadır. Bu olgu sunumunda, astrositom ve BHK birlikteliği olan hastada, bu tümörlerin gelişiminde rol oynayabilecek olası ortak patogenezi incelenecektir.

OLGU:

Elli sekiz yaşında erkek hasta, sağ el 5. parmakta distal falankstan başlayıp proksimal tırnak kıvrımına kadar ilerleyen 10x10 mm boyutlarında lezyon nedeniyle başvurdu. Hikayesinden dört yıl önce çıktığı, son bir yılda mor renkli, ülser plak yapısına dönüştüğü ve progresif olarak büyüme gösterdiği öğrenildi. Özgeçmişinde sol temporal bölgede kitle nedeniyle opere edildiği ve histopatolojik değerlendirme sonucunda diffüz astrositom tanısı aldığı kaydedildi. Lezyon dermatoskopik olarak değerlendirildiğinde pembe, beyaz, mavi ve mor yapısız alanlar, beyaz çizgiler, yer yer polikromatik renk değişiklikleri ve ülserasyon görüldü. Lezyonun dermatoskopik bulguları ve hastanın mevcut astrositom öyküsü dikkate alındığında klinik ön tanı olarak melanom ve Kaposi sarkomu düşünüldü. Eksizyon sonrası yapılan histopatolojik değerlendirme, nodüler-infiltratif mikst tip BHK tanısıyla sonuçlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Bazal hücreli karsinom, kutanöz maligniteler arasında en sık rastlanan tümör olmasına rağmen, kıl folikülü olmayan bir bölge olan periungual alanda nadirdir. Genellikle ultraviyole (UV) maruziyeti ve pilosebace ünite yoğunluğuyla ilişkilendirilir; bu ilişki, PTCH-SMO-GLI yolunu içeren klasik kanonik yolakla açıklanır. Son yıllarda, UV ışınlarından bağımsız, henüz tanımlanmamış bazı faktörlerin non-kanonik SHH yolaklarını uyararak GLI ekspresyonunu artırabileceği ve bunun belirli anatomik bölgelerde BHK gelişimine zemin hazırlayabileceği öne sürülmektedir. SHH-GLI sinyal yolu, kanser araştırmalarında giderek artan ilgi görmekte olup, son çalışmalar BHK ve glioma dahil birçok malignitede bu yolakların anormal aktivasyonuna işaret etmektedir. Yapılan bir araştırmada, düşük dereceli gliomalarda SHH-GLI sinyal yolunun aktif olduğu ve bu yolak hedeflenerek geliştirilecek tedavi stratejilerinin klinik açıdan önemli potansiyele sahip olabileceği vurgulanmıştır. Bu olgu sunumu ile SHH-GLI sinyal yolunun etkili olduğu düşük dereceli glioma ve BHK birlikteliğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır. Periungual alanda gelişen pigment lezyon klinik, dermatoskopik görünüm ve mevcut astrositom tanısı başta melanom ve yerleşim yeri nedeniyle de Kaposi sarkomu olasılığını gündeme getirirse de histopatolojik incelemede lezyonun BHK ile uyumlu bulunması üzerine yapılan literatür taramasında, atipik lokalizasyonlarda gelişen BHK'lerin non-kanonik GLI aktivasyonu ile ilişkili olabileceği yönünde görüşlere ulaşılmıştır. Benzer şekilde, bazı çalışmalarda SHH-GLI sinyal yolunun düşük dereceli gliomalarda da aktive olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda, her iki tümör tipinin ortak patogenezinde henüz tanımlanmamış bir faktör aracılığıyla GLI ekspresyonunun uyarılması olasılığı dikkat çekicidir. Bu olgu, BHK ve düşük dereceli astrositom birlikteliğinin rastlantısal olmaktan öte, ortak bir moleküler temele dayanabileceğini ortaya koymaktadır. Gelecekte gerçekleştirilecek moleküler düzeyde çalışmalar, bu olası ilişkiyi daha ayrıntılı şekilde ortaya koyabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Astrositom, Bazal Hücreli Karsinom, Glioma, Hedgehog

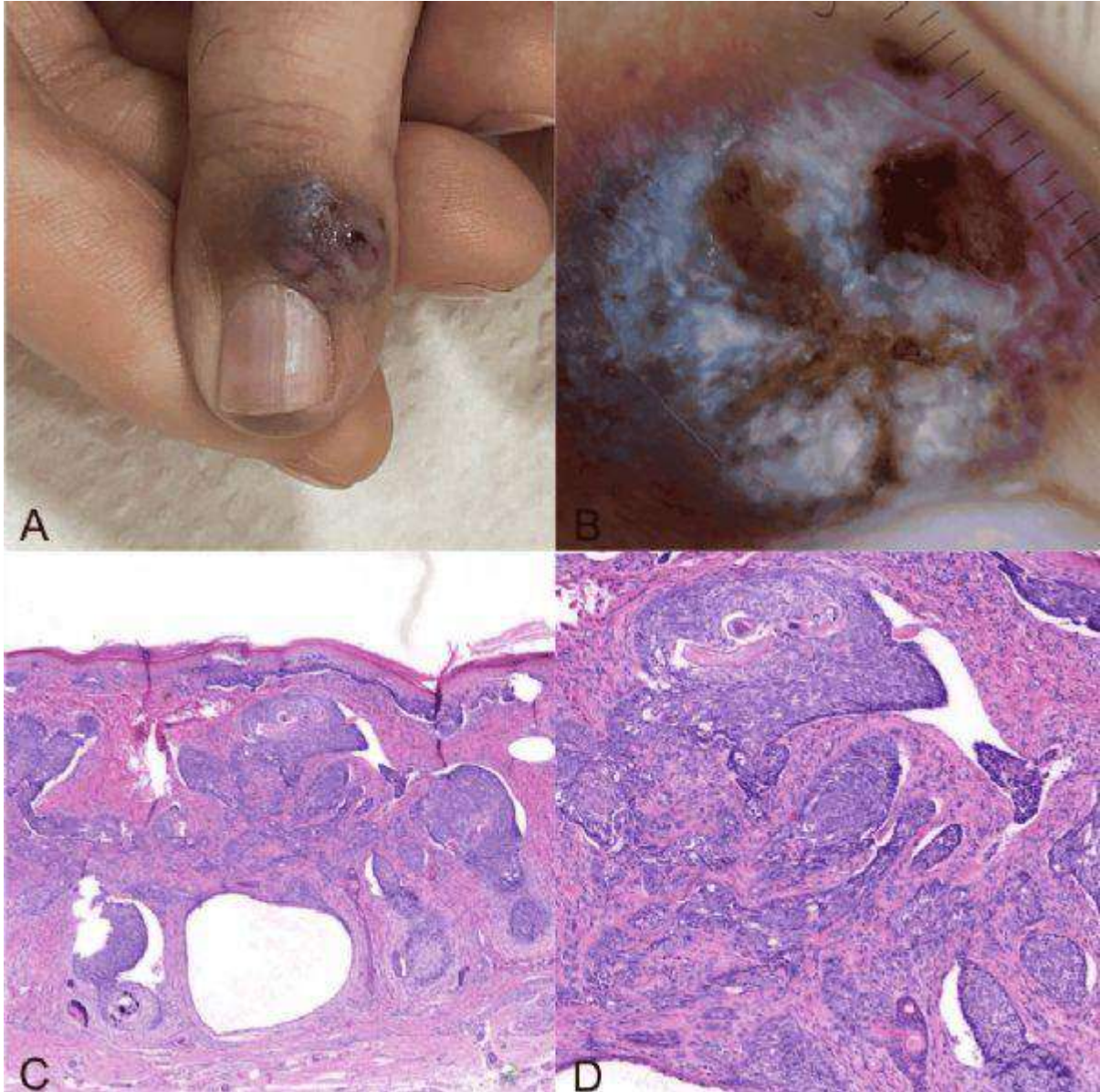
- KAYNAKLAR:** 1. Martinelli PT, Cohen PR, Schulze KE, Dorsey KE, Nelson BR. Periungual basal cell carcinoma: case report and literature review. *Dermatol Surg.* 2006;32(2):320-3.
2. Louis DN, Perry A, Wesseling P, Brat DJ, Cree IA, Figarella-Branger D, et al. The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Neuro Oncol.* 2021;23(8):1231-51.
3. Pietrobono S, Gagliardi S, Stecca B. Non-canonical Hedgehog Signaling Pathway in Cancer: Activation of GLI Transcription Factors Beyond Smoothed. *Front Genet.* 2019;10:556.
4. Martinez-Ortega JI, Perez Hernandez FJ, Reyes Garcia LN. Basal Cell Carcinoma in the

Periungual Region: A Rare Case and Pathogenesis Insights. Cureus. 2023;15(9):e45934.

5. Cui D, Chen X, Yin J, Wang W, Lou M, Gu S. Aberrant activation of Hedgehog/Gli1 pathway on angiogenesis in gliomas. Neurol India. 2012;60(6):589-96.

6. Ehtesham M, Sarangi A, Valadez JG, Chanthaphaychith S, Becher MW, Abel TW, et al. Ligand-dependent activation of the hedgehog pathway in glioma progenitor cells. Oncogene. 2007;26(39):5752-61.

KLİNİK, DERMATOSKOPIK VE HİSTOPATOLOJİK GÖRÜNÜM





ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

. (A) Klinik görünüm: Sağ el 5. parmakta distal falankstan başlayıp proksimal tırnak kıvrımına kadar ilerleyen 10x10 mm boyutlarında mor renkli, ülser plak (B) Dermatoskopik görünüm: Pembe, beyaz, mavi ve mor yapısız alanlar, beyaz çizgiler, yer yer polikromatik renk değişiklikleri ve ülserasyon (C,D) Histopatolojik görünüm (Hematoksilen Eozin X40): Epidermisin bazalinden başlayarak dermise doğru infiltrasyon gösteren, etrafında retraksiyon artefaktı içeren, palizatlanma gösteren atipik, solid adalar ve trabeküller oluşturan bazaloid hücreler



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-070][KABUL:POSTER]

TERBİNAFİNE BAĞLI GELİŞEN DRESS SENDROMU: NADİR BİR OLGU

Beyza Sevim, Ömer Kutlu, Atiye Akbayrak

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

'DRESS' (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) sendromu; akut başlangıçlı ateş, cilt döküntüsü ve multisistemik tutulumla karakterize yaşamı tehdit edebilen, nadir görülen bir ilaç reaksiyonudur(1).İlaç maruziyeti sonrası 1000-10.000'de bir görüldüğü tahmin edilmektedir ve mortalite %10' a kadar varabilmektedir. Ateş, yaygın mukokütanöz döküntü, yüzde ödem, lenfadenopati (LAP), eozinofili ve/veya diğer hematolojik anormallikler ve iç organ disfonksiyonları ile karakterize olan bu sendromun çocuklarda erişkinlere göre daha seyrek görüldüğü bilinmektedir(2).DRESS sendromuna en sık neden olan ilaçlar; karbamazepin, fenitoin, fenobarbital, zonisamid, lamotrijin, meksiletin, dapson, sülfasalazin, minosiklin, allopurinol ve vankomisin olup semptomlar bu ilaçların kullanımından yaklaşık 4-8 hafta sonra görülür(3).Burada nadir bir etken olan terbinafine bağlı DRESS sendromu gelişen bir vaka sunmaktayız.

OLGU:

24 yaşında kadın hasta, ateş ve vücutta yaygın kızarıklık şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Lezyonların yaklaşık 1 haftadır olduğu öğrenildi.Dermatolojik muayenede yüzde ödem ve eritem, gövde ön yüzde yaygın eritematöz, makülopapüler erüpsiyon izlendi. Sırtta birbirleriyle birleşmiş, geniş eritematöz, maküller, plaklar ve yer yer papüller, her iki bacak ön arka ve yan yüzlerinde eritematöz, ödemli, birleşen plaklar izlendi.Bukkal mukoza, dil, damak, saçlı deri ve tırnaklar doğal görünümdeydi.Özgeçmişinde yaklaşık 2 hafta önce tinea unguium nedeniyle sistemik terbinafin tedavisi aldığı öğrenildi.Palpasyonla lenfadenopati saptanmadı.Diğer sistemik muayeneleri ise doğaldı.Laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımında lökosit $15,98 \times 10^3/\text{mL}$ ($4-10,5 \times 10^3/\text{mL}$),platelet 431 bin $10^3/\text{mL}$ ($173-390$), nötrofil $11,46 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($2,1-8,89 \times 10^3/\mu\text{L}$), eozinofil $1,64 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($0,01-0,4 \times 10^3/\mu\text{L}$), ALT 140,1 U/L ($0-33 \text{ U/L}$), AST 98 U/L ($0-32 \text{ U/L}$), CRP: 19,9 mg/l ($0-5 \text{ mg/l}$) olup diğer kan ve idrar tetkikleri normaldi. Hepatit, HIV ve sifiliz serolojileri negatifti. İlaç öyküsü, muayene bulguları ve laboratuvar parametreleri göz önüne alındığında hasta, DRESS sendromu olarak değerlendirildi ve hospitalize edildi.Hastanın döküntüleri tama yakın geriledi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Klinik sunum heterojendir ve hastalık seyri tipik olarak uzundur. Sorumlu ilacın kesilmesine rağmen, hastalık alevlenmeleri meydana gelmeye devam edebilir(4).Bizim hastamız DRESS sendromu tanısında en sık kullanılan RegiSCAR puanlama sistemine göre değerlendirildiğinde 6 skoruna (kesin tanı) sahipti. Dress sendromunun klinik bulgularından olan ürtikeryal morbiliform lezyonlar, vezikül, bül, püstül, keilit, purpura, hedef benzeri lezyonlar, eritroderma, fasiyal ve periorbital ödem en sık görülen deri bulgularıdır. Bunun dışında ateş, lokalize veya jeneralize lenfadenopati diğer klinik bulgular arasındadır. Hematolojik bulgular olarak lökositoz, eozinofili, atipik lenfositler, lenfopeni, lökopeni veya lenfositoz, trombositoz veya trombositopeni görülebilir(8).Bizim olgumuzda ürtikeryal morbiliform lezyonlar, fasiyal ödem, ateş, lökositoz, trombositoz eozinofili, karaciğer enzim yüksekliği ile DRESS sendromu kriterleri karşılanıyordu. DRESS sendromuna sebep olan ilaçlar karbamazepin, fenitoin, fenobarbital, zonisamid, meksiletin, lamotrijin, dapson, salazopyrin, allopürinol, minosiklin, abakavir, nevirapin olup semptomlar ilaç kullanımından ortalama 2-8 hafta sonra meydana gelir(9).Literatürde şimdiye kadar terbinafin ilişkili DRESS sendromu sadece 3 vakada raporlanmıştır. Mevcut durumda olgumuz nadir bir etken olan terbinafine bağlı DRESS sendromu gelişmesiyle dikkati çekmektedir. Ayrıca olgumuz DRESS sendromu ile en sık ilişkilendirilen antikonvülzan ilaçlardan farklı olarak, ilaç sonrası lezyon çıkış süresinin 4-6 hafta gibi uzun bir süre değil, 2 hafta olduğu görüldü.Tedavide hastalara sistemik kortikosteroid tedavisi başlanılmalıdır.Mevcut tedavi geç tip hipersensitivite reaksiyonu olması sebebiyle uzun süre verilmelidir(10).Sonuç olarak bu olguyu DRESS sendromuna neden olan nadir bir etken terbinafini ve deri bulgularının daha erken sürede oluşabileceğini vurgulamak, hastalığın erken tanısı ve sorumlu ilacın, reaksiyonun erken döneminde kesilmesinin bu vakalarda mortalite ve morbiditenin azalmasına katkıda bulunacağına vurgu yapmak amacıyla sunduk.

ANAHTAR KELİMELEER: Akut hipersensitivite reaksiyonu, DRESS sendromu, Terbinafin

KAYNAKLAR: 1.Husain Z, Reddy BY, Schwartz RA. DRESS syndrome: Part I. Clinical perspectives. J Am Acad Dermatol 2013;68:693.e1–e14. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.01.033>

2.Criado PR, Criado RF, Avancini JM, Santi CG. Drug reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) / Druginduced Hypersensitivity Syndrome (DIHS): a review of current concepts. An Bras Dermatol 2012;87:435-49.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

3. İlaç Kaynaklı Aşırı Duyarlılık Sendromu (DIHS)/ Eozinofili ve Sistemik Semptomlarla Seyreden İlaç Reaksiyonu (DRESS): Klinik Özellikler ve Patogenez. Hama N, Abe R, Gibson A, Phillips EJ. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022 Mayıs;10(5):1155-1167.e5. doi: 10.1016/j.jaip.2022.02.004. Epub 2022 15 Şubat. PMID: 35176506
4. Engell IA, Authried G. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) induced by allopurinol: A case report. European Geriatric Medicine. 2013;4(2):99– 101
5. Harman KE, Morris SD, Higgins EM. Persistent anticonvulsant hypersensitivity syndrome responding to ciclosporin. Clin Exp Dermatol 2003; 28: 364-365
6. Cabañas R, Ramírez E, Sendagorta E, Alamar R, Barranco R, Blanca-López N, Doña I, Fernández J, Garcia-Nunez I, García-Samaniego J, Lopez-Rico R, Marín-Serrano E, Mérida C, Moya M, Ortega-Rodríguez NR, Rivas Becerra B, Rojas-Perez-Ezquerria P, Sánchez-González MJ, Vega-Cabrera C, Vila-Albelda C, Bellón T. J Investig Allergol Clin Immunol. 2020;30(4):229-253. doi: 10.18176/jiaci.0480. Epub 2020 Jan 14. PMID: 31932268 Cabañas R, Ramírez E, Sendagorta E, Alamar R, Barranco R, Blanca-López N, Doña I, Fernández J, Garcia-Nunez I, García-Samaniego J, Lopez-Rico R, Marín-Serrano E, Mérida C, Moya M, Ortega-Rodríguez NR, Rivas Becerra B, Rojas-Perez-Ezquerria P, Sánchez-González MJ, Vega-Cabrera C, Vila-Albelda C, Bellón T. J Investig Allergol Clin Immunol. 2020;30(4):229-253. doi: 10.18176/jiaci.0480. Epub 2020 Jan 14. PMID: 31932268
7. Haur Yueh Lee, MRCP, M Med (Int Med), FAMS, Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS). In: UpToDate, Maja Mockenhaupt, MD, PhD Rosamaria Corona, MD, DSc Han Li, MD Wolters Kluwer
8. Examination of clinical features of 11 cases with DRESS syndrome Evaluation of clinical features of 11 cases with DRESS syndrome Selma Emre, Gülşen Akoğlu, Ahmet Metin*, Duriye Deniz Demirseren, Gözde Kurtoğlu
9. Kardaun SH, Sidoroff A, Valeyrie-Allanore L, Halevy S, Davidovici BB, Mockenhaupt M, et al. Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms: Does a DRESS syndrome really exist? Br J Dermatol 2007;156:609-11
10. Tohyama M, Hashimoto K, Yasukawa M, ve ark. Association of human herpesvirus 6

reactivation with the flaring and severity of drug-induced hypersensitivity syndrome. Br J Dermatol 2007; 157: 934-940

RESİM 1



Terbinafine bağlı gelişen DRESS Sendromu

RESİM 2



Terbinafine bağlı gelişen DRESS Sendromu olan hastanın 2.ay takibinde 20 mg metilprednizolon sonrası tama yakın klinik iyileşme



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TABLO 1

Klinik parametreler	Puan	Puan	Puan	Yorumlar
	-1	0	1	
Ateş $\geq 101.3^{\circ}\text{F}$ (38.5°C)	Hayır/bilinmiyor	Evet		
Lenfadenopati		Hayır/bilinmiyor	Evet	>1 cm, en az 2 bölge
Eozinofili $\geq 0,7 \times 10^9$ veya lökopeni varsa $\geq \%10$		Hayır/bilinmiyor	Evet	$\geq 1,5 \times 10^9$ ise 2 puan kazanın
Atipik lenfositler		Hayır/bilinmiyor	Evet	
Cilt döküntüsü				
DRESS'i çağrıştıran döküntü	Hayır	Bilinmeyen	Evet	Öneri özellikleri: ≥ 2 yüz ödemi, purpura, infiltrasyon, deskuamasyon
BSA'nın $\geq \%50$ 'si		Hayır/bilinmiyor	Evet	
DRESS'i düşündüren deri biyopsisi	Hayır	Evet/bilinmiyor		
Organ tutulumu		Hayır	Evet	Her organ tutulumu için 1 puan, maksimum puan: 2
Hastalık süresi ≥ 15 gün	Hayır/bilinmiyor	Evet		
Diğer nedenlerin dışlanması		Hayır/bilinmiyor	Evet	Aşağıdaki testlerden 3'ü yapılırsa ve negatif çıkarsa 1 puan: HAV, HBV, HCV, mikoplazma, klamidy, ANA, kan kültürü

DRESS Tanısı için RegiSCAR Puanlama Sistemi (7)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-071][KABUL:POSTER]

**UPADACİTİNİB ALAN ATOPIK DERMATİT HASTASINDA KAPOSI'NİN VARİSELLİFORM
ERÜPSİYONU: ERKEN ANTİVİRAL MÜDAHALENİN ROLÜ**

Yekbun Yaşa, Zafer Türkoğlu, Halil İbrahim Yavuz, Gök Nur Yavuz

Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Kaposi'nin variselliform erüpsiyonu (KVE), sıklıkla Herpes simpleks virüs (HSV) tip 1 veya 2'nin daha önceden hasarlanmış cilt bariyerinden giriş yapması sonucu ortaya çıkan, hızlı ilerleyen, potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir viral enfeksiyondur. Atopik dermatitli bireyler, özellikle immün modülatör tedavi altında olanlar, bu komplikasyon açısından yüksek risk taşır. Bu sunumda, Upadacitinib tedavisi alan orta şiddetli atopik dermatitli bir hastada gelişen KVE olgusu ve erken antiviral tedavinin klinik seyir üzerine etkisi tartışılmaktadır.

OLGU:

25 yaşında erkek hasta, çocukluk çağından itibaren bilinen orta şiddetli atopik dermatit öyküsüyle takip edilmekteydi. Yaklaşık iki yıldır Upadacitinib 30 mg/gün tedavisi almaktaydı. Son birkaç gün içinde yüz ve gövdesinde ağrılı, içi sıvı dolu lezyonlar gelişmiş; ateş (38.2 °C) ve halsizlik şikâyetleriyle başvurmıştır. Fizik muayenede; perioral, yanak ve boyun bölgelerinde konflüe vezikülopüstüler lezyonlar, erozyonlar ve krutlanmalar izlenmiştir. Tanı, klinik bulgular ve HSV PCR testi ile doğrulanarak Kaposi'nin variselliform erüpsiyonu olarak konulmuştur. Hasta, intravenöz asiklovir (10 mg/kg/gün, 3x1) ve sefazolin sodyum (500 mg, 3x1) ile tedaviye alınmıştır. Destek tedavisi olarak parasetamol ve hidrokortizon eklenmiştir. Tedavi başlangıcından sonraki 48 saat içinde lezyonlarda belirgin regresyon gözlenmiş, sistemik semptomlar gerilemiştir. Hasta 7. günün sonunda klinik iyilik hali ile taburcu edilmiştir.

SONUÇ:

Upadacitinib gibi immün modülatör tedavi alan atopik dermatitli hastalarda ani vezikülopüstüler döküntüler görüldüğünde KVE ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken antiviral tedavi ile komplikasyonların önüne geçilebilir ve klinik seyir belirgin şekilde hafifletilebilir. Bu olgu, KVE'nin nadir ama önemli bir komplikasyon olduğunu ve erken müdahalenin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: antiviral tedavi, atopik dermatit, herpes simpleks virüs, Kaposi'nin variselliform erüpsiyonu

KAYNAKLAR: https://scholar.google.com.tr/scholar_url?url=https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/ijd.17501&hl=tr&sa=X&ei=yjVmaKmwGqalieoP6cDi4QI&scisig=AAZF9b9zaeA94wlfEb-7xxTVHytr&oi=scholar

RESİM 1



Orta şiddetli atopik dermatit hastasında gelişen vezikülopüstüller erupsiyon; eritem ve krutlanmalar

RESİM 2



Orta şiddetli atopik dermatit hastasında asiklovir tedavi sonrası erken dönemde klinik yanıt



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-072][KABUL:POSTER]

**KUTANÖZ KOLLAJENÖZ VASKÜLOPATİ: KLİNİK, HİSTOPATOLOJİK VE DERMOSKOPİK
ÖZELLİKLERİN 55 OLGULUK SİSTEMATİK DERLEMESİ VE AYIRICI TANIDA YENİ BİR MUAYENE
BULGUSU**

İbrahim Akçay¹, Ceren Süne¹, Nilay Duman¹, Fatih Boynueğrioğlu¹, Banu Yaman², Taner Akalın², İdil Ünal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Kutanöz Kollajenöz Vaskülopati (KKV), ilk kez 2000 yılında tanımlanmış, halen az sayıda olguyla bildirilen, nadir ve yeni tanımlanmış dermal mikrovasküler bir hastalıktır. Klinik olarak benign seyirli olmasına karşın, benzer vasküler dermatozlarla karışabildiğinden tanı gecikmeleri yaşanabilmektedir. Bu çalışmada, KKV olgularına ait literatür verileri PRISMA sistematik derleme kurallarına göre analiz edilmiş; ayrıca tarafımızca izlenen, histopatolojik olarak doğrulanmış bir olguda gözlenen fizik muayene bulgusu ayırıcı tanı açısından değerlendirilmiştir.

MATERYAL-METOD:

PubMed, Scopus ve Web of Science veri tabanlarında “cutaneous collagenous vasculopathy” anahtar kelimesiyle yapılan taramada 2000–2024 yılları arasında yayımlanan, histopatolojik tanısı doğrulanmış ve klinik verileri eksiksiz bildirilen olgular PRISMA sistematik derleme kurallarına göre dâhil edilmiştir. Literatürdeki 54 olgunun yanı sıra tarafımızca izlenen yeni bir olgu da eklenerek toplam 55 hasta çalışmaya alınmıştır. Olgular yaş, cinsiyet, tutulum bölgesi, eşlik eden sistemik hastalıklar, tedavi yaklaşımı, dermoskopik ve histopatolojik bulgular yönünden analiz edilmiştir. Komorbidite ve tedavi yanıtı ilişkisi Fisher’s exact testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Olguların %70,4’ü kadın olup, yaş ortalaması 63,3 (dağılım: 10–84), medyan 66’dır. En sık tutulum alt ekstremitelerde (%92.6), ardından gövde (%40.7) ve üst ekstremitelerde (%24.1)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

izlenmiştir. En sık eşlik eden komorbiditeler; hipertansiyon (%40.7), hiperlipidemi/dislipidemi (%27.8) ve diyabet (%25.9) olarak saptanmıştır. Tedavi yaklaşımları heterojen olmakla birlikte en sık topikal steroidler tercih edilmiştir. Komorbidite varlığı ile tedavi yanıtı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=1.0$). Topikal tedavi uygulanan olgularda daha yüksek yanıt bildirilmiş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.19$). Histopatolojik olarak %92.6'sında tip IV kollajen birikimi, %85.2'sinde PAS pozitifliği, %9.3'ünde perivasküler hiyalinizasyon bildirilmiştir. Dermoskopik verisi bildirilen 21 olguda; %57.1 oranında ağsı damar görünümü, %23.8 telanjiektatik çizgiler, %19 oranında beyaz çizgiler veya ortada beyaz alan saptanmıştır.

Tarafımızca izlenen 70 yaşındaki erkek hastada, alt ekstremitelerdeki telanjiektatik lezyonların ekstremitelerdeki elevasyonu ve/veya basısı sonrası dramatik bir şekilde solduğu ardından eritemin yavaş dolum fenomeni şeklinde tekrardan oluştuğu gözlenmiştir. Bu fizik muayene bulgusunun, dermal damar duvarlarında artmış kollajen birikimine bağlı elastikiyet kaybıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu durumun; kollajen yapısı ve damar duvar elastikiyetinin korunduğu, ancak klinik olarak benzer telanjiektatik görünüme sahip Hereditör Hemorajik Telanjiektazi (Osler-Weber-Rendu Sendromu), Generalize Esansiyel Telanjiektazi ve Telanjiektatik Maküler Eruptif Perstans (TMEP) gibi dermatozlardan KKV'yi ayırmada yardımcı olabilecek, yol gösterici bir fizik muayene bulgusu olabileceği kanaatine varılmıştır.

SONUÇ:

Bu çalışma, KKV'ye ilişkin en kapsamlı sistematik analizlerden birini sunmakta; klinik, dermoskopik ve histopatolojik spektrumunu ayrıntılı şekilde ortaya koymaktadır. Ayrıca, tarafımızca gözlenen fizik muayene bulgusu; KKV'nin tanısal değerlendirmesine katkı sağlayabilecek potansiyel bir ipucu niteliğindedir. Bu bulgunun ayırıcı tanıdaki yeri ve özgüllüğü, daha geniş vaka serileriyle değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Kutanöz Kollajenöz Vaskülopati, Telanjiektazi, Ayırıcı Tanı

KAYNAKLAR: 1. Salama S, Rosenthal D, Milner SM, Subramony C, Hohneker K. Cutaneous collagenous vasculopathy: a distinctive clinicopathologic entity. J Am Acad Dermatol. 2000;42(6):885–889.

2. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al.

The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

3. Kim MJ, Kim YJ, Song YJ, Lee JH, Yang JM.

Cutaneous collagenous vasculopathy: a systematic review with clinicopathologic and dermoscopic features. Ann Dermatol. 2019;31(5):499–507.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-073][KABUL:POSTER]

MEME KANSERLİ BİR HASTADA RİBOSİKLİBE BAĞLI KUTANÖZ DÖKÜNTÜ VE PANSİTOPENİ

Tubanur Çetinarslan¹, Raşit Üstüntaş¹, Peyker Temiz², Cemal Bilaç¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji AD

GİRİŞ-AMAÇ:

Ribociclib hormone reseptörü pozitif, insan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 (HR+/HER2 -) metastatik meme kanserinin tedavisi için onaylanmış, sikline bağımlı kinaz 4 ve 6 (CDK 4/6) inhibitörüdür. Vitiligo benzeri lezyonlar ve alopesi dahil cilt toksisiteleri ve ayrıca ribociclib tarafından indüklenen Stevens Johnson Sendromu ve toksik epidermal nekroliz gibi daha ciddi kutanöz yan etkiler rapor edilmiştir. Bilindiği kadarıyla bu vaka ribociclib'in neden olduğu kutanöz vaskülitin ilk raporudur.

OLGU:

Elli sekiz yaş kadın hasta, 3 gündür olan ekstremitelerde ve vücutta çok sayıda eritematöz-mor renkte kutanöz makül ve papül öyküsüyle başvurdu. Deri bulguları sakral bölgede başlayıp tüm vücuda yayıldı. Ekstremitelerdeki lezyonların bir kısmı 'hedef benzeri lezyon' şeklindeydi. Fizik muayenede başka bir belirti ve/veya bulguya rastlanmadı. Ribociclib metastatik meme kanseri nedeniyle 3 hafta önce başlanmıştı. Yatışının ilk gününde laboratuvar bulguları normal sınırlardaydı. Lezyondan punc biyopsi alındı. Histopatolojik olarak damarların çevresinde ve yer yer damar duvarında kronik hücre infiltrasyonu görüldü. Ribociclib kaynaklı kutanöz vaskülit tanısı düşünüldü ve oral ribociclib tedavisi kesildi. 0.5 mg/kg intravenöz prednizolon, topikal mometazon furoat ve iv feniramin maleat başlandı. Yatışının ikinci gününde yapılan laboratuvar tetkiklerinde pansitopeni gelişti. On bir günlük sistemik steroid tedavisinden sonra cilt bulgularında klinik iyileşme görüldü ve üç hafta sonra pansitopeni kendiliğinden düzeldi.

SONUÇ:

Nötropeni, ribociclib ile ilgili en yaygın yan etkidir ve bunu sırasıyla bulantı, enfeksiyonlar, yorgunluk ve ishal takip etmektedir. Hastamızda nötropenin yanı sıra trombositopeni ve anemi de gözlemlendi. Deri döküntüsü ribociclib kullanan hastaların %17'sinde görülen bir yan etkidir. Diğer siklin bağımlı kinaz 4/6 inhibitörleri tarafından indüklenen iki vaskülit vakası



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

literatürde bulunmakta; biri palbociclib'e bağlı kutanöz vaskülit diğeri ise abemaciclib'e bağlı kutanöz vaskülit vakası. Guillemois ve arkadaşları, alt ekstremitelerde peteşi, purpura ve nekrotik veziküller ile başvuran ve lökositoklastik vaskülit tanısı alan 80 yaşında bir hastayı bildirmişler. Omarini ve arkadaşları tarafından evre IV meme kanseri olan bir hastada amebaciclib'in neden olduğu alt ekstremitelerde palpabl purpura, eklem ağrısı ve böbrek tutulumu ile ortaya çıkan ikinci lökositoklastik vaskülit vakası rapor edilmiştir. Bizim hastamızda vaskülitin sistemik tutulumu bulunmadı. Anti nükleer antikor testi negatifti. Hastamızda sistemik steroid kademeli olarak dozu azaltıldı ve 6 hafta sonra tamamen kesildi. Bilindiği kadarıyla ribociclib'in neden olduğu ilk kutanöz vaskülit vakasıdır. Ciddi kutanöz reaksiyonlardan kaçınmak için ilaç reaksiyonuna neden olan ajanın saptanması ve mümkün olan en kısa sürede kesilmesi önemlidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Nötropeni, Ribociclib, Vaskülit

KAYNAKLAR: 1- NPS MedicineWise. Ribociclib for breast cancer. Aust Prescr. 2018;41(5):172.

2- Sollena P, Nikolaou V, Soupos N, Kotteas E, Voudouri D, Stratigos AJ, et al.; European Network for Cutaneous ADverse event of Oncologic drugs (ENCADO) group. Vitiligo-like lesions in patients with advanced breast cancer treated with cycline-dependent kinases 4 and 6 inhibitors. Breast Cancer Res Treat. 2021;185(1):247–53.

3- Hortobagyi G, Stemmer S, Burris H, Yap YS, Sonke GS, Paluch-Shimon S, et al. Ribociclib as frst-line therapy for HR-positive, advanced breast cancer. N Engl J Med. 2016;375:1738–48.

4- López-Gómez V, Yarza R, Muñoz-González H, Revilla E, Enrech S, González-Valle O, et al. Ribociclib-related Stevens-Johnson syndrome: oncologic awareness, case report, and literature review. J Breast Cancer. 2019;22(4):661–6.

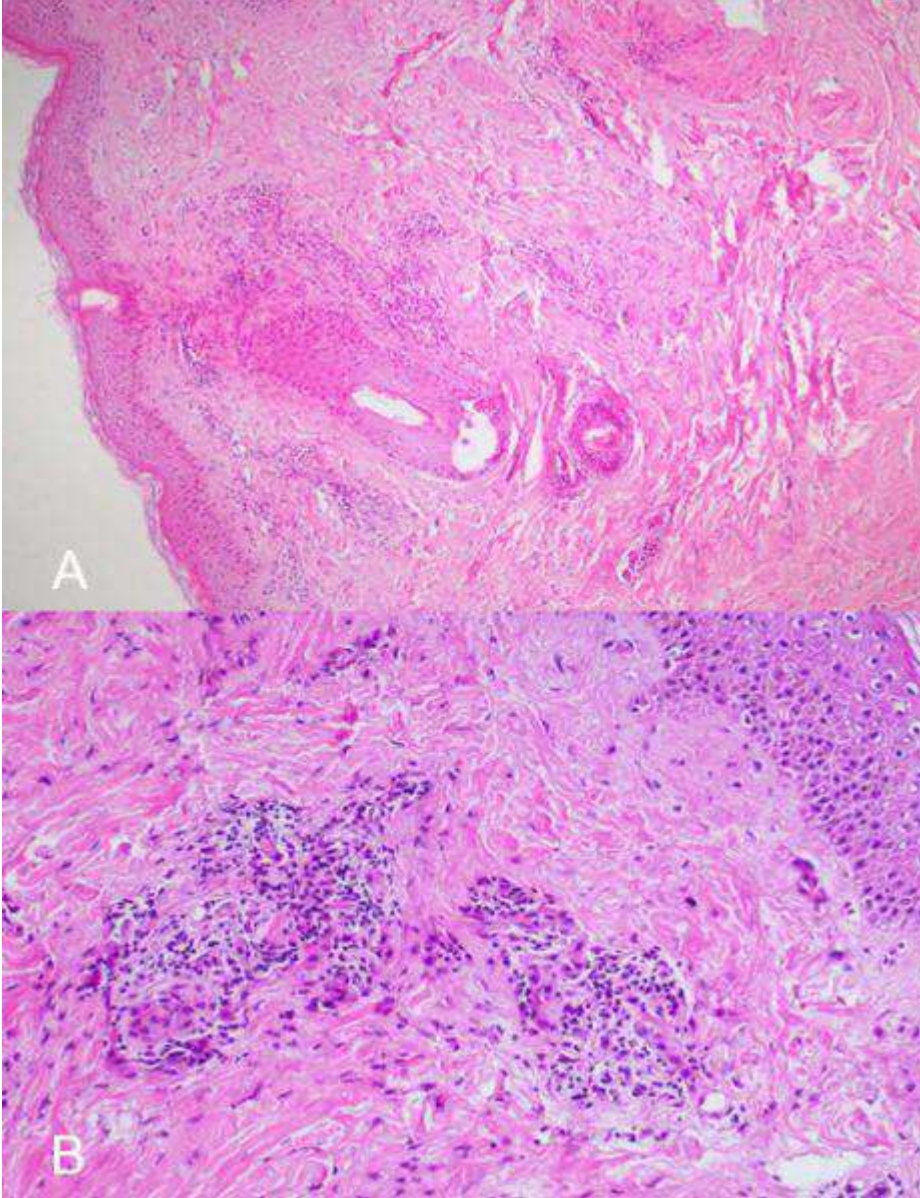
5- Widmer S, Grossman M. Chemotherapy patient with StevensJohnson syndrome presents to the emergency report. Am J Emerg Med. 2018;36(7):1325.e3–4. 6- Bozkaya Y, Ay B. Toxic epidermal necrolysis associated with ribociclib in a patient with metastatic breast cancer. Breast J. 2020;26(4):773–4.

7- Erjan A, Dayyat A. Ribociclib-induced radiation recall dermatitis following stereotactic body radiation therapy: case report and literature review. Hematol Oncol Stem Cell Ther. 2020;S1658–3876(20):30051. 8- Mariano M, Donati P, Cameli N, Pigliacelli F, Morrone A, Cristaudo A. Ribociclib-induced erythema dyschromicum perstans (ashy dermatosis)-like pigmentation in a metastatic breast cancer patient. J Breast Cancer. 2021;24(1):117–21.

9- Guillemois S, Patsouris A, Peyraga G, Chassain K, Le Corre Y, Campone M, et al. Cutaneous and gastrointestinal leukocytoclastic vasculitis induced by palbociclib in a metastatic breast cancer patient: a case report. Clin Breast Cancer. 2018;18(5):e755–8.

10- Omarini C, Molinaro E, Barbolini M, Dominici M, Piacentini F. Henoch-schönlein purpura (HSP) in a patient on abemaciclib. Breast. 2020;52:132–3.

RESİM 2



Resim2 - A ve B. Damarlar çevresinde kronik inflamatuvar hücre infiltrasyonu.

RESİM1



A. Gövde ve ekstremitelerde eritematöz-livid kutanöz makül ve papüller. B. Tedavi sonrası remisyon.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-074][KABUL:POSTER]

NADİR GÖRÜLEN BİR KORTİKOSTEROİD ALERJİSİ: KLOBETAZOL 17-PROPIYONATA BAĞLI ALERJİK KONTAKT DERMATİT OLGUSU

Alara İlksen Şalcı, Sıla Şahin, Ayşe Boyvat

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Topikal steroidler, dermatolojik hastalıkların tedavisinde anti-inflamatuar ve immünsüpresif etkileri nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. Nadir durumlarda, bu ilaçlara karşı alerjik kontakt dermatit (AKD) gelişebilir. Klobetazol propiyonat, güçlü etkili bir kortikosteroid olup, bu tür reaksiyonlara nadiren neden olur. Tanıda yama testi önemli bir yer tutar. Bu posterde, klobetazol propiyonat kullanımı sonrası uygulama alanında AKD gelişen bir olgu sunulmuştur. Olgu, güçlü topikal steroidlerin de alerjen olabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

OLGU:

52 yaş kadın hasta, sol lomber bölgede 4-5 yıldır olan kaşıntı ve zamanla gelişen hiperpigmentasyon şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede, sol lomber bölgede lokalize, yaklaşık 5x6 cm boyutunda, hiperpigmente, likenifiye yama lezyon izlendi. Klinik ve anamnez doğrultusunda ön planda liken simpleks kronikus düşünüldü. Hastaya klobetazol 17-propiyonat içeren topikal kortikosteroid ve emolyen tedavisi başlandı. 1 ay sonra yapılan kontrol değerlendirmesinde hasta, ilacın uygulandığı bölgede kaşıntının arttığını, kızarıklık ve sulantı geliştiğini; tedaviyi kestikten sonra yakınmalarının gerilediğini belirtti. Muayenede belirtilen bölgede hiperpigmente yama lezyon izlendi. Hastanın şikayetlerinin alevlendiği döneme ait fotoğraflarında, eritemli zeminde veziküllerle birlikte ekzematöz plaklar görüldü (**ŞEKİL 1**). Bulgular doğrultusunda, topikal ilaca bağlı AKD düşünülerek yama testi ve hiperpigmente yamasal lezyona yönelik mikozis fungoides, morfea, postinflamatuvar hiperpigmentasyon ön tanılarıyla biyopsi planlandı. Bölgeden alınan deri biyopsisi, postinflamatuvar hiperpigmentasyon ile uyumlu sonuçlandı. Avrupa Standart seri ile yama testinde anlamlı pozitiflik izlenmezken, klobetazol propiyonat ile yapılan yama testinde 48. ve 96. saatte şiddetli kaşıntı, eritem, vezikülasyon ile +++ (3 pozitif) reaksiyon saptandı (**ŞEKİL 2**). İlacın ticari preparatı içerisinde yardımcı madde olarak bulunan ve duyarlandırıcı olduğu bilinen; amerchol L101, cetyl stearyl alcohol, propylene glycol ve 4-chloro-3,5-cresol (PMCM) ile yapılan testlerde pozitiflik gözlenmedi. Hastada klobetazol 17-



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

propiyonata özgü AKD geliştiği sonucuna varıldı. Tedavide, alternatif olarak metilprednizolon aseponat içeren pomad verildi.

Tartışma-

SONUÇ:

Topikal kortikosteroidler, inflamatuvar ve alerjik dermatozların tedavisinde yaygın olarak kullanılan ajanlardır. Ancak paradoksal olarak, bu ilaçlara karşı kontakt duyarlılık gelişebilmektedir. Kortikosteroidlerin anti-inflamatuvar etkileri, alerjik reaksiyonun klinik belirtilerini maskeleyebileceği için tanı koymak sıklıkla zordur. Tedaviye yanıtız ve dirençli seyreden dermatit olgularında, steroidlere karşı gelişen AKD mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve tanı yama testi ile doğrulanmalıdır.

Kortikosteroidler, kimyasal yapılarındaki benzerlikler nedeniyle çapraz reaksiyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle, moleküler yapılarına ve olası çapraz reaksiyon risklerine göre A–D grupları olmak üzere sınıflandırılmışlardır. Bir gruba karşı duyarlılığı bulunan hastalar, diğer gruptaki steroidleri tolere edebileceğinden, bu sınıflama alternatif tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde önemli rol oynar.

Avrupa Standart Test Serisi içinde yer alan tixocortol-21-pivalate ve budesonid, sırasıyla Grup A ve B steroid duyarlılıklarının saptanmasında etkili belirteçlerdir. Ancak, bu ajanların Grup D steroidlerine karşı gelişen duyarlılığı saptamada yetersiz kaldığı çalışmalarla gösterilmiştir. Klobetazol propiyonat, Grup D1 içerisinde yer alır. Bu gruptaki steroidlere karşı duyarlılık literatürde daha seyrek bildirilmekle birlikte, standart seriler ile yapılan testlerde gözden kaçabileceği için klinik açıdan önem arz etmektedir.

Kortikosteroid kaynaklı AKD, tedavi başarısını doğrudan etkileyen bir durumdur. Klinik şüphe varlığında yalnızca standart seriler ile değil; hastanın kullandığı spesifik topikal preparatla ya da ideal olarak genişletilmiş kortikosteroid serisiyle yama testi yapılması önerilmektedir. Tedavide, duyarlılığa neden olan ajan kesilmeli; kimyasal olarak farklı gruptan, çapraz reaksiyon riski düşük olan bir kortikosteroid tercih edilmeli veya gerekirse topikal kalsinörin inhibitörleri gibi steroid olmayan anti-inflamatuvar tedavi seçeneklerine geçilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Alerjik kontakt dermatit, Klobetazol propiyonat, Kortikosteroid, Yama testi

KAYNAKLAR: 1.Davis MD, El-Azhary RA, Farmer SA. Results of patch testing to a corticosteroid series: A retrospective review of 1188 patients during 6 years at Mayo Clinic. J Am Acad Dermatol. 2007;56(6):921–927.

2.Baeck M, Chemelle JA, Terreux R, Drieghe J, Goossens A. Delayed hypersensitivity to



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

corticosteroids in a series of 315 patients: clinical data and patch test results. Contact Dermatitis. 2010;62(2):81–86. doi:10.1111/j.1600-0536.2009.01602.x

3.Goossens A. Topical corticosteroids and allergic contact dermatitis: a review. Contact Dermatitis. 2011 Mar;64(3):129–137. doi:10.1111/j.1600-0536.2010.01866.x

4.Barbaud A. Contact allergy to topical corticosteroids: diagnostic and therapeutic aspects. Clin Dermatol. 2014;32(1):122–128. doi:10.1016/j.clindermatol.2013.05.020

5.Svedman C, et al. Patch testing with corticosteroid markers in the baseline series: results from the European Surveillance System on Contact Allergies (ESSCA). Contact Dermatitis. 2020;82(6):317–325. doi:10.1111/cod.13483

6.Coenraads PJ, et al. Allergic contact dermatitis from corticosteroids. Dermatol Clin. 2001;19(4):589–596. doi:10.1016/S0733-8635(05)70206-7

7.Pratt MD, Mufti A, Lipson J, et al. Patch test reactions to corticosteroids: retrospective analysis from the North American Contact Dermatitis Group 2007–2014. Dermatitis. 2017;28(1):58–63. doi:10.1097/DER.0000000000000250

ŞEKİL 1



Klobetazol 17-propionat sonrası gelişen alerjik ekzematöz kontakt dermatit

ŞEKİL 2



Klobetazol 17-propionat ile ön kola uygulanan yama testi; eritem, vezikülasyon ile (+++) reaksiyon



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-075][KABUL:POSTER]

KULAK HELİKS YERLEŞİMLİ BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM DEFİKTİNİN HELİKAL RİM İLERLETME FLEBİ İLE ONARIMI

Süveyda Teko¹, Ozan Erdem¹, İlksen Yağmur Tezer¹, Bengü Çobanoğlu Şimşek², Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Cilt kanserlerinin cerrahi eksizyonu sonrasında oluşan defektlerin kapatılmasında, benzer doku özelliklerine sahip alanlardan elde edilen flepler tercih edilir. Flepler, deri greftlerine kıyasla daha iyi doku ve renk uyumu sağladıkları için estetik ve fonksiyonel açıdan üstünlük gösterir.

Kulak, ince derisi, altında yer alan kıkırdak yapısı ve konveks formu nedeniyle kompleks üç boyutlu bir anatomik yapıya sahiptir. Dış kulak, bu özellikleri nedeniyle dermatolojik cerrahide cilt malignitelerinin tedavisinde hem kozmetik hem de fonksiyonel açıdan özel dikkat gerektirir.

Helikal rim ilerletme flebi (HRİF), helikal kenarda yer alan küçük ve orta boyutlu defektlerin onarımında anatomik konturu koruyan, estetik açıdan tatmin edici ve güvenilir sonuçlar sunan bir rekonstrüktif cerrahi seçeneğidir. Bu bildiride, sol kulak heliksinde bazal hücreli karsinomu bulunan bir hastada HRİF yöntemiyle onarımını sunacağız.

OLGU:

Altmış yaşında kadın hasta, sol kulak heliksinde yaklaşık 2 yıldır mevcut olan, zaman zaman kanayan, eritemli ve ülser lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Dermoskopide dallanan damarlar içeren, nodüler karakterde, 0,9 × 1,6 cm boyutunda ülser lezyon izlendi (Figüre 1A). Punch biyopsi sonucu nodüloinfiltratif tipte bazal hücreli karsinom ile uyumlu geldi. Lezyonun sınırları 5 mm sağlam cerrahi sınırla işaretlendi ve oluşacak defektin HRİF ile onarımı planlandı. Flep planlamasında, anterior yüzde helikal sulkus boyunca flebin kaldırılacağı plan, kulak memesinde flebin ilerlemesi için Burow üçgeni ve posterior yüzde defektin kapatılabilmesi için Burow üçgeni işaretlendi (Figür 1B, C). İşleme infiltrasyon anestezisi uygulanarak başlandı (Figür 2A, B). Öncelikle lezyonun ön yüzünde, kıkırdak dahil tam kat;



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

arka yüzünde ise Burow üçgeni derisi eksize edildi (Figür 2C-G). Böylece kulak heliksi orta kısımda tam kat bir defekt ve kulak posterior yüzde kıkırdak üzerinde Burow üçgenine karşılık gelen alanda yalnızca deri defekti meydana geldi (Figür 2H). Daha sonra helikal rimden kulak memesine uzanan hat boyunca anterior yüz derisi ve kıkırdağı içerecek şekilde kesi yapıldı; posterior yüz derisi ise salim bırakıldı (Figür 2I). Flep mobilizasyonu amacıyla posterior yüz derisi supraparikondriyal planda diseke edilerek flep kaldırıldı ve bipolar koagülasyon ile hemostaz sağlandı (Figür 2J, K). Ardından flebin iki ucu fiksasyon süturu yardımıyla yaklaştırıldı ve kulak memesindeki Burow üçgeni çıkarıldı (Figür 2L, M). 5/0 prolene sütür ile kapama başarıyla sağlandı (Figür 2N, P). Postoperatif hematoma formasyonu gelişimini önlemek için steril eldivenden kesilen bir Penrose dren yerleştirildi (Figür 2O). Takipte komplikasyon izlenmedi. 6. ay takibinde hasta estetikten sonuçtan memnun olduğunu ifade etti (Figür 1C-D).

Sonuç-Tartışma:

Helikal kenarın onarımı için literatürde birçok yöntem tanımlanmıştır. Kondrokutanöz ilerletme flebi ilk olarak Antia ve Buch tarafından tanımlanmış, daha sonra bu yaklaşım Krunic ve arkadaşları tarafından “helical rim advancement flap” adı altında modifiye edilerek detaylandırılmıştır.

HRİF, kulak heliksinde yer alan küçük ve orta boyutlu defektlerin onarımında doğal konturun korunmasını sağlayan güvenilir bir yöntemdir. Özellikle 2 cm’den küçük defektlerde, helikal hattın bütünlüğü bozulmadan kapanma sağlar. Uygulaması teknik olarak görece basittir ve komplikasyon oranı düşüktür. Bu yöntemin en önemli avantajlarından biri, kulağın dikey yüksekliğinde minimal kayba yol açarken, heliksin anatomik yapısını ve estetik çizgisini büyük ölçüde korumasıdır. HRİF, hem fonksiyonel hem de kozmetik açıdan başarılı, doğal görünüme yakın sonuç veren, kulak rekonstrüksiyonunda sık tercih edilen ve değerli tekniklerden biri olarak öne çıkmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: bazal hücreli karsinom, dermatocerrahi, flep, ilerletme, rekonstrüksiyon

KAYNAKLAR: 1)Krunic AL, Weitzul S, Taylor RS. Chondrocutaneous advancement flap for reconstruction of helical rim defects in dermatologic surgery. Australas J Dermatol. 2006 Nov;47(4):296-9.

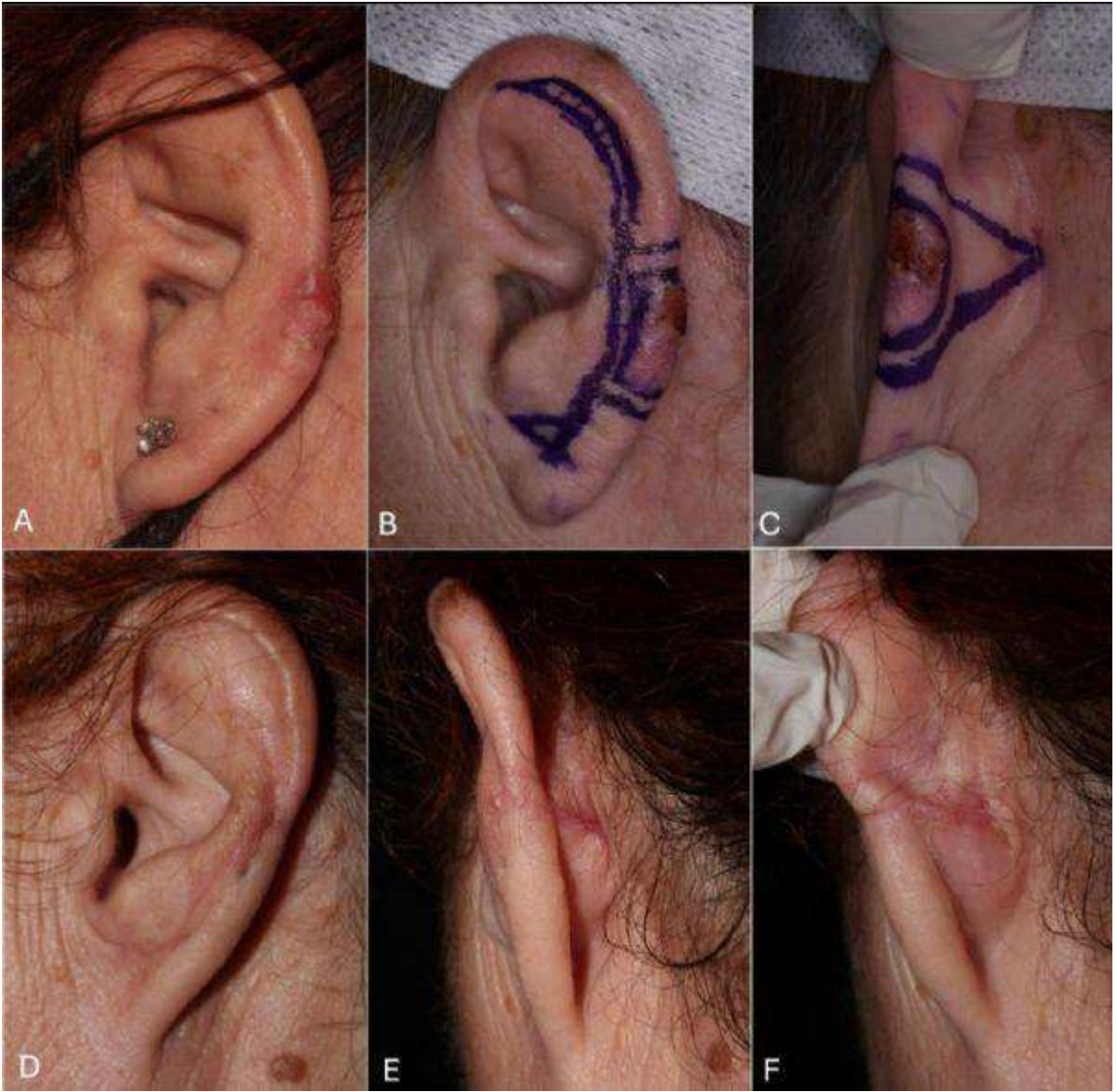
2) Antia, N. H., and V. I. Buch. Chondrocutaneous advancement flap for the marginal defect of the ear. Plastic and reconstructive surgery 39.5 (1967): 472-477.

3)Calhoun KH, Slaughter D, Kassir R, Seikaly H, Hokanson JA. Biomechanics of the helical rim

advancement flap. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1996 Oct;122(10):1119-23.

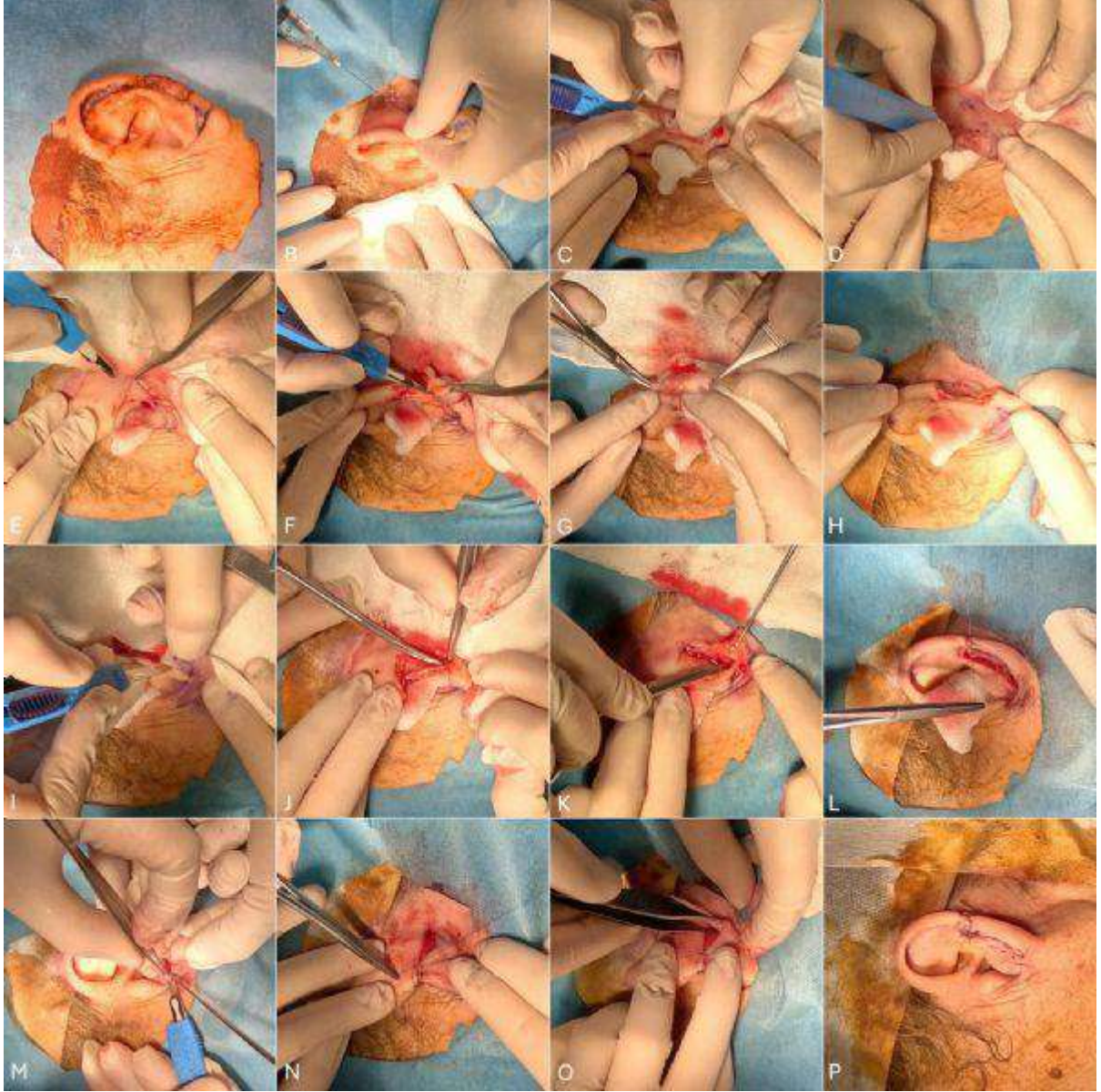
4)Kaufman AJ. Helical rim advancement flaps for reconstruction. Dermatol Surg. 2008 Sep;34(9):1229-32.

FIGÜR 1



A) Sol kulak heliksindeki lezyonun işlem öncesi klinik görünümü B-C) Kulak kepçesi ilerletme flebi tasarımı D-E-F) İşlem sonrası 3. ay

FIGÜR 2



İntra-operatif aşamalar: (A-H) Lezyonun lokal anestezi ve eksizyonu, (I-L) Flebin serbestleştirilmesi, (M-R) Flebin sutürasyonu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-076][KABUL:POSTER]

ZNF750 FRAMESHİFT MUTASYONU İLE TANIMLANAN YENİ BİR MUKOKUTANÖZ SENDROM: İLK HOMOZİGOT İNSAN OLGUSU

İbrahim Akçay¹, Elif Kubar², Asude Durmaz², Banu Yaman³, Ayça Aykut², Nilay Duman¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

ZNF750 (Zinc Finger Protein 750), epidermal terminal farklılaşmayı yöneten, granular tabakada belirgin ekspresyon gösteren nükleer bir transkripsiyon faktörüdür. ZNF750 ekspresyonunun bozulması, keratinosit farklılaşmasının kesintiye uğraması, hiperproliferasyon ve psöriasiform epidermal değişikliklerle sonuçlanmaktadır. Bugüne kadar yalnızca Fas kökenli bir ailede, heterozigot ZNF750 varyantları ile seyreden ve “seboreik dermatit benzeri psöriasiform bulgular” başlığı altında sınırlı bir fenotip olarak tanımlanmıştır (OMIM #610226). Bu sunumda ZNF750 frameshift mutasyonuna sahip, iki heterozigot akraba bireyin çocuklarında ortaya çıkan 1 heterozigot, 1 homozigot ve 1 sağlıklı bireyin klinik, genetik ve genotip-fenotip bulguları çok yönlü olarak ele alınmıştır.

OLGU:

22 yaşındaki kadın hasta, 3 yaşından itibaren artan, dirençli seboreik dermatit benzeri döküntüler, foliküler hiperkeratoz, palmoplantar kalınlaşma, el tırnaklarında clubbing ve ayak tırnaklarında distrofiler ile başvurdu. Saçlı deride uzama geriliği, kırılabilirlik, folikülit odakları ve belirgin dökülme mevcuttu. Polarize ışık mikroskopisinde “Tiger-tail” paterni ile uyumlu kıl shaft anomalisi saptandı. Tekrarlayan vajinit, otit, bronşit ve idrar yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu. Deri biyopsisinde epidermal hiperplazi, parakeratoz ve yüzeysel dermal lenfosit infiltrasyonu gözlemlendi. İmmün yanıt yeterli, immünoglobulin düzeyleri ve alt grupları normaldi.

Whole Exome Sequencing (WES) analizinde hastada ZNF750 geninde homozigot frameshift mutasyon tespit edildi. Aile taramasında anne, baba ve bir kız kardeşin heterozigot mutasyona sahip olduğu, diğer bir kız kardeşin ise genetik olarak sağlıklı olduğu belirlendi. Heterozigot bireylerde artmış mukozal enfeksiyon riski, seboreik dermatit atakları, tırnak



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

distrofisi, sık vajinit/farenjit ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları gözlemlendi. Aile bireylerinde yapılan mesane ultrasonografisinde, sağlıklı birey dışındakilerde sistite sekonder duvar kalınlaşması ve trabekülasyonlar izlendi. Homozigot mutasyona sahip bireyde, daha erken yaşta ortaya çıkan şiddetli tırnak distrofileri, yoğun hiperkeratotik deri bulguları, dental bozukluklar, kıl shaftı anomalisi, otit-bronşit-idrar yolu gibi çok çeşitli dirençli mukoza enfeksiyonları tespit edildi.

Genin özellikle keratinositlerde yüksek düzeyde ifade edilmesi (fibroblast ve lökositlerde izlenmemesi), ZNF750'nin bağışıklık sistemine doğrudan değil, keratinosit aracılığıyla lokal-mukozal immünitinin modülasyonunda rol oynadığını düşündürmektedir. ZNF750'nin KDM1A, OVOL1, KLF4, CARD14 ve FAT1/2 gibi yolaklarla ilişkisi, epitel bariyer fonksiyonu, saç gelişimi ve inflamatuvar yanıt regülasyonu ile bağlantısını göstermekte ve oluşan klinik bulguları açıklamada yardımcı olmaktadır.

SONUÇ:

Bu olgu, insanlarda ZNF750 frameshift mutasyonunun homozigot formuna bağlı gelişen; yaygın deri, saç, tırnak, dental değişiklikler ve mukozal bariyer bozukluğuna sekonder dirençli enfeksiyonları içeren kompleks bir sendromu tanımlamaktadır. Önceden yalnızca heterozigot bireylerde tanımlanmış sınırlı psöriaziform fenotipin ötesinde, bu vaka mukokutanöz tutulumun çok boyutlu spektrumunu göstermektedir. Heterozigot bireylerde dahi subklinik ya da sınırlı klinik bulguların gözlenmesi, gen ekspresyon düzeyine duyarlı bir fenotipik spektrum olasılığını güçlendirmektedir. Klinik bulgularla genetik verinin yüksek örtüşmesi itibarıyla bu sunum, literatürde yalnızca hayvan modelleriyle ilişkilendirilmiş homozigot ZNF750 eksikliği insan fenotipiyle bağdaştırarak, genetik dermatolojide yeni bir sendromun tanımlanmasına ışık tutmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Genetik Dermatoloji, Mukokutanöz Sendrom, ZNF750 Mutasyonu

KAYNAKLAR: Birnbaum RY, Zvulunov A, Hallel-Halevy D, et al. Seborrhea-like dermatitis with psoriasiform elements caused by a mutation in ZNF750, encoding a putative C2H2 zinc finger protein. Nat Genet. 2006;38(7):749-751

Cohen I, Birnbaum RY, Leibson K, et al. ZNF750 is expressed in differentiated keratinocytes and regulates epidermal late differentiation genes. J Invest Dermatol. 2012;132(10):2501-2509

Boxer LD, Barajas B, Tao S, Zhang J, Khavari PA. ZNF750 interacts with KLF4 and RCOR1, KDM1A, and CTBP1/2 chromatin regulators to repress epidermal progenitor genes and induce differentiation genes. Genes Dev. 2014;28(18):2013-2026

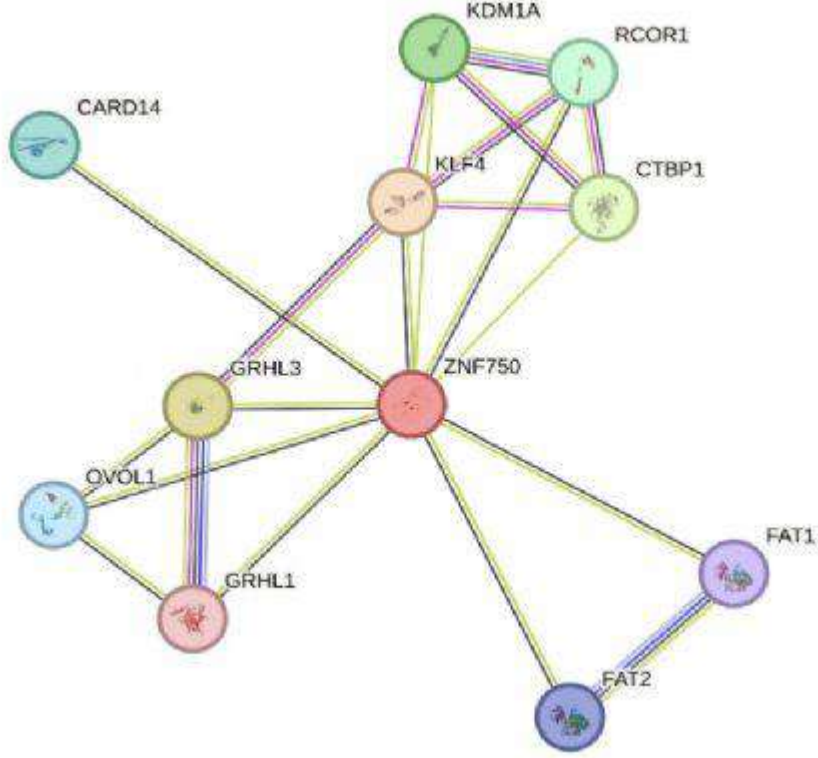
OMIM® – Online Mendelian Inheritance in Man. Entry #610226: ZNF750, zinc finger protein 750. Johns Hopkins University. <https://omim.org/entry/610226>

HOMOZİGOT ZNF750 MUTASYONLU OLGU



Fasyal eritem, Sebore bölgelerde skuamlanma, Kaş ve saçlarda fokal alopesik alanlar, Saçlı deride yoğun skuam, El tırnaklarında çomaklaşma bulgusu, Ayak tırnaklarında yapısal distrofi, Plantar hiperkeratoz

ZNF750 GENİ İLİŞKİLİ PROTEİNLER



ZNF750 geninin transkripsiyon faktörü olarak ilişkili olduğu protein yollarının haritası



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-077][KABUL:POSTER]

PSORİASİS HASTALARINDA SERUM ASPROSİN DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba Duman¹, Hatice Selin Bayburt², Filiz Canpolat¹, Selda Pelin Kartal¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Kliniği, Ankara

AMAÇ:

Psoriasis kronik ve tekrarlayıcı seyre sahip, multisistemik bir hastalık olup tek başına veya komorbiditeleriyle birlikte bireyin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Psoriasisın iyi bilinen komorbiditelerinden biri olan metabolik sendrom (MetS) ile ilişkisi çok sayıda çalışmada vurgulanmıştır. Bu iki kliniğin patogenezinde ortak molekül ve yolların saptanması bu bozuklukların etiyojisine yönelik kapsamlı çalışmaları beraberinde getirmiş, tedavi hedefi olabilecek yeni moleküllerin keşfi ile hastalıkların doğasının daha iyi anlaşılması sağlanmıştır. Asprosin MetS, obezite, insülin rezistansı(İR) gibi metabolik bozuklukların etiyojisinde suçlanan protein yapıda bir adipokindir. Keşfedildiği dönemden bu yana metabolik, endokrin ve inflamatuvar etkileri üzerine araştırmalar yürütülmüştür. Çalışmamızda psoriasiste asprosin düzeyi ilk kez değerlendirilmiş olup psoriasiste sıklıkla gözlenen MetS ve İR gibi komorbiditeler ile psoriasis arasındaki muhtemel ortak patogeneze katkıda bulunmak ve asprosinin inflamatuvar bir hastalık olan psoriasiste düzeyini ve hastalık şiddetiyle ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamız gözlemsel vaka-kontrol çalışması olup, 38 psoriasis hastası ve 38 kontrol içeren iki ayrı grup ile yürütülmüştür. Katılımcıların MetS açısından değerlendirilmesi NCEP-ATP III kriterlerine göre, İR açısından değerlendirilmesi ise HOMA-İR hesaplamasına göre yapılmıştır. Asprosin düzeyi ELISA yöntemiyle değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Asprosin düzeyi psoriasis grubunda anlamlı oranda düşüktü. ($p=0,042$) Asprosin düzeyi 1 birim azaldığında psoriasis gelişme riskinin %3,5 arttığı tespit edildi. ($OR=0,965$) Kadın hastalarda asprosin düzeyi kadın kontrollere göre daha düşüktü. ($p=0,003$) Tüm örneklem



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

birlikte değerlendirildiğinde sigara içenlerde asprosin düzeyi, sigara içmeyenlere göre daha düşük saptandı. ($p=0,014$) Hasta grubunda MetS olanlar ile olmayanlar arasında ve İR olanlar ile olmayanlar arasında asprosin düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı. ($p>0,05$)

SONUÇ:

Çalışmamızda psoriasis hastalarında asprosin düzeyinin hastalık süresi ile hastalık şiddetinden ve metabolik parametrelerden bağımsız olarak düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar dikkate alındığında, asprosinin psoriasis riskini öngörmede tarama amaçlı kullanılabilecek bir molekül olabileceğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: Adipokin, Asprosin, İnsülin Rezistansı (İR), Metabolik Sendrom (MetS), Psoriasis

KAYNAKLAR: 1- Kong Y, Zhang S, Wu R, Su X, Peng D, Zhao M Su Y. New insights into different adipokines in linking the pathophysiology of obesity and psoriasis. *Lipids Health Dis.* 2019 Sep 14;18(1):171.

2- Carrascosa JM, Rocamora V, Fernandez-Torres RM, Jimenez-Puya R, Moreno JC, Coll-Puigserver N, et al. Obesity and psoriasis: inflammatory nature of obesity, relationship between psoriasis and obesity, and therapeutic implications. *Actas Dermosifiliogr.* 2014 Jan-Feb;105(1):31-44.

3- Gerdes S, Pinter A, Biermann M, Papavassilis C, Reinhardt M. Adiponectin levels in a large pooled plaque psoriasis study population. *J Dermatolog Treat.* 2020 Aug;31(5):531-534.

4- Chan WSA, Liew CF, Theng CTS, Oon HH. Serum Adiponectin Levels and Their Association With Cardiometabolic Risk Factors in Patients With Psoriasis. *Cureus.* 2020 May 15;12(5):e8128.

5- Kyriakou A, Patsatsi A, Sotiriadis D, Goulis DG. Serum Leptin, Resistin, and Adiponectin Concentrations in Psoriasis: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Dermatology.* 2017;233(5):378-389.

6- Sipahioglu H, Sen O, Koyuncu S, Kuzugüden S. Serum Asprosin Level as a New Biomarker in Differentiating Familial Mediterranean Fever Attacks. *Cureus.* 2023 Feb 23;15(2):e35342.

7- Wang HH, Luo WY, Lin M, Li XJ, Xiang GD, D Triganti S. Plasma asprosin, CCDC80 and ANGPTL4 levels are associated with metabolic and cardiovascular risk in patients with inflammatory bowel disease. *Physiol Res.* 2021 Apr 30;70(2):203-211.

HASTA VE KONTROL GRUBUNUN METS PARAMETRELERİ, HOMA-IR VE ASPROSİN DÜZEYİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hasta ve Kontrol Grubunun MetS Parametreleri, HOMA-IR ve Asprosin Düzeyinin Karşılaştırılması

Değişken	Hasta (n=38)	Kontrol (n=38)	
Açlık glukozu	93,0 (71,0-205,0)	90,5 (70,0-242,0)	^b p=0,343
Trigliserid	116,5 (49,0-733,0)	115,5 (39,0-295,0)	^b p=0,553
HDL	48,5 (26,0-85,0)	47,5 (30,0-80,0)	^b p=0,606
Sistolik KB	126,5 (96,0-152,0)	117,0 (92,0-172,0)	^b p=0,015*
Diastolik KB	83,79±7,98	78,39±9,0	^a p=0,007*
Açlık insülini	10,30 (3,87-42,20)	10,75 (1,78-36,30)	^b p=0,983
HOMA-IR	2,38 (0,88-8,86)	2,24 (0,84-8,44)	^b p=0,658
Asprosin düzeyi	19,87 (5,18-48,59)	25,09 (9,51-125,31)	^b p=0,046*

p: Parametrik testler ortalama±standart sapma şeklinde; non-parametrik testler medyan(min-maks) şeklinde gösterilmiştir.

^a: "Independent sample-t" testi (t-tablo değeri); ^b: "Mann-Whitney U" testi (Z-tablo değeri)

*p<0,05



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

HASTALIK RİSK DURUMU BAZ ALINARAK KURULAN LOJİSTİK REGRESYON MODELİ

Hastalık Risk Durumu Baz Alınarak Kurulan Lojistik Regresyon Modeli

Değişken	B	S.H.	Wald	sd	p	OR	%95 güven aralığı	
							Alt	Üst
Sigara	1,19	0,517	5,301	1	0,021	3,286	1,194	9,048
Asprosin	-0,036	0,016	5,167	1	0,023	0,965	0,935	0,995
Sabit	0,418	0,56	0,555	1	0,456	1,518	0,506	4,553
Referans kategori: Sigara içmeyenler				CCR= %71,1		$\chi^2(2) = 16,461; p<0,001$		



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-078][KABUL:POSTER]

**İLERİ EVRE GLUTEAL HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVADA ÇOKLU PUNCH EKŞİZYON VE
HİPOKLORÖZ ASİT (HOCL) YIKAMA İLE KURTARMA (SALVAGE) TEDAVİSİ: ÜÇ OLGULUK SERİ**

Umud Hayri Ünal, İsmail Hakkı Ünal, Ayşenur Botsalı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi
Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ:

Hidradenitis suppurativa (HS), tekrarlayan ağrılı nodüller, abseler ve sinüs traktları ile karakterize, kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Cerrahi tedavi, ileri evre HS'de kür sağlayabilen etkili bir tedavi yöntemidir. Ancak gluteal yerleşimli, topikal ve sistemik tedavilere dirençli ileri HS olgularında, cerrahi girişimler yüksek morbidite riski, geniş doku kaybı ve uzun iyileşme süreci gibi nedenlerle genellikle tercih edilmemektedir. Bu bağlamda, minimal invaziv kurtarma tedavileri, semptom kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önemli bir boşluğu doldurabilir. Bu seride, ileri evre gluteal HS hastalarında uygulanan çoklu punch eksizyon ve ardından hipokloröz asit (HOCl) irrigasyonunun etkinliği değerlendirilmiştir.

OLGU:

Bu olgu serisine daha önceki çoklu medikal tedavilere dirençli (uzun süreli antibiyoterapi ve biyolojikler) gluteal bölgede yerleşim gösteren, derin drene olan tünellerin saptandığı Hurley Evre 3 ile uyumlu üç hasta dahil edilmiştir. İşlem öncesi girişim yapılacak alana tümesan anestezi uygulanıp; yüksek frekanslı ultrasonografi rehberliğinde hedef alanlar işaretlendi. Ardından çoklu punch eksizyon işlemi gerçekleştirildi ve deri altı bağlantılı tüneller geride kalan delikler giriş noktası olarak kullanılarak %0.02'lik hipokloröz asit (HOCl) ile irrigate edildi. İşlem sonrası hastalara topikal bakım önerildi ve mevcut sistemik tedavi protokollerine devam edildi.

Hastalar işlem sonrası birinci ayda değerlendirildi. Birinci ay kontrolünde, yalnızca gluteal bölgeyi kapsayan bölgesel Hekim Global Değerlendirme (HS-PGA 0 = temiz, 5 = çok şiddetli) ile yapılan değerlendirmede anlamlı klinik iyileşme gözlemlendi. İşlem öncesinde üç hastanın da skoru "çok şiddetli" (5) düzeyindeyken, takipte iki hasta "orta" (3) düzeyine, diğer bir ise "hafif" (2) düzeyine geriledi. Böylece tüm olgularda ≥ 2 puanlık HS-PGA düşüşü sağlandı; bu,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

akıntı miktarındaki belirgin azalma, inflamatuvar bulgulardaki gerileme ve yeni nodül/apse gelişiminin duraksamasıyla uyumlu bölgesel klinik yanıtı doğrulamaktadır. İşlem öncesinde ortalama 7.33 olan vizüel analog skala (VAS) ile değerlendirilen ağrı düzeyi, 1. ay kontrolünde ortalama 3.33'e düştü. Hastalar tarafından bildirilen yaşam kalitesi, subjektif olarak anlamlı düzeyde artmış olup, hastaların günlük yaşam aktivitelerinde rahatlama sağlandı. İşleme bağlı komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ:

Geniş cerrahi eksizyon veya total deroofing işlemlerinin büyük doku defekti oluşturma riski ve gluteal bölgenin anatomik zorlukları nedeniyle uygulanamadığı ileri evre HS olgularında, çoklu punch eksizyon ve ardışık tünelleri hedefleyen hipokloröz asit (HOCl) ile irrigasyonu güvenli, kısa iyileşme süreci sağlayan ve komplikasyon oranı düşük bir kurtarma seçeneği sunabilir. Bu minimal invaziv yaklaşım, semptom kontrolü ve yaşam kalitesini artırmada etkili görünmekte ve anatomik olarak sınırlı klasik cerrahi yaklaşımlara pratik bir alternatif oluşturmaktadır. Yöntemin gerçek etkinliğini ve uzun dönem kalıcılığını ortaya koymak için daha geniş hasta serilerine ve uzun takip sürelerine ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Hidradenitis Suppurativa, Punch Eksizyon, Hipokloröz Asit

KAYNAKLAR: 1.Mansour MR, Rehman RA, Daveluy S. Punch debridement (mini-deroofing): An in-office surgical option for hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol. 2024 Jun;90(6):e193.

2.Danby FW, Hazen PG, Boer J. New and traditional surgical approaches to hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol. 2015;73(5 Suppl 1):S62-S65.

3.Burian EA, Sabah L, Kirketerp-Møller K, et al. Effect of stabilized hypochlorous acid on re-epithelialization and bacterial bioburden in acute wounds: a randomized controlled trial in healthy volunteers. Acta Derm Venereol. 2022;102:adv00727.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-080][KABUL:POSTER]

TOFACİTİNİB İLE TAM KÜR SAĞLANAN ALOPESİ UNIVERSALİS OLGU SUNUMU

Dilan Dali

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Van

GİRİŞ-AMAÇ:

Alopesi areata sekonder elementer lezyon olmadan saçlı deride diskoid şekilde küçük bir alanda terminal kılların tamamen dökülmesidir. Alopesi totalis ise saçlı derideki terminal kılların tamamen dökülmesidir. Alopesi universalis formunda kaş, kirpikler dahil olmak üzere tüm vücut kıllarının dökülmesi izlenir. Alopesinin tipinin belirlenmesi ve erken tedaviye başlanması alopeside altın kuraldır(1). Non-skatrisyeldir ve herhangi bir yaşta ortaya çıkabilsede daha çok 30'lu yaşlarda görülür. Cinsiyete göre dağılımda kadınlarda daha çok ergenlik döneminde görülürken erkeklerde ise daha çok çocukluk çağında ortaya çıktığı izlenmiştir. Tüm insanlarda alopesi areata görülme ihtimali tüm yaşamı boyunca %2 olarak görülmüştür. Etiyolojisinde kıl foliküllerine olan yoğun otoimmün saldırı yer almaktadır. Bu nedenle tedavinin ana basamağını anti-inflamatuvar tedaviler oluşturmaktadır(2,3).

OLGU:

10 yaşında çocuk hasta kliniğimize Eylül 2021 döneminde saçlı deri, kaş ve kirpiklerindeki tüm terminal kıllarını kaybetmiş olarak başvurdu. Hastanın anamnezinde ailede benzer şikayeti olan yoktu. Yakın zamanda psikolojik bir sıkıntı yaşamamıştı ve psikiyatrik bir hastalığı yoktu. Hastanın başka bir deri hastalığı ve sistemik hastalığı ilaç kullanım öyküsü yoktu. Bakılan geniş tetkiklerinde WBC: 8,48, HB: 13,0, HCT: 39,0, PLT: 343 bin, seroloji: (-), Anti-HBS: (+), Vit. B12: 342, PTH: 49, TSH: 2.02 ile normal değerlerde izlenmişti. Sadece depo demiri yansıtan ferritin: 17,22 ile düşük izlendi. Hastaya ilk muayenesi ve geniş tetkik sonuçlarından sonra demir + çinko etken maddeli şurup günde 2x1, prednizolon pomad kirpik ve kaş bölgesine 1x1, saçlı deriye betametazon+salisilik asit içeren losyon 2x1 ve minoksidil %2 sprey 2x1 önerildi. 3 aylık takipler sonucunda ferritin değerlerinin normal izlenmesiyle demir şurubu kesildi.

Hasta diğer topikal tedavilerden fayda görmediği için tedavilerini topikal difensipron ile değiştirdik. Takiplerimizde hastanın şiddetli iritasyon nedeniyle tedaviyi tolere edememesi ve istediğimiz yanıtı alamamız dolayısıyla tedaviyi stopladık. Hastanın difensipron tedavisi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

kesildikten sonra 2 gr siklosporin ve betamatazon+salisilik asit losyon ve minoksidil sprey %2 losyon deriye, prednizolon pomad kirpik ve kaşlara uygulanacak şekilde tedavisi revize edildi. Uzun süreli takiplerde siklosporin ile kılların çıkışı sağlansa da tekrar ısrarla dökülmesi ve siklosporinin yan etkilerinin olması üzerine 45 kilo olan hastaya 5 mg günde 1x1 olacak şekilde tofacitinib tedavisi için endikasyon dışı başvuru yapıldı ve kabul sonrası tedaviye başlandı. 3 aylık tedavi sonucunda hastanın ocipito-temporal hattı dışında kaş ve kirpikler dahil tüm alanlarda terminal kıl çıkışları izlendi. Teminal kılların olmadığı alanlarda da sarı vellus kılları izlendi. Tedavinin 5. ayında tüm alanlarda terminal kıl çıkışları izlendi. kontrollerde herhangi bir yan etki izlenmedi.

SONUÇ:

Janus kinaz (JAK) ve sinyal dönüştürücüler ve transkripsiyon aktivatörleri (STAT) proteinleri bağışıklık sisteminin düzenlemesinde rol oynayan JAK-STAT yolunun bileşenleridir. JAK ailesi JAK1, JAK2, JAK3 ve tirozin kinaz 2 (TYK2)'den oluşur(4,5). İlk endikasyonunu romatoid artrit üzerinden alsada psöriazis, psöriatik artrit ve son olarak endikasyon alamasa da alopesi vakalarında da güzel tedavi sonuçları mevcuttur(6). Geçici kolesterol yüksekliği, tromboemboli ve buna bağlı kalp hastalıkları, trombositopeni, enfeksiyon hastalıkları, malignansi ilacın diğer nadirde olsa izlenen yan etkileridir ve bu yan etkilerin doz bağımlı olarak 10 mg olan tedavilerde veya komorbid hastalığı olanlarda daha çok izlendiği gözlemlenmiştir(7). Benzer çalışmalarda da görüldüğü üzere bizim çalışmamızda da difensipron ve siklosporin gibi tedaviler yerine tofasitinib tedavisi daha etkili görülmüştür. yakın zamanda endikasyon olarak tedavi basamağında ilk sıralarda olması beklenmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Alopesi areata, Alopesi Universalis, Jak inhibitörleri, Tofasitinib

KAYNAKLAR: 1. Abbott J, Rapini RP. Totalis Alopecia. 2023 Feb 5. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan—. PMID: 33085372.

2. Darwin E, Hirt PA, Fertig R, Doliner B, Delcanto G, Jimenez JJ. Alopecia Areata: Review of Epidemiology, Clinical Features, Pathogenesis, and New Treatment Options. Int J Trichology. 2018 Mar-Apr;10(2):51-60. doi: 10.4103/ijt.ijt_99_17. PMID: 29769777; PMCID: PMC5939003.

3. Olayinka JJT, Richmond JM. Immunopathogenesis of alopecia areata. Curr Res Immunol. 2021 Feb 6;2:7-11. doi: 10.1016/j.crimmu.2021.02.001. PMID: 35492401; PMCID: PMC9040139.

4. Traves PG, Murray B, Campigotto F, Galien R, Meng A, Di Paolo JA. JAK selectivity and the



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

implications for clinical inhibition of pharmacodynamic cytokine signalling by filgotinib, upadacitinib, tofacitinib and baricitinib. *Ann Rheum Dis*. 2021 Jul;80(7):865-875. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-219012. Epub 2021 Mar 19. PMID: 33741556; PMCID: PMC8237188.

5. Shin JW, Huh CH, Kim MW, Lee JS, Kwon O, Cho S, Park HS. Comparison of the Treatment Outcome of Oral Tofacitinib with Other Conventional Therapies in Refractory Alopecia Totalis and Universalis: A Retrospective Study. *Acta Derm Venereol*. 2019 Jan 1;99(1):41-46. doi: 10.2340/00015555-3057. PMID: 30281139.

6. Jabbari A, Sansaricq F, Cerise J, Chen JC, Bitterman A, Ulerio G, Borbon J, Clynes R, Christiano AM, Mackay-Wiggan J. An Open-Label Pilot Study to Evaluate the Efficacy of Tofacitinib in Moderate to Severe Patch-Type Alopecia Areata, Totalis, and Universalis. *J Invest Dermatol*. 2018 Jul;138(7):1539-1545. doi: 10.1016/j.jid.2018.01.032. Epub 2018 Feb 13. PMID: 29452121; PMCID: PMC6564681.

7. Hernandez-Montoya C, Ruiz-Villaverde R. The Role of Tofacitinib in the Management of Alopecia Totalis. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2019 Feb;19(1):e77-e78. doi: 10.18295/squmj.2019.19.01.015. Epub 2019 May 30. PMID: 31198601; PMCID: PMC6544057

ŞEKİL 2: TOFACİTİNİB TEDAVİSİNİN 5. AY SONUCU



Tofacitinib tedavisinin 5. ay sonucu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-081][KABUL:POSTER]

**MEPHİSTO BELİRTİSİNİN ÖNGÖRÜLMESİ VE ÖNLENMESİ: BOTULİNÜM TOKSİN
ENJEKSİYONLARI İÇİN PRATİK BİR KLİNİK MANEVRA**

Aslan Yürekli, İsmail Hakkı Ünal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim
Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Botulinum toksin, estetik dermatolojide alın, glabellar bölge ve göz çevresi kırışıklıklarının giderilmesinde sıklıkla tercih edilen, güvenli ve etkili bir tedavi seçeneğidir. Bununla birlikte, enjeksiyon sonrası ortaya çıkabilen ve estetik açıdan hasta memnuniyetsizliklerine yol açabilen komplikasyonlar mevcuttur. Bu komplikasyonlardan biri olan Mephisto belirtisi, alın bölgesine botulinum toksin uygulaması sonrasında ortaya çıkabilen ve kaşların lateral kısmında belirgin bir kalkıklıkla karakterize olan, alın bölgesine uygulanan botulinum toksinin medial frontalis kas etkisini baskılaması sonucu lateral kasların görece aktif kalmasından kaynaklanır (1). Elde edilen görüntü sıklıkla “şaşkın” veya “kötü karakter ifadesi” şeklinde yorumlanmakta, hastada estetik tatminsizlik yaratmakta ve düzeltme enjeksiyonlarını gerekli kılmaktadır.

OLGU:

Klinik pratikte, bu komplikasyonu önlemek amacıyla genellikle her iki lateral frontalis bölgesine de düşük dozda toksin uygulanarak bir dengeleme sağlanmaya çalışılır (2). Ancak bu yaklaşım, tüm hastalar için her zaman yeterli sonuç vermemektedir. İnsan yüz kasları bireyden bireye önemli ölçüde farklılık gösterebilir. Bazı hastalarda lateral kas lifleri çok daha dominant olabilirken, bazılarında ise mediale göre daha az aktiftir. Bu anatomik ve fonksiyonel varyasyonlar, standart enjeksiyon protokollerinin bazı bireylerde başarısız olmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle enjeksiyon öncesinde, kişinin frontal kas aktivitesinin dengesini değerlendirebilecek basit bir yöntem, klinik başarının artırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Mephisto belirtisinin önceden belirlenebilmesi adına sunulan yaklaşımımız ise minimal invaziv bir klinik manevra önerisidir. Hekim, muayene sırasında hastanın medial frontal



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

kaslarını hafifçe elle bloke eder ve hasta kaşlarını kaldırmaya teşvik edilir. Bu sırada lateral kaşlarda belirgin bir yükselme olması, Mephisto belirtisinin gelişebileceğine dair bir ön göstergedir (Resim 1,2). Bu basit test, enjeksiyon öncesi lateral kasların baskılanması gerekliliğini hekime objektif olarak sunar.

Bu yöntem, enjeksiyon sonrası komplikasyon riskini azaltmanın yanı sıra, hasta memnuniyetini artırmak ve düzeltme enjeksiyonlarına olan ihtiyacı azaltmak açısından da avantaj sunmaktadır. Ayrıca kolayca uygulanabilmesi ve maliyetsiz olması nedeniyle her klinik ortamda rahatlıkla kullanılabilir. Özellikle ilk kez botulinum toksin uygulanacak hastalarda, kas dengesine dair ön bilgi edinmek için son derece yararlı bir ön değerlendirme aracı olabilir.

SONUÇ:

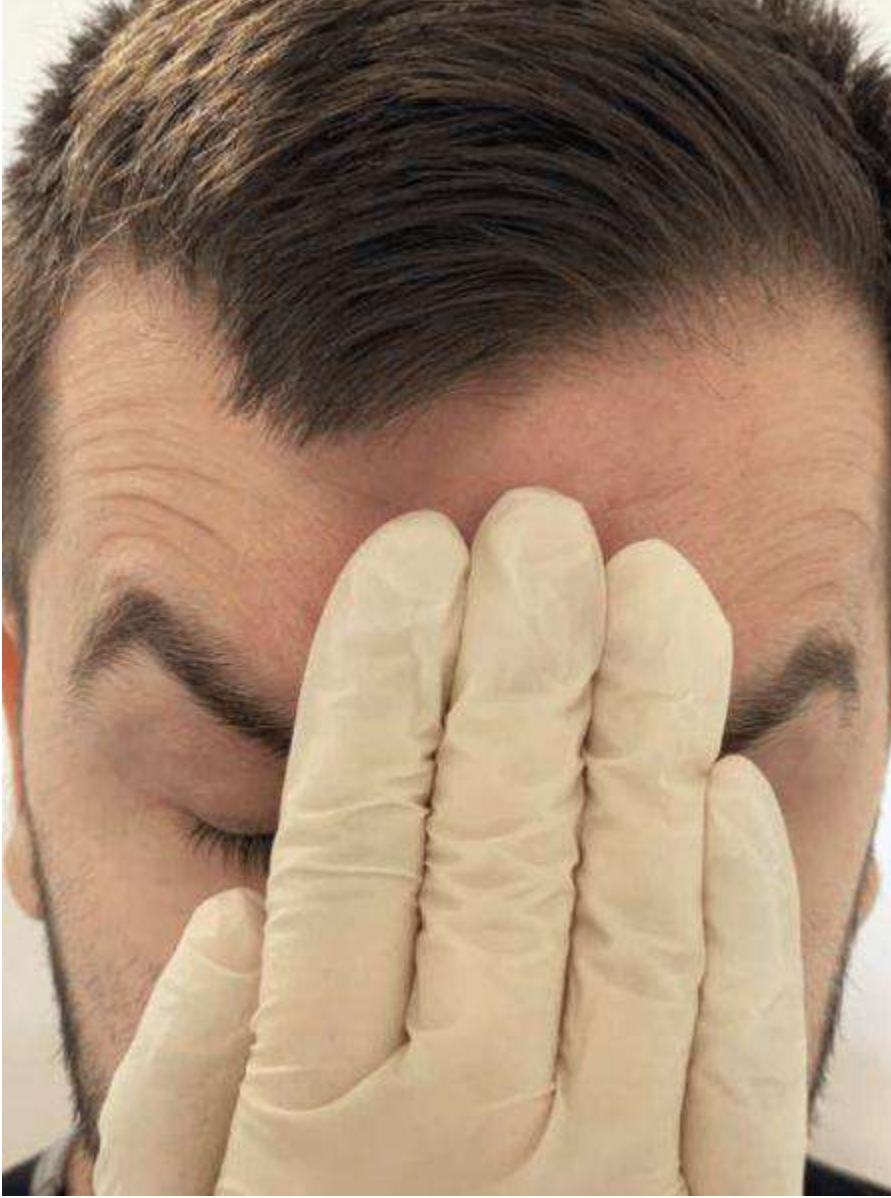
Sonuç olarak, estetik dermatolojide botulinum toksin uygulamalarında başarı, yalnızca enjeksiyon tekniği ve doz planlamasına değil, aynı zamanda kas yapısının bireysel özelliklerine uygun yaklaşıma da bağlıdır. Mephisto belirtisinin oluşmasını önlemeye yönelik bu basit muayene manevrası, hekime enjeksiyon öncesi anlamlı bir öngörü sağlamak ve tedavinin kişiselleştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu yöntemin yaygınlaşması, botulinum toksin uygulamalarında daha öngörülebilir, güvenli ve estetik açıdan başarılı sonuçların elde edilmesine yardımcı olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Botoks, Frontal, Kas, Manevra, Mephisto Belirtisi

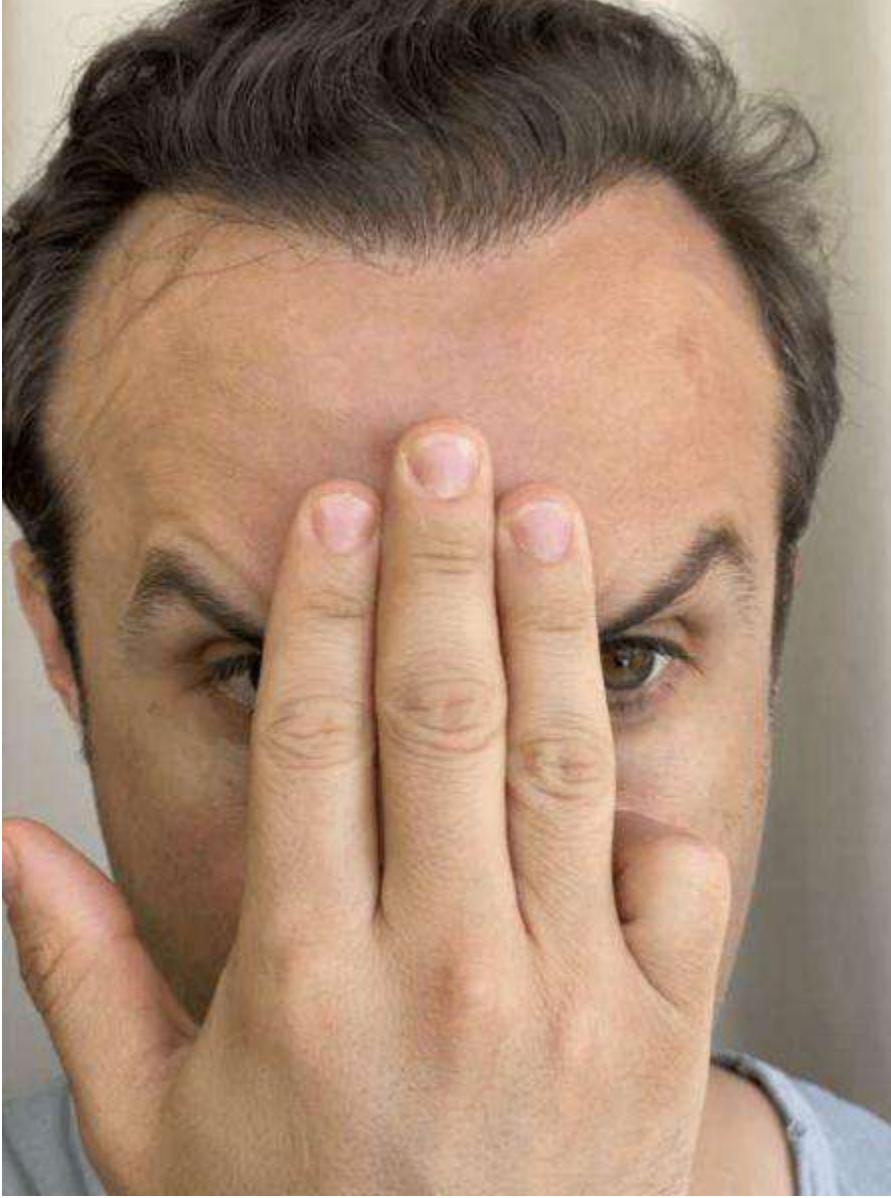
KAYNAKLAR: 1- Kassir M, Gupta M, Galadari H, Kroumpouzou G, Katsambas A, Lotti T, Vojvodic A, Grabbe S, Juchems E, Goldust M. Complications of botulinum toxin and fillers: A narrative review. J Cosmet Dermatol. 2020 Mar;19(3):570-573.

2- Cho ES, Hwang JY, Kim ST. A proposal to prevent the "Mephisto sign" side effect of botulinum toxin type A injection in chronic migraine. Yonsei Med J. 2013 Nov;54(6):1542-4. doi: 10.3349/ymj.2013.54.6.1542. PMID: 24142664; PMCID: PMC3809864.

RESİM 1



RESİM 2





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-082][KABUL:POSTER]

**PRİMER KUTANÖZ DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA, BACAK TİPİNDEKİ LEZYONUN
ERKEN CERRAHİ EKŞİZYON İLE TEDAVİ SONUÇLARI**

Yusuf İslam Eren

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı Rize

GİRİŞ-AMAÇ:

Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma (DLBCL), agresif bir non-Hodgkin lenfoma alt tipidir. Varyantları arasında, Primer Kutanöz Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma, Bacak Tipi (PCDLBCL-LT), agresif davranışı ve kötü prognozu ile dikkat çekmektedir.(1) PCDLBCL-LT, agresif seyirli bir lenfoma olup 5 yıllık sağkalım oranı ~%50'dir.(2) Bu rapor, hızla büyüyen bir kutanöz nodül ile başvuran 89 yaşındaki bir hastada sonuç olarak PCDLBCL-LT tanısı konulan bir vakayı sunmaktadır.

OLGU:

Hasta Sunumu

89 yaşındaki kadın hasta, sağ üst uyluğunda hızla büyüyen bir nodül ile başvurdu. Lezyon, kliniğimize başvurmadan yaklaşık 1.5 ay önce ortaya çıkmıştı. Hastanın tıbbi geçmişinde Alzheimer hastalığı, valproik asit ve ketiapin ile yönetilen epilepsi, doğuştan tek böbrek varlığı ve 35 yaşından beri işitme cihazı kullanımını gerektiren ileri derecede işitme kaybı bulunmaktaydı. Ayrıca 15 yıl önce burunda bazal hücreli karsinom öyküsü vardı ve beyin damar hastalığı nedeniyle 5 yıldır yatağa bağımlı ve PEG beslenmesine ihtiyaç duymaktaydı.

Klinik Bulgular

Hastanın sağ uyluk orta bölgesinde, 2x2 cm boyutlarında, ülserasyonu olmayan, pembe renkli, düzgün sınırlı, nodüler bir lezyon gözlemlendi.(resim 1) Lezyonun dermatoskopik incelemesinde homojen pembe yapısız alanlar, deri çizgilerinde belirginleşme ve hemorajik odaklar saptandı.(resim 2) Ateş, gece terlemesi, kaşıntı veya kilo kaybı gibi B semptomları bulunmuyordu. Fizik muayenede hepatosplenomegali veya lenfadenopati saptanmadı.

Ayırıcı Tanı

B hücreli lenfoma, amelanotik maling melanom ve psödolenfoma düşünüldü.

İşlem ve Histopatoloji

Hastanın ileri yaşı, yatağa bağımlılığı ve sağlık hizmetlerine sınırlı erişimi göz önünde bulundurularak, tanı ve tedavi amacıyla 0.5 cm cerrahi sınır bırakılarak eksizyonel biyopsi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

yapılmasına karar verildi.

Histopatolojik incelemede dermiste atipik lenfoid hücrelerin diffüz infiltrasyonu gözlemlendi. Bu hücreler büyük, hiperkromatik çekirdekler ve belirgin nükleoller sergiliyordu.

İmmünohistokimyasal boyama sonuçları şu şekildedir:

- LCA: Diffüz (+)
- CD20: Diffüz (+)
- BCL-2: Diffüz (+)
- CD3, CD10, BCL-6, C-MYC, Synaptofizin, CK20: Negatif
- Ki-67 Proliferasyon İndeksi: Yüksek (90-95%)

Bu bulgular PCDLBCL-LT tanısını doğruladı.

Tartışma:

PCDLBCL-LT, nadir görülen ve agresif seyirli bir primer kutanöz B hücreli lenfoma formudur.

Genellikle yaşlı erişkinleri etkiler ve literatürde ortalama tanı yaşı 70'li yaşlar olarak bildirilmektedir.(1,3) Bu vaka hastalığın 80'li yaşların sonlarında bile ortaya çıkabileceğini gösteren dikkat çekici bir örnektir. Bu durum, özellikle ileri yaş grubunda atipik kutanöz lezyonların erken dönemde malignite açısından değerlendirilmesinin kritik önem taşıdığını ortaya koymaktadır.(3)

Histopatolojik tanı, CD20 ve BCL-2 pozitifliği gibi belirteçlerin gösterildiği immünohistokimyasal boyamalara dayanır ve yüksek Ki-67 proliferasyon indeksi (%90-95) ile BCL-2 pozitifliği agresif davranışı destekler.(1,3) Erken tanı konulması, bu tür agresif lenfomalarda tedaviye yanıtı artırmada ve nüks riskini azaltmada belirleyici bir rol oynayabilir. Tedavi yaklaşımı genellikle kemoterapi, radyoterapi veya kombinasyonları şeklinde planlanır.(4) Ancak bu vakada, hastanın ileri yaşı ve eşlik eden komorbiditeler nedeniyle agresif tedavi seçenekleri riskli bulunmuştur. Erken ve etkin cerrahi eksizyonla tedavinin 9 aylık takip süresince nüksüz seyirle sonuçlanması dikkat çekicidir. Literatürde cerrahi eksizyonun tek başına tedavi edici olduğu vakalar sınırlı olsa da, bu olgu özellikle kırılğan hasta gruplarında erken tanı ve müdahalenin yaşam kalitesiyle hastalık kontrolünü dengede tutabileceğini düşündürmektedir.

SONUÇ:

bu olgu ileri yaşta bile PCDLBCL-LT'nin gelişebileceğini ve erken tanı ile minimal invaziv yaklaşımların prognozu olumlu yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Tedavi kararlarında, hastanın fizyolojik kapasitesi ve sosyal koşullarının yanı sıra tanı-tedavi sürecinin hızlandırılmasının nüksüz sağkalım üzerindeki etkisi vurgulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: cerrahi eksizyon, erken tanı, deri lenfoması



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1. Laurent C, Ram-Wolff C, Ingen-Housz-Oro S, et al. Bone involvement in primary cutaneous diffuse large B-cell lymphoma, leg-type. Clin Exp Dermatol. 2023;48(2):116-120. doi:10.1093/ced/llac044
2. Hristov AC, Tejasvi T, Wilcox RA. Cutaneous B-cell lymphomas: 2023 update on diagnosis, risk-stratification, and management. Am J Hematol. 2023;98(8):1326-1332. doi:10.1002/ajh.26968
3. Xiao A, Beatty CJ, Choudhary S, Akilov OE. CD5+ Primary Cutaneous Diffuse Large B-Cell Lymphoma, Leg Type, Presenting as an Asymptomatic Nodule. Hematol Rep. 2023;15(3):513-517. doi:10.3390/hematolrep15030053
4. Elsayad K, Guenova E, Assaf C, et al. Radiotherapy in cutaneous lymphomas: Recommendations from the EORTC cutaneous lymphoma tumour group. Eur J Cancer. 2024;212:115064. doi:10.1016/j.ejca.2024.115064
-

RESİM 1



RESİM 2





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-084][KABUL:POSTER]

**ADALİMUMAB TEDAVİSİ SONRASI ENJEKSİYON YERİNDE GELİŞEN LOKALİZE
LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİT: NADİR BİR OLGU SUNUMU**

Gamze Kara¹, Mustafa Yazıcı¹, Ahmet Kağan Özdemir¹, Nagihan Kurtcu¹, Zehra Karataş¹, Mahir Tayfur²

¹Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Erzincan

²Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Erzincan

GİRİŞ-AMAÇ:

Tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α) inhibitörleri, otoimmün hastalıkların tedavisinde giderek daha sık kullanılmaktadır. Adalimumab romatoid artrit, ankilozan spondilit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları gibi çeşitli hastalıkların tedavisinde etkili bir biyolojik ajan olup immünolojik yan etkileri nadiren bildirilmektedir. Bu çalışmada, adalimumab enjeksiyon bölgesinde lokalize gelişen lökositoklastik vaskülit (LKV) tablosu ile başvuran nadir bir hasta sunulmuştur.

OLGU:

62 yaşında erkek hasta, romatoid artrit tanısı ile adalimumab 40 mg iki haftada bir subkutan tedavisine başlanmasını takiben 2. Enjeksiyon uygulaması sonrası 48 saat içinde umblikusun solunda enjeksiyon bölgesinde eritem, ağrı ve palpabl purpura (Şekil 1’de gösterilmiştir) ile tarafımıza başvurdu. Sistemik ateş, halsizlik ve mukozal tutulum gibi eşlik eden semptomları bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenede, ilk enjeksiyon yerinde (sol omuz altı-üst kol bölgesi) düzensiz sınırlı hafif eritemli zeminde ortası nekrotik lezyon (Şekil 2’de gösterilmiştir) mevcuttu. Bundan 2 hafta sonra uygulanan 2. Enjeksiyon yerinde (umblikusun solunda) yaklaşık 4–5 cm çapında, eritemli zeminde palpabl purpurik plak izlendi. Sistemik incelemelerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Tam kan sayımında anemi mevcuttu, karaciğer ve böbrek fonksiyonları normaldi. C-reaktif protein düzeyi 16, sedimentasyon değeri normaldi. Deri biyopsisinde yüzeysel dermiste küçük vasküler yapıları tutan fibrinoid nekroz, perivasküler lenfositik infiltrasyon ve seyrek eritrosit ekstrasvazasyonu (Şekil 3 ve 4’te gösterilmiştir) görülmüş olup biyopsi vaskülit ile uyumluydu. Adalimumab tedavisi sonlandırıldı; metilprednisolon 4mg günde iki, leflunomid 20 mg günde bir, sülfasalazin 500



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

mg günde iki tedavisine geçildi. Hastaya topikal kortikosteroid tedavisi başlandı. Lezyonlarda gerileme (Şekil 5 ve 6'da gösterilmiştir) 10 gün içinde izlendi. Takipte sistemik vaskülit bulgusu gelişmedi.

SONUÇ:

Biyolojik ajanlara bağlı vaskülit vakaları genellikle sistemik tutulumu olan tablolar olarak bilinmekle birlikte, lokalize enjeksiyon yeri vaskülit çok daha nadir görülmektedir. Adalimumaba bağlı lokalize LKV tablosu literatürde az sayıda bildirilmiş olup, genellikle benign seyirli ve tedaviye yanıtıdır. Diğer lokalize reaksiyonlar ile karşılaştırıldığında geç başlangıçlı olması (genellikle enjeksiyondan 24-48 saat sonra), tekrarlayan seyri ve nekrotizan görünümü ile ayırt edilir. Bu olgu, biyolojik ajan kullanımında ciltte ortaya çıkan lokal reaksiyonların dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini, LKV gibi immünolojik tabloların gözden kaçmaması adına enjeksiyon bölgesi takibinin önemli olduğunu göstermektedir. Bu tür olguların raporlanması, ilaç güvenliği açısından literatüre katkı sağlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Adalimumub, enjeksiyon yeri reaksiyonları, lökositoklastik vaskülit

KAYNAKLAR: Ramos-Casals, M., et al. (2008). Autoimmune diseases induced by TNF-targeted therapies: analysis of 233 cases. *Medicine*, 87(3), 121–137.

Crowson, A. N., & Magro, C. M. (2004). Cutaneous vasculitis: A review. *Journal of Cutaneous Pathology*, 31(4), 243–257.

Xu, L. C., Grandhe, S., & Marsano, J. G. (2023). Leukocytoclastic vasculitis associated with adalimumab therapy for Crohn's disease. *Case Reports in Gastroenterology*, 17(1), 150–154.

Sais, G., Vidaller, A., & Jucglà, A. (1998). Prognostic factors in leukocytoclastic vasculitis: A clinicopathologic study of 160 patients. *Archives of Dermatology*, 134(3), 309–315.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-085][KABUL:POSTER]

**YENİ BİR SOMATİK GNAQ T96S MUTASYONU İLE İLİŞKİLİ KAPİLLER MALFORMASYON:
YAYGIN DAĞILIMLI MOZAIK BİR OLGU**

Ayşe Öktem¹, Gizem Nur Öztürk Dönmez¹, Şule Altın²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

AMAÇ:

Kapiller malformasyonlar (KM), doğuştan gelen, genellikle yüzeysel dermiste ektatik kapillerlerin birikimiyle karakterize konjenital vasküler anomalilerdir. Klinik olarak sıklıkla port-wine lekesi şeklinde gözlenir (1). GNAQ genindeki p.R183Q mutasyonu bu lezyonların en sık tanımlanan genetik nedenidir. Ancak nadir varyantların da damar anomalilerinde rol oynayabileceğine dair veriler artmaktadır (2,3). Bu olguda, sendromik bulgular eşlik etmeyen, yaygın kapiller malformasyonları olan bir hastada ilk kez tanımlanan GNAQ p.T96S mutasyonunun klinik ve moleküler özelliklerini sunmak amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

42 yaşındaki kadın hasta, çocukluk döneminden beri mevcut olan, yaygın dağılım gösteren cilt lezyonları nedeniyle başvurdu. Sol alt ekstremitenin tamamı, sağ alt ekstremitenin arka yüzü, gluteal bölge, ense, sağ kolun lateral kısmı ve sırtın dorsalinde kapiller malformasyonlar izlendi. Nörolojik semptom veya sistemik bulgu saptanmadı. Ailede benzer öykü yoktu. Tüm vücut BT anjiyografisi ve abdominal ultrasonografi ile vasküler lezyonlar açısından değerlendirildi. Lezyonlu deriden alınan biyopsi örneğinden DNA izolasyonu yapıldı ve hedeflenmiş yeni nesil dizileme (NGS) ile GNAQ gen analizi gerçekleştirildi. Bulgular, standart biyoinformatik analizler ve veri tabanları ile değerlendirildi.

BULGULAR:

BT anjiyografide patolojiye rastlanmadı. Abdominal ultrasonografisinde 19 × 15 mm boyutunda, hipoekoik ve hemanjiyomla uyumlu bir lezyon saptandı. Deriden alınan örneğin moleküler analizde NM_002072.5:c.286A>T (p.T96S) varyantı, %23 varyant alel frekansı ile saptandı. COSMIC veri tabanında yer alan bu varyant, in silico analizlerde patojenik olarak değerlendirildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

GNAQ geninde sık görülen aktivasyon (gain-of-function) mutasyonları, özellikle p.R183Q, MAPK ve PI3K-AKT gibi hücre içi sinyal yollarını sürekli aktive ederek anormal damar gelişimine ve proliferasyonuna yol açar. Bu mutasyonlar, endotel hücrelerinin normal işlevini bozar ve kapiller malformasyonlar ile Sturge-Weber sendromu gibi iyi huylu damar lezyonlarının temel moleküler mekanizmasını oluşturur (4).

Bu çalışma, literatürde ilk kez GNAQ p.T96S somatik mutasyonu ile ilişkilendirilen, sendromik bulgular olmaksızın geniş anatomik bölgeleri tutan mozaik paternli kapiller malformasyon olgusunu sunmaktadır. Daha önce bu mutasyonun doğal öldürücü/T hücreli lenfoma (NKTCL), hepatoselüler karsinom (HCC), melanom ve angiomatozis gibi çeşitli tümörlerde yer aldığı bildirilmiştir (5,6,7). Bu bilgiler ışığında benzer olguların malignite riski açısından dikkatle izlenmesi önem arz etmektedir. Bulgularımız, kapiller malformasyonların genetik spektrumunu genişletmekte, atipik ve yaygın lezyon dağılımı olan hastalarda genetik analizlerin tanı ve prognoz açısından rolünü bir kez daha ortaya koymaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Kapiller Malformasyon, mozaizm, GNAQ mutasyonu

- KAYNAKLAR:** 1. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg*. 1982;69(3):412-422.
2. Shirley MD, Tang H, Gallione CJ, et al. Sturge-Weber syndrome and port-wine stains caused by somatic mutation in GNAQ. *N Engl J Med*. 2013;368(21):1971-1979.
3. Galeffi F, Snellings DA, Wetzel-Strong SE, et al. A novel somatic mutation in GNAQ in a capillary malformation provides insight into molecular pathogenesis. *Angiogenesis*. 2022 Nov;25(4):493-502.
4. Couto JA, Huang AY, Konczyk DJ, et al. Somatic GNAQ mutations in capillary malformation: a spectrum of cutaneous phenotypes. *J Invest Dermatol*. 2017 Jan;137(1):201-204.
5. Li Z, Zhang X, Xue W, et al. Recurrent GNAQ mutation encoding T96S in natural killer/T-cell lymphoma. *Nat Commun*. 2019;10:4209. doi:10.1038/s41467-019-12102-9.
6. Choi E, Park SJ, Lee G, et al. The GNAQ T96S mutation affects cell signaling and enhances the oncogenic properties of hepatocellular carcinoma. *Int J Mol Sci*. 2021 Mar 23;22(6):3284.

FIGURE 1-2



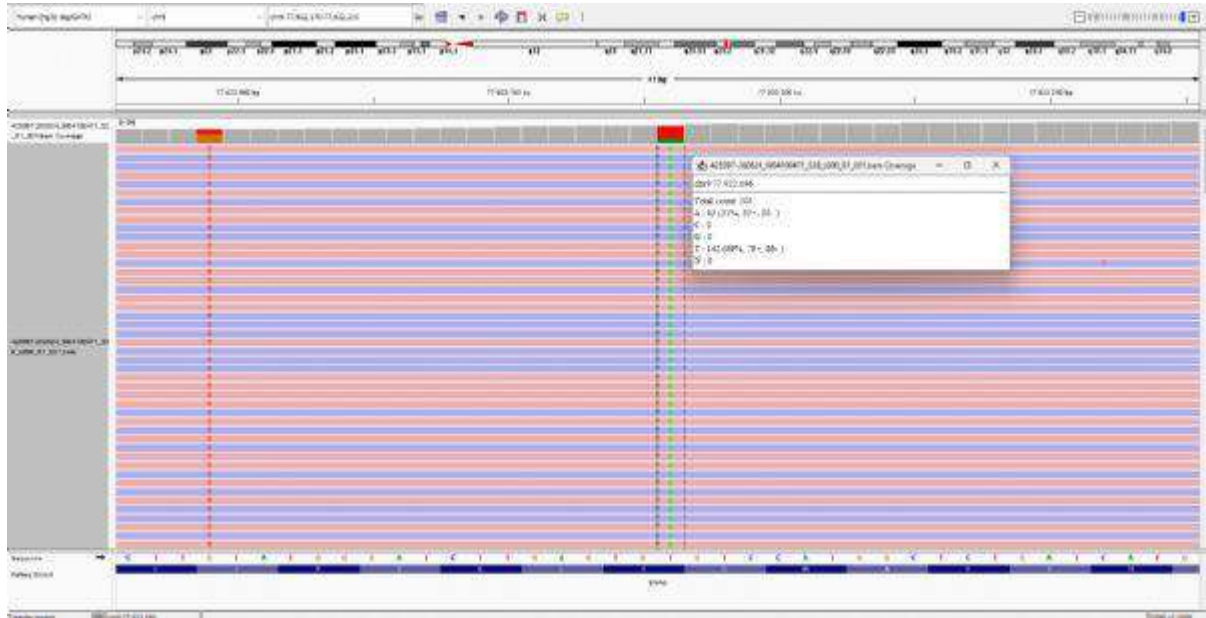
Dağınık yerleşimli Kapiller malformasyon lezyonları

GENETİK ANALİZ



22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr



GNAQ T96S mutasyonu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-086][KABUL:POSTER]

GERİATRİK VULVAR LİKEN SİMPEKS KRONİKUSUN TANISAL GECİKMEYLE SEYREDEN KLİNİK SUNUMU

Mahmut Anıl Karataş, Şule Gökşin, İbrahim Ural, Muhammed Orhan Soyugüzel

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ-AMAÇ:

Liken simpleks kronikus (LSK), tekrarlayan kaşıma ve sürtünme sonucu gelişen, epidermal kalınlaşma (likenfikasyon) ile karakterize kronik bir dermatittir. LSK tanısı çoğunlukla klinik olarak konur ancak atipik görünüm, tedavi yanısızlık gibi durumlarda tanıyı biyopsi ile desteklemek gerekebilir. Histopatolojisinde hiperkeratoz, akantoz, irregüler epidermal kalınlaşma ve dermiste kronik hücre infiltrasyonu görülebilir.(1) Vulvar bölge tutulumu, postmenopozal kadınlarda sık görülür ancak sıklıkla psoriasis, verruka vulgaris, vulvar intraepitelyal neoplazi veya liken sklerozus gibi hastalıklarla karıştırılarak tanıda gecikmeye neden olabilir. Tanının gecikmesi, yaşam kalitesinde düşüşe ve lezyonların tedaviye dirençli hale gelmesine yol açabilmektedir.(2, 3)

Genital bölgede kaşıntı ve kalınlaşma şikayeti ile başvuran daha önce verrü düşünülerek takip edilen tanısı gecikmiş bu olguyu sunarak ayırıcı tanının önemi ve biyopsinin rolü konusunda farkındalık oluşturmak istedik.

OLGU:

Seksen yedi yaş kadın hasta, yaklaşık 2 yıldır olan genital bölgede kaşıntılı lezyon şikayeti ile başvurdu. Hasta daha öncesinde uzun yıllar verruka vulgarise yönelik tedaviler almış. Anamnez detaylandırıldığında hastanın bakımevinde kaldığı ve genital bölge temizliğinin bakıcıları tarafından yapıldığı, hastanın idrar inkontinansı olduğu ve bez ile takip edildiği öğrenildi. Hasta fizik muayenesinde labium majör üzerinde gri-beyaz hiperkeratotik likenifiye plak ve papüller mevcuttu. (resim 1) Hastadan 1-LSK 2-verrüköz skuamöz hücreli karsinom 3-verruca vulgaris 4-akantozis nigrikans ön tanıları ile biyopsi alındı. Histopatolojik incelemesinde parakeratoz içeren kalın hiperkeratotik keratin tabaka altında epidermiste akantoz psöriaziform hiperplazi izlendi. Dermiste perivasküler orta şiddette mononükleer inflamasyon görüldü. Klinik ve patolojik veriler birleştirildiğinde hastanın lezyonları liken



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

simpleks kronikus ile uyumlu bulundu.

SONUÇ:

LSK, etyolojisinde kronik kaşıntı veya sürtünmeye bağlı olarak gelişen bir dermatozdur. Genital yerleşimli LSK, özellikle yaşlı kadınlarda atipik sunumlar gösterebilir ve sıklıkla verrüka vulgaris, vulvar intraepitelyal neoplazi, liken sklerozus veya kondilom gibi diğer hastalıklarla karıştırılabilir. Bu olguda da olduğu gibi tanıda sıklıkla gecikme yaşanmakta, hastalar tekrarlayan ve yetersiz tedavi girişimlerine maruz kalmaktadır.(2-4)

Bu nedenle özellikle yaşlı kadın hastalarda genital bölgede yerleşen lezyonların tanısında klinik benzerlikler nedeniyle ayırıcı tanının gerekirse histopatolojiyle yapılması önemlidir.(1) İdrar ve dışkı ile temas, özellikle yaşlı bireylerde mukoza benzeri ince genital deride irritasyon, erozyon ve kaşıntıyı tetikleyerek kaşıma–likenifikasyon döngüsünü başlatabilir. Bu olguda daha idrar inkontinansı ve uzun süredir hasta bezi kullanımı bulunması, uygun temizlik yapılmaması genital bölge derisinde kronik irritan maruziyetine neden olmuş, bu da epidermal bariyer bozukluğu, irritan kontakt dermatit ve neticede LSK gelişimi için zemin hazırlamıştır.(5, 6) Bu nedenlerle yaşlı bakım hastalarında genital bölge temizliği önem kazanmakta ve temizlik eğitimi önemli hale gelmektedir.

Bu olguda irritasyona sebep olacak şekilde genital temizlik yapılması sonucunda oluşan kronik kaşıntıya bağlı LSK oluşması ve tanısının gecikmesi hastanın hem yaşam kalitesinde düşüşe hem de gereksiz ilaç tedavilerine neden olmuştur. (3, 4) özellikle yaşlı hastalarda LSK tanısının gecikmesi nadiren de olsa skuamöz hücreli karsinoma dönüşüm riski bulunduğundan bu hastalarda uzun dönem takip ve tedaviye uyum oldukça önemlidir.(6) Bu olgu, genital bölgede inatçı kaşıntı ve kalınlaşma gibi nonspesifik şikayetlerin dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini ve verrü gibi sık görülen tanıların ötesinde düşünmenin, özellikle geç tanı almaması gereken malignite olasılıklarında biyopsinin belirleyici rolünü bir kez daha ortaya koymaktadır.(6)

ANAHTAR KELİMELEER: liken simpleks kronikus, geriatrik popülasyon, pruritus

KAYNAKLAR: 1. Ju T, Vander Does A, Mohsin N, Yosipovitch G. Lichen Simplex Chronicus Itch: An Update. Acta Derm Venereol. 2022;102:adv00796.

2. James WD, Elston DM, Treat J, Rosenbach M, Neuhaus IM, Andrews GC. Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology. Philadelphia: Elsevier; 2025. Available from: <https://www.vlebooks.com/vleweb/product/openreader?id=none&isbn=9780323878722>.

3. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Dermatol Ther. 2004;17(1):8-19.

4. Simonetta C, Burns EK, Guo MA. Vulvar Dermatoses: A Review and Update. Mo Med. 2015;112(4):301-7.

5. Corcoran E, Woodward S. Incontinence-associated dermatitis in the elderly: treatment options. Br J Nurs. 2013;22(8):450, 2, 4-7.

6. van der Meijden WJ, Boffa MJ, Ter Harmsel B, Kirtschig G, Lewis F, Moyal-Barracco M, et al. 2021 European guideline for the management of vulval conditions. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36(7):952-72.

RESİM 1





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-087][KABUL:POSTER]

PSORİASİSİ TAKLİT EDEN MİKOZİS FUNGOİDES: VAKA SUNUMU VE LİTERATÜR İNCELEMESİ

Aybüke Erol Evli¹, Sera Nur Yücesoy Temiz¹, Güllü Gencebay¹, Melin Özgün Geçer²,
Muhammet Hikmet Nazar², Özlem Su Küçük¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-

AMAÇ:

Mikozis fungoides (MF), en yaygın primer kutanöz T hücreli lenfoma (KTHL) türüdür ve tüm non-Hodgkin lenfomalarının %1'inden daha azını oluşturur (1). MF, epidermotropizm gösteren CD4+ T hücrelerinin malign çoğalmasıyla tanımlanan, genellikle yavaş ilerleyen ve agresif olmayan bir hastalıktır (2). Klasik MF hastalığı; başlangıçta yama, ardından plak ve en sonunda tümöral faz olmak üzere üç aşamalı bir klinik seyir izleyebilir (3). Tanı genellikle yıllar süren gecikmelerle konulur çünkü MF, erken evrelerde ekzama, atopik dermatit, psoriasis, pityriasis alba, tinea corporis gibi iyi huylu ve yaygın dermatozları taklit edebilir (4). Tanının gecikmesi, hastalığın prognozunu olumsuz etkileyebilir. Bu sebeple, kronik seyirli ve tedaviye dirençli dermatit vakalarında veya eritrodermi, nodül, tümör ve lenfadenopati gibi belirtilerle gelen hastalarda KTHL, özellikle MF, mutlaka ayırıcı tanıları arasında yer almalıdır (5). Bu vakada psoriasis tanısı ile takip edilen sonrasında histopatolojik inceleme ile MF tanısı alan bir hastayı sunmaktayız.

OLGU:

Kronik plak tipi psoriasis tanısıyla 30 yılı aşkın süredir takip edilen 50 yaşındaki erkek hasta, son iki yılda lezyonlarında artış ve topikal kortikosteroid tedavisine yanıtızsızlık nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede; sağ abdomen, sağ üst ekstremité lateralinde ve sağ üst gluteusta ve intergluteal sulkusunun medialine yakın iyi sınırlı, eritemli ve periferde daha yoğun skuamı olan plak lezyonlar gözlemlendi. Hastanın saçlı deri ve tırnak tutulumu yoktu. Özgeçmişinde alkol ve sigara (15 paket/yıl) kullanımı ayrıca 4 yıldır gut hastalığı nedeniyle kolşisin ve allopurinol alımı mevcuttu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın deri lezyonlarından psoriasis ve mf ön tanıları ile biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede; ortohiperkeratoz, fokal parakeratoz ve retelerde belirgin uzama saptandı. Epidermis içinde, hiperkromatik ve düzensiz çekirdek yapısına sahip, çevrelerinde halo



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

formasyonu bulunan atipik lenfoid hücre kümeleri dikkat çekti. Papiller ve üst retiküler dermiste dilate ve konjestif kapillerler, perivasküler ve interstisyel lenfositik infiltrasyon, ekstrasöz eritrositler ve fibrotik değişiklikler gözlemlendi. İmmünohistokimyasal analizde CD4/CD8 oranında hafif artış izlenmesi üzerine hasta MF tanısı aldı.

SONUÇ:

MF, klinik spektrumu oldukça geniş olan ve sıklıkla başka dermatolojik hastalıkları taklit edebilen, epidermotropik T hücrelerinden köken alan bir kutanöz lenfoma alt tipidir (6). Bu olguda olduğu gibi MF, sıklıkla erken evrelerinde psoriasis vulgaris, atopik dermatit, kronik ekzema gibi hastalıklarla karıştırılabilir ve bu durum tanıda gecikmelere neden olabilir (4,7). Özellikle psoriasis benzeri lezyonlarla seyreden MF varyantları literatürde bildirilmiş olup, lezyonların steroid tedavisine yanıt vermemesi, morfolojide zamanla gelişen değişiklikler ve histopatolojik uyumsuzluklar tanıyı akla getirmelidir (8). Nitekim vakamızda da 30 yılı aşkın süredir psoriasis tanısıyla takip edilen hastada, klasik tedavilere yanıtızsızlık sonrası yapılan biyopsi ve immünohistokimyasal değerlendirme MF tanısına götürmüştür. Yapılan çalışmalarda, MF tanısının lezyonların başlangıcından ortalama 3–6 yıl sonra doğrulanabildiği bildirilmiştir (9). Bunun en önemli nedenleri arasında klinik benzerlik, histopatolojik belirsizlik, tek bir biyopsiyle sınırlı değerlendirme ve özellikle erken evrelerde immün belirteçlerin net ayırt edici olmaması yer alır (10). Bu nedenle dirençli dermatitlerde, özellikle klasik klinik görünüm dışında seyreden plaklarda, tekrarlayan biyopsi ve CD3, CD4, CD8 gibi immünohistokimyasal belirteçlerle analiz yapılması kritik önem taşır (2). Tedavi yaklaşımı hastalığın evresine göre değişmekle birlikte, erken evre MF tedavisinde topikal kortikosteroid, sistemik retinoid ve fototerapi tedavileri önerilmektedir (11). Olgumuzda hastanın sistemik tutulumu yoktu. Evre 1A olarak kabul edilen hastaya yüksek potent topikal steroid ile asitretin 20 mg/gün tedavisine başlandı.

ANAHTAR KELİMELEER: Mikozisfungoides, Psoriasiformlezyon, tanıdagecikme

KAYNAKLAR: (1) Yamashita T, Fernandes Abbade LP, Marques SA. Mycosis fungoides and Sézary syndrome: clinical, histopathological and immunohistochemical review and update. An Bras Dermatol.2012;87(6):817–47.

(2) Kashabano JJ, Rugengamazi E, Matiku SB, Mruma RM, Lugina EL. Mycosis fungoides with spongiosis: a case report. J Med Case Rep. 2023;17(1):458.

(3) Muñoz-González H, Molina-Ruiz AM, Requena L. Clinicopathologic variants of mycosis fungoides. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(3):192–208.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- (4) Nashan D, Faulhaber D, Ständer S, Luger TA, Stadler R. Mycosis fungoides: a dermatological masquerader. *Br J Dermatol.* 2007;156(1):1–10.
 - (5) Rodriguez O, Sowash M, Mosojane KI, Ralefala T, Grover S, Haun P, et al. A retrospective review of cutaneous lymphoma in Botswana. *Int J Dermatol.* 2020;59(3):352–8.
 - (6) Zinzani PL, Ferreri AJM, Cerroni L. Mycosis fungoides. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2008;65(2):172–182.
 - (7) Miyagaki T. Diagnosis of early mycosis fungoides. *Diagnostics.* 2021;11(9):1–9.
 - (8) Beyzaee AM, Jahantigh N, Goldust M, et al. Mycosis fungoides with psoriasiform plaques: a case report and review of the literature. *Clin Case Rep.* 2023;11(2): e6848.
 - (9) Mathur M, Singh A, Sharma R, et al. Mycosis fungoides presenting with psoriasiform lesions: a case report and brief review. *Clin Case Rep.* 2025;13: e70172.
 - (10) Shamim H, Iftikhar A, Malik K, et al. Mycosis fungoides mimicking psoriasis: a diagnostic challenge. *J Cutan Pathol.* 2019;46(9):645–652.
 - (11) Hoppe RT, Kim YH, Reddy S, et al. Clinical staging and classification of mycosis fungoides and Sézary syndrome: the ISCL and EORTC consensus. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72(2):286–292.
-

SAĞ ABDOMENDEKİ LEZYON



sağ abdomen, sağ üst ekstremitede lateralinde iyi sınırlı, eritemli plak

SAĞ ÜST GLUTEUSTAKİ PLAK LEZYON



sağ üst gluteusta ve intergluteal sulkusunun medialine yakın iyi sınırlı, eritemli ve periferde daha yoğun skuamı olan plak lezyonlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-088][KABUL:POSTER]

**GADOLİNYUM BAZLI KONTRAST MADDELERE BAĞLI NADİR BİR EGZANTAMATÖZ
REAKSİYON ÖRNEĞİ**

Mevlûde Duru, Ahmet Uğur Atılan

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DERMATOLOJİ ANA BİLİM DALI, DENİZLİ

GİRİŞ-AMAÇ:

Ekzantematöz (makülopapüler) ilaç erüpsiyonları (MİR), Kutanoz İlaç Reaksiyonu (KİR)'lerin en sık görülen morfolojik grubunu oluşturur (1). Nadiren de olsa Stevens-Johnson Sendromu (SJS) ve Toksik Epidermal Nekroliz (TEN) gibi hayatı tehdit edebilir (2). Genellikle ilaç alımından 1-3 hafta içinde ortaya çıkarlar ve en sık neden olan ilaç grupları arasında genel olarak antibiyotikler, analjezikler (NSAİ) ve antihipertansifler yer almaktadır (8). Gadolinium bazlı kontrast maddeler (GBCM), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) işlemlerinde yaygın kullanılan ajanlardır. GBCM'lara bağlı aşırı duyarlılık reaksiyonları artış göstermektedir; ancak semptomların sıklıkla tanınamaması nedeniyle gerçek prevalans bilinmemektedir. Reaksiyonların çoğu maruziyetten sonraki ilk 6 saatte gelişen ani ilaç reaksiyonları (AİR) olup, genellikle hafif seyirlidir. Gecikmiş reaksiyonlar arasında ise en sık makülopapüler ekzantemler izlenmektedir ve literatürde nadir olarak raporlanmıştır (6). Bu olguda, nadir görülen bir GBCA ilişkili makülopapüler ilaç reaksiyonu sunulmaktadır.

OLGU:

79 yaşında erkek hasta, testis kanseri nedeniyle izlemdeyken, 10 gündür vücudunda yaygın kızarıklık ve kaşıntı halsizlik şikayetleriyle başvurdu. 2 hafta önce nitrofurantoin, flukonazol ve apalutamid başlanmıştı. Mevcut hastalık öyküsünde DM, BPH, epilepsi ve HT mevcuttu. Kullandığı ilaçlar arasında insülin, karbamazepin, ASA, tamsulosin, bikalutamid, pitavastatin, amlodipin-valsartan, vildagliptin, metformin, essitalopram ve folik asit yer almaktaydı. Muayenede ekstremitelerde numuler kahverengi yama tarzında lezyonlar izlendi, aktif lezyon olmaması nedeniyle biyopsi alınmadı. Yeni ilaçların kesilmesi önerildi. 20 gün sonra, lezyonların artışıyla tekrar başvuran hastanın bu süreçte yeni ilaç kullanmadığı öğrenildi. E-nabız kayıtlarında, ilk belirtilerden 2 gün önce Galyum-68, ikinci ataktan 1 hafta önce gadobutrol içeren kontrast madde aldığı saptandı. Fizik muayenede yaygın eritemli, skuamlı yama ve plaklar izlendi. Mukozalar sağlam, Nikolsky negatif, ateş ve lenfadenopati yoktu. Hb 10.2, eozinofil %27.9, CRP 41, GGT 84 olarak saptandı. Regiscar skoru 2 idi. Biyopsi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ilaç reaksiyonu ve Dress ön tanısıyla planlandı, beklometazon pomad ve antihistaminik tedavi başlandı. Lezyonlar 2 hafta sonra geriledi, biyopsi sonucu ilaç reaksiyonu ile uyumlu bulundu. Tartışma: Gecikmiş ilaç reaksiyonları, ani aşırı duyarlılık reaksiyonlarına kıyasla daha nadir görülse de, en sık makülopapüler döküntü ile kendini gösterir(7). Hastanın semptomlarının Galyum-68 maruziyetinden 2 gün sonra başlaması ve gadobutrol uygulamasından bir hafta sonra şiddetlenmesi nedensellik açısından karmaşıklık yaratmakta; ancak kliniğin kontrast madde sonrası belirginleşmesi, gadobutrolü başlıca şüpheli olarak ön plana çıkarmaktadır. Hastada karbamazepin kullanımı, eozinofili, yüksek GGT ve CRP düzeyleri ile yaygın döküntü DRESS açısından risk oluşturmaktadır. Ancak uzun süredir karbamazepin kullanıyor olması, lezyonların ilaca rağmen tekrarlamaması, ateş, lenfadenopati, yüz ödemi ve organ tutulumunun olmaması nedeniyle RegiSCAR kriterlerini tam karşılamamakta ve DRESS tanısını desteklememektedir. Lezyon morfolojisi, mukozal tutulumun ve Nikolsky yokluğu, belirgin eozinofili ve ilaçlarla zamansal uyum, tabloyu makülopapüler ilaç erüpsiyonu ile daha uyumlu kılmaktadır Aşırı duyarlılık reaksiyonu geçiren hastaların değerlendirilmesi, önemli bir oranda IgE veya T hücre aracılı mekanizmaların rol oynadığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, alerji testleri potansiyel çapraz reaksiyonları değerlendirme açısından da faydalıdır. Tanıda deri testleri (prick, intradermal, yama) ve ilaç provokasyon testleri kullanılabilir; ancak bu testlerin duyarlılığı sınırlıdır ve özellikle DRESS gibi ciddi tablolarda, İPT genellikle önerilmez(7).

SONUÇ:

İlaç reaksiyonları dermatolojide sık görülmesine rağmen kontrast madde kaynaklı gecikmiş reaksiyonlar nadirdir ve yeterince raporlanmamıştır. Gadolinyuma bağlı makülopapüler ilaç reaksiyonları gibi olgular, görüntüleme sonrası gelişen cilt bulgularında kontrast madde sorgulamasının önemini vurgulamaktadır. Daha fazla olgu ve çalışma, bu tür reaksiyonların tanınmasında yol gösterici olacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Egzantamatöz, gadolinyum, ilaç reaksiyonu, kontrast

KAYNAKLAR: Referanslar

1.Young, JWS, Shear, NH Yaşlılarda Kutanöz İlaç Reaksiyonları. İlaç Yaşlanması 34, 655–672 (2017). 1

Dertlioğlu, S.B., Çiçek, D., Çoban, F.G., Halisdemir, N. Drug Reactions Seen Among Patients Admitted to the Dermatology Department. Türk derm 46, 130-3 (2012).3...

2.Silva, M.I.T., Varandas, C., Ferreira, S., Duarte, F.C. Gadolinyum Türevi Kontrast Maddelere



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Aşırı Duyarlılık: Portekiz Kohortunun Retrospektif Karakterizasyonu. ACTA RADIOLÓGICA PORTUGUESA 35(2), 4-8 (2023).25...

3.Behzadi, AH, Zhao, Y., Farooq, Z., Prince, MR Gadolinium Bazlı Kontrast Maddelere Karşı Ani Alerjik Reaksiyonlar: Sistematik Bir İnceleme ve Meta-Analiz. Radyoloji 286 (2), 471-482 (2018). 32...

4. Özçelik S. İlaç Erupsiyonları. Uludağ Tıp Derg. Ağustos 2019;45(2):231-241.
doi:10.32708/uutfd.521346

5.Gauthier, A., Mankouri, F., Demoly, P., Chiriac, AM Gadolinium Bazlı Bir Kontrast Madde Tarafından Tetiklenen Anında Olmayan Makülopapüler Eritem. J Investig Allergol Clin Immunol 32 (3), 226-228 (2022).

6. Maria Inês T. Silva, Cláudia Varandas, Sofia Ferreira, Fátima C. Duarte1 Gadolinium-Derived Contrast Agents Hypersensitivity: Retrospective Characterization of a Portuguese Cohort7.Gracia Bara MT, Gallardo-Higuera A, Moreno EM, Laffond E, Muñoz Bellido FJ, Martin C, Sobrino M, Macias E, Arriba-Méndez S, Castillo R, Davila I. Hypersensitivity to Gadolinium-Based Contrast Media. Front Allergy. 2022 Mar 17;3:813927. doi: 10.3389/falgy.2022.813927. PMID: 35386665; PMCID: PMC8974732.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-089][KABUL:POSTER]

ALOPEŞİ AREATA TANILI HASTALARDA İNTRALEZYONEL TRIAMSİNOLON ASETONİD TEDAVİSİ VE TROMBOSİTTEN ZENGİN PLAZMA TEDAVİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ramazan Ülker, İlknur Yorğun Özdemir, Hatice Uce Özkol

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dermatoloji A.D

AMAÇ:

Alopesi areata (AA), genel nüfusun %2'si kadarını etkileyen, saç dökülmesine yol açan skar bırakmayan yaygın kronik bir otoimmün hastalıktır. AA hastalığında çeşitli yerel ve sistemik tedaviler mevcuttur. Son zamanlarda Trombositten Zengin Plazma (PRP) işlemi tedavide daha çok kullanılmaya başlanmıştır. Çalışmamızda AA hastalarında intralezyonel triamsinolon asetonid (İLKS) ve PRP tedavisinin etkinliğini değerlendirmek ve iki yöntemin etkinliğini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamıza 27.03.2024 ve 27.03.2025 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran yama tipi AA hastaları katıldı. Hastalarımızın yaş aralığı 18-65 yaş arasındadır ve daha önce AA tanısı için tedavi almamış hastalardır. Hastaları 2 gruba ayırdık. Birinci gruba 4 haftada bir olmak üzere 3 seans PRP tedavisi uygulandı. İkinci gruba ise 4 haftada bir 3 seans İLKS tedavisi uygulandı. 2 grubun başlangıçta, 3.ayda ve 6.ayda saçlı derisi fotoğlanarak severity of alopecia tool (SALT) hesaplanarak istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR:

Çalışmamıza AA tanılı 41'i (%68.33) erkek 19'u (31,66) kadın olmak üzere toplamda 60 hasta katıldı. Hastaların yaş ortalaması 27.97 ± 7.36 yıl olarak hesaplandı. Hastalık süresi ortalaması 5 ± 7.11 ay idi. PRP tedavisi alan hastaların başlangıç, 3.ay ve 6.ay SALT skoru ortalaması sırasıyla 6.03 ± 0.89 , 2.53 ± 2.01 ve 0.93 ± 1.72 idi. PRP tedavisi yapılan hastaların başlangıçta, 3.ayda ve 6.aydaki SALT skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş saptandı ($p < 0.001$) (Tablo 1). İLKS tedavisi uygulanan hastaların başlangıç, 3.ay ve 6.ay SALT skoru ortalaması sırasıyla 6.07 ± 0.78 , 2.60 ± 2.07 ve 1.27 ± 2.03 idi. İLKS tedavisi alan hastaların başlangıçta, 3.ayda ve 6.aydaki SALT skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş saptandı ($p < 0.001$) (Tablo 1). 2 grup arasında başlangıç ile 3.ay ($p = 0.951$) arasında, başlangıç



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ile 6.ay ($p=0.576$) arasında ve 3.ay ile 6.ay ($p=0.568$) SALT skoru değişimleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 2). PRP tedavisi yapılan 30 hastanın 6.ayın sonunda değerlendirildiğinde 2 (%6.66) hastada yanıtızsızlık, 2 (%6.66) hastada kısmi yanıt, 3 (%10) hastada iyi yanıt ve 23 (%76.66) hastada çok iyi yanıt olarak değerlendirildi. İLKS tedavisi alan 30 hastanın 6.ayın sonunda değerlendirildiğinde 3 (%10) hastada yanıtızsızlık, 3 (%10) hastada kısmi yanıt, 4 (%13.33) hastada iyi yanıt ve 20 (%66.66) hastada çok iyi yanıt olarak değerlendirildi.

SONUÇ:

PRP'deki aktive trombositler çok sayıda büyüme faktörü ve sitokin salgılar. Bu faktörler hücre proliferasyonu, farklılaşması ve anjiyogenez yoluyla saç büyümesini uyarmada önemli bir rol oynar (1,2). Albalat ve ark, tarafından yapılan bir çalışmada 80 AA hastasına PRP ve İLKS işlemi yapıldı. İki tedavi seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (3). Hegde ve ark, tarafından yapılan kontrollü bir çalışmada AA hastalarına PRP ve İLKS işlemi yapılmış. PRP ve İLKS yapılan hastalarda anlamlı fark bulunmadı (4). Balakrishnan ve ark, tarafından yapılan bir çalışmada AA tanılı hastalara PRP ve İLKS yapıldı. 2 grup arasında anlamlı fark görülmedi (5). Bizim çalışmamızda da 2 grup arasında fark bulunmadı. Her ne kadar istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmamış olsa da, PRP grubundaki hastaların SALT skorundaki azalmanın, İLKS grubundanki hastalardan daha hızlı veya yüksek olma eğiliminde olduğu gözlemlendi.

ANAHTAR KELİMELEER: : Alopesi areata, Trombositten Zengin Plazma, İntralezyonel triamsinolon asetonid

KAYNAKLAR: 1-) Kapoor P, Kumar S, Brar BK, Kukar N, Arora H, Brar SK. Comparative Evaluation of Therapeutic Efficacy of Intralesional Injection of Triamcinolone Acetonide versus Intralesional Autologous Platelet-rich Plasma Injection in Alopecia Areata. J Cutan Aesthet Surg. 2020;13(2):103-11.

2-) Paichitrojanna A, Paichitrojanna A. Platelet Rich Plasma and Its Use in Hair Regrowth: A Review. Drug Des Devel Ther. 2022;16:635-45.

3-) Albalat W, Ebrahim HM. Evaluation of platelet-rich plasma vs intralesional steroid in treatment of alopecia areata. J Cosmet Dermatol. 2019;18(5):1456-62.

4-) Hegde P, Relhan V, Sahoo B, Garg VK. A randomized, placebo and active controlled, split scalp study to evaluate the efficacy of platelet-rich plasma in patchy alopecia areata of the scalp. Dermatol Ther. 2020;33(6):e14388.

5-) Balakrishnan A, Joy B, Thyvalappil A, Mathew P, Sreenivasan A, Sridharan R. A

Comparative Study of Therapeutic Response to Intralesional Injections of Platelet-Rich Plasma Versus Triamcinolone Acetonide in Alopecia Areata. Indian Dermatol Online J. 2020;11(6):920- 4.

2 GRUBUN PERİYOTLAR ARASINDAKİ FARKI

Grup		3.ay SALT skoru ile Başlangıç SALT skoru	6.ay SALT skoru ile Başlangıç SALT skoru	6.ay SALT skoru ile 3.ay SALT skoru
PRP	P	0,001	0,001	0,001
İLKS	P	0,001	0,001	0,001

2 grubun periyotlar arasındaki farkı

GRUPLAR ARASINDA FARKLI PERİYOTLARDAKİ SALT SKORU DEĞİŞİMİ

		N	Ort.	SS.	Min.	Max.	P
SALT. B_3	PRP	30	3,5000	1,88917	0,00	6,00	0,951
	İLKS	30	3,4667	2,28539	0,00	7,00	
	Total	60	3,4833	2,07888	0,00	7,00	
SALT. B_6	PRP	30	5,1000	1,90009	0,00	7,00	0,576
	İLKS	30	4,8000	2,21904	0,00	7,00	
	Total	60	4,9500	2,05373	0,00	7,00	
SALT. 3_6	PRP	30	1,6000	1,97571	0,00	6,00	0,568
	İLKS	30	1,3333	1,60459	0,00	7,00	
	Total	60	1,4667	1,78949	0,00	7,00	

gruplar arasında farklı periyotlardaki SALT skoru değişimi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-092][KABUL:POSTER]

**PSÖRIAZİS TANILI BİYOLOJİK AJAN TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA DOZ ARALIĞI AÇILAN
VAKALARIN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Gülcan Saylam Kurtipek, Sanem Kaya, Cahit Yavuz, Fatma Tunçez Akyürek

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Psöriazis, kronik, tekrarlayan, sistemik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Biyolojik ajanlar orta ve şiddetli psöriazis olgularında etkin ve hedefe yönelik tedavi seçenekleri sunmaktadır. Klinik remisyona ulaşan hastalarda hasta uyumu ve klinik pratikteki bireysel farklılıklar nedeniyle bu tedavilerin doz aralıklarının açılması gündeme gelmektedir. Bu ajanların doz aralıklarının açılması, yalnızca klinik etkinliğin korunmasına olanak sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda tedaviye bağlı ilaç maliyetlerinin azaltılması ve daha seyrek uygulamaya bağlı olarak yan etki insidansının azaltılması açısından da önemli avantajlar sağlayabilir.

AMAÇ:

Klinik yanıtın korunması koşuluyla biyolojik ajanların doz aralıklarının uzatılmasına yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak bu konuda hâlâ standart bir kılavuz bulunmamakta; uygulamalar büyük ölçüde hekim deneyimine dayanmaktadır. Bu çalışmada, biyolojik ajan tedavisi sırasında doz aralığı açılmış psöriazis hastalarının demografik, klinik ve tedaviye yanıt verilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel dosya tarama çalışması, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniği'nde 2013–2025 yılları arasında biyolojik ajan tedavisi almış ve doz aralığı açılmış 14 hastanın Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) ve arşiv kayıtları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 18 yaş üzeri, psöriazis tanılı ve biyolojik ajan tedavisi sırasında doz aralığı açılmış hastalar dahil edilmiştir. Eksik verisi olan veya düzenli takibi yapılamamış hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, psöriazis tipi, hastalık süresi, PASI skorları, tırnak, saçlı deri ve eklem tutulumu varlığı, kullanılan biyolojik ajan, doz aralığının açılma süresi ve bu değişikliğin ardından gelişen klinik yanıt (iyileşme, stabil seyir, nüks) gibi parametreleri analiz edilmiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 14 hastanın 12'si erkek (%85,7), 2'si kadındı (%14,3) ve ortalama yaş $48,3 \pm 11,6$ idi. En sık gözlenen psöriazis alt tipi plak tip psöriazis idi (%92). Hastalık süresi 3 ila 48 yıl arasında değişmekteydi. Biyolojik tedavi öncesi PASI skorları 2,6 ile 16 arasında olup, tüm hastalar doz aralığı açılmadan en az 1 yıl önce PASI:0 seviyesine ulaşmıştı. Tırnak tutulumu 11 hastada (%78,5), saçlı deri tutulumu 12 hastada (%85,7), eklem tutulumu ise 2 hastada (%14,3) mevcuttu. Hastaların 4'ü risankizumab, 4'ü ixekizumab, 2'si guselkumab, 2'si adalimumab, 1'i ustekinumab ve 1'i secukinumab kullanmaktaydı. Doz aralığı uzatma stratejileri ajanlara göre değişmekteydi: Secukinumab'ta 1 aydan 2 aya; ixekizumab kullanan 3 hastada 1 aydan 2 aya, 1 hastada ise 1,5 aya; guselkumab'ta 2 aydan 3 aya; ustekinumab'ta 3 aydan 6 aya; risankizumab kullanan 2 hastada 3 aydan 4 aya, 2 hastada 6 aya; adalimumab kullananlarda ise 2 haftada bir olan uygulama önce ayda bire, ardından 2 ayda bire uzatılmıştı. Klinik yanıt açısından 10 hastada (%71,4) stabil seyir izlenmiş, 3 hastada nüks gelişmiş (%21,4), 1 hastada ise (%7,1) tam iyileşme gözlenmiştir. Nüks gelişen hastalardan biri risankizumab biri ustekinumab kullanmakta olup doz aralığı 3 aydan 6 aya; diğeri ise secukinumab kullanmakta olup doz aralığı 1 aydan 2 aya çıkarılmış hastalardır.

SONUÇ:

Gerçek yaşam verilerine dayanan bu çalışma, biyolojik ajan tedavisi altında doz aralığı açılmasının birçok hastada stabil klinik seyirle sonuçlanabileceğini göstermektedir. Ancak belirli hastalarda nüks gelişebileceği göz önünde bulundurularak, doz aralığı değişikliği yapılacak hastaların dikkatle izlenmesi ve bireysel tedavi planlamalarının esas alınması gerekmektedir. Klinik etkinlik korunarak standart bir doz açılma şemasının oluşturulabilmesi için geniş örneklemli ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Biyolojik ajan, doz aralığı açılması, psöriazis

KAYNAKLAR: 1. Ye LR, Yan BX, Chen XY, Chen SQ, Chen JQ, Man XY; Chinese Psoriasis Real World Evidence Research Group (CPRWEG). Extended dosing intervals of ixekizumab for psoriasis: A single-center, uncontrolled, prospective study. J Am Acad Dermatol. 2022 Jun;86(6):1348-1350. doi:10.1016/j.jaad.2021.04.093. Epub 2021 May 5. PMID: 33964329. 2. Kim JH, Kim KH, Park JY, Choi JW, Lee JH. Gradually increasing the dosing interval of secukinumab for moderate to severe plaque psoriasis: A single-center, uncontrolled, prospective study in 36 patients. Ann Dermatol. 2023;35(1):42-48. doi:10.5021/ad.22.093. 3. Gottlieb AB, Gordon KB, Puig L, Nakajima K, Girolomoni G, Zema C, et al. Noninferiority of



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

16-week vs 8-week guselkumab dosing in super responders for maintaining control of psoriasis: The GUIDE randomized clinical trial. JAMA Dermatol. 2023;159(1):32–40. doi:10.1001/jamadermatol.2022.4717.

4. Smith CH, Jabbar-Lopez ZK, Yiu ZZN, Bale T, Burden AD, Coates LC, et al. Prolongation of biologic dosing intervals in patients with stable psoriasis: A feasibility study. Br J Dermatol. 2017 Jul;177(1):e11-e12. doi:10.1111/bjd.15570. PMID: 28570371.

5. Leonardi CL, Kimball AB, Papp KA, Wu JJ, Ryan C, Van Voorhees AS, et al. Extension of ustekinumab maintenance dosing interval in moderate-to-severe psoriasis: Results of a phase IIIb, randomized, double-blind, active-controlled, multicenter study (PSTELLAR). Br J Dermatol. 2017 Dec;177(6):1552-1561. doi:10.1111/bjd.15722. PMID: 28600818.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-093][KABUL:POSTER]

**AKNE VULGARİSTE MİKROBİYOTANIN ROLÜ: PATOGENEZDEN TEDAVİYE YENİ
PERSPEKTİFLER**

Asena Doğan Kayıkçı, Mehmet Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Erzurum

AMAÇ:

Akne vulgaris, genç erişkinlerde yaygın olarak görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen kronik inflamatuvar bir dermatozdur. Son yıllarda, akne patogeneğinde yalnızca *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*) değil, aynı zamanda cilt mikrobiyotasındaki dengenin bozulması (disbiyozis) da önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, deri mikrobiyotasının bileşimi, *C. acnes* suş farklılıklarının önemi, *C. acnes* ile *Staphylococcus epidermidis* arasındaki etkileşimler ve mikrobiyota hedefli güncel tedavi yaklaşımları ele alınmıştır.

YÖNTEM:

Bu çalışma, akne vulgaris patogeneğinde mikrobiyotanın rolünü ele alan güncel literatürün kapsamlı bir taramasına dayanmaktadır. 2015–2024 yılları arasında yayımlanmış klinik çalışmalar, in vitro ve in vivo modeller ile derlemeler değerlendirilmiştir. Mikrobiyota-suştıplendirme, probiyotik ve prebiyotik tedavi yaklaşımları, bakteriyofaj temelli terapiler ve mikrobiyom dostu ürünlerin etkinliği odak noktasını oluşturmuştur.

BULGULAR:

C. acnes, akne gelişiminde merkezi bir rol oynasa da, sadece varlığı değil, sahip olduğu filotip ve ribotip çeşitliliği patojenitesini belirlemektedir. Özellikle IA1 filotipi (RT4 ve RT5) yüksek virülans gösterirken, RT6 gibi bazı suşlar sağlıklı ciltte baskındır. Akneli bireylerde *C. acnes* çeşitliliği azalmakta ve birkaç aknejenik suş baskın hale gelmektedir. Ayrıca *S. epidermidis* gibi kommensal bakterilerin azalması ve *C. acnes*: *S. epidermidis* oranının artması inflamasyonu şiddetlendirebilmektedir. Mikrobiyota hedefli yaklaşımlar arasında topikal ve oral probiyotik uygulamalar, bakteriyofaj tedavileri, prebiyotik destekler ve mikrobiyom dostu topikal ajanlar öne çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda *Lactobacillus plantarum* içeren ürünlerin inflamatuvar lezyonlarda anlamlı azalma sağladığı; *C. acnes*'e özgü fajların ise seçici etkiyle akneye meyilli deride güvenle kullanılabildiği gösterilmiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Akne vulgaris yalnızca *C. acnes*'in çoğalmasıyla değil, mikrobiyal dengenin bozulmasıyla ilişkili kompleks bir hastalıktır. Mikrobiyotadaki disbiyozis, bağışıklık sisteminin inflamatuvar yanıtını tetikleyerek lezyon oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Geleneksel antibiyotik-temelli tedaviler direnç sorunları yaratırken, mikrobiyota dostu yaklaşımlar yeni ve umut verici bir dönemi temsil etmektedir. Bu bağlamda, akne yönetiminde probiyotik, prebiyotik ve faj temelli kişiselleştirilmiş tedavi stratejileri gelecekte standart uygulamalara entegre edilebilir. Mikrobiyota temelli yaklaşımlar, klasik tedavilere alternatif değil tamamlayıcı nitelikte olup; akneyle mücadelede daha uzun vadeli ve yan etkisi az çözümler sunma potansiyeline sahiptir.

ANAHTAR KELİMELEER: Akne vulgaris, *Cutibacterium acnes*, deri mikrobiyotası, disbiyoz, akne tedavisi

- KAYNAKLAR:** Huang, C., Zhuo, F., Han, B., Li, W., ... & Yu, B. (2023). The updates and implications of cutaneous microbiota in acne. *Cell & Bioscience*, 13(1), 113.
<https://doi.org/10.1186/s13578-023-01072-w>
2. Dréno, B., Pécastaings, S., Corvec, S., Veraldi, S., Khammari, A., & Roques, C. (2018). *Cutibacterium acnes* (*Propionibacterium acnes*) and acne vulgaris: a brief look at the latest updates. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(S2), 5–14.
<https://doi.org/10.1111/jdv.15043>
3. Moradi Tuchayi, S., Makrantonaki, E., Ganceviciene, R., Dessinioti, C., Feldman, S. R., & Zouboulis, C. C. (2015). Acne vulgaris. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 15029.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.29>
4. Lee, Y. B., Byun, E. J., & Kim, H. S. (2019). Potential role of the microbiome in acne: a comprehensive review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(7), 987.
<https://doi.org/10.3390/jcm8070987>
5. O'Neill, A. M., Nakatsuji, T., Hayachi, A., Williams, M. R., ... & Gallo, R. L. (2020). Identification of a human skin commensal bacterium that selectively kills *Cutibacterium acnes*. *Journal of Investigative Dermatology*, 140(7), 1619–1628.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.jid.2019.12.026>
6. Biazzo, M., & Podrini, C. (2024). The role of the skin microbiome in acne: challenges and future therapeutic opportunities. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(21), 11422.
<https://doi.org/10.3390/ijms252111422>
7. Byrd, A. L., Belkaid, Y., & Segre, J. A. (2018). The human skin microbiome. *Nature Reviews Microbiology*, 16(3), 143–155. <https://doi.org/10.1038/nrmicro.2017.157>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

8. Matsunaga, K., Akamatsu, H., Niwa, Y., & Matsunaga, I. (2016). Microorganisms inhabiting follicular contents of facial acne are not only Propionibacterium but also Malassezia species. *Journal of Dermatology*, 43(8), 906–911. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13245>
9. Natarelli, D., Rosato, A., Valentini, V., Donnarumma, G., & Cammarota, M. (2023). Cutibacterium acnes bacteriophages: a potential tool to treat acne vulgaris. *Viruses*, 15(2), 276. <https://doi.org/10.3390/v15020276>
10. Wang, Y., Pang, K., Wang, J., Li, H., & Guan, X. (2018). The anti-inflammatory activities of Propionibacterium acnes CAMP factor-targeted acne vaccines. *Journal of Investigative Dermatology*, 138(11), 2355–2364. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2018.05.032>
11. Barbieri, J. S., Spaccarelli, N., Margolis, D. J., & James, W. D. (2019). Approaches to limit systemic antibiotic use in acne: systemic alternatives, emerging topical therapies, dietary modification, and laser and light-based treatments. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(2), 538–549. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.09.055>
12. Dagnelie, M. A., Corvec, S., Saint-Jean, M., Bourdès, V., Nguyen, J. M., Khammari, A., ... & Dréno, B. (2018). Differences in acne microbiome between unaffected and affected skin in the same individuals: A pilot study. *European Journal of Dermatology*, 28(5), 645–653. <https://doi.org/10.1684/ejd.2018.3370>
13. Sánchez-Pellicer, P., Navarro-Moratalla, L., Núñez-Delegido, E., Ruzafa-Costas, B., Agüera-Santos, J., & Navarro-López, V. (2022). Acne, microbiome, and probiotics: the gut–skin axis. *Microorganisms*, 10(7), 1303. <https://doi.org/10.3390/microorganisms10071303>
14. Sathikulpakdee, S., Kanokrungrsee, S., Vitheejongjaroen, P., Kamanamool, N., Udompataikul, M., & Taweechotipatr, M. (2022). Efficacy of probiotic-derived lotion from Lactobacillus paracasei in mild to moderate acne vulgaris: a randomized controlled trial. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 21(11), 5092–5097. <https://doi.org/10.1111/jocd.14971>
15. Kim, M. J., Kim, K. P., Choi, E., Yim, J. H., ... & Cho, Y. (2021). Effects of Lactobacillus plantarum CJLP55 on clinical improvement, skin condition and urine bacterial extracellular vesicles in patients with acne vulgaris: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Nutrients*, 13(4), 1368. <https://doi.org/10.3390/nu13041368>
16. Eguren, C., Navarro-Blasco, A., Corral-Forteza, M., Reolid-Pérez, A., ... & Navarro-López, V. (2024). A randomized clinical trial to evaluate the efficacy of an oral probiotic in acne vulgaris. *Acta Dermato-Venereologica*, 104(1), adv33206. <https://doi.org/10.2340/actadv.v104.33206>
17. Dall'Oglio, F., Micali, G., Musumeci, M. L., Nasca, M. R., & Tedeschi, A. (2020). Prebiotics in dermatology: Focus on fructo- and galacto-oligosaccharides in the treatment of acne and other skin disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 3234. <https://doi.org/10.3390/jcm9103234>
18. Tao, R., Li, H., Li, X., & Sun, Q. (2021). Changes in the skin microbiome associated with



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

photodynamic therapy in acne patients. Photodiagnosis and Photodynamic Therapy, 36, 102574. <https://doi.org/10.1016/j.pdpdt.2021.102574>

19. Golembo, M., Puttagunta, S., Rappo, U., Weinstock, E., ... & Friedman, A. J. (2022). Development of a topical bacteriophage gel targeting Cutibacterium acnes for acne-prone skin and results of a phase 1 cosmetic randomized clinical trial. Skin Health and Disease, 2(1), e93. <https://doi.org/10.1002/ski2.93>

20. Rimón, A., Gelman, D., Meyron, D., Paz, J., David, A., Erez, N., Golembo, M., & Friedman, A. J. (2023). Bacteriophages reduce Cutibacterium acnes-induced inflammation in a mouse model of acne. Pharmaceuticals, 16(7), 954. <https://doi.org/10.3390/ph16070954>

21. Dagnelie, M. A., Corvec, S., Saint-Jean, M., Bourdès, V., Nguyen, J. M., Khammari, A., & Dréno, B. (2018). Differences in acne microbiome between unaffected and affected skin in the same individuals: A pilot study. European Journal of Dermatology, 28(5), 645–653. <https://doi.org/10.1684/ejd.2018.3370>

AKNE GELİŞİMİ VE İLERLEMESİNDE ROL OYNAYAN TEMEL FAKTÖRLER VE MEKANİZMALARI.

Faktör	Tanım ve etki mekanizması
Sebum artışı ve foliküler tıkanma	Androjenlerin etkisiyle yağ bezlerinin aşırı sebum üretmesi; folikül kanalında keratin ve sebum birikerek komedon oluşumu. Bu tıkaç ortamı C. acnes çoğalmasına elverişli hale getirir.
Mikrobiyota değişiklikleri	C. acnes'in aşırı kolonizasyonu ve biyofilm oluşturmaları; C. acnes suş çeşitliliğinin azalması ve virülansı yüksek suşların baskın hale gelmesi. Ayrıca yararlı kommensal bakterilerin relatif azalması sonucu mikrobiyal dengenin bozulması.
İmmün sistem aktivasyonu	C. acnes ve diğer mikropların ürünlerinin TLR2 vb. reseptörler aracılığıyla innate immüniteyi uyarması; IL-1 β , TNF- α , IL-8 gibi sitokinlerin salınması. Adaptif immünitede Th1/Th17 yanıtlarının artmasıyla IFN- γ , IL-17 gibi sitokinlerin salgılanması. Sonuçta folikül duvarında hasar ve dermal enflamasyon gelişmesi.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Hormonal ve foliküler değişiklikler	Genetik yatkınlıkla da ilişkili olarak sebase bez hiperplazisi ve androjenlere aşırı duyarlılık; infundibuler keratinositlerin proliferasyonunda artış. Bu değişiklikler mikrokomedon oluşumunu hızlandırarak aknenin başlangıç evresini oluşturur.
Çevresel tetikleyiciler	Diyet (yüksek şeker yükü, süt tüketimi), stres, ilaçlar (bazı steroidler, lityum vb.), kozmetik ve hava kirliliği gibi faktörler akneyi şiddetlendirebilir. Örneğin stresin bağırsak mikrobiyotasını değiştirerek ve nöroendokrin yolla akneyi kötüleştirdiği düşünülmektedir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-095][KABUL:POSTER]

KONDILOMA LATA TANILI BİR OLGU

İlknur Yorğun Özdemir, Hatice Uce Özkol, Leyla Abi

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dermatoloji A.D

GİRİŞ-AMAÇ:

Treponema pallidum alt türü pallidum (T pallidum), cinsel maruziyetle veya hamilelikte vertikal bulaşma yoluyla (konjenital) sifilize neden olur. Klinik belirtiler spiroketlerin replikasyonlarına lokal enflamatuvar tepkilerden kaynaklanır ve genellikle diğer hastalıkların deri bulgularını taklit eder. Günümüzde giderek artan sıklıkta rastladığımız ve bazen tesadüfen laboratuvar tetkikleri sırasında tanı koyduğumuz olgularda da artış olduğunu düşündüğümüz için ve dikkat çekmek adına olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

OLGU:

58 yaş kadın hasta, genital bölgede yara şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Şikayetleri yaklaşık 10 gündür başlamıştı. Ağrı şikayeti yoktu. Öncesinde sistemik ve topikal antibiyotik kullanmış ancak şikayetleri gerilememişti. Anamnezinde yaklaşık 8 yıl önce genital bölgede kızarıklık ve yara şikayeti olmuş, birkaç kez tekrarlamış fakat kendiliğinden geçmiş. Vücutta başka yerinde herhangi bir sifiliz lezyonu tariflememi.

Dermatolojik muayenede; Vulva, labium majus, labium minus ve perianal bölgede deriden kabarık yüzeyi masere eritemli ve yer yer sarımsı papül ve plaklar mevcuttu (Şekil 1).

Lezyonları ağrısızdı. Oral mukozası ve vücudu doğaldı. laboratuvar bulgularında Crp:47 mg/L, Sed:55 mm, Wbc:35.2 mcl, lenfosit:27.5 mcl, Anti-sifiliz antikor+, TPHA +. Ayrıca mycoplasma genitalum + olarak tespit edildi. KLL, hipertansiyon, diabetes mellitus ve astım hastası. 20 gün önce subsegmental pulmoner emboli nedeni ile hospitalize edilmişti ve mevcut lezyonları yatışından sonra başlamıştı.

SONUÇ:

Sifiliz; primer, sekonder, latent ve tersiyer sifiliz olarak 4 aşamaya ayrılır. Kuluçka süresi enfekte bir bireyle cinsel temastan sonra 9 ila 90 gündür. Ülser; taban ve yükseltilmiş sınırları olan ağrısız, iyi tanımlanmış, sert bir ülserdir (1). Belirtilerinin çoğu kutanözdür, Bu sebeple sifiliden kaynaklanan morbidite gelişmiş dünyada arttığından ve gelişmekte olan dünyada devam ettiğinden dermatologlar için ilgi ve önem taşımaktadır (2). Enfeksiyon asamalar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

halinde gelişir ve her aşamanın farklı belirti ve semptomları olabilir (3). 1. Devir lezyonlar tedavi edilmezse 3-6 hafta içinde, tedavi edilirse birkaç gün içinde skatris bırakmadan iyileşirler (4).

Sekonder sifili şankrın belirmesinden 3-12 hafta sonra görülür. Sıklıkla sert ağrısız jeneralize lap mevcuttur. Birkaç hafta-ay içinde geriler veya %25 inde relapslara neden olur. Hastamızın yakın zamanda çekilen radyolojik görüntülemelerinde generalize lenfadenopatileri mevcuttu. Kondiloma lata sekonder sifilizin en karakteristik deri bulgusudur ve %6-23 oranında görülebilir (5). Mukozalar ve deride yerleşen nemli, hipertrofik, yüzeysel masere, mukoid eksüda ile kaplı sarı veya beyaz renkli lezyonlar şeklinde olur. Başlıca anogenital bölgede, göbük, aksilla, kasık, parmak araları ve meme altında yerleşebilir. 2. devir sifiliz spontan geriler ve asemptomatik latent döneme girer. Seroloji reaktiftir (4).

Hastamızda 8 yıl önce olan lezyonlar ara ara tekrarlamıştı fakat uzun zamandır yoktu. Latent döneme geçen hastalık pulmoner emboli sonrası relaps olmuştu.

Tersiyer sifiliz, gomlarla karakterizedir. Pembe kırmızı nodül ve plaklar ve periostit, osteit, kardiovasküler sifiliz, nörosifiliz şeklinde görülebilir.

Treponemal testler genellikle hayat boyu pozitif kalırlar. Doğrulamada kullanılırlar.

Nontreponemal testlerin titreleri hastalık aktivitesi ile koreledir, tedavi takibinde ve taramada kullanılırlar. Sifilizin tüm evrelerinde ilk tedavi seçeneği penisilindir (4). Biz de hastamıza 2.4 m iu benzatin-penisilin haftada bir şeklinde 3 doz uyguladık. Tedavi sonrası hastanın lezyonlarında gerileme izlendi (Şekil 2).

Sonuç olarak sifiliz tedavisi olan bir hastalık olmasına rağmen başlangıç lezyonları gözardı edilebilmekte, hasta uzun yıllar tedavisiz kalabilmekte, hastalık sistemik tutulumla gidebilmektedir. Dermatolojideki büyük taklitçilerden olduğundan sifilizin tüm dönem bulgularına hakim olunmalı ve ayırıcı tanılarımızda mutlaka bulunmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: sifiliz, kondiloma lata, sekonder

KAYNAKLAR: 1. Külcü çakmak S, Tamer E, Karadağ AS, Waugh MB. Syphilis: A great imitator. Clin Dermatol 2019;37:182-191

2. Katz KA Syphilis. İn:Goldsmith LA, Katz SJ, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ,Wolf K,eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8th ed. United States of America: McGraw-Hill;2012:2471-2492

3. Syphilis CDC Centers for disease control and prevention 2015 STD treatment guidelines

4. Külcü Çakmak, S. (2023) Sifiliz. İn Karadağ AS.ed, Temel Dermatoloji(1.baskı 2023: 271-283)

5.Walkty A, Shute L, Hamza S, Embil JM. Condyloma lata. IDCases. 2021 Oct 27;26:e01321. doi: 10.1016/j.idcr.2021.e01321. PMID: 34820280; PMCID: PMC8599096

ŞEKİL 2. TEDAVİ SONRASI





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-096][KABUL:POSTER]

BEHÇET HASTALIĞI VE LİVEDOİD VASKÜLOPATİ BİRLİKTELİĞİ: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU

Beren Akdeniz¹, Merve Aygün Alizade¹, Aylin Okçu Heper², Ayşe Boyvat¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Behçet Hastalığı (BH), 1937 yılında Prof.Dr.Hulusi Behçet tarafından tanımlanan multisistemik bir vaskülitir. Livedoid vaskülopati (LV) ise dermal damarlarda mikrotromboz oluşumu ile karakterize kronik ülseratif bir vaskülopatidir. Literatürde LV ve BH birlikteliği sadece bir çocuk olguda bildirilmiştir. Bu olgu sunumu ile farklı patogenetik mekanizmalara dayanan bu iki hastalığın birlikteliğine dikkat çekmek, klinik özelliklerini ve tedavi seçeneklerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

OLGU:

BH tanısı bulunan 42 yaşında kadın hasta, 8 aydır her iki ayak bileğinde yanma batmanın eşlik ettiği ağrılı ülserlerle başvurdu. Şikayetleri artıran ya da azaltan faktör tariflemeydi. Başvuru öncesi sistemik steroid kullanımı olan hasta, tedaviden fayda görmemişti. Fizik muayenede her iki ayak bileği çevresi ve tibia ön yüzünde retiküler ağ görünümü, santral porselen beyazı renginde yıldız atrofik skarların eşlik ettiği, üzerlerinde hemorajik krutlar bulunan multiple ülser lezyonlar izlendi.

Hasta, dört yıl önce sol hemipleji nedeniyle yapılan manyetik rezonans görüntülemesinde nörobeçet ile uyumlu bulgular saptanması, tekrarlayan oral aft ve eritema nodosum varlığı ile BH tanısı almıştı. Geçmişte BH'na yönelik olarak azatiyopürin, sistemik steroid, infliksimab ve düzensiz kolşisin kullanımı mevcut olan hastamız başvurusunda aktif tedavi almamaktaydı ve BH aktivasyon bulgusu bulunmamaktaydı.

Ülsere lezyonlardan alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde; dermiste fokal intravasküler fibrin tıkaçları, ekstrasvaze eritrositler, perivasküler fibrin birikimi izlenirken direkt immünfloresan(DİF) incelemede IgA ile soluk, C3 ile belirgin boyanma görüldü. Nötrofil veya lenfosit infiltrasyonu ile karakterli vaskülit lehine damar duvar hasarı bulunmadığı için bulgular LV ile uyumlu olarak yorumlandı. Yapılan ayrıntılı laboratuvar tetkikleri olağandı. Trombofiliye yönelik genetik mutasyon tetkikleri, romatolojik hastalıklara yönelik immün



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

panel tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Alt ekstremitte Doppler USG ve torakoabdominopelvik BT anjiyografide anlamlı bir patoloji izlenmedi. Enoksaparin sodyum (60 mg/0,6 mL) ve aspirin 100 mg tedavisi ile lezyonlarda belirgin düzelme izlendi. Bir ay sonra tedaviye pentoksifilin ve aspirin ile devam edildi.

SONUÇ:

LV; tekrarlayan ağrılı ülserler, livedoid rasemoza, atrophie blanche ile karakterize kronik seyirli nadir görülen bir hastalıktır. En sık 15–50 yaş arası kadınlarda görülür. Lezyonlar, sıklıkla alt ekstremitte yerleşimlidir ve porselen beyazı atrofik sikatris (atrophie blanche) bırakarak iyileşir. Patogenezi aydınlatılamamış olmakla birlikte endotel hasarı ve hiperkoagülabilitenin ön planda rol oynadığı düşünülmektedir. Histopatolojik olarak, dermal vasküler yapılarda tromboz ve fibrinoid nekroz izlenirken belirgin bir inflamasyon eşlik etmemektedir. DİF incelemede ise olgumuzda da olduğu gibi, geç dönemde damar duvarı hasarı ile ilişkili olarak immünglobulin ve kompleman birikimi gözlemlenmektedir. Ayırıcı tanıda staz dermatiti, bağ dokusu hastalıkları, küçük damar vaskülitleri, kütanöz poliarteritis nodoza gibi hastalıklar yer almaktadır. BH’nda vasküler lezyonların patogenezinde vaskülit ve inflamasyona sekonder olarak gelişen tromboz rol alırken LV’de endotel hasarı ve hiperkoagülabilitite mevcut klinik tabloya yol açmaktadır. Bu durum, BH ile LV arasındaki temel patogeneze farkını ortaya koymakla birlikte BH’nda meydana gelen inflamasyon kaynaklı endotel hasarının LV gelişimi açısından predispozan faktör olabileceğine işaret etmesi açısından önemlidir. LV tedavisinin birinci basamağını antikoagülan ve antiplatelet ajanlar oluşturmaktadır. Olgumuz da enoksaparin sodyum ve aspirin tedavisinden klinik olarak fayda görmüştür. Literatürde refrakter olgularda anabolik steroid, anti-inflamatuvar ve immünsupresif tedaviler, biyolojik ajanlar ve intravenöz immünoglobulin ile olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Olgumuz BH ve LV’nin eş zamanlı olarak görüldüğü literatürde tanımlanmış ikinci olgudur ve ilk erişkin olgu olması nedeniyle dikkat çekicidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Atrophie Blanche, Behçet Hastalığı, Endotel Hasarı, Livedoid Vaskülopati, Tromboz

KAYNAKLAR: 1.Evereklioglu, Cem. “Current concepts in the etiology and treatment of Behçet disease.” Survey of Ophthalmology, vol. 50, no. 4, July 2005, pp. 297–350, <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2005.04.009>.

2. Vatansever, Zehra, et al. “Livedoid vasculopathy with Behçet disease.” The Journal of Pediatric Research, vol. 3, no. 2, 15 June 2016, pp. 120–122,

<https://doi.org/10.4274/jpr.24008>.

3. Eswaran, Harish, et al. "Livedoid vasculopathy: A review with focus on terminology and pathogenesis." *Vascular Medicine*, vol. 27, no. 6, 26 Oct. 2022, pp. 593–603, <https://doi.org/10.1177/1358863x221130380>.

4. Bilgic, Asli, et al. "Livedoid vasculopathy: A multidisciplinary clinical approach to diagnosis and management." *International Journal of Women's Dermatology*, vol. 7, no. 5, Dec. 2021, pp. 588–599, <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2021.08.013>.

5. Seguí, Mireia, and Mar Llamas-Velasco. "A comprehensive review on pathogenesis, associations, clinical findings, and treatment of livedoid vasculopathy." *Frontiers in Medicine*, vol. 9, 8 Dec. 2022, <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.993515>.

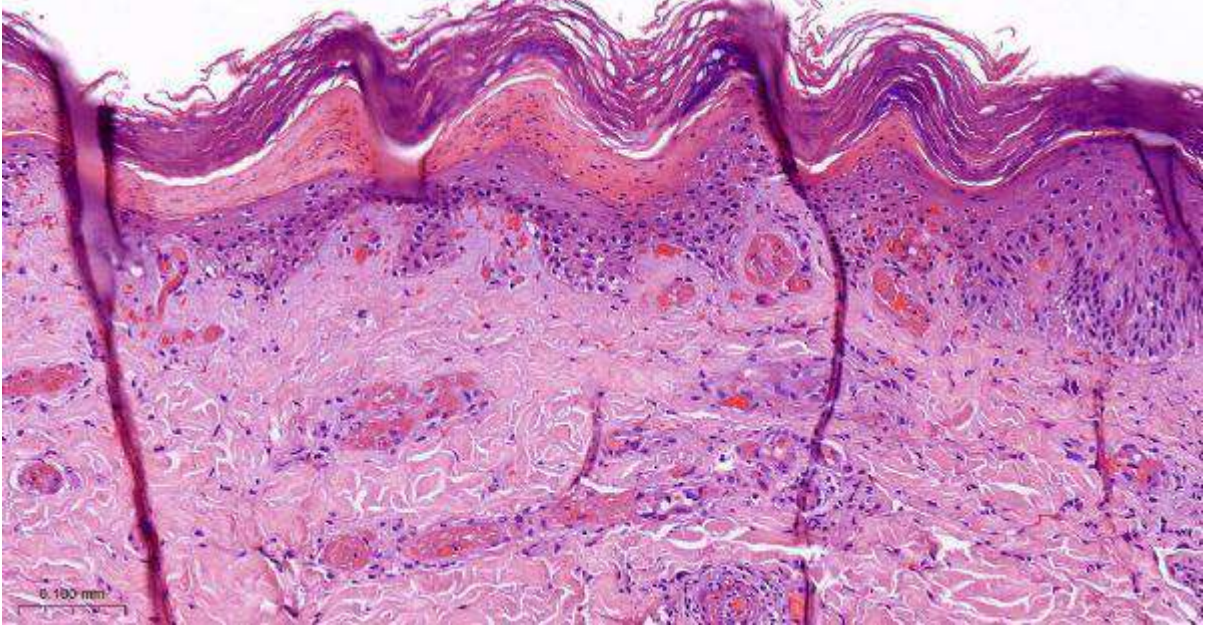
6. Gao, Yimeng, and Hongzhong Jin. "Livedoid vasculopathy and its association with genetic variants: A systematic review." *International Wound Journal*, vol. 18, no. 5, 8 Mar. 2021, pp. 616–625, <https://doi.org/10.1111/iwj.13563>.

FİĞÜR 1



Hastanın başvurusundaki klinik fotoğrafı

FIGÜR 2



Hiperkeratoz, parakeratoz, yer yer akantoz ve yer yer çok hafif atrofi gösteren epidermis altında dermiste küçük çaplı damar lümenlerinde fibrin tıkaçları ile çevrelerinde eritrosit ekstravazasyonu bulunmakta ve çok seyrek lenfositler dikkati çekmekte, damar duvarlarını ve çevresini infiltre eden belirgin inflamasyon eşlik etmemekte; H-Ex13.7 "Sunulan olguda patoloji görsellerinin hazırlanması sırasında Ankara Üniversitesi BAP tarafından desteklenmiş (14A0230003) olan dijital patoloji sistemleri/altyapısı kullanılmıştır."



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-097][KABUL:POSTER]

TOPIKAL BEKSAROTEN İLE TEDAVİ EDİLEN HİPOPİGMENTE MİKOZİS FUNGOİDES: BİR OLGU SUNUMU

Niyazi Kürşat Çayır¹, Hilal Kaya Erdoğan¹, Ersoy Acer¹, Esra Ağaoğlu¹, Evrim Yılmaz², Zeynep Nurhan Saraçoğlu¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Mikozis fungoides (MF), kutanöz T hücreli lenfomaların en yaygın görülen tipidir.

Hipopigmente MF (HMF), MF'nin atipik ve nadir bir varyantıdır. HMF, beyaz ırkta nadir görülmekle birlikte, özellikle çocuk ve genç erişkin yaş grubunda, koyu tenli bireylerde daha sık görülmektedir. Genellikle gövde ve ekstremitelerin proksimal bölgeleri ile gluteal bölge gibi geniş anatomik alanlara yayılım gösteren, çeşitli çaplarda ve değişen derecelerde skuam ve infiltrasyonla birlikte olan, kaşıntısız, sirküler ya da oval şekilli hipopigmente makül ve yamalarla karakterizedir. HMF, histopatolojik ve immünohistokimyasal olarak klasik formdan farklılık gösterir.

Burada on iki yaşında HMF tanısı konulan ve topikal beksaroten jel ile klinik iyileşme sağlanan olgu, hastalığın nadir görülmesi ve alternatif tedavi seçeneklerine dikkat çekmek amacıyla literatür bilgileri ışığında sunulmaktadır.

OLGU:

On iki yaşında erkek hasta, 3-4 yıldır kalçada başlayıp genişleyen beyazlık şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sağ gluteal bölgeden lomber bölgeye uzanan, eritemli ve yer yer ince skuamlı, hipopigmente bir yama saptandı. Wood ışığı muayenesinde pigmentasyon kaybı, belirginleşme veya refle saptanmadı. Lezyondan alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesi lenfosit baskın yüzeysel perivasküler dermatit, epidermotropizm ve lenfoid atipi olarak raporlandı. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda HMF tanısı konulan hastada topikal kortikosteroid tedavisi ile yeterli klinik cevap alınamadı, topikal beksaroten ile hastada 6 aylık tedavi ile klinik iyileşme sağlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

HMF, çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte hipopigmente lezyonların ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. Bu olgu ile nadir bir hastalık olan HMF'nin çocukluk çağında da görülebileceği ve topikal beksaroten jelin etkili bir tedavi seçeneği olabileceği vurgulanmak istenmiştir.

ANAHTAR KELİMELEER: Epidermotropizm, hipopigmente, kutanöz T hücreli lenfoma, Mikozis fungoides, topikal beksaroten

KAYNAKLAR: 1- Miyashiro D, Sanches JA. Mycosis fungoides and Sézary syndrome: clinical presentation, diagnosis,

staging, and therapeutic management. Front Oncol. 2023 Apr 14;13:1141108.

2- Martínez-Escala ME, González BR, Guitart J. Mycosis fungoides variants. Surg Pathol Clin 2014;7:169-89

3- Turk J Dermatol Hypopigmented Mycosis Fungoides: Case Report 2018;12:110-2

4- Furlan FC, Sanches JA. Hypopigmented mycosis fungoides: a review of its clinical features and pathophysiology. An Bras Dermatol 2013;88:954-60.

5- Bisherwal K, Singal A, Pandhi D, Sharma S. Hypopigmented Mycosis Fungoides: Clinical, Histological, and Immunohistochemical Remission Induced by Narrow-band Ultraviolet B. Indian J

Dermatol. 2017 Mar-Apr;62(2):203-206.

6- Ranawaka RR, Abeygunasekara PH, de Silva MV. Hypopigmented mycosis fungoides in type V

skin: a report of 5 cases. Case Rep Dermatol Med 2011;190572

7- Naeini FF, Soghrati M, Abtahi-Naeini B, Najafian J, Rajabi P. Co-existence of various clinical and

histopathological features of mycosis fungoides in a young female Indian J Dermatol. 2015;60:214

8- Hassab-El-Naby HM, El-Khalawany MA. Hypopigmented mycosis fungoides in Egyptian patients.

J Cutan Pathol 2013;40:397-404.

9- Yamashita T, Abbade LPF, Marques MEA, Marques SA. Mycosis fungoides and Sézary syndrome:

clinical, histopathological and immunohistochemical review and update. An Bras Dermatol. 2012;87:817-830.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- 10- Moulonguet I, Robert C, Baudot N, Flageul B, Dubertret L. Hypopigmented mycosis fungoides in a light-skinned woman. *Br J Dermatol.* 1998;139:341–343.
- 11- Ardigó M, Borroni G, Muscardin L, Kerl H, Cerroni L. Hypopigmented mycosis fungoides in caucasian patients: a clinicopathology study of 7 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:264–270.
- 12- Werner B, Brown S, Ackerman AB. Hypopigmented mycosis fungoides is not always mycosis fungoides! *Am J Dermatopathol.* 2005;27:56–67.
- 13- Khopkar U, Doshi BR, Dongre AM, Gujral S. A study of clinicopathologic profile of 15 cases of hypopigmented mycosis fungoides. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2011;77:167–173.
- 14- Goldberg DJ, Schinella RS, Kechijian P. Hypopigmented mycosis fungoides. Speculations about the mechanism of hypopigmentation. *Am J Dermatopathol.* 1986;8:326–330.
- 15- Singh ZN, Tretiakova MS, Shea CR, Petronic-Rosic VM. Decreased CD117 expression in hypopigmented mycosis fungoides correlates with hypomelanosis: lessons learned from vitiligo. *Mod Pathol.* 2006;19:1255–1260.
- 16- Kitamura R, Tsukamoto K, Harada K, Shimizu A, Shimada S, Kobayashi T, et al. Mechanisms underlying the dysfunction of melanocytes in vitiligo epidermis: role of SCF/KIT protein interactions and the downstream effector. *J Pathol.* 2004;202:463–475.
- 17- Duarte I, Bedrikow R, Aoki S. Mycosis fungoides: epidemiologic study of 17 cases and evaluation of PUVA photochemotherapy. *An Bras Dermatol.* 2006;81:40–45.
- 18- Choe YB, Park KC, Cho KH. A case of hypopigmented mycosis fungoides. *J Dermatol.* 2000;27:543–546.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-099][KABUL:POSTER]

DÜŞÜK DOZ METOTREKSAT TOKSİSİTESİNE BAĞLI MUKOKUTANÖZ

BULGULAR:

SJS/TEN İLE AYIRICI TANIDA BİR VAKA

Sedanur Özdemir Karadavut, Müge Güler Özden

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Stevens–Johnson Sendromu (SJS) ve Toksik Epidermal Nekroliz (TEN), genellikle ilaçlara bağlı gelişen ciddi mukokutanöz reaksiyonlardır. Ancak metotreksat (MTX) toksisitesi, özellikle ileri yaşta, uzun süreli MTX kullanan ve folik asit desteği almayan hastalarda bu tabloları taklit edebilir. Bu olguda, SJS/TEN benzeri klinik bulgularla başvuran bir psöriasis hastasında MTX toksisitesinin ayırıcı tanıdaki yerini vurgulamayı ve bu toksisiteye eşlik eden sistemik komplikasyonları tartışmayı amaçladık.

OLGU:

Yirmi yıllık psoriasis öyküsü olan 71 yaşındaki erkek hasta, dış merkezden pemfigus vulgaris ön tanısıyla kliniğimize sevk edildi. Yaklaşık 10–15 gün önce kollarda başlayan eritemli, krutlu ve erode deri lezyonlarının kısa sürede gövde, sırt, genital bölge ve yüz gibi alanlara yayılmasıyla birlikte oral ve oküler mukozada da tutulum gelişmişti. Klinik görünüm SJS/TEN spektrumunu düşündürdüğü için hastaya intravenöz immünoglobulin (IVIG) ve sistemik kortikosteroid (metilprednizolon) tedavisi başlandı.

Ayrıntılı anamnez alındığında, hastanın son iki yıldır düşük doz metotreksat (haftalık 7.5 mg) kullandığı ve son üç haftada ardışık günlerde MTX aldığı öğrenildi. Önemli olarak, bu süreçte folik asit desteği almadığı da saptandı.

Takipte gelişen hematolojik bozulmalar dikkat çekiciydi: beyaz küre sayısı $0.43 \times 10^9/L$, trombosit sayısı $9 \times 10^9/L$, hemoglobin seviyesi 8.6 g/dL'ye kadar düştü. Folik asit düzeyi 1.1 ng/mL olarak tespit edildi. Ayrıca, karaciğer enzimlerinde hepatoselüler hasarı düşündüren anlamlı yükselmeler izlendi. Bu süreçte gelişen melena üzerine yapılan endoskopide özofagusta çok sayıda ülser benzeri lezyon izlendi ve CMV özofajiti düşünüldü; ancak alınan



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

biyopside CMV ile uyumlu histolojik bulguya rastlanmadı.

Yapılan deri biyopsisi, klinik şüpheye rağmen SJS/TEN tanısını desteklemedi. Epidermal nekroz veya tipik ara yüz dermatit saptanmadı. Metotreksat düzeyi ise “0” olarak raporlandı; bu durum örneklemenin geç yapılmasıyla açıklandı.

Hasta takipte fırsatçı enfeksiyonlar açısından da değerlendirildi. Kan ve balgam kültürlerinde ESBL pozitif Enterobacter hormaechei ve Klebsiella pneumoniae izole edildi. Ayrıca, gelişen nötropeniye yanıt olarak G-CSF tedavisi başlanmış, eritrosit süspansiyonu ve folik asit replasmanı yapılmıştır. Bu destek tedavileriyle birlikte hastanın hematolojik parametrelerinde ve genel durumunda anlamlı düzelme sağlanmıştır.

SONUÇ:

Bu olgu, folik asit eksikliği ve ileri yaş gibi risk faktörleri varlığında, düşük doz MTX kullanımının dahi SJS/TEN benzeri mukokutanöz bulgularla birlikte ağır sistemik toksisiteye neden olabileceğini göstermektedir. Bu tür tabloların, MTX’nin kesilmesini ve destek tedaviyi (folat, G-CSF, antibiyotik) gerektirmesi nedeniyle, klasik SJS/TEN’den ayırt edilmesi yaşamsal önem taşır. Ayırıcı tanıda sadece deri bulgularına değil, sistemik tabloya ve histopatolojik verilere göre karar verilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: İlaç ilişkili kutanöz reaksiyon, Metotreksat toksisitesi, Psöriazis, SJS/TEN benzeri klinik tablo

KAYNAKLAR: Chan HL, Lee YL, Tsai TF, Wu CS, Yang CH. Methotrexate-induced epidermal necrosis: a distinct entity from Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. J Am Acad Dermatol. 2023;88(6):1175-1185.

Bedoui Y, Guillot X, Sélambarom J, Batteux F, Fay M, Fakhouri T, et al. Methotrexate an old drug with new tricks. Int J Mol Sci. 2019;20(20):5023.

Nguyen MH, Koo J. Methotrexate-induced cutaneous ulceration and necrosis. J Drugs Dermatol. 2014;13(1):115-116.

Harimohan M, Kumar R, Bhatt A, et al. Two consecutive days of low-dose methotrexate toxicity: a diagnostic challenge. J Family Med Prim Care. 2025;14(2):527–9.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-100][KABUL:POSTER]

ÖRÜMCEK ISIRIĞINA SEKONDER GELİŞEN EL-AYAK SENDROMU: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Sevda Edis Çınar¹, Gökhan Çınar², Meryem Temel²

¹Servegazi Devlet Hastanesi

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ:

El-ayak sendromu (EAS), literatürde palmoplantar eritrodizestezi, palmar-plantar eritem, Burgdorf sendromu ya da avuç içi ve ayak tabanlarının toksik eritemi gibi farklı adlarla da anılan toksik dermatolojik bir reaksiyondur. Genellikle kemoterapötik ajanlara bağlı olarak gelişmekle birlikte, talasemi ve orak hücreli anemi krizlerinde de görülebilir (1–3). Bununla birlikte, nadiren de olsa örümcek ısırığı gibi alışılmadık tetikleyiciler de bu tabloya yol açabilir. Literatürde, kahverengi örümcek ısırığı sonrası EAS gelişen yalnızca bir olgu bildirilmiştir (9). Bu yazıda, benzer şekilde örümcek ısırığını takiben EAS gelişen ikinci olguyu sunarak literatüre katkı sunmayı amaçladık.

OLGU:

Elli bir yaşında, sistemik hastalık öyküsü bulunmayan kadın hasta, el ve ayaklarda kızarıklık, yanma, kaşıntı ve ağrı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Şikayetlerin başlamasından yaklaşık iki gün önce sağ lomber bölgede böcek ısırığına maruz kaldığı öğrenildi. Özgeçmişinde bilinen bir hastalık ya da düzenli ilaç kullanımı yoktu. Fizik muayenede ellerin ve ayakların palmar ve dorsal yüzlerinde ödemli, eritemli, palpasyonla hassasiyet ve ağrıya neden olan plaklar izlendi. Sağ lomber bölgede ise ortası nekrotik krutlu, çevresi eritemli ve ödemli bir plak mevcuttu. Tam kan sayımı, glukoz, elektrolitler, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda bulundu. Viral serolojiler, kompleman düzeyleri ve romatolojik parametreler de negatif saptandı. Hastaya topikal steroid, soğuk kompres, antihistaminik ve selekoksib tedavisi başlandı. Klinik bulgular beş gün içinde belirgin şekilde geriledi ve hasta tamamen iyileşti.

SONUÇ:

Loxosceles rufescens (kemancı örümceği), Güney Avrupa kökenli olup, günümüzde Amerika, Avustralya ve Asya gibi farklı kıtalarda da yayılım göstermektedir. Genellikle taşlık, kuru ve sıcak bölgelerde yaşasa da, ev içlerinde mobilya arkaları veya kutu yığınları gibi alanlarda da



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

bulunabilir (4, 5). Agresif olmayan bu tür, ciltle temas sonucu kendini savunma amaçlı ısırabilir (6). Isırıklar genellikle ağrısız başlar; ilerleyen süreçte ağrı, ödem, eritem ve ortasında soluk bir alanın bulunduğu “kırmızı-beyaz-mavi” hedef benzeri bir lezyon gelişebilir. *Loxosceles* ısırıkları sonucu gelişen klinik tabloya *loxoscelism* adı verilir ve bu tablo kutanöz (dermonekrotik) veya sistemik (visero-kutanöz) formlarda seyredebilir (4, 5). Sistemik formlar nadiren trombositopeni, hemolitik anemi, yaygın damar içi pıhtılaşma (DİK) ve akut böbrek yetmezliği gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Literatürde ayrıca eritema multiforme, AGEP, cilt nekrozu, yaygın ürtiker ve selülit gibi dermatolojik tablolar da örümcek ısırığına bağlanmıştır (7, 8).

El-ayak sendromunun örümcek ısırığı ile tetiklenmesi son derece nadirdir. Tıbbi literatürde yalnızca bir olguda, iç uyluktan ısırılan 45 yaşındaki bir kadında bu durum tanımlanmıştır (9). Bizim vakamız bu nadir tablonun ikinci örneğini teşkil etmektedir. Örümcek ısırıklarının EAS gibi beklenmedik dermatolojik sendromlara yol açabileceği göz önüne alındığında, klinik pratikte örümcek ısırığı şüphesiyle başvuran hastalarda ayırıcı tanının dikkatli yapılması, yaygın cilt lezyonu nedenlerinin dışlanması büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: örümcek ısırığı, el-ayak-sendromu, *loxoscelism*

KAYNAKLAR: 1. Nikolaou V, Syrigos K, Saif MW. Incidence and implications of chemotherapy related hand-foot syndrome. *Expert Opin Drug Saf.* 2016;15(12):1625-33.

2. Ozsoylu S. Hand-foot syndrome in sickle-cell thalassemia. *N Engl J Med.* 1971;284(4):219.

3. Nagore E, Insa A, Sanmartín O. Antineoplastic Therapy—Induced Palmar Plantar Erythrodysesthesia (‘Hand-Foot’) Syndrome. *American Journal of Clinical Dermatology.* 2000;1(4):225-34.

4. Diaz JH. The global epidemiology, syndromic classification, management, and prevention of spider bites. *Am J Trop Med Hyg.* 2004;71(2):239-50.

5. Fusto G, Bennardo L, Duca ED, Mazzuca D, Tamburi F, Patruno C, et al. Spider bites of medical significance in the Mediterranean area: misdiagnosis, clinical features and management. *J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis.* 2020;26:e20190100.

6. Nunnelee JD. Brown recluse spider bites: a case report. *J Perianesth Nurs.* 2006;21(1):12-5.

7. Köse A, Abacı E, Bozkurt Babus S, Yazıcı A. Skin Necrosis, Diffuse Urticaria, and Cellulitis Due to Presumed *Loxosceles* Spider Bite. *Wilderness Environ Med.* 2021;32(2):198-203.

8. Özyurt S, Er O, Afsar FS, Ermete M. Spider bite-induced erythema multiforme. *Cutan Ocul Toxicol.* 2013;32(3):255-7.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

9. Farah R, Shay M, Bitterman O. Hand-foot syndrome caused by brown spider bite. Acta Derm Venereol. 2006;86(4):361-2.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-101][KABUL:POSTER]

BAZAL HÜCRELİ KARSİNOMUN NADİR BİR GELİŞİM BÖLGESİ: BCG AŞI SKARI

Samet Öner¹, Ceylan Avcı¹, Banu Lebe²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Bazal hücreli karsinom (BHK), en sık görülen deri kanseri türüdür ve genellikle ultraviyole (UV) radyasyon maruziyeti ile ilişkilendirilir. Ancak travma, kronik yara, yanık ve skar gibi UV dışı faktörlerin de tümör gelişiminde rol oynayabileceği bildirilmiştir. BCG (Bacillus Calmette-Guérin) aşısı skarı gibi benign skarlarda malignite gelişimi oldukça nadirdir.

Bu olgu sunumunda, çocukluk döneminde BCG aşısına bağlı olarak oluşan bir skar dokusunda bazal hücreli karsinom gelişen nadir bir vakaya yer vermeyi ve skarlardaki morfolojik değişikliklerin malignite açısından değerlendirilmesinin önemini vurgulamayı amaçladık.

OLGU:

62 yaşındaki erkek hasta, sol kolundaki bir lezyon nedeniyle dermatoloji kliniğimize başvurdu. Lezyon, çocukluk döneminde yapılmış olan BCG aşısına bağlı gelişen bir skar dokusu içerisinde yer alıyordu. Hastanın anamnezine göre, yaklaşık 10 yıl önce meydana gelen travma sonrası bu bölgede kızarıklık ve kabuklanma gelişmiş, ardından lezyon zamanla giderek büyümüştü. Ayrıca, hasta giysilerle sürtünmeye bağlı olarak ara sıra lezyonda kanamalar olduğunu bildirdi. Başka herhangi bir semptom mevcut değildi. Hastanın Fitzpatrick deri tipi III'tü ve sınırlı güneş maruziyeti öyküsü bulunmaktaydı.

Klinik muayenede, sol kol lateralinde üzerinde hemorajik krusta bulunan, 15 × 10 mm boyutlarında yer yer ülserasyon odakları izlenen nodüler bir lezyon(Resim 1a) gözlemlendi. Dermoskopik incelemede kısa ve ince teleangiektaziler, dallanan damarlar, mavi-gri ovoid yapılar, ülserasyon ve parlak beyaz alanlar(Resim 1b,1c) saptandı.

Biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde dermal yerleşimli ve epiderminin bazal tabakası ile ilişkili bazal hücreli karsinom odakları(Resim 2) izlenmesi sonucu bazal hücreli



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

karsinom tanısı doğrulandı. Lezyon temiz cerrahi sınırlarla eksize edildi ve hastaya düzenli dermatolojik takip önerildi.

SONUÇ:

Hastanın sınırlı güneş maruziyeti öyküsü ve lezyonun BCG aşı skarı içerisinde yer alması göz önünde bulundurularak, patogeneizde UV ile ilişkili olmayan bir karsinogenik yol düşünülmüştür. BCG skarında gelişen bazal hücreli karsinom son derece nadir görülen bir olgu olmasına rağmen aşı skarındaki herhangi bir morfolojik değişiklik potansiyel malignite açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Bu durum, kanser olasılığının minimal görüldüğü durumlarda bile yüksek düzeyde onkolojik farkındalığın sürdürülmesinin önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Aşı Skarı, Bazal Hücreli Karsinom, BCG Aşısı, Non-UV Karsinogenez, Onkolojik Farkındalık



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-102][KABUL:POSTER]

GENİTAL SİĞİL HASTALARINDA HPV FARKINDALIĞININ ÇOK BOYUTLU İNCELENMESİ: SAĞLIK ANKSİYETESİ VE OBSESİF-KOMPULSİF ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ – PROSPEKTİF BİR VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Ayberk Aktaran, İlknur Altunay, Mehmet Emre Demirbilek

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ:

Genital siğiller, HPV'nin görünür, ağrısız ve benign belirtisi olmakla birlikte, tanı alan bireylerde ciddi ve uzun süreli psikolojik etkilenebilir. Hastalar, bulaştırma korkusu, kanser riski, hastalığın tekrarlama olasılığı ve tedavi süreçleri nedeniyle kaygı yaşayabilirler¹. Bu çalışma, dermatoloji polikliniğine başvuran HPV hastalarında genel anksiyete düzeyi, sağlık anksiyetesi ve kontaminasyon odaklı obsesif-kompulsif özelliklerin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olup olmadığını araştırmayı amaçlamaktadır.

MATERYAL-METOD:

Bu kesitsel çalışmaya, dermatoloji polikliniğine başvuran, 18–65 yaş arası genital siğil tanısı almış 176 hasta ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş 176 sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Sistemik, psikiyatrik veya bilişsel rahatsızlığı olanlar ve onam vermeyen kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalara HPV Bilgi Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Sağlık Anksiyetesi Envanteri (SAE), Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ) ve Padua Envanteri'nin kontaminasyonla ilişkili obsesyon ve kompulsiyonlar alt ölçeği uygulanmıştır. HPV Bilgi Ölçeği yalnızca muayene öncesinde HPV'yi daha önce duyduğunu belirten hastalara verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Her iki grubun ortalama yaşı 33,2 yıl olup, demografik değişkenler açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Genel anksiyete (BAÖ) skorları gruplar arasında benzer bulunmuştur (hastalar: $7,0 \pm 8,2$; kontroller: $6,1 \pm 7,0$; $p = 0,546$). Ancak, genital siğil hastalarında sağlık anksiyetesi (SAE) (hastalar: $15,7 \pm 7,9$; kontroller: $11,6 \pm 5,5$; $p < 0,001$) ve kontaminasyonla ilişkili obsesif-kompulsif bulgular (PE-WEÜR) (hastalar: $18,1 \pm 10,0$;



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

kontroller: $12,5 \pm 8,4$; $p < 0,001$) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Hastaların DYKİ ortalama skoru $5,0 \pm 5,3$ olup, hafif düzeyde ancak klinik olarak anlamlı bir etkilenme göstermiştir (Tablo 1). HPV Bilgi Ölçeği 155 hasta (%88,1) tarafından doldurulmuştur. Yaş ile HPV bilgisi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -0,217$, $p = 0,004$). Ayrıca, HPV bilgisi sağlık anksiyetesi ile pozitif yönde korelasyon göstermiştir ($r = 0,153$, $p = 0,043$). HPV bilgisi ile DYKİ, genel anksiyete skorları, eğitim düzeyi, lezyon başlangıcı ve tanı alma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). DYKİ skoru, sağlık anksiyetesi ($r = 0,272$, $p < 0,001$) ve genel anksiyete ($r = 0,174$, $p = 0,021$) ile anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir. Sağlık anksiyetesi ile genel anksiyete arasında ise orta düzeyde pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($r = 0,367$, $p < 0,001$). Yaş ve eğitim düzeyi ile psikometrik ölçümler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 2).

SONUÇ:

Bu çalışma, genital siğil hastalarının özellikle sağlık anksiyetesi ve kontaminasyon odaklı obsesif-kompulsif belirtiler açısından belirgin bir psikososyal yük taşıdığını ortaya koymaktadır. Genel anksiyete düzeylerinin iki grupta benzer bulunması, tanıdan itibaren geçen sürenin hastalar arasında farklılık göstermesiyle ilişkili olabilir. Önceki çalışmalar, özellikle HPV tanısının alındığı dönemde anksiyete düzeylerinin belirgin şekilde yükseldiğini göstermektedir ^{2,3}. Hasta grubunda sağlık anksiyetesi anlamlı derecede daha yüksek bulunmuş ve genel anksiyete ile orta düzeyde pozitif bir ilişki göstermiştir. Ayrıca, HPV bilgisi ile sağlık anksiyetesi arasındaki pozitif ilişki, hastalık farkındalığının psikolojik duyarlılığı artırabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, genital siğil hastalarının psikolojik ihtiyaçlarının değerlendirilmesinin dermatolojik rutin muayenelere dahil edilmesinin önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELELER: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, HPV, Psikodermatoloji, Sağlık anksiyetesi, Obsesif ve kompulsif bozukluk

KAYNAKLAR: 1. Raymakers L, Jit M, Elshout F, et al. Economic and humanistic burden of external genital warts. *Pharmacoeconomics*. 2012;30(11):1023–392.

2. Lawrence S, Walzman M, Sheppard S, Natin D. The psychological impact caused by genital warts: has the Department of Health's choice of vaccination missed the opportunity to prevent such morbidity? *Int J STD AIDS*. 2010;21(9):640-644.

3. Lee TS, Kothari-Talwar S, Singhal PK, Yee K, Kulkarni A, Lara N, et al. Cross-sectional study

estimating the psychosocial impact of genital warts and other anogenital diseases in South Korea. BMJ Open. 2019;9(3):e025035.

TABLO 1

	Hasta Grup	Kontrol Grup	
	Ort.±SD Min-Maks (Median)	Ort.±SD Min-Maks (Median)	p
Beck Anksiyete	7,0±8,2 0-45 (4)	6,1±7,0 0-34 (3)	0,546
Sağlık Anksiyetesi Envanteri	15,7±7,9 3-48 (14)	11,6±5,5 0-31 (11)	<0,001
PE-WEÜR	18,1±10,0 0-40 (18)	12,5±8,4 0-40 (12)	<0,001
DLQI	5,0±5,3 0-23 (3)		

Hasta ve kontrol gruplarının anksiyete, sağlık anksiyetesi, obsesif-kompulsif kontaminasyon puanları ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırması gösterilmiştir. $p < 0,05$

TABLO 2

	DLQI		Becks Anksiyete		Sağlık Anksiyetesi	
	r	p	r	p	r	p
Beck Anksiyete	0,174	0,021				
Sağlık Anksiyetesi Envanteri	0,272	<0,001	0,367	<0,001		
Yaş	-0,089	0,240	0,096	0,204	-0,071	0,349



33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Eğitim Düzeyi	-0,044	0,565	-0,056	0,464	-0,036	0,636
Lezyon Sayısı	-0,256	<0,001	0,044	0,562	0,013	0,860
HPV Toplam Puan	0,084	0,265	0,013	0,864	0,153	0,043
PE-WEÜR	0,168	0,026	0,059	0,439	0,106	0,162

DLQI, Beck Anksiyete ve Sağlık Anksiyetesi skorlarının yaş, eğitim düzeyi, lezyon sayısı ve diğer psikometrik ölçümlerle korelasyonları gösterilmiştir $p < 0,05$



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-103][KABUL:POSTER]

**JAK İNHİBİTÖRLERİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYON RİSKİNİN ARAŞTIRILMASI: FDA ADVERS OLAY
BİLDİRİM SİSTEMİ (FAERS) VERİTABANI KULLANILARAK YAPILAN FARMAKOVİJİLANS
ANALİZİ**

Cansu Altınöz Güney¹, Huriye Aybüke Koç²

¹Dinar Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Afyonkarahisar

²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Giresun

AMAÇ:

Janus Kinaz inhibitörleri (JAKi), immün aracılı dermatolojik hastalıkların tedavisinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bu ajanlar; atopik dermatit (Abrocitinib, Baricitinib, Upadacitinib), alopesi areata (Baricitinib, Ritlecitinib), plak psoriasis (Deucravacitinib) ve psoriatik artrit (Tofacitinib, Upadacitinib) gibi hastalıklarda endikedir. Bu çalışmada, dermatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan 6 oral JAKi'ye bağlı gelişen enfeksiyöz advers olaylar (iAE) incelenmiştir.

MATERYAL-METOD:

FDA Advers Olay Bildirim Sistemi (FAERS) veritabanına, açık kaynaklı AERSMine yazılımı (sürüm:2025-04-16; Cincinnati Children's Hospital) aracılığıyla erişilmiştir. 2004'ün ilk çeyreğinden 2024'ün ikinci çeyreğine kadar, altı JAKi'ye (Abrocitinib, Baricitinib, Deucravacitinib, Ritlecitinib, Tofacitinib, Upadacitinib) ilişkin "infections and infestations" başlığındaki advers olaylar taranmış; yalnızca JAKi'nin birincil şüpheli olduğu vakalar dahil edilmiştir. Analiz, dermatolojik endikasyonlarla sınırlı olmayıp tüm kullanımları kapsamaktadır. İlaçlara bağlı iAE'lerdeki olası sinyal artışlarını belirlemek için, veri tabanındaki diğer ilaç ve olaylarla kıyaslayan orantısızlık analizi uygulanarak Raporlama Odds Oranı (ROR), Orantılı Raporlama Oranı (PRR) ve Bilgi Bileşeni (IC) hesaplanmıştır.

BULGULAR:

Tofacitinib, en yüksek iAE bildirim sayısına sahiptir (n=68.669); bu durum, birinci jenerasyon olan ilacın daha uzun süredir piyasada olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Cinsiyet dağılımında tüm ilaçlar için iAE'ler kadınlarda daha sık bildirilmiştir. Yaş analizinde, 25–65 yaş aralığı en sık



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

bildirilen grup olup, Baricitinib(%39,1) ve Tofacitinib(%40,49) için ≥ 66 yaş grubunda da yüksek oranlar saptanmıştır. Ritlecitinib'in çocuk(%10,71) ve genç erişkinlerdeki(%17,86) yüksek bildirim oranı, alopesi areatada ≥ 12 yaş kullanılabilirliğine bağlanabilir. Ciddi klinik sonuçlar açısından, Baricitinib ile ilişkili ölüm oranı %12,6 ile öne çıkarken; Abrocitinib(%30,4), Baricitinib(%50,0) ve Upadacitinib(%40,9) yüksek hastaneye yatış oranları göstermiştir (Tablo 1). JAKi'ne bağlı iAE gelişim riskinde cinsiyet ve yaşın etkileri incelendiğinde; Abrocitinib kullanan erkeklerde risk kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktü (ROR=0.76, %95 GA:0.63–0.92). 0–14 yaş grubunda risk artmış (ROR=2.29, %95 GA:1.29–4.05), buna karşın ≥ 66 yaş grubunda azalmıştır (ROR=0.697, %95 GA:0.55–0.88). Baricitinib kullananlarda ise ≥ 66 yaş bireylerde iAE gelişme riski anlamlı olarak daha yüksekti (ROR=1.31, %95 GA:1.18–1.45). Ritlecitinib kullanıcıları arasında erkeklerde iAE riski kadınlara göre daha düşüktü (ROR=0.43, %95 GA:0.21–0.88). Tofacitinib için erkek cinsiyet (ROR=0.70, %95 GA:0.68–0.72) ve 0–14 yaş grubu (ROR=0.51, %95 GA:0.43–0.60) iAE riskini azaltan faktörler olarak öne çıkarken, ≥ 66 yaş grubunda risk artışı gözlemlendi (ROR=1.16, %95 GA:1.14–1.18). Upadacitinib kullanan erkeklerde iAE gelişme olasılığı kadınlara göre daha düşüktü (ROR=0.84, %95 GA:0.81–0.87); ayrıca 0–14 yaş grubu, erişkinlere kıyasla daha yüksek risk taşımaktaydı (ROR=1.44, %95 GA:1.03–2.02). Tablo 2, her ilaç için en sık bildirilen 15 iAE ve ilgili ROR'ları göstermektedir. Ek olarak, her bir JAKi için, en yüksek risk artışıyla ilişkilendirilen ilk beş iAE raporlanmıştır. Abrocitinib ile eczema herpeticum, tüberküloz, oral herpes, herpes zoster ve selülit; Baricitinib ile perforan divertikülit, yaygın ve oftalmik herpes zoster, lenf nodu tüberkülozu ve postherpetik nevralji; Deucravacitinib ile folikülit, oral herpes, herpes zoster, üst solunum yolu enfeksiyonu ve herpes simpleks reaktivasyonu; Tofacitinib ile streptobacillus enfeksiyonu, herpes zoster menenjit, ayak mantarı, kök kanal ve bakteriyel üst solunum yolu enfeksiyonları; Upadacitinib ile ise eczema herpeticum, yaygın kutanöz herpes zoster, tıbbi cihaz kaynaklı eklem enfeksiyonu, perforan divertikülit ve oftalmik herpes simpleks en yüksek risk artışı gösteren enfeksiyonlar olmuştur.

SONUÇ:

JAKi'ler, immün yanıtı baskılayarak enfeksiyon riskini artırabilir. Çalışmamızda saptanan iAE risk artışları, literatürdeki klinik çalışma sonuçlarıyla uyumludur. JAKi'lerin uzun dönem güvenliğini netleştirmek için gerçek yaşam verilerine dayalı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELE: advers olay, dermatoloji, enfeksiyon, Janus Kinaz inhibitörleri

TABLO 1. JANUS KİNAZ İNHİBİTÖRÜNE (JAKİ) BAĞLI GELİŞEN ENFEKSİYÖZ ADVERS OLAY (İAE) VAKALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

	Abrocitinib (n=519)	Baricitinib (n=2388)	Deucravacitinib (n=312)	Ritlecitinib (n=56)	Tofacitinib (n= 68669)	Upadacitinib (n=17822)
Cinsiyet, n (%)						
Erkek	188 (%36.2)	682 (28.6%)	87 (27.9%)	10 (17.86%)	10644 (15.5%)	4028 (%22.6)
Kadın	292 (%56.3)	1577 (66.0%)	197 (63.1%)	36 (64.29%)	57330 (83.5%)	13255 (%74.4)
belirtilmemiş	39 (%7.5)	129 (5.4%)	28 (9%)	10 (17.86%)	695 (1.0%)	539 (%3.0)
Yaş(yıl), n (%)						
0-14	16 (%3.1)	23 (0.96%)	0	6 (10.71%)	151 (%0.22)	47 (%0.3)
15-24	55 (%10.6)	29 (1.2%)	7 (2.2%)	10 (17.86%)	670 (%0.98)	312 (%1.8)
25-65	264 (%50.9)	907 (37.98%)	149 (47.8%)	17 (30.36%)	37597 (%54.75)	6291 (%35.3)
>= 66	107 (%20.6)	934 (39.1%)	81 (26%)	7 (12.5%)	27805 (%40.49)	4171 (%23.4)
belirtilmemiş	77 (%14.8)	495 (20.7%)	75 (24%)	16 (28.57%)	2446 (%3.56)	7001 (%39.3)
Ciddi Klinik Sonuçlar, n (%)						

Hastane yatış gerektiren	158 (%30.4)	1194 (50%)	26 (8.3%)	2 (3.57%)	15919 (23.14%)	7288 (40.9%)
Hayati tehlike oluşturan enfeksiyonlar	30 (%5.8)	185 (7.75%)	1 (0.3%)	0	724 (1.05%)	280 (1.6%)
Ölümler sonuçlanan	8 (%1.5)	302 (12.6%)	1 (0.3%)	0	1407 (2.05%)	614 (3.4%)

TABLO 2. HER BİR JAK İNHİBİTÖRÜ İÇİN MUTLAK SAYIYA GÖRE EN SIK BİLDİRİLEN 15 İAE VE RAPORLAMA ODDS ORANLARI (ROR)

Advers Olay	Abroci tinib		Barici tinib		Deucrava citinib		Ritlecit inib*		Tofaci tinib		Upadac itinib	
	vaka sayısı	ROR (95% CI)	vaka sayısı	ROR (95 %CI)	vaka sayısı	ROR (95 %CI)	vaka sayısı	ROR (95% CI)	vaka sayısı	ROR (95 %CI)	vaka sayısı	ROR (95 %CI)
covid-19	29	1.31 (0.9 1; 1.89)	191	2.51 (2.1 8; 2.90)	22	1.43 (0.9 4; 2.18)	7	1.46 (0.69 ; 3.07)	6699	3.10 (3.0 2; 3.17)	2852	6.24 (6.0 1; 6.49)
herpes zoster	27	3.29 (2.2 5; 4.80)	142	5.00 (4.2 4; 5.91)	18	3.15 (1.9 8; 5.01)	4	2.23 (0.83 ; 5.96)	4343	5.49 (5.3 2; 5.66)	837	4.72 (4.4 1; 5.06)
nazofar enjit	27	1.06 (0.7 2; 1.45)	56	0.63 (0.4 8; 1.01)	18	1.01 (0.6 4; 1.45)	8	1.45 (0.72 ; 2.91)	7375	2.96 (2.8 9; 3.10)	969	1.75 (1.6 5; 1.91)



22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

[illegible]

		12.6 1)										
bronşit	10	0.88 (0.47; 1.63)			8	1.01 (0.5 0; 2.02)			2710	2.38 (2.2 9; 2.48)	391	1.57 (1.4 2; 1.74)
impetig o	9	40.8 3 (21. 18; 78.6 8)										
influenz a	9	0.60 (0.3 1; 1.16)	47	0.90 (0.6 8; 1.20)	5	0.48 (0.2 0; 1.15)	2	0.61 (0.15 ; 2.46)	4038	2.73 (2.6 5; 2.82)	761	2.36 (2.1 9; 2.53)
göz enfeksiy onu	8	5.33 (2.6 6; 10.6 8)			3	2.87 (0.9 2; 8.91)						
viral enfeksiy on	8	1.74 (0.87; 3.49)							828	1.79 (1.6 7; 1.92)		
kulak enfeksiy onu	7	1.89 (0.90;							873	2.35 (2.2 0;	199	2.47 (2.1 5;



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

		3.97)								2.52)		2.84)
sinüzit			71	1.38 (1.0 9; 1.74)	15	1.46 (0.8 8; 2.43)	5	1.56 (0.64 ; 3.75)	4270	2.92 (2.8 4; 3.02)	656	2.04 (1.8 9; 2.21)
sepsis			70	1.33 (1.0 5; 1.68)							414	1.25 (1.1 3; 1.38)
divertik ülit			57	4.08 (3.1 4; 5.30)					780	1.92 (1.7 9; 2.06)	269	3.07 (2.7 2; 3.46)
covid-19 pnömon isi			55	10.8 8 (8.3 4; 14.2 0)								
pneumo cystis jirovecii pnömon isi			50	12.6 2 (9.5 5; 16.6 8)								
bakteriy el			44	10.8 0 (8.0								



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

pnömoni				3; 14.5 3)								
septik şok			36	1.87 (1.3 5; 2.59)								
stafilokok enfeksiyonu			35	2.11 (1.5 2; 2.95)								
folikülit					57	73.8 4 (56. 67; 96.2 3)	3	12.0 1 (3.86 ; 37.3 6)				
solunum yolu enfeksiyonu							3	3.91 (1.26 ; 12.1 7)				
herpes simplex reaktivasyonu					7	11.7 4 (5.5 9; 24.6 8)	2	288. 84 (71.6 9; 1163 .67)				
larenjit							2	6.16 (1.54				



22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

								; 24.6 9)				
üst solunu m yolu enfeksiy onu					11	2.38 (1.3 2; 4.31)	2	1.38 (0.34 ; 5.53)	2032	3.08 (2.9 5; 3.22)	306	2.11 (1.8 9; 2.36)
sistit									1022	2.11 (1.9 9; 2.25)	178	1.69 (1.4 6; 1.96)
lokalize enfeksiy on									840	2.52 (2.3 5; 2.70)	223	3.08 (2.7 0; 3.51)
funga l enfeksiy on					4	1.32 (0.4 9; 3.52)			736	1.67 (1.5 6; 1.80)		
fronköl					4	5.34 (2.0 0; 14.2 5)						

Ritlecitinib için 1 vaka içeren adverse olaylar tabloya eklenmemiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-104][KABUL:POSTER]

**COMPOUND HETEROZİGOT WNT10A MUTASYONLARI İLE İLİŞKİLİ HAFİF FENOTİPİK
EKTODERMAL DİSPLAZİ: LİTERATÜRDEKİ ŞİDDETLİ FENOTİPLERLE BİR ÇELİŞKİ**

Yusuf İslam Eren

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı Rize

GİRİŞ-AMAÇ:

Ektodermal displaziler (ED'ler), ektodermal kaynaklı dokular olan saç, diş, tırnak ve ter bezlerinde gelişimsel bozukluklara yol açan kalıtsal hastalıklar grubudur. Bu hastalıklar, fenotipik çeşitlilik ve genetik heterojenlik gösterir. WNT10A geni, bu dokuların gelişiminde rol alan Wnt/beta-katenin yolakları aracılığıyla epitel-mezenkimal etkileşimi düzenler. Bu gendeki mutasyonlar, odonto-oniko-dermal displazi (OODD), Schöpf-Schulz-Passarge sendromu (SSPS), triko-odonto-oniko-dermal displazi (TOOD) gibi ED formlarına yol açabilir.

[1,2,4,6,7,12]

Biz burada WNT10A geninde c.682T>A (p.Phe228Ile) ve c.99_105dup p.Met36Cysfs*10 compound heterozigot mutasyonlarını taşıyan bir olgu sunmaktayız. Ayrıca literatürdeki bileşik heterozigot vakaların aksine beklenenden daha hafif bir fenotip sergileyen bir vaka bildirmekteyiz. Böylece tüm bileşik heterozigot WNT10A mutasyonlarının şiddetli klinik bulgulara yol açmadığını ve farklı mutasyon kombinasyonlarının hastalık şiddetini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

OLGU:

7 yaşında bir kız çocuğu, saç büyümesinin durması, tırnak büyümesinin yavaşlaması ve diş çıkmasında gecikme şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın saç büyümesi 6 aylıkken başlamış, 2 yaşına geldiğinde mevcut uzunluğa ulaşmış ve ardından durmuştu. Tırnak büyümesi iki yıl öncesine kadar normaldi, ancak sonrasında belirgin bir yavaşlama gözlemlendi. Klinik muayenede, kırılğan, kuru ve ince saçlar tespit edildi(resim 2A) ve dermatoskopik incelemede saç shaftlarının kırılğan ve ince olduğu görüldü (Resim 1). Hastada saç uzama bozukluğu mevcuttu; saçları kesildikten sonra çok yavaş uzamakta ve belli bir seviyeden sonra uzama tamamen durmaktaydı. Tırnak yapısında da uzama bozukluğu mevcuttu; tırnaklar kesildikten sonra yıllar geçmesine rağmen çok az bir uzama gösterdi. Ayrıca tırnaklarda lökonişi ve longitudinal çizgilenmeler vardı.(resim 2B) Hastada terleme bozukluğu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

bulunmamaktaydı; bu durum, yapılan nişasta-iyot ter testi ile doğrulandı.

Rutin laboratuvar testleri normal sınırlardaydı ve deri, ter bezleri veya yüz özelliklerinde herhangi bir anormallik gözlenmedi. Panoramik radyografide, 10 kalıcı dişin eksik olduğu belirlenmiş ve oligodonti tanısı konmuştur.

Parentel origin açısından ebeveynlere yapılan analizde Hastanın annesi, c.682T>A (p.Phe228Ile) mutasyonunu heterozigot taşıyordu ve klinik açıdan daha hafif bir fenotip sergiliyordu.

Hastanın babası ise c.99_105dup p.Met36Cysfs*10 mutasyonuna heterozigot olarak taşıyıcı durumda olup, fenotipik olarak herhangi bir klinik bulguya sahip değildi. Bu durum, WNT10A mutasyonlarının gen üzerindeki lokasyonuna bağlı olarak eksik penetrans ve değişken ekspresivite gösterebileceğini düşündürmektedir.

Klinik bulgular ve genetik testler ışığında, her iki hasta da WNT10A ile ilişkili ektodermal displazi tanısı aldı

SONUÇ:

WNT10A mutasyonları ektodermal displazilerin fenotipik çeşitliliğinde önemli rol oynamaktadır. Klinik bulguların şiddeti mutasyonun tipi, zigosite durumu ve modifiye edici genetik/çevresel faktörlerle ilişkilidir [1,2,3,7,9,10]. Genellikle bileşik heterozigot mutasyonlar ağır fenotiplerle ilişkilendirilmiş olsa da, bizim vakamızda c.682T>A ve c.99_105dup mutasyonları nispeten hafif klinik bulgularla seyretmiştir [3,4,7,11]. Bu durum, tüm bileşik heterozigot mutasyon kombinasyonlarının aynı şiddette fenotip oluşturmadağını göstermekte, ayrıca eksik penetrans ve değişken ekspresivite olasılığını desteklemektedir [2,3,5,9,11]. Literatürdeki vakalarda c.682T>A mutasyonunun genellikle palmoplantar hiperkeratoz, fotofobi, tırnak distrofisi ve terleme bozuklukları gibi belirgin semptomlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir [3]. Ancak hastamızda bu sistemik bulguların olmaması, belirli mutasyon kombinasyonlarının farklı klinik etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Ayrıca annenin heterozigot taşıyıcılığına rağmen hafif fenotip göstermesi, bu bozukluklarda otozomal dominant kalıtım modelinin de zaman zaman rol oynayabileceğini düşündürmektedir [6,7,11].

Bu vaka, WNT10A ile ilişkili ektodermal displazilerde genotip-fenotip ilişkilerinin karmaşıklığını ve fenotipik varyabilitayı vurgulamaktadır. Genetik tanı, aile taraması, preimplantasyon genetik tanı (PGT) ve prenatal değerlendirme gibi yöntemler, etkili klinik yönetim ve genetik danışmanlık açısından önem taşımaktadır [1,4,13].



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELER: Compound heterozigot, Ektodermal displazi, Fenotipik varyabilite, Oligodonti, WNT10A

- KAYNAKLAR:** 1. Bohring A, Stamm T, Spaich C, Haase C, Spree K, Hehr U, et al. WNT10A mutations are a frequent cause of a broad spectrum of ectodermal dysplasias with sex-biased manifestation pattern in heterozygotes. *Am J Hum Genet.* 2009;85(1):97-105. doi:10.1016/j.ajhg.2009.06.001.
2. Pauly M, Lübke J, Sorge I, Korge B, Schuelke M, Seelow D. Schöpf-Schulz-Passarge syndrome associated with two new missense mutations in WNT10A. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2018;16(5):587-590. doi:10.1111/ddg.13391.
3. Zimmermann C, Huttner K, Krokowski M, Smorag L, Gossen M, Bartsch O. Previously unreported WNT10A genotype and phenotypes in 9 family members. *Acta Derm Venereol.* 2019;99(4):438-439. doi:10.2340/00015555-3055.
4. Plaisancie J, Bailleul-Forestier I, Gaston V, Vaysse F, Lacombe D, Holder-Espinasse M, et al. Mutations in WNT10A are frequently involved in oligodontia associated with minor signs of ectodermal dysplasia. *Am J Med Genet A.* 2013;161A(4):671-678. doi:10.1002/ajmg.a.35764.
5. Petrof G, Fong K, Lai-Cheong JE, Cockayne SE, McGrath JA. Schöpf-Schulz-Passarge syndrome resulting from a homozygous nonsense mutation, p.Cys107X, in WNT10A. *Australas J Dermatol.* 2011;52(3):224-226. doi:10.1111/j.1440-0960.2011.00751.x.
6. Adaimy L, Chouery E, Megarbane H, Mroueh S, Delague V, Nicolas E, et al. Mutation in WNT10A is associated with an autosomal recessive ectodermal dysplasia: The odonto-onchycho-dermal dysplasia. *Am J Hum Genet.* 2007;81(4):821-828. doi:10.1086/521272.
7. Arte S, Parmanen S, Pirinen S, Alaluusua S, Nieminen P. Candidate gene analysis of tooth agenesis identifies novel mutations in six genes and suggests significant role for WNT and EDA signaling and allele combinations. *PLoS One.* 2013;8(8):e73705. doi:10.1371/journal.pone.0073705.
8. He H, Han D, Feng H, Qu H, Song S, Bai B, et al. Involvement of and interaction between WNT10A and EDA mutations in tooth agenesis cases in the Chinese population. *PLoS One.* 2013;8(11):e80393. doi:10.1371/journal.pone.0080393.
9. Kantaputra PN, Kaewgahya M, Kantaputra W. WNT10A mutations also associated with agenesis of the maxillary permanent canines, a separate entity. *Am J Med Genet A.* 2014;164A(2):360-363. doi:10.1002/ajmg.a.36463.
10. Song S, Han D, Qu H, Gong Y, Wu H, Zhang X, et al. WNT10A variants are associated with non-syndromic tooth agenesis in the general population. *Hum Genet.* 2014;133(1):117-124. doi:10.1007/s00439-014-1457-6.
11. van den Boogaard MJ, Créton M, Bronkhorst Y, van der Hout A, Hennekam E, Lindhout D, et al. Mutations in WNT10A are present in more than half of isolated hypodontia cases. *J*

Med Genet. 2012;49(5):327-331. doi:10.1136/jmedgenet-2012-101064.

12. Liu F, Chu EY, Watt B, Zhang Y, Gallant NM, Andl T, et al. Wnt/ β -catenin signaling directs multiple stages of tooth morphogenesis. Dev Biol. 2008;313(1):210-224. doi:10.1016/j.ydbio.2008.01.011.

13. Nieminen P. Genetic basis of tooth agenesis. J Exp Zool B Mol Dev Evol. 2009;312B(4):320-342. doi:10.1002/jez.b.21277.

RESİM 1



RESİM 2 A-B



A



B

RESİM 2 A-B



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-106][KABUL:POSTER]

**MELAZMA GÖRÜNÜMLÜ DEMODİKOZİS: STANDART TEDAVİYE DİRENÇLİ
HİPERPİGMENTASYONDA NADİR BİR ETİYOLOJİ**

Caner Göllü, Pelin Hızlı, Arzu Kılıç

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, Balıkesir

GİRİŞ-AMAÇ:

Demodex spp., insan pilosebase ünitesinde bulunan zorunlu ektoparazitlerdir. Cilt florasının doğal bir parçası olmalarına rağmen bazı durumlarda patolojik yoğunluğa ulaşarak inflamatuvar ve pigmenter cilt hastalıklarına neden olabilirler. Demodikozis sıklıkla rozasea benzeri inflamatuvar tablolara ilişkilendirilse de, nadiren izole hiperpigmentasyon veya melazma benzeri klinik görünümle de prezente olabilir. Özellikle standart tedavilere dirençli, atipik yerleşimli veya eşlik eden inflamasyon bulguları gösteren hiperpigmente lezyonlarda demodikozis, ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgumuzda, klinik olarak melazmayı taklit eden, dermoskopik ve mikroskopik incelemeler sonucunda demodikozis tanısı alan genç bir kadın hastanın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

OLGU:

On sekiz yaşındaki kadın hasta, yaklaşık iki yıldır yüz bölgesinde mevcut olan hiperpigmente lezyonlar nedeniyle başvurdu. Daha önce farklı merkezlerde melazma ön tanısıyla çeşitli topikal ajanlar kullanmasına rağmen belirgin bir düzelme sağlanamamıştı. Dermatolojik muayenede bilateral malar ve zigomatik bölgelerde birleşme eğiliminde, sınırları düzensiz hiperpigmente makül ve yamalar saptandı. Dermoskopide homojen olmayan pigment dağılımı, belirgin foliküler açıklıklar, foliküler tkaçlar ve perifoliküler hiperpigmentasyon izlendi. Wood lambası muayenesinde karakteristik floresans saptanmadı. %2 topikal hidrokinon tedavisi başlanmasına rağmen, iki ay sonunda klinik yanıtsızlık üzerine malar bölgedeki hiperpigmente yamadan yüzeysel deri biyopsisi alındı. Örneğin mikroskopik incelemesinde, 1 cm² alanda 10'dan fazla canlı ve ölü Demodex spp. parazitleri saptandı. Bu bulgular doğrultusunda, demodikozise sekonder hiperpigmentasyon ön tanısıyla azelaik asit krem tedavisi başlandı. Bir ay sonraki kontrolde pigmentasyon ve Demodex yoğunluğunda gerileme saptanması üzerine tedaviye %1 ivermektin içeren majistral krem eklenerek dönüşümlü kullanım planlandı. Üç aylık izlem sonunda lezyonlarda tama yakın düzelme sağlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Demodikozis yalnızca inflamatuvar değil, aynı zamanda pigmenter cilt hastalıklarında da nadir fakat önemli bir etiyolojik faktör olabilir. Dermoskopik olarak foliküler belirginlik ve perifoliküler pigment artışı ile karakterize olan bu tablo, klasik tedavilere dirençli hiperpigmentasyon vakalarında mutlaka düşünülmelidir. Bu olgu, klinik olarak melazmayı taklit eden demodikozisin tanı ve tedavi sürecine dikkat çekmekte; mikroskobik ve dermoskopik değerlendirmenin tanıda belirleyici rol oynadığını vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Demodikozis, dermoskopi, hiperpigmentasyon, melazma, mikroskobik inceleme

- KAYNAKLAR:** 1. Li J, O'Reilly N, Sheha H, et al. Demodex infestation: a review of the pathogenesis, diagnosis, and management. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2020.
2. Keles MK, et al. Facial Demodicosis-Induced Skin Hyperpigmentation in an Immunocompromised Man. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2023.
3. Arora P, Sarkar R, Garg VK. Facial Pigmentation with Demodex Mite; A Mere Coincidence or an Association? *Dermatol Online J*. 2016.
4. Zhang X, et al. Pigmented Demodicidosis – An Under-Recognized Cause of Facial Hyperpigmentation. *Int J Dermatol*. 2022.
5. Bologna J, et al. *Dermatology*, 4th Edition. Elsevier; Demodicosis Section.

RESİM 1



Bilateral malar ve zigomatik bölgelerde birleşme eğiliminde olan hiperpigmente maküller ve yamalar.

RESİM 5



Mikroskopik incelemede, tek alanda 5 adet Demodex spp. Paraziti (x100)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-107][KABUL:POSTER]

İZOTRETİNOİNLE İLGİLİ SIK SORULAN SORULAR KARŞISINDA YAPAY ZEKÂ PROGRAMLARININ PERFORMANSI

Mehmet Çağlar Soysal

Gaziantep Özel Emek Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Gaziantep

AMAÇ:

Yapay zekâ (YZ), insana özgü bilişsel fonksiyonları taklit eden bir sistemdir ve algılama, öğrenme, düşünme gibi yeteneklere sahiptir. Büyük dil modelleri, doğal dili işleyerek bilgisayarların insanlarla kelimeler üzerinden etkileşim kurmasını sağlar. Son dönemde YZ, bilgi edinme amacıyla yaygınlaşmış ve özellikle ChatGPT (OpenAI), Gemini (Bard) ve Copilot (Microsoft) gibi modeller, sağlık alanında tanı, tedavi, hastalık yönetimi, akademik araştırmalar gibi birçok alanda kullanılmaya başlanmıştır (1).

İzotretinoin, orta ve şiddetli akne vulgaris tedavisinde kullanılan etkili bir retinoiddir ve aknenin patogenezindeki tüm aşamalara etki eden tek ilaçtır (2). Ancak, mukokutanöz, oftalmik ve kas-iskelet sistemi yan etkileri ile laboratuvar anormalliklerine neden olabilir (3). Türkiye’de izotretinoin hakkında spekülasyonlu bilgiler yaygın olup, bu durum hastalarda tedavi korkusu ve gecikmesine yol açmaktadır (4,5). Bu çalışma, ChatGPT, Gemini ve Copilot yapay zekâ programlarının izotretinoinle ilgili sorulara verdikleri yanıtları doğruluk, anlaşılabilirlik, uygulanabilirlik ve okunabilirlik açısından karşılaştırmayı amaçlamıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmada kullanılan sorular (Tablo 1), internette bir arama motoruna izotretinoin yazdıktan sonra çıkan ilk on beş siteden elde edilen sorulardan ve Türk Dermatoloji Derneği İzotretinoin Tedavisi Bilgilendirme Kitapçığı (6) kullanarak seçilmiştir. Yapay zekâ programlarının verdiği cevapların okunabilirliği Flesch-Kincaid kolaylık puanı (7), uygulanabilirlik ve anlaşılabilirlik düzeyleri ise Hasta Eğitim Materyalleri Değerlendirme Aracı ölçekleri (8) kullanılarak değerlendirildi. Cevapların doğruluğu iki dermatolog tarafından bir ile beş arasında puanlanarak karşılaştırıldı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Flesch Kincaid okuma kolaylığı skorları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olup ($p=0,671$) her üç programın da zor okunabilir seviyede olduğu görüldü. Hasta Eğitim Materyalleri Değerlendirme Aracı ölçeklerinde Gemini ve ChatGPT oranlarının $>70\%$ olduğu ve gruplar arasında bu programlar lehine anlamlı fark olduğu gözlemlendi ($P<0,001$). PEMAT-anlaşılabilirlik puanlarında Gemini en yüksek (86,33) puanı almış olup, ChatGPT ile benzer düzeydeydi; Copilot daha düşük seviyelerde kalmıştı. Cevapların doğruluk skorlarında Gemini ($4,90\pm0,31$) ve ChatGPT ($4,60\pm0,69$) yüksek skorlara sahipti ve gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p<0,001$). (Tablo 2)

SONUÇ:

Yapay zekâ programlarından özellikle ChatGPT ve Gemini'nin, izotretinoin ile ilgili kritik sorularda kabul edilebilir seviyelerde cevaplar verme potansiyeline sahip olduğunu gözlemlemekle birlikte; özellikle okunabilirlik yönünden daha fazla gelişmeye ihtiyaçları olduğunu saptadık. Çalışmanın kısıtlılıkları arasında sadece ücretsiz sürümlerin kullanılması ve tek zaman diliminde performans ölçümü yer almaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: chatgpt, gemini, izotretinoin, yapay zeka

KAYNAKLAR: 1) Harrer S. Attention is not all you need: the complicated case of ethically using large language models in healthcare and medicine. EBioMedicine. 2023 Apr;90:104512.

2) Verma KK, Koch RS, Friedmann DP, Tarbox MB, Tying SK. Psychiatric comorbidities, inflammatory bowel disease, and urticaria in acne vulgaris patients undergoing isotretinoin treatment: a multicenter cohort study from the TriNetX database. Arch Dermatol Res. 2025 Jan 7;317(1):183.

3) Rajput I, Anjankar VP. Side Effects of Treating Acne Vulgaris With Isotretinoin: A Systematic Review. Cureus. 2024 Mar 11;16(3):e55946.

4) Tugrul Ayanoglu B, Demirdag HG, Yalici Armagan B, Bezirgan O. Perceptions about oral isotretinoin treatment. Dermatol Ther. 2019 May;32(3):e12873.

5) Agaoglu E, Yilmaz Karaman IG, Kacar CY, Erdogan HK, Mutlu T, Karadag AS. Development and Validation of the Isotretinoin Hesitancy Scale for Acne Vulgaris: A Preliminary Study. J Cosmet Dermatol. 2024 Dec;23(12):4094-4101.

6) Hasta Bilgilendirme Broşürleri ve Kitapları. (2025, Şubat 249. İzotretinoin Tedavisi. Türk Dermatoloji Derneği.

https://turkdermatoloji.org.tr/media/hasta_bilgilendirme/Akne_Hasta_Bilgilendirme_Kitapci



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

gi_R1.pdf.

7) Shoemaker SJ, Wolf MS, Brach C. Development of the Patient Education

Materials Assessment Tool (PEMAT): a new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. Patient Educ Couns. 2014 Sep;96(3):395-403.

8) Kincaid PJ. Derivation of New Readability Formulas. Naval Technical Training Command Millington TN Research Branch. 1975;(February).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-109][KABUL:POSTER]

**HIV POZİTİF PSORİAZİS HASTALARINDA BİYOLOJİK TEDAVİLERİN RETROSPEKTİF
DEĞERLENDİRİLMESİ: OLGU SERİSİ VE LİTERATÜR DERLEMESİ**

Melike Merve Balya, Fatma Aslı Hapa

İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

HIV pozitif hastalarda psoriasis tedavisi klinik açıdan önemli zorluklar içermektedir. Bu hastalarda psoriasis, sıklıkla daha şiddetli, ilerleyici seyirli olup, standart birinci ve ikinci basamak tedavilere yetersiz yanıt verebilir. Son yıllarda biyolojik ajanlar, orta-şiddetli psoriasisın yönetiminde hedefe yönelik tedavi seçenekleri sunarak önemli bir gelişme sağlamıştır. Ancak HIV pozitif bireylerde biyolojik tedavilerin güvenliği ve etkinliğine ilişkin veriler hâlâ sınırlıdır.

AMAÇ:

Bu çalışmada, kliniğimizde biyolojik tedavi ile izlenen HIV pozitif psoriasis hastalarının klinik seyri sunulmakta ve dermatoloji literatüründe bildirilen biyolojik tedavi almış HIV pozitif psoriasis olguları özetlenmektedir.

YÖNTEM:

Hastanemizde biyolojik tedavi verilen psoriasis hastalarının tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelenmiş, HIV enfeksiyonu serolojik belirteçleri (anti-HIV) taranmıştır. Çalışmaya dört HIV pozitif hasta dahil edilmiştir. Ayrıca Mart 2025 öncesinde yayımlanmış makaleler PubMed veritabanında “HIV”, “psoriasis”, “biologic”, “infliximab”, “adalimumab”, “etanercept”, “ustekinumab”, “ixekizumab”, “secukinumab”, “brodalumab”, “guselkumab”, “certolizumab pegol”, “tildrakizumab”, “risankizumab”, “apremilast” ve “bimekizumab” anahtar kelimeleri ile taranmıştır. Dahil edilen hastalara ait yaş, cinsiyet, önceki tedaviler, PASI skorları, komorbiditeler, antiviral tedavi durumu, viral yük, CD4 düzeyleri ve advers olaylara ilişkin veriler kaydedilmiştir.

BULGULAR:

Mevcut literatürde, biyolojik ajanlarla tedavi edilmiş toplam 83 HIV pozitif psoriasis hastasına ait 41 çalışma tespit edilmiştir. Bu çalışmada kliniğimizden dört yeni IL-17 inhibitörü ile tedavi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

edilmiş olgu sunulmaktadır. Gerek bizim olgularımızda gerekse literatürde bildirilen hastalarda, HAART (yüksek etkili antiretroviral tedavi) altında CD4 hücre sayılarının stabil kaldığı veya arttığı, HIV viral yüklerinin ise azaldığı ya da sabit seyrettiği gözlenmiştir. Ciddi advers olaylar nadir olup, tedaviyle ilişkili yan etkiler genellikle yönetilebilir düzeyde olmuş ve tedavi kesintisi gerektirmemiştir.

SONUÇ:

Bu çalışma, HIV pozitif psoriasis hastalarında biyolojik tedavi kullanımıyla ilgili literatürdeki en kapsamlı derlemeyi sunmakta ve IL-17 inhibitörleriyle tedavi edilmiş dört yeni olguyu içermesi bakımından önem taşımaktadır. Hem mevcut literatür hem de kliniğimizdeki gözlemler, konvansiyonel sistemik tedavilere dirençli HIV pozitif psoriasis hastalarında, biyolojik ajanların yakın takip altında etkili ve güvenli olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, uzun dönem etkinlik ve güvenliğe ilişkin daha güçlü kanıtlar elde edebilmek için ileri düzey çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: psoriasis, biyolojik tedavi, insan immün yetmezlik virüsü (HIV)

KAYNAKLAR: Referances

1. Griffiths, C. E. & Barker, J. N. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 370, 263–271 (2007).
2. Morar, N., Willis-Owen, S. A., Maurer, T. & Bunker, C. B. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management. *The Lancet Infectious Diseases* vol. 10 Preprint at [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70101-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70101-8) (2010).
3. Nakamura, M., Abrouk, M., Farahnik, B., Zhu, T. H. & Bhutani, T. Psoriasis treatment in HIV-positive patients: A systematic review of systemic immunosuppressive therapies. *Cutis* 101, (2018).
4. Plachouri, K. M. & Georgiou, S. Challenges in the treatment of psoriasis with biologics: vaccination, history of malignancy, human immunodeficiency virus (HIV) infection, and pediatric psoriasis. *International Journal of Dermatology* vol. 58 Preprint at <https://doi.org/10.1111/ijd.14436> (2019).
5. Reddy, S. P., Lee, E. & Wu, J. J. Apremilast and phototherapy for treatment of psoriasis in a patient with human immunodeficiency virus. *Cutis* vol. 103 Preprint at (2019).
6. Sacchelli, L., Patrizi, A., Ferrara, F. & Bardazzi, F. Apremilast as therapeutic option in a HIV positive patient with severe psoriasis. *Dermatologic Therapy* vol. 31 Preprint at <https://doi.org/10.1111/dth.12719> (2018).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

7. Manfreda, V., Esposito, M., Campione, E., Bianchi, L. & Giunta, A. Apremilast efficacy and safety in a psoriatic arthritis patient affected by HIV and HBV virus infections. *Postgrad Med* 131, (2019).
8. Shah, B., Mistry, D. & Chaudhary, N. Apremilast in people living with HIV with psoriasis vulgaris: A case report. *Indian J Dermatol* 64, (2019).
9. Zarbafian, M., Cote, B. & Richer, V. Treatment of moderate to severe psoriasis with apremilast over 2 years in the context of long-term treated HIV infection: A case report. *SAGE Open Med Case Rep* 7, (2019).
10. Paparizos, V., Rallis, E., Kirsten, L. & Kyriakis, K. Ustekinumab for the treatment of HIV psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment* vol. 23 Preprint at <https://doi.org/10.3109/09546634.2011.579085> (2012).
11. Bardazzi, F. et al. Biologic therapies in hiv-infected patients with psoriasis: An Italian experience. *Acta Dermato-Venereologica* vol. 97 Preprint at <https://doi.org/10.2340/00015555-2698> (2017).
12. Wieder, S., Routt, E., Levitt, J. & Lebwohl, M. Treatment of Refractory Psoriasis with Ustekinumab in an HIV-Positive Patient: A Case Presentation and Review of the Biologic Literature. *Psoriasis Forum* 20a, (2014).
13. Saeki, H. et al. Successful treatment of ustekinumab in a severe psoriasis patient with human immunodeficiency virus infection. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* vol. 29 Preprint at <https://doi.org/10.1111/jdv.12531> (2015).
14. Montes-Torres, A. et al. Safety and effectiveness of conventional systemic therapy and biological drugs in patients with moderate to severe psoriasis and HIV infection: a retrospective multicenter study. *Journal of Dermatological Treatment* 30, (2019).
15. Wang, D. M., Fernandez, A. P., Calabrese, C. M. & Calabrese, L. H. Treatment of psoriasis with ustekinumab in a patient with HIV-related Kaposi sarcoma. *Clin Exp Dermatol* 44, (2019).
16. Myers, B. et al. Biologic Treatment of 4 HIV-Positive Patients: A Case Series and Literature Review. *J Psoriasis Psoriatic Arthritis* 6, 19–26 (2021).
17. Muñoz, L. C., Muñoz, J. P., Taboada, A. C., Casado, A. F. & Bran, E. L. Human immunodeficiency virus infection in a hepatitis B virus positive psoriasis patient treated with ustekinumab. *Cutis* vol. 105 Preprint at (2020).
18. Qiu, M., F. B., Z. C., & L. L. Guselkumab for psoriasis management in an HIV positive patient. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 91, 115–116 (2025).
19. Bartos, G., Cline, A., Beroukhim, K., Burrall, B. A. & Feldman, S. R. Current biological therapies for use in HIV-positive patients with psoriasis: Case report of gesulkumab used and review. *Dermatology Online Journal* vol. 24 Preprint at <https://doi.org/10.5070/d32411041999> (2018).
20. Rob, F. & Rozsypal, H. Successful treatment of psoriasis with risankizumab in an HIV



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

positive patient with sexually transmitted infection comorbidities. *Dermatologic Therapy* vol. 35 Preprint at <https://doi.org/10.1111/dth.15277> (2022).

21. Maliyar, K., Lansang, P. & Doiron, P. Use of risankizumab in two HIV-positive patients with psoriasis. *JAAD Case Rep* 33, (2023).

22. Estevinho, T., Freitas, E. & Torres, T. Risankizumab, a therapeutic alternative for psoriasis in people living with HIV. *Journal of International Medical Research* 52, (2024).

23. Orsini, D. et al. Effectiveness and safety of risankizumab in HIV patients with psoriasis: A case series. *Int J STD AIDS* 35, (2024).

24. Lora, V., G. D., D. P. M., & C. C. Tildrakizumab in the treatment of plaque psoriasis in an HIV+ patient: a case report and literature review of anti-interleukin drugs.. *Dermatol Reports* (2024) doi:10.4081/dr.2024.10140.

25. Krygier, J. & Richert, B. Effectiveness and safety of tildrakizumab in individuals with HIV and psoriasis: A case series. *Int J STD AIDS* 35, (2024).

26. Ortegon Blanco AE, A. C. ME. Successful Biological Treatment of a Patient With Psoriasis and HIV. *Cureus* (2024) doi:10.7759/cureus.71970.

27. Di Lernia, V., Casanova, D. M. & Garlassi, E. Secukinumab in an HIV-positive patient with psoriasis. *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology* vol. 17 Preprint at <https://doi.org/10.1111/ddg.13851> (2019).

28. Pangilinan, M. C. G., Sermswan, P. & Asawanonda, P. Use of Anti-IL-17 Monoclonal Antibodies in HIV Patients with Erythrodermic Psoriasis. *Case Rep Dermatol* 12, (2020).

29. Qin, H., Lu, J., Yi, X., Ding, Y. & Shi, Y. Secukinumab treatment for a psoriasis patient co-infected with HIV and latent tuberculosis: A case report. *Journal of Dermatology* vol. 49 Preprint at <https://doi.org/10.1111/1346-8138.16494> (2022).

30. Romita, P., Foti, C., Caliano, G. & Chiricozzi, A. Successful treatment with secukinumab in an HIV-positive psoriatic patient after failure of apremilast. *Dermatologic Therapy* vol. 35 Preprint at <https://doi.org/10.1111/dth.15610> (2022).

31. Gong, J. et al. Interleukin-17A Inhibitor Secukinumab Treatment in HIV-Positive Psoriasis Patient: A Case Report. *Clin Cosmet Invest Dermatol* 15, (2022).

32. Bernardini, N. et al. HIV positive patient treated with ixekizumab. *Clinica Terapeutica* 173, (2022).

33. Liu F, L. Z. Y. R. H. D. H. Y. Ixekizumab: an alternative for HIV-positive psoriasis patients. *AIDS Res Ther* (2024) doi:10.1186/s12981-024-00675-8.

34. Di Lernia, V., Casanova, D. M. & Ricci, C. Brodalumab: another helpful option for HIV-positive psoriatic patients? *Dermatologic Therapy* vol. 33 Preprint at <https://doi.org/10.1111/dth.13895> (2020).

35. Lindsey, S. F., Weiss, J., Lee, E. S. & Romanelli, P. Treatment of severe psoriasis and psoriatic arthritis with adalimumab in an HIV-positive patient. *Journal of Drugs in*



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Dermatology 13, (2014).

36. Agarwal, A., Panda, M. & Ray, A. Complete remission of Psoriatic erythroderma using modified low dose etanercept in a HIV positive patient: A case report with review of literature. *Dermatologic Therapy* vol. 34 Preprint at <https://doi.org/10.1111/dth.14922> (2021).

37. De Simone, C., Perino, F., Caldarola, G., D'Agostino, M. & Peris, K. Treatment of psoriasis with etanercept in immunocompromised patients: Two case reports. *Journal of International Medical Research* 44, (2016).

38. Lee, E. S., Heller, M. M., Kamangar, F., Park Md, K. K. & Koo, J. Y. M. Long-term etanercept use for severe generalized psoriasis in an HIV-infected individual: A case study. *Journal of Drugs in Dermatology* 11, (2012).

39. Aboulafia, D. M., Bundow, D., Wilske, K. & Ochs, U. I. Etanercept for the treatment of human immunodeficiency virus-associated psoriatic arthritis. *Mayo Clin Proc* 75, (2000).

40. Linardaki, G., Katsarou, O., Ioannidou, P., Karafoulidou, A. & Boki, K. Effective etanercept treatment for psoriatic arthritis complicating concomitant human immunodeficiency virus and hepatitis C virus infection. *Journal of Rheumatology* 34, (2007).

41. Di Lernia, V., Zoboli, G. & Ficarelli, E. Long-term management of HIV/hepatitis C virus associated psoriasis with etanercept. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology* vol. 79 Preprint at <https://doi.org/10.4103/0378-6323.110807> (2013).

42. Kaufman, W. S., Ahn, C. S. & Huang, W. W. Molluscum contagiosum in immunocompromised patients: AIDS presenting as molluscum contagiosum in a patient with psoriasis on biologic therapy. *Cutis* vol. 101 Preprint at (2018).

43. Mikhail, M., Weinberg, J. M. & Smith, B. L. Successful treatment with etanercept of von Zumbusch pustular psoriasis in a patient with human immunodeficiency virus. *Arch Dermatol* 144, (2008).

44. Sellam, J. et al. Use of infliximab to treat psoriatic arthritis in HIV-positive patients. *Joint Bone Spine* 74, (2007).

45. Bartke, U. et al. Human immunodeficiency virus-associated psoriasis and psoriatic arthritis treated with infliximab [10]. *British Journal of Dermatology* vol. 150 Preprint at <https://doi.org/10.1111/j.0007-0963.2004.05885.x> (2004).

46. Bartos, G., Cline, A., Beroukhim, K., Burrall, B. A. & Feldman, S. R. Current biological therapies for use in HIV-positive patients with psoriasis: Case report of gesulkumab used and review. *Dermatology Online Journal* vol. 24 Preprint at <https://doi.org/10.5070/d32411041999> (2018).

47. Kaushik, S. B. & Lebwohl, M. G. Psoriasis: Which therapy for which patient: Focus on special populations and chronic infections. *Journal of the American Academy of Dermatology* vol. 80 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.056> (2019).

48. Puel, A. et al. Chronic mucocutaneous candidiasis in humans with inborn errors of interleukin-17 immunity. Science (1979) 332, (2011).

TABLO 1

Table 1. Four HIV-positive psoriasis patients managed on biologic agents in this case series

HIV-positive psoriasis patients treated with biologics in the dermatologic literature											
Patient (sex, age)	HAART (Y/N)	Prior therapies	Treatment agents	Duration of therapy (months)	CD4 count (cells/ μ L) pre-therapy	CD4 count (cells/ μ L) post-therapy or at last follow-up	Viral load (copies/mL) pre-therapy	Viral load (copies/mL) post-therapy or at last follow-up	Efficacy	AEs	Other comorbidities
M/46	Y	Topicals, acitretin	Secukinumab	13	851	865	<24	60	PASI 23 = 0	None	None
M/24	Y	Topicals, acitretin	Secukinumab	8	903	NA	-44.8	NA	PASI100	None	None
M/55	Y	Topicals, acitretin	Ibikizumab	3	NA	663	NA	<18	PASI 10 = 1,2	None	Latent tuberculosis
M/40	Y	Topicals, MTX, CSA, Etanercept	Secukinumab	28	430	1090	510/1000	<10	PASI 8.8 $\pm$ 2.1	None	Asthma

Key: Y: yes, N: no, NA: not available, M: male, F: female, AE: adverse event, HAART: highly active antiretroviral therapy, PUVA: psoralen plus ultraviolet A, HCV: hepatitis C virus, HBV: hepatitis B virus, HTN: hypertension, PsA: Psoriatic Arthritis, HLD: hyperlipidemia, CSA: cyclosporine, MTX: methotrexate, AIDS: acute immunodeficiency syndrome, PASI: psoriasis area and severity index, BSA: Body Surface Area

Olgu serimizde biyolojik ajanlarla tedavi edilen dört HIV pozitif psoriasis hastasına dair veriler

TABLO 2.

†TSS&C: 20% positive predictive percent based on the logistic model. *Continuously* = threshold

We present patient profile, treatment and follow-up for the following therapies									
Patient no.	Age	Sex	First diagnosis	Therapeutic approach	Duration of therapy	CRP	Visual field (degrees)	Visual field (degrees)	Visual field (degrees)
0101	55	M	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0112	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0113	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0114	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0115	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0116	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0117	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0118	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0119	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0120	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0121	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0122	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0123	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0124	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0125	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0126	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0127	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0128	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0129	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0130	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0131	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0132	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0133	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0134	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0135	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0136	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0137	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0138	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0139	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0140	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0141	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0142	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0143	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0144	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0145	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0146	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0147	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0148	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0149	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0150	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0151	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0152	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0153	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0154	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0155	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0156	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0157	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0158	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0159	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0160	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0161	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0162	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0163	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0164	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0165	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0166	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0167	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0168	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0169	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0170	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0171	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0172	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0173	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0174	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0175	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0176	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0177	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0178	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0179	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0180	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0181	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0182	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0183	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0184	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0185	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0186	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0187	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0188	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0189	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0190	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0191	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0192	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0193	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0194	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0195	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0196	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0197	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0198	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0199	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100
0200	5	F	Diagnosis: glaucoma	Medical	10	100	100	100	100

Student Name	Student ID	First Name	Last Name	Gender	Age	Grade	Section	Teacher	Subject	Score	Grade	Comments
John Doe	101	John	Doe	M	15	10	Math	Mr. Smith	Math	85	B	Good progress
Jane Smith	102	Jane	Smith	F	16	11	Science	Ms. Johnson	Science	92	A	Excellent work
Michael Brown	103	Michael	Brown	M	14	9	History	Mr. Davis	History	78	C	Needs improvement
Sarah Lee	104	Sarah	Lee	F	17	12	English	Ms. Wilson	English	88	B+	Strong writing skills
David Kim	105	David	Kim	M	15	10	Art	Mr. Garcia	Art	95	A+	Creative and detailed
Emily White	106	Emily	White	F	16	11	Music	Ms. Martinez	Music	80	B-	Good rhythm
James Black	107	James	Black	M	14	9	Physical Education	Mr. Taylor	PE	90	A-	Active and energetic
Alice Green	108	Alice	Green	F	17	12	Foreign Language	Ms. Anderson	Spanish	82	B-	Consistent effort
Robert Hall	109	Robert	Hall	M	15	10	Computer Science	Mr. King	CS	75	C+	Needs more practice
Michelle Young	110	Michelle	Young	F	16	11	Health	Ms. Scott	Health	87	B	Good understanding
Christopher Lee	111	Christopher	Lee	M	14	9	Math	Mr. Smith	Math	72	C-	Struggling with algebra
Stephanie King	112	Stephanie	King	F	17	12	Science	Ms. Johnson	Science	90	A-	Excellent lab work
Brandon Hall	113	Brandon	Hall	M	15	10	History	Mr. Davis	History	83	B	Good research skills
Olivia Park	114	Olivia	Park	F	16	11	English	Ms. Wilson	English	89	B+	Strong vocabulary
Lucas Kim	115	Lucas	Kim	M	14	9	Art	Mr. Garcia	Art	70	C-	Needs more detail
Isabella White	116	Isabella	White	F	17	12	Music	Ms. Martinez	Music	85	B	Good pitch
Ethan Black	117	Ethan	Black	M	15	10	Physical Education	Mr. Taylor	PE	88	B+	Good teamwork
Avery Green	118	Avery	Green	F	16	11	Foreign Language	Ms. Anderson	Spanish	81	B-	Good grammar
Benjamin Hall	119	Benjamin	Hall	M	14	9	Computer Science	Mr. King	CS	78	C+	Good coding skills
Madison Young	120	Madison	Young	F	17	12	Health	Ms. Scott	Health	86	B	Good habits

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Dermatoloji literatüründe biyolojik ajanlarla tedavi edilen HIV pozitif psoriasis hastaları



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-110][KABUL:POSTER]

**JUVENİL DERMATOMİYÖZİT TANISINDA ANTİ-MDA5 POZİTİF BİR OLGUNUN KLİNİK SEYRİ:
ATİPİK BAŞLANGIÇ BULGULARININ ÖNEMİ**

Yasin Yıldız, Berk Akyazı, Musa Taha Falay, Harbiye Dilek Canat, Zafer Türkoğlu

S.B.Ü. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
İstanbul

GİRİŞ:

Juvenil dermatomiyozit (JDM), çocukluk çağıının en sık görülen idiopatik inflamatuvar miyopatisidir. 5-14 yaş arası sık görülür ve karakteristik cilt bulguları (heliotrop döküntü, Gottron papülleri) ile birlikte proksimal kas güçsüzlüğü, kas enzimlerinde yükseklik ve görüntüleme ya da biyopsi bulgularıyla tanı konur. Glukokortikoidler tedavinin temelini oluştururken, metotreksat gibi immünsüpresiflerle kombine tedavi tercih edilir. Dirençli olgularda IVIG, mikofenolat mofetil, ritüksimab gibi ajanlar kullanılır.

Olgu Sunumu

9 yaşında kız hasta, 3 aydır üst ve alt ekstremitelerde retiküler tarzda livedoid döküntü, son 5 gündür ise pubik bölgede ağrılı ülseratif lezyon gelişimi şikâyetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde diz ve dirseklerde livid renk değişikliği, her iki elin 1. ve 2. parmaklarında eritemli/livid papüller, nazolabial bölgeyi koruyan malar döküntü, güneşle artan yanak kızarıklığı ve merdiven çıkmakla belirginleşen diz ağrısı mevcuttu. Daha önce dış merkezde vaskülit ön tanısıyla prednizolon ve azatioprin başlanmış olan hastaya ileri tetkik amacıyla yatış yapıldı. Sol diz medial bölgesinden livedoid vaskülopati, kriyoglobulinemik vaskülit, sistemik lupus eritematozus (SLE) ve orta damar vaskülit ön tanılarıyla biyopsi ve direkt immünfloresan (DIF) alındı. Romatoloji konsültasyonu sonrası poliarteritis nodosa (PAN) açısından anjiyografi ve doppler ultrasonografi istendi. Ayrıca benzer klinik tablolara neden olabilen adenoazin deaminaz 2 eksikliği (DADA2) için genetik değerlendirme planlandı. Laboratuvar sonuçlarında LDH yüksekliği (400) dışında biyokimya normaldi. Antinükleer antikor (ANA), Antinötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA), kriyoglobulin, lupus antikoagülanı ve romatoid faktör (RF) negatifti. Kreatinin kinaz (CK), spot ve 24 saatlik idrar tetkikleri doğaldı. Doppler ve anjiyografide vasküler patoloji saptanmadı. Hafif hemoglobin düşüklüğü (10.1) ve lökosit düşüklüğü (3300), mevcut immünsüpresif tedaviye bağlandı. Biyopsi ve DIF sonuçları ön tanıları desteklemedi; CECR gen mutasyonu saptanmadı. Kas enzimlerinin (CK) normal sınırlarda olmasına rağmen LDH ve sedimentasyon yüksekliği ile klinik bulgular



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

nedeniyle juvenil dermatomiyozit (JDM) ön tanısıyla aldolaz, miyozit ilişkili antikor paneli ve bilateral uyluk kontrastlı MRG istendi. MRG’de bilateral uyluk kaslarında belirgin ödem ve kontrast tutulumu izlendi. Antikor panelinde Anti-MDA5 ve Anti-Ro52 pozitif bulundu. Klinik ve laboratuvar değerlendirmelerle JDM tanısı konuldu. Tedaviye üç gün pulse metilprednizolon sonrası oral prednizolon, hidroksiklorokin ve metotreksat ile başlandı. Hematolojik yan etkiler nedeniyle metotreksat kesilerek mikofenolat mofetile geçildi. Parmak uçlarında renk değişikliği gelişmesi üzerine tedaviye kalsiyum kanal blokörü eklendi ve IVIG planlandı. Kardiyopulmoner tutulum ve kalsinozis açısından yapılan tetkiklerde patoloji saptanmadı. Hasta romatoloji ve dermatoloji iş birliğinde takip edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

JDM tanısı genellikle kas güçsüzlüğü, cilt bulguları ve laboratuvar destekli kriterlerle konur. Ancak bazı olgularda CK gibi klasik kas enzimleri normal sınırlarda olabilir. Bu gibi durumlarda MRI, aktif miyozitin gösterilmesinde önemli rol oynar. Anti-MDA5 pozitifliği, cilt ülserleri ve vaskülopatik komplikasyonlar açısından dikkat gerektirir. Erken agresif tedavi ve multidisipliner yaklaşım ve kişiselleştirilmiş immünsüpresif tedavi bu komplikasyonların önlenmesinde etkilidir.

ANAHTAR KELİMELE: Anti-MDA5 antikor, Cilt ülseri, Miyozit, MRG, Juvenil Dermatomiyozit

KAYNAKLAR: Rider LG, et al. (2017) American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Adult and Juvenile Idiopathic Inflammatory Myopathies and Their Major Subgroups

Tansley SL, et al. (2014) Autoantibodies in juvenile idiopathic inflammatory myopathies: diagnostic and clinical utility

Nikiphorou E, et al. (2022) Management of idiopathic inflammatory myopathies in adults and children: an updated EULAR/ACR guideline

BAŞVURUSUNDA DİZLERİNDE LİVİDİ ERİTEMLİ GOTTRON PAPÜLLERİ İLE UYUMLU BULGULAR VE KOLLARINDA LİVEDO RETİKÜLARİS





33

ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025

Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BAŞVURUSUNDA YÜZDE MALAR RAŞ VE İNCE SKUAMLI ERİTEMLİ PLAK LEZYON





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-111][KABUL:POSTER]

**MAMOGRAFİ-NEGATİF PAGET HASTALIĞI: DİRENÇLİ AREOLAR LEZYONLA TANI ALAN BİR
MEME KANSERİ OLGUSU**

Tuğba Çelik, Mahmut Anıl Karataş, Ahmet Uğur Atılan, Ahsen Akçay

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ

Meme Paget Hastalığı (MPH), meme kanserlerinin yalnızca %1–4'ünü oluşturmalarına rağmen, tanısız güçlüğü ve altta yatan maligniteyle ilişkisi nedeniyle klinik açıdan büyük önem taşır[1]. Nipple/areola bölgesinde gelişen, eritemli, skuamöz, krutlu ve egzematöz görünümlü lezyonlarla prezente olan MPH, sıklıkla atopik dermatit, kontakt dermatit veya kandidiyazis gibi benign dermatozlarla karıştırılmakta ve bu durum tanıda belirgin gecikmelere yol açabilmektedir[2,3]. Özellikle görüntüleme yöntemlerinde (mamografi, ultrasonografi) malignite saptanamayan olgularda, klinik şüphe ile yönlendirilen biyopsiler tanı açısından kritik rol oynamaktadır[4]. Bu sunumda, mamografide kitle saptanmayan ancak biyopsi ile tanı alan bir Paget hastalığı olgusu üzerinden, uzun süreli egzematöz meme lezyonlarında ayırıcı tanı farkındalığının önemi vurgulanmaktadır.

OLGU

55 yaşında kadın hasta, yaklaşık 6 yıldır sağ meme üst kısmında iyileşmeyen yara şikâyeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve Hashimoto tiroiditi bulunan hasta, oral antidiyabetik ve levotiroksin tedavisi almaktaydı. Daha önce farklı merkezlerde lezyon için egzema ve kandidiyazis ön tanıları ile topikal antifungal ve kortikosteroid tedavileri uygulanmış; ancak klinik yanıt alınamamıştır. Dermatolojik muayenede, sağ meme üst dış kadranda areola bölgesine uzanan, eritemli zemin üzerinde krutlarla kaplı, yaklaşık 3×3 cm boyutlarında düzensiz sınırlı plak lezyon saptandı (Resim 1). Klinik bulgular doğrultusunda meme başı Paget hastalığı ve eroziv adenomatozis ön tanılarıyla punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermise ilerleyen, soluk sitoplazmalı, belirgin nükleollü atipik hücreler izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede CK7, CK5/6, GATA-3 ve HER-2 pozitif; SOX-10 negatif saptandı. Bu bulgularla Paget Hastalığı tanısı konuldu. Mamografi, ultrasonografi(USG) ve meme manyetik rezonans görüntülemesinde(MRG) malignite düşündüren belirgin bir kitle saptanmadı(BI-RADS 1-2). Ancak, areola düzeyinde cilt kalınlaşması ve doku heterojenitesi dikkat çekiciydi. Hasta genel cerrahi kliniğine yönlendirilerek parsiyel mastektomi uygulandı. Cerrahi sonrası histopatolojik



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

değerlendirmede; en büyük odak 1.5 cm olmak üzere Paget Hastalığı, HER-2 pozitifliği ve eşlik eden duktal karsinoma in-situ (DCIS) (solid-komodo tip, derece 2) saptandı. DCIS lezyonları areola bölgesine dağınık yayılım göstermekteydi. Proliferatif indeks(Ki-67) %30 olarak raporlandı.

TARTIŞMA

Bu olgu, MPH'nin klinik prezantasyonundaki zorlukları ve tanıdaki gecikmeleri net bir şekilde ortaya koymaktadır. Hastanın 6 yıl boyunca egzema ve mantar tanısıyla tedavi alması, bu hastalığın benign dermatozlarla sıklıkla karıştırılması fenomenini yansıtmaktadır.

Nipple/areola bölgesindeki uzun süreli, topikal tedavilere yanıtız lezyonlarda her zaman Paget hastalığı akılda bulundurulmalıdır. Olguda mamografi, USG ve MRG'da BI-RADS 1-2 olarak malignite saptanmaması, radyolojik bulguların değişkenliğini vurgulamaktadır.

Morrogh ve ark. çalışmasında mamografilerin yalnızca %32'sinde şüpheli bulgu görülürken, negatif vakaların %50'sinde MRG bulguları BI-RADS $\geq$ 4 bulunmuştur. Bu, MRI ile teşhis edilen kanserlerin %57'sinin mamografide atlandığını göstermiştir[5]. Siponem ve ark. ise invaziv kanser saptamada mamografinin %79, USG'nin %74, DCIS içinse sırasıyla %39 ve %19 duyarlılığa sahip olduğunu bildirmiştir. MRG'nin invaziv karsinom için %100, DCIS için %44 duyarlılığı vardır[5]. Hastada MRG'da dahi radyolojik bulgu olmaması, hastalığın tüm görüntüleme yöntemlerinde gizli kalabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, Paget hastalığında altta yatan maligniteyi değerlendirmede görüntülemenin limitasyonlarına işaret etmektedir.

SONUÇ

Bu olgu, MPH tanısının zorlayıcı doğasını ve görüntüleme ile saptanamayan malignite riskini ortaya koymaktadır. Nipple/areola bölgesindeki uzun süreli, dirençli egzematöz lezyonlarda, biyopsi ertelenmemelidir. Bu hastada tüm görüntüleme yöntemleri negatifken, biyopsi ile MPH ve eşlik eden DCIS tanısı konmuştur. Görüntüleme tek başına yeterli değildir; klinik şüphe durumunda erken biyopsi ve multidisipliner yaklaşım, cerrahi planlama ve sağkalım için kritik öneme sahiptir.

ANAHTAR KELİMELEER: Meme başında paget hastalığı, Duktal karsinoma in-situ, Mamografi-negatif paget hastalığı

KAYNAKLAR: 1) Grewal IS, Rajagopal T. Studying the Presentation of Paget Disease of the Breast. Cureus. 2023 Jun 27;15(6):e41057. doi: 10.7759/cureus.41057. PMID: 37519599; PMCID: PMC10374979.

2) Scardina L, Di Leone A, Magno S, Franco A, Biondi E, Sanchez AM, D'Archi S, Gentile D, Fabi A, Masetti R, Franceschini G. Paget's disease of the breast: Our 20 years' experience. Front



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Oncol. 2022 Nov 22;12:995442. doi: 10.3389/fonc.2022.995442. PMID: 36483034; PMCID: PMC9722944.

3) Lopes Filho LL, Lopes IM, Lopes LR, Enokihara MM, Michalany AO, Matsunaga N. Mammary and extramammary Paget's disease. An Bras Dermatol. 2015 Mar-Apr;90(2):225-31. doi: 10.1590/abd1806-4841.20153189. PMID: 25830993; PMCID: PMC4371672.

4) Hudson-Phillips S, Cox K, Patel P, Al Sarakbi W. Paget's disease of the breast: diagnosis and management. Br J Hosp Med (Lond). 2023 Jan 2;84(1):1-8. doi: 10.12968/hmed.2022.0439. Epub 2023 Jan 24. PMID: 36708338.

5) Trebska-McGowan K, Terracina KP, Takabe K. Update on the surgical management of Paget's disease. Gland Surg. 2013 Aug 1;2(3):137-42. doi: 10.3978/j.issn.2227-684X.2013.08.03. PMID: 24386631; PMCID: PMC3876799.

RESİM 1



Sağ meme üst dış kadranda areola bölgesine uzanan, eritemli zemin üzerinde krutlarla kaplı, yaklaşık 3×3 cm boyutlarında düzensiz sınırlı plak



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-113][KABUL:POSTER]

**SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUSLU BİR OLGUDA AMİKROBİYAL İNTERTRİGINÖZ
PÜSTÜLOZİS: METOTREKSAT İLE BAŞARILI TEDAVİ**

Aslıhan Çiçekli¹, Sibel Yıldız², Selami Aykut Temiz¹, Naile Kökbudak³, Sıdıka Fındık³

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya

²SBÜ İTF Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, İzmir

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Amikrobiyal İntertriginöz Püstülozis (AİP), kronik ve tekrarlayıcı seyir gösteren nadir bir nötrofilik dermatozdur. Genellikle genç kadınlarda, saçlı deri, cilt kıvrımları ve anogenital bölgede ortaya çıkan steril püstüller erüpsiyonla karakterizedir. Sistemik lupus eritematozus (SLE) başta olmak üzere çeşitli otoimmün hastalıklar ve immünolojik anomalilerle ilişkili olarak görülmektedir. Burada, üç yıldır saçlı deri ve kıvrım bölgelerinde eksüdatif, eroziv yer yer kurutlu eritematöz plaklar ve püstüllerle seyreden, SLE tanılı 32 yaşında kadın bir olgu sunulmaktadır. Lezyona ait histopatolojik incelemede epidermiste spongiform subkorneal püstül ve intraepidermal nötrofil infiltrasyonu, dermiste ise belirgin perivasküler inflamatuvar infiltrasyon izlendi. Periyodik asit-Schiff boyaması mantar açısından negatifti; sağlam püstüllerden yapılan bakteri kültürlerinde ise üreme saptanmadı. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda olguya AİP tanısı konuldu. AİP’de standartlaştırılmış bir tedavi yöntemi bulunmamakla birlikte, tedavi genellikle sistemik steroidlere dayanır; ancak steroidlerin doz azaltılması veya kesilmesinin ardından nüks yaygındır. Olgumuzda, sık nüksler nedeniyle yaklaşık iki yıl boyunca aralıklı sistemik steroid tedavisi uygulanmış; dirençli seyir üzerine metotreksat ile başarılı bir kontrol sağlanmıştır. Bu olgu, metotreksatın steroid koruyucu olarak AİP vakalarında etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olabileceğini göstererek literatüre katkı sunmaktadır. Ayrıca AİP olgularında özellikle otoimmün hastalıkların eşlik edebileceği göz önünde bulundurulmalı; bu nedenle erken tanı, komorbiditelerin ve olası komplikasyonların önlenmesi açısından kritik önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Metotreksat, Sistemik lupus eritematozus, Amikrobiyal püstülozis



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1.Varano, A. T., McKinley, T. D., & Junkins-Hopkins, J. M. (2024). Amicrobial pustulosis of the folds: A case report of a rare variant of neutrophilic dermatosis associated with systemic lupus erythematosus. *Journal of Cutaneous Pathology*, 51(1), 45-49.
- 2.Wang, M. Z., Camilleri, M. J., Guo, R., & Wieland, C. N. (2017). Amicrobial pustulosis of the folds: Report of 4 cases. *Journal of Cutaneous Pathology*, 44(4), 367-372.
3. Schissler, C., Velter, C., & Lipsker, D. (2017, March). Amicrobial pustulosis of the folds: Where have we gone 25 years after its original description?. In *Annales de dermatologie et de venerologie* (Vol. 144, No. 3, pp. 169-175). Elsevier Masson.
- 4.Lagrange, S., Chosidow, O., Piette, J. C., Wechsler, B., Godeau, P., & Frances, C. (1997). A peculiar form of amicrobial pustulosis of the folds associated with systemic lupus erythematosus and other auto-immune diseases. *Lupus*, 6(6), 514-520.
- 5.Boms, S., & Gambichler, T. (2006). Review of literature on amicrobial pustulosis of the folds associated with autoimmune disorders. *American journal of clinical dermatology*, 7, 369-374.
-

RESİM 1

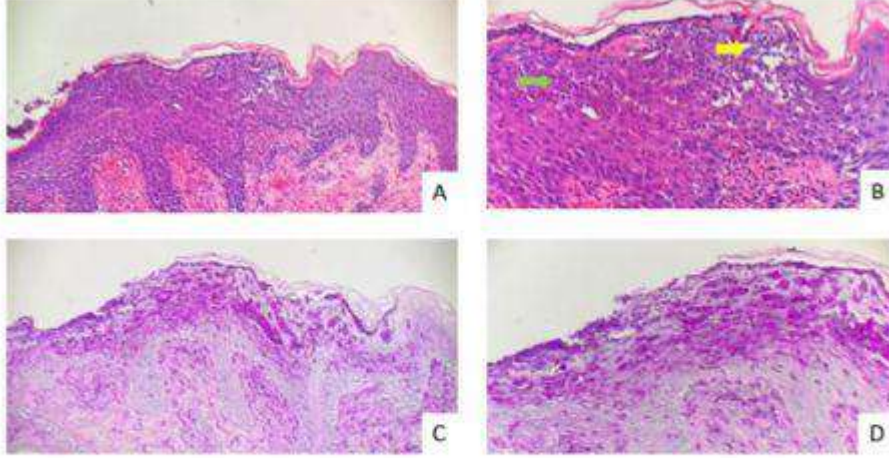


Saçlı deri, meme altı, aksiller ve genital bölgede eksüdatif, krutlu eritematöz plaklar ve periferik püstüller



Metotreksat (15 mg/hafta) tedavisinin 16. haftasında elde edilen klinik görünüm

RESİM 2



A:Hematoksilen Eozin x100, B: Hematoksilen Eozin x200 (Yeşil ok:intraepidermal nötrofil infiltrasyonu, Sarı ok:Spongiform subkorneal püstül) , C: PAS x100, D: PAS x200.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-114][KABUL:POSTER]

TÜBEROSKLEROZ İLİŞKİLİ YÜZ ANJİYOFİBROMLARININ ELEKTROCERRAHİ İLE BAŞARILI TEDAVİSİ

Ayşe Aysima Çüçen Kahraman, Şirin Yaşar, Sevim Baysak

SBÜ, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ:

Tüberoskleroz(TS), nadir görülen, multisistemik tutulum gösteren, otozomal dominant geçişli bir nörokutanöz hastalıktır. Tüberoskleroz tanılı hastalarda sık karşılaşılan deri belirtisi yüz anjiyofibromlarıdır ve bu lezyonlar hastaların yaklaşık %75-90'ında ortaya çıkar. Genellikle erken çocukluk döneminde ortaya çıkan, çok sayıda küçük, pembe-kırmızı renkli hamartomlardır. TS ile ilişkili yüz anjiyofibromlarının tedavisi için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bunlardan biri olan elektrocerrahi, orta ile şiddetli yüz anjiyofibromları için hedef dokuya kontrollü enerji ileten cihazların kullanılarak çevre dokulara zarar vermeden, skar ve pigmentasyon riskini azaltan bir tedavi yöntemidir. Elektrocerrahi ile yüz anjiyofibromlarının tedavisine yönelik literatürde az sayıda vaka örneği bulunması nedeniyle nadir görülen bu olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU:

On beş yaşında erkek hasta, tarafımıza yüzünde çok sayıda deriden kabarık pembe-kahve deri lezyonları ile başvurdu. Aileden alınan öyküde bebekken havale geçirdikten sonra yüzündeki lezyonların oluşmaya başladığı öğrenildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde malar bölgede yaygın olmak üzere alnında, burun dorsumunda, çenede çok sayıda pembe kahve değişken boyutlarda anjiyofibromları mevcuttu. Oral tutulum yoktu. Sırtında ve umblikus çevresinde çok sayıda hipomelanotik makülü olan hastanın, alnında ve bilateral lumbal bölgesinde shagreen plakları bulunmaktaydı. Tarafımızca genetiğe yönlendirilen hastanın TSC2 geni pozitif saptandı. TS tanısı alan hasta nöroloji, kardiyoloji, dahiliye, göz bölümleri dahil olmak üzere multidisipliner yaklaşımla incelendi. Nörolojik görüntülemelerde subependimal dev hücreli astrositom saptandı. Kardiyak, retinal, dahili bir problem saptanmadı. Ardından yüzündeki anjiyofibromlardan kozmetik olarak rahatsız olan hastaya elektrocerrahi planlandı. Elektrocerrahi, lokal anestezi altında önce yüzün sağ yarısına, 1 ay sonra sol yarısına cut modunda wire loop elektrot ile uygulandı. İşlem sonrası yara bakımı ve pansuman önerildi. Hastanın kontrollerinde anjiyofibromların hafif eritemle iyileştiği görüldü. Hasta halen takip edilmekte.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

TS, ilk olarak 1862 yılında Alman patolog Friedrich Daniel von Recklinghausen tarafından tanımlanmıştır. Nadir görülen, OD kalıtılan bir nörokutanöz hastalık olup en sık karşılaşılan bulguları arasında deri, santral sinir sistemi, böbrek, akciğer, kalp, retina, gingiva ve diğer abdominal organlarda oluşan hamartomlar yer alır. Tüberosklerozlu bireylerin neredeyse tamamında (%100'e yakın) deri tutulumu görülür. Deri lezyonları arasında hipomelanotik maküller, "konfeti" tipi deri lezyonları, yüz anjiyofibromları, shagreen plakları, fibröz sefalik plaklar ve tırnak çevresi fibromları bulunur. Yüz anjiyofibromları genellikle her iki malar bölgesinde simetrik olarak ortaya çıkar, ancak ağız çevresi ve burun gibi diğer bölgeleri de tutabilir. Bu durum, ciltte nodüler ve püstüler görünümlü kalınlaşmalara neden olabilir. Hastanın yaşam şartlarını olumsuz etkileyebilir. Tedavisinde elektrocerrahi, eksizyon, küretaj, kriyocerrahi veya lazer tedavisi gibi fiziksel çıkarma yöntemleri mevcuttur. Elektrocerrahi, dokuları kesmek, koagüle etmek amacıyla yüksek frekanslı elektrik akımı kullanılan cerrahi bir yöntem olup tedavi standartlarına uygun kabul edilen yöntemlerden biridir. TS, bizim hastamızda olduğu gibi pek çok organı etkileyebilmekte, yaşam kalitesini bozabilmekte, bu nedenle müdahale öncesinde eşlik eden hastalıkların iyi değerlendirilmesi ve multidisipliner ekip yaklaşımı hasta güvenliğini artırmak açısından önem taşır.

ANAHTAR KELİMELEER: Tüberoskleroz, anjiyofibrom, elektrocerrahi

KAYNAKLAR: 1-Northrup H, Krueger DA. and G. International Tuberous Sclerosis Complex Consensus, Tuberous sclerosis complex diagnostic criteria update: recommendations of the 2012 International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Conference *Pediatr Neurol*, 2013;49(4):243–54.

2- Nguyen QD, DarConte MD, Hebert AA. The cutaneous manifestations of tuberous sclerosis complex. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2018;178(3):321–5.

3- Henske EP, Jóźwiak S, Kingswood JC, Sampson JR, Thiele EA. Tuberous sclerosis complex. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16035.

4- Hall MR, Kovach BT, Miller JL. Unilateral facial angiofibromas without other evidence of tuberous sclerosis: case report and review of the literature. *Cutis*. 2007 Oct;80(4):284–288.

5- Salido-Vallejo R, Garnacho-Saucedo G, Moreno-Giménez JC. Current options for the treatment of facial angiofibromas. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:558–568.

6- Combined treatment with electrocauterization, carbon dioxide laser, and microneedle fractional radiofrequency for facial angiofibromas in tuberous sclerosis complex: a case report and literature review. Dong J, Wang S, Yan M, et al. *Chinese J Plast Reconstr Surg*.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2021;3:41–45.

7- VR F. A heart of the newborn child exhibiting tumors in the walls of heart cavities (in German). Monatschr Geburtsh. 1862;20:1–2.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-115][KABUL:POSTER]

DUPİLUMAB İLE TEDAVİ EDİLEN BİR PEDIATRİK ATOPIK DERMATİT OLGUSU

Mehmet Niyazi Uzun, Fatma Aslı Hapa

İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Atopik dermatit, tekrarlayan egzematöz lezyonlar ve şiddetli kaşıntı ile karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Atopik dermatit her yaşta ortaya çıkabilse de vakaların çoğu bebeklik veya çocukluk döneminde başlar. Hastalığın küresel yaygınlığı tüm yaş gruplarında artmakta olup farklı ülkelerde çocuklarda %2,7 ile %20,1 arasında değişmektedir.

OLGU:

5 yıldır atopik dermatit tanısı olan 10 yaşında kız hasta Mayıs 2024 tarihinde yüzde ellerde ve gövdede yaygın kaşıntı, kızarıklık ve kabuklanma şikayeti ile kliniğimize başvurdu.

Hasta bu geçen 5 yılda çeşitli topikal tedaviler ve oral antihistaminik kullanmasına rağmen lezyonlarında gerileme olmamıştır. Hastanın kliniğimize ilk başvurusundaki EASI skoru 5 olarak değerlendirilmiştir.

Hastanın geçmişinde aile öyküsü yoktu. Kronik bir hastalık öyküsü bulunmayan hastanın sürekli kullandığı bir ilacı da yoktu.

Hastanın dermatolojik değerlendirmesinde bilateral el bilekleri ve antekübital bölgede eritemli zeminde kaşıntılı papüler ve yer yer krutlu lezyonlar mevcuttu. Yüzünde ise malar bölgelerde eritem ve papüler lezyonlar mevcuttu. (Resim 1A ve 1B)

Hastanın kliniğimizde değerlendirilmesi sonucu siklosporin tedavisine başlanmıştır. Hasta siklosporin tedavisinden fayda görmeyip ilaç 9.ayda kesilmiş ve dupilumab tedavisine geçilmiştir.

SONUÇ:

Orta ve şiddetli atopik dermatit hastaları için umut verici bir tedavi seçeneği olan dupilumabın yayınlanan klinik çalışmalarda dikkate değer ve hızlı başlayan etkinliği net bir şekilde ortaya konmuştur.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Bu ilacı kullanan pediatrik hastalarda uzun süreli tedaviye uyum ve tedaviyi sürdürme konusunda sınırlı veri bulunmaktadır.

Uzun vadeli etkinlik ve güvenlik değerlendirilmesi için daha uzun süreli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bizim çalışmamız da dupilumab ile tedavi edilen bir pediatrik atopik dermatit olgusudur bu nedenle paylaşmayı uygun bulduk.

ANAHTAR KELİMELEER: Atopik, dupilumab, pediatrik

KAYNAKLAR: [1] A Review of Dupilumab in the Treatment of Atopic Dermatitis in Infants and Childre

[2] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10981892/>

[3] <https://www.dovepress.com/a-review-of-dupilumab-in-the-treatment-of-atopic-dermatitis-in-infants-peer-reviewed-fulltext-article-D>

HASTANIN İLK MUAYENESİ.



Hastanın ilk muayenesi. Resim 1A: El bileği ve antekübital bölgede ekzoriye, yer yer likenifiye plaklar. Resim 1B: Malar bölgelerde eritemli, kaşıntılı plaklar mevcut.

TEDAVİ SONRASI.



Resim 2A ve 2B. Hastada dupilumab tedavisi sonrası 6. hafta



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-118][KABUL:POSTER]

**B-TALASEMİ MAJOR TANILI OLGUDA PSÖDOKSANTOMA ELASTİKUM BENZERİ SENDROM
(PKEBS): ATİPİK KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULAR**

Güliden Önder Bahtiyar¹, Leyla Huseynova Terzi¹, Deniz Ateş Özdemir², Sibel Doğan Günaydın¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Bu olgu sunumunda, β -talasemi major tanılı bir hastada gelişen psödoksantoma elastikum benzeri sendromun (PKEBS) klinik ve histopatolojik özellikleri sunularak, bu hasta grubunda erken tanı ile komplikasyonların önlenmesine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

OLGU:

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, bilateral aksilla, boyun lateralleri ve gövde üst bölümünde yer alan kaşıntısız, beyaz renkli deri lezyonları nedeniyle başvurdu. Hasta öyküsünden, 20 yıl süreyle düzenli eritrosit transfüzyonu aldığı ve 8 yıl önce allojenik kemik iliği transplantasyonu (KİT) uygulandığı, transplantasyon sonrası gelişen karaciğer GVHD nedeniyle sistemik kortikosteroid tedavisi aldığı öğrenildi. Özgeçmişinde osteomyelit, amputasyon, pankreatit, posterior reversibl ensefalopati sendromu ve splenektomi öyküsü mevcuttu. Ailede benzer deri bulgusu tariflenmedi.

Dermatolojik muayenede, gövde üst ön yüz, boyun lateralleri ve aksillalarda hipopigmente, yer yer atrofik makül ve yamalar izlendi. Dermatoskopide beyaz yapısız alanlar, telenjektaziler ve aksiller lezyonlarda soluk sarı pigmentasyon mevcuttu. Aksiller lezyonlardan alınan punch biyopside, H&E ile derin dermiste elastik liflerde düzensizlik ve bazofilik değişiklikler, Verhoeff-Van Gieson ile elastik liflerde fragmentasyon ve Von Kossa ile kalsiyum birikimi saptandı.

PKE genellikle ilk iki dekatta ortaya çıkmakta olup, hastamızda bulguların üçüncü dekatta başlaması ve altta yatan β -talasemi öyküsü, PKEBS lehine yorumlandı. Lezyonların klasik sarı papül-plaklar yerine beyaz atrofik yama görünümünde olması, KİT sonrası azalan demir birikimine bağlı elastik lif hasarının kısıtlanmış olabileceğini düşündürdü. Dermatoskopik bulguların belirgin sarıdan çok soluk sarı olması, histopatolojik olarak sadece derin dermiste tutulum izlenmesiyle uyumlu bulundu.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

β -talasemili bireylerde PKEBS gelişimi olabileceği ve bu tablonun deri, göz ve kardiyovasküler sistemi etkileyebileceği unutulmamalıdır. KİT sonrası olgularda klasik klinik sunumdan sapmalar görülebileceğinden, dikkatli fizik muayene ve dermatoskopik değerlendirme tanıda yol gösterici olabilir. Biyopsi yeri belirlemede dermatoskopi değerlidir.

ANAHTAR KELİMELE: β -talasemi, dermatoskopi, elastik lif, Psödoksantoma elastikum benzeri sendrom

- KAYNAKLAR:** 1. Fabbri E, Forni GL, Guerrini G, Borgna-Pignatti C. Pseudoxanthoma-elasticum-like syndrome and thalassemia: an update. Dermatol Online J 2009;15(7):7.
2. Hamlin N, Beck K, Bacchelli B, Cianciulli P, Pasquali-Ronchetti I, Le Saux O. Acquired Pseudoxanthoma elasticum-like syndrome in beta-thalassaemia patients. Br J Haematol 2003;122(5):852-4.
3. Baldan, A, Giusti, A, Bosi, C, Malaventura, C, Forni, G, Borgna-Pignatti, C. Pseudoxanthoma Elasticum-Like in β -Thalassemia Major, a matter of α -Klotho and Parathyroid Hormone? Hemoglobin 2017;41(4):254–259.
4. Boraldi F, Lofaro FD, Costa S, Moscarelli P, Quaglino D. Rare Co-occurrence of Beta-Thalassemia and Pseudoxanthoma elasticum: Novel Biomolecular Findings. Front Med (Lausanne) 2020;23(6):322.
5. Hernández Bel L, Esteve Martínez A, Rodríguez López R, Monferrer Adsuara C, Hernández Garfella M.L, Cervera Taulet E. Pseudoxanthoma elasticum in childhood in patient with β -thalassaemia. Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed) 2020;95(11):555-558



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-119][KABUL:POSTER]

KSERODERMA PİGMENTOZUMLU BİR HASTADA DİFÜZ TRİKİLEMMOMLAR

Funda Aktürk Gözel¹, Tuğba Atıcı¹, Şule Öztürk Sarı², Can Baykal¹

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

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Kseroderma pigmentozum, ultraviyole ışınlarına karşı aşırı duyarlılık sonucunda erken yaşlardan itibaren ortaya çıkan, deri lezyonlarının yanı sıra çeşitli göz ve nörolojik belirtileri de olabilen bir genodermatozudur. Hastalığın etyopatogenezinde ultraviyole ışınlarının hücre DNA'sında ortaya çıkardığı hasarın onarım kusuru rol oynamaktadır. Güneş gören bölgelerde üç yaşından önce efelid ve lentigo solaris şeklinde deri lezyonları görülmesi hastalığın ilk deri belirtileri arasında yer alır. Hastalarda genellikle 7-8 yaşından itibaren olmak üzere UV hasarı ile ilişkisi bilinen çeşitli kutanöz maligniteler sık olarak ortaya çıkar. Öte yandan kseroderma pigmentozum hastalarında keratoakantom, selim deri eki tümörleri ve vasküler tümörlerin de sıklığının arttığını gösteren az sayıda çalışma mevcuttur. Kseroderma pigmentozum ile ilişkili çok sayıda malign deri tümörünün yanı sıra yüzünün büyük bir kısmını kaplayan, klinik ve histopatolojik olarak trikilemmom ile uyumlu lezyonlar olan bir çocuk hasta sunulmakta olup, benzer lezyonları olan bir olguya literatürde rastlanmamıştır.

OLGU:

Anne ve baba akrabalığı olmayan ve ailesinde başka kseroderma pigmentozumlu hasta öyküsü bulunmayan 9 yaşında erkek hastada alt tip belirlenmesine yönelik genetik inceleme gerçekleştirildi. Dermatolojik muayenesinde özellikle yüz, boyun ve el sırtlarında çok sayıda lentigo solaris, efelid ve kronik güneş hasarı bulguları saptandı. Bunun dışında hastanın alnında tarafımıza başvurmada önce eksize edilen skuamöz hücreli karsinom ile ilişkili skar dokusu vardı. Ayrıca hastanın yüzünün önemli bölümünde, kulağında ve ensesinde deri renginde, kubbemsi papüller, göbekli papüller, filiform özellikli papüller ve yüzeyinde korn kutaneum bulunan küçük lezyonlar şeklinde onlarca asemptomatik lezyon saptandı. Bu lezyonlardan alınan üç adet punch biyopsinin histopatolojik incelemesi trikilemmom ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bazı lezyonlar kendiliğinden gerilerken, yeni lezyon çıkışı olması nedeniyle destrüktif tedavi (kriyoterapi) ve düşük doz sistemik retinoid (asitretin)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

tedavisi uygulandı. Trikilemmom ile uyumlu lezyon çıkışı azalmakla birlikte tam sonlanmadı. Hastanın yaklaşık 2 yıllık takip sürecinde ayrıca klinik ve histopatolojik olarak tanısı doğrulanan bir adet keratoakantom ve dört adet farklı boyutlarda bazal hücreli karsinom ile uyumlu papüler lezyon da tespit edildi.

SONUÇ:

Kseroderma pigmentozumlu hastalarda malign deri tümörlerinin yanı sıra selim deri eki tümörlerinin de klinik spektrumun bir parçası olabileceği unutulmamalıdır. Nadir görülen bir deri eki tümörü olan trikilemmom daha çok Cowden sendromunda olsa da, nadiren olgumuzda olduğu gibi kseroderma pigmentozumda da görülebilir. UV hasarı ile ilişkisi bilinmeyen bu tümörün kseroderma pigmentosumda niye oluştuğu bilinmemektedir. Spontan gerileyen lezyonların varlığı keratoakantom lehine yorumlanabilse de, olgumuzda üç farklı lezyonda yapılan biyopsi ile trikilemmom tanısı kesinleştirilmiştir. Olgumuzda trikilemmomların çok farklı klinik görünümünde ortaya çıkması, bu hastalarda sık rastlanan malign deri tümörlerinin erken lezyonlarından ayırımının önemine dikkat çekmektedir. Bu birlikteliğin bilinmesi gereksiz agresif girişimlerin önüne geçilmesi açısından önem taşımaktadır. Olgumuz, sistemik retinoid tedavisinin lezyon kontrolünde potansiyel fayda sağlayabileceğini göstermesi açısından da literatüre katkı sunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Deri eki tümörü, Kseroderma pigmentozum, trikilemmom

KAYNAKLAR: 1. Baykal C, Atıcı T, Yılmaz Z, Büyükbabani N. Skin tumors in xeroderma pigmentosum: evaluation of a large series and a literature review. J Cutan Pathol. 2021;48(7):884–895. <https://doi.org/10.1111/cup.13979>
2. Alwatban L, Binamer Y. Xeroderma pigmentosum at a tertiary care center in Saudi Arabia. Ann Saudi Med. 2017;37(3):240-244.
3. Leung AKC, Barankin B, Lam JM, et al. Drugs Context. 2022;11:2022-2-5. <https://doi.org/10.7573/dic.2022-2-5>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-120][KABUL:POSTER]

GÖVDE VE EKSTREMİTE ÖDEMİYLE PREZENTE OLAN SİSTEMİK SKLEROZ OLGUSU

Gizem Gökçedağ Ünsal¹, Çiğdem Çetin²

¹İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar, İstanbul

²İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Sistemik skleroz (SSk) deri ve iç organlarda vasküler disfonksiyon ve progresif fibrozis ile karakterize kronik, multisistem bir bağ doku hastalığıdır. Cilt tutulumuna göre sınırlı kutanöz sistemik skleroz (skSSk) ve diffüz kutanöz sistemik skleroz (dkSSk) olmak üzere ikiye ayrılır. dkSSk'de skSSk'nin aksine cilt bulguları ekstremiteler proksimallerinde ve gövdede de görülebilir. dkSSk'de başlangıç bulgusu ciltte ödem ve eritematöz değişiklikler olabilmektedir. dkSSk'li hastalarda progresif cilt tutulumu olduğunda akciğer fonksiyonlarında erken dönemde bozulma ve iç organ tutulumu riski artmıştır. Burada gövde ve ekstremitelerinde ödem şikayetiyle başvurup akciğer ve deri tutulumlu sistemik skleroz tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU:

Kırk yedi yaşında kadın hasta dermatoloji polikliniğine karın, uyluk ve bacaklarında ödem ve kızarıklık şikayetiyle başvurdu. Şişliklerinin 3 ay önce bilateral bacaklarından başlayıp giderek uyluk ve karnına doğru ilerlediğini ifade etmekteydi. Özgeçmişinde daha önce primer Sjögren sendromu tanısıyla hidroklorokin kullanım öyküsü mevcuttu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde bilateral uyluk ve bacaklarda 2+ gode bırakan ödem ve eritemli yamaları vardı (Resim 1). Karın ve kollarda 1+ ödemi mevcuttu. Cilt palpasyonla gergin ve sertti. Ağız açıklığında azalma mevcuttu. El parmaklarında periungal eritemi vardı. Tırnak dibi kapilleroskopik incelemesinde birkaç alanda dev kapillerler ve mikrohemorajiler görüldü. Sistem sorgusunda ağız ve göz kuruluğu eşlik etmekteydi. Soğukta el parmaklarında yalnızca morarma şeklinde monofazik Reynaud fenomenini tariflemekteydi. Dijital ülseri, telenjiyektazisi ve kalsinosis kutisi mevcut değildi. Öksürük ve dispne şikayeti yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon (84 mm/saat) ve C-reaktif protein (CRP) seviyeleri yüksekti (57 mg/L). Anti-nükleer antikor (ANA) pozitif ve anti-Scl-70 antikor 3+ olarak saptandı. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, açlık kan şekeri, tiroid fonksiyon testleri ve tam idrar tahlili



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

normaldi. İç organ tutulumunu saptamak için çekilen elektrokardiyografisi (EKO) normaldi. Akciğer yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisinde (HRCT) her iki akciğer apekte fibrotik değişiklikler ve bazalarda retiküler ve buzlu cam görünümlü dansiteler saptandı. Hastada akciğer tutulumunun eşlik ettiği sistemik skleroz düşünüldü. Oral prednisolon 15mg/gün ve asetilsalisilik asit tedavisi başlandı ve mikofenolat mofetil başlanması planlandı.

SONUÇ:

dkSSk; deri ve iç organları etkileyip mortalite ve morbiditeye yol açabilen bir hastalıktır. Hastalar olgumuzda olduğu gibi başlangıç bulgusu olarak ekstremite proksimallerinde ve gövdede ödem ve eritemli yamalarla prezente olabilir. Bu aşamada diğer sklerdem sebepleriyle ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. dkSSk'de progresif cilt tutulumu olanlarda akciğer fonksiyonlarında kötüleşme riski yüksektir. Olgumuzda olduğu gibi gövde ve ekstremiteelerde ödem gibi erken dönem bulguları ile gelen hastalarda hastalığın tanınıp iç organ tutulumunun erken dönemde saptanması ve tedaviye erken başlanması mortalite ve morbiditelerin önüne geçmek açısından önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: interstisyel akciğer hastalığı, ödem, sistemik skleroz

KAYNAKLAR: 1. Wu W, Jordan S, Graf N, et al. Progressive skin fibrosis is associated with a decline in lung function and worse survival in patients with diffuse cutaneous systemic sclerosis in the European Scleroderma Trials and Research (EUSTAR) cohort. Ann Rheum Dis 2019; 78:648.

2. Asano, Y. Systemic sclerosis. J Dermatol 2018, 45: 128-138.

3. Hanif I, Assassi S, Mayes MD, et al. Hand swelling and other non-Raynaud's symptoms as the initial presentation of systemic sclerosis: prevalence and clinical associations in two U.S. cohorts. Arthritis Rheumatol 2025.

4. Marie I, Dominique S, Levesque H, et al. Esophageal involvement and pulmonary manifestations in systemic sclerosis. Arthritis Rheum 2001; 45:346.

RESİM 1



Sağ uylukta 2+ gode bırakan ödem ve dağınık yerleşimli eritemli yamalar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-121][KABUL:POSTER]

YÜZ BÖLGESİNE SINIRLI LOKALİZE SOĞUK ÜRTİKERİ: NADİR BİR VAKA SUNUMU

Havva Nur Yüce Çetin, Özge Sevil Karstarlı Bakay

Pamukkale Üniveristesi Tıp fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ-AMAÇ:

Soğuk ürtikeri, kronik indüklenabilir ürtikerin sık görülen bir alt tipidir. Soğuğa bağlı olarak ürtiker, anjiyoödem veya nadiren anafilaksi gelişebilir. Tipik ve atipik olmak üzere iki varyantı vardır. Tipik formda lezyonlar, soğuk maruziyetinden 5–30 dakika sonra başlar ve 1–2 saat içinde geriler. Bu durumda buz testi veya TempTest gibi soğuk stimülasyon testleri (SST) tanı açısından önemlidir. Ancak atipik formlarda bu testler negatif olabilir. Patogeneizde soğuğa bağlı endojen otoalerjenlerin tetiklediği IgE aracılı mast hücre aktivasyonu ve buna bağlı histamin ile diğer mediatörlerin salınımı rol oynar. Lokalize soğuk ürtikeri ise yalnızca belirli bir cilt alanında görülen nadir bir varyanttır. Bu vaka sunumunda, nadir görülen ve yalnızca yüz bölgesiyle sınırlı olan bir soğuk ürtikeri olgusu paylaşılacaktır.

OLGU:

Yirmi iki yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır yalnızca soğuk havalarda yüz bölgesinde kabarıklık şeklinde gelişen lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Lezyonlar, soğuk hava ile temas sonrası birkaç dakika içinde ortaya çıktığı, kızarıklık, kaşıntı ve kabarıklık ile karakterize olduğu ve lezyonların oda sıcaklığında ortalama yarım saat içinde kendiliğinden gerilediği öğrenildi. Lezyonların sadece yüz bölgesinde görüldüğü, vücudun diğer bölgelerinde benzer semptomlar gelişmediği bildirildi. Hastanın sistemik sorgulamasında başka bir semptomu olmadığı, herhangi bir ek hastalığının bulunmadığı, düzenli olarak kullandığı ilaçların olmadığı ve benzer şikayetlere sahip aile bireylerinin bulunmadığı öğrenildi. Hastanın çocukluk çağında veya erişkinlikte geçirilen önemli enfeksiyon, otoimmün hastalık ya da dermatolojik hastalık öyküsü de yoktu. Soğuk ürtikeri tanısı yönünde yapılan değerlendirmede, ön kola uygulanan buz testi negatif sonuç verdi. Ancak semptomların izlenmekte olduğu sol yanak bölgesine uygulanan buz testi, pozitif sonuç verdi. Test alanında belirgin ödem ve eritem gözlemlendi. Hastaya idiyopatik lokalize soğuk ürtikeri tanısı konuldu. Semptom kontrolü amacıyla ikinci nesil H1-antihistaminik tedavisi başlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Lokalize soğuk ürtikeri, nadir görülmesi ve yalnızca belirli alanlarda ortaya çıkması nedeniyle tanı açısından zorluk yaratabilir. Tipik tanı yöntemleri her zaman yeterli olmayabilir bu nedenle testlerin semptom görülen alana özel uygulanması önemlidir. Sunulan olgu, sadece yüz bölgesinde belirti veren lokalize soğuk ürtikerine örnektir ve literatürdeki az sayıdaki benzer vakalarla uyumludur. Tedavide çoğunlukla düşük doz H1-antihistaminiklerle yeterli kontrol sağlanır. Bu nadir varyantın tanınması, doğru tanı konulabilmesi, gereksiz ileri tetkiklerden kaçınılması ve uygun yönetimi için klinik açıdan önemlidir.

ANAHTAR KELİMELE: İdiyopatik ürtiker, Lokalize ürtiker, Soğuk stimülasyon testi, Soğuk ürtikeri

- KAYNAKLAR:** 1. Metz M, Magerl M, Maurer M. Cold urticaria: What we know and what we do not know. *Allergy*. 2021;76(4):1077–94.
2. Siebenhaar F, Weller K, Młynek A, et al. Acquired cold urticaria: clinical picture and update on diagnosis and treatment. *Clin Exp Dermatol*. 2007;32(2):241–5.
3. Sciallis GF, Krych EH. Localized cold urticaria to the face in a pediatric patient: a case report and literature review. *Pediatr Dermatol*. 2010;27(3):266–9.
4. Alataş ET, Kara A, Tetik Aydoğdu C, Doğan G. Lokalize Soğuk Ürtikeri: Nadir Bir Olgu. *Türk Dermatoloji Derg*. 2018;12(1):56–8.
5. Patel R, Wolff A. Localized facial cold urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015;115(1):79–80.
6. Huilaja L, Riekk R, Leinonen PT, et al. Familial atypical cold urticaria localized to the face: a case report. *Acta Derm Venereol*. 2014;94(1):88–9.
7. García Paz V, Moreno Giménez JC, et al. Cold urticaria triggered by amoxicillin clavulanate. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2016;26(5):325–6.

RESİM 1



Sağ Yanakta Eritemli Ürtiker Plağı (Buz Testi Pozitif)

RESİM 2



Ön Kola Yapılan Buz Testi Negatif



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-122][KABUL:POSTER]

MİKRO İĞNELEME SONRASI BİTKİSEL YAĞLARLA GELİŞEN ŞİDDETLİ KONTAKT DERMATİT OLGUSU

Ceren Üzülmöz, Hülya Albayrak

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

GİRİŞ-AMAÇ:

Kontakt dermatit, kontakt alerjenlere ve iritanlara maruziyet sonucu ortaya çıkan sık görülen inflamatuvar bir hastalıktır[1].

Mikro iğneleme yöntemi, minimal invaziv bir prosedür olup stratum korneuma mikroporlar oluşturarak transdermal penetrasyonu artırır. Fibroblast proliferasyonunu ve kollajen sentezini stimüle eder [2].

Burada kozmetik amaçlı mikro iğneleme sonrası kullanılan ısırgan otu, hint ve biberiye yağının penetrasyon artışına bağlı şiddetli kontakt dermatit gelişen bir vaka sunmak istedik.

OLGU:

Otuz dokuz yaşında kadın hasta saçlı deride ve kaşta kızarıklık ve akıntı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Üç hafta önce saçlı deri ve kaş üzerine bakım amacıyla dermarollerla mikro iğneleme işlemi sonrasında bölgeye ısırgan otu, hint ve biberiye yağı sürdüğü öğrenildi. Hasta daha önce de bakım amacıyla bu ürünleri sağlam deriye uyguladığında reaksiyon gelişmediğini, dermaroller sonrası kullandığında ise kızarıklık, ağrı, yanma, sarı renkli akıntı, saçlarda dökülme ve yüzde şişme şikayetleri başladığını söyledi. Dış merkezde hastaya Amoksisilin-klavulanat tablet ve klindamisin losyon başlandığı öğrenildi. Hasta şikayetlerinin devam etmesi üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen ek hastalığı yoktu. Düzenli kullandığı başka bir ilaç yoktu. Fizik muayenesinde; Frontoparietal bölgede ve kaş üzerinde eritemli zeminde sarı pürülan akıntılı yer yer derin püstüller içeren skuamli impetiginize düzensiz alopesik alanlar mevcuttu. Pull test pozitif saptandı. Boyunda gözle görülen; palpasyonla en büyüğü yaklaşık 1,5 cm çapında, multipl, yumuşak kıvamlı, mobil lenf nodu mevcuttu. Hastanın kendi çektiği fotoğraflarında periorbital bölgede ödematöz görünüm mevcuttu ancak mevcut muayenesinde ödematöz görünüm yoktu. Hastaya mevcut klinik bulgularla şiddetli kontakt dermatit tanısı konuldu. Hastaya oral metilprednizolon, topikal klobetazol köpük başlandı. Verilen tedaviyle birlikte hastanın kliniğinde belirgin düzelme gözlemlendi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Kontakt dermatit temel olarak iritan kontakt dermatit ve alerjik kontakt dermatit olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır[3]. Tanı öykü ve klinik muayene ile konulabilir. Şiddetli enflamasyon ve aktif saç dökülmesi nedeniyle sistemik kortikosteroid başlanan hastaya bu sebeple yama testi yapılamadı. Hastanın takiplerinde sistemik kortikosteroid tedricen kesilip yama testi yapılması planlandı. Literatürdeki olgularda ısırgan otu, biberiye ve hint yağının kontakt dermatite sebep olduğu bildirilmiştir[4,5,6]. Mikro iğneleme işlemi için kullanılan dermapen, dermaroller ve uzamış mikro partiküller gibi fiziksel penetrasyon artırıcı aletlerin kullanımı sonrasında metil-aminolevülinat gibi topikal ajanların absorpsiyonu ve retansiyonun arttığı görülmüştür[7]. Olgumuzda dermaroller sonrası uygulanan ısırgan otu, hint ve biberiye yağının mikro iğneleme işlemi sonrasında penetrasyon artışı sebebiyle şiddetli kontakt dermatite yol açtığı düşünülmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Biberiye yağı, hint yağı, ısırgan otu, kontakt dermatit, mikro iğneleme

KAYNAKLAR: 1: Li Y, Li L. Contact Dermatitis: Classifications and Management. Clin Rev Allergy Immunol. 2021;61(3):245-281. doi:10.1007/s12016-021-08875-0

2: Bosamiya SS, Jain SM. A Pilot Study to Compare Therapeutic Efficacy and Safety of Combined Treatment of Skin Microneedling and Depigmenting Cream versus Depigmenting Cream Alone in Facial Melasma at Tertiary Care Center. J Cutan Aesthet Surg. 2021;14(2):156-159. doi:10.4103/JCAS.JCAS_182_19

3: Litchman G, Nair PA, Atwater AR, Bhutta BS. Contact Dermatitis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; September 4, 2023.

4: Maor D, Little M. Skin contact with a stinging tree requiring intensive care unit admission. Contact Dermatitis. 2017;77(5):335-337. doi:10.1111/cod.12830

5: Miroddi M, Calapai G, Isola S, Minciullo PL, Gangemi S. Rosmarinus officinalis L. as cause of contact dermatitis. Allergol Immunopathol (Madr). 2014;42(6):616-619. doi:10.1016/j.aller.2013.04.006

6: Sánchez-Herrero A, Mateos-Mayo A, Rodríguez-Lomba E, Molina-López I, Campos-Domínguez M, Suárez Fernández R. Allergic contact cheilitis in an adolescent to Ricinus communis seed oil (castor oil) in a lip balm. Contact Dermatitis. 2018;79(3):176-178. doi:10.1111/cod.13016

7: Jhanker Y, Mbano MN, Ponto T, et al. Comparison of physical enhancement technologies in the skin permeation of methyl amino levulinic acid (mALA). Int J Pharm. 2021;610:121258. doi:10.1016/j.ijpharm.2021.121258

RESİM 1



Eritemli zeminde sarı pürülan akıntılı yer yer derin püstüller içeren skuamli impetiginize lezyon

RESİM 2



Eritemli zeminde sarı pürülan akıntılı yer yer derin püstüller içeren skuamlı impetiginize lezyon



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-124][KABUL:POSTER]

DİLDE PİGMENTE FUNGİFORM PAPİLLA OLGUSU

Suat Sezer

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ-AMAÇ:

Oral mukozada pigmentasyonla giden hastalıklar dermatoloji polikliniklerinde görülebilen ve ayırıcı tanılar açısından dikkatli ve genel bir muayene gerektiren durumları içermektedir. Bu vakada pediatrik bir hastada oral mukozada pigmentasyon nedenlerinden biri olan ve dilde görülen pigmente fungiform papilla olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

8 yaşındaki kız hasta pediatrik hematoloji bölümünün konsültasyonu ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Orak hücreli anemi nedeniyle takip edilmekte olan hastanın yaklaşık olarak 4 aydır dil üzerinde ortaya çıkan kızamık kabarıklıklar nedeniyle yönlendirilmişti (Resim 1). Dermatolojik muayenesinde deri tipi 3 olan hastanın dil dorsalinde anterolateralde birkaç adet dağınık yerleşimli kırmızı kahverengi papüllerin olduğu lezyonlar görüldü. Başka yerde lezyon yoktu. Hastanın ağrı, yanma gibi herhangi bir semptomu yoktu. Tırnaklar ve genital bölge dahil olmak üzere dermatolojik muayene bulguları normaldi. Özgeçmişinde orak hücreli anemi nedeni ile pediatrik hematoloji tarafından takip edilmekteydi ve yaklaşık olarak 2 yıldır hidroksiüre 500 mg 1x1 kullanımı mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin: 9 g/dl, hematokrit 27.3, ast: 36 u/l, ldh: 466 u/l, total bilirubin: 2.53 mg/dl, indirekt bilirubin: 1.96 mg/dl ve direkt bilirubin: 0.57 mg/dl idi. Oral mukozasında benzer lezyonu olan bir aile bireyi yoktu.

SONUÇ:

Pigmente fungiform papilla (PFP), dilde görülen yalnızca fungiform papillaların tutulduğu benign bir hiperpigmente durumdur. Fungiform papillalar dilin uç ve anterolateral kısımlarında bulunurlar. Koyu tenli bireylerde PFP daha yaygın görülürken, daha açık tenli



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

bireylerde daha nadir görülmektedir. Sistemik durumlar ve PFP arasında ilişki bildiren birkaç vaka öne sürülmüş olsa da, bu durumun etyolojisi ve patogenezi henüz net bir şekilde tanımlanmamıştır. Kadınlarda biraz daha sık görülürler ve literatürde 4 ila 83 yaş arasında tanımlanan geniş bir yaş aralığı mevcuttur ve hafif bir kadın predominansı mevcuttur. Tanısı sıklıkla klinik muayene ile konulmaktadır. Holzwanger'in sınıflamasına göre üç tip PFP tanımlanmıştır. En yaygın görülen patern Tip 1'dir. Tip 1, tüm fungiform papillaların dahil olduğu ve dilin anterolateral yüzeyinde veya tip kısmında bulunan iyi sınırlandırılmış hiperpigmente yamalardır. Tip 2, dilin dorsal yüzeyinde dağılmış birkaç papillayı içeren hiperpigmentasyonla karakterizedir. Tip 3, dilin dorsal yüzeyindeki tüm fungiform papillaların hiperpigmentasyonu olarak tanımlanır. Bizim hastamızda görülen daha nadir formlardan olan dil dorsalinde birkaç papillanın dağınık olarak tutulduğu Tip 2 ile uyumluydu.

PFP idiyopatik olmakla beraber bazı sendromlara, sistemik hastalıklara, ilaçlara ve pigment bozukluklarına eşlik edebilir. Peutz Jeghers sendromu, Addison hastalığı, Laugier-Hunziker sendromu, mikozis fungoides, liken planus, pernisyöz anemi, demir eksikliği anemisi, hemokromasitoz gibi hematolojik hastalıklar ve anti retroviral ilaçlar doğrudan neden değil ancak PFP ile ilişkili gibi görülmektedir.

Hidroksiüre tedavisi deride melanonişi gibi deride pigmentasyon değişikliklerine ve oral kavitede mukokutanöz ülserasyonlara neden olabilmektedir. Nadiren de olsa oral mukozada pigment lezyonlara da neden olabilmektedir. Literatürde pigmentasyona neden olan 10 vaka mevcuttur, bir kısmı post inflamatuvar hiperpigmentasyon olarak tanımlanmıştır ve PFP ile eşlik gösterilmemiştir.

Bizim hastamızda görülen PFP olgusunda da sık gördüğümüz idiyopatik olgulardan farklı olarak orak hücreli anemi eşliği mevcuttu ve şimdiye kadar PFP'ye eşlik eden orak hücreli anemi vakası literatürde bulunmamaktadır. Hematolojik bazı hastalıklarla birlikte olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve dilde pigmentasyon yapan hastalıklardan ayırıcı tanıda PFP'nin olması yanlış tanı ve incelemelerin önüne geçebilmektedir.

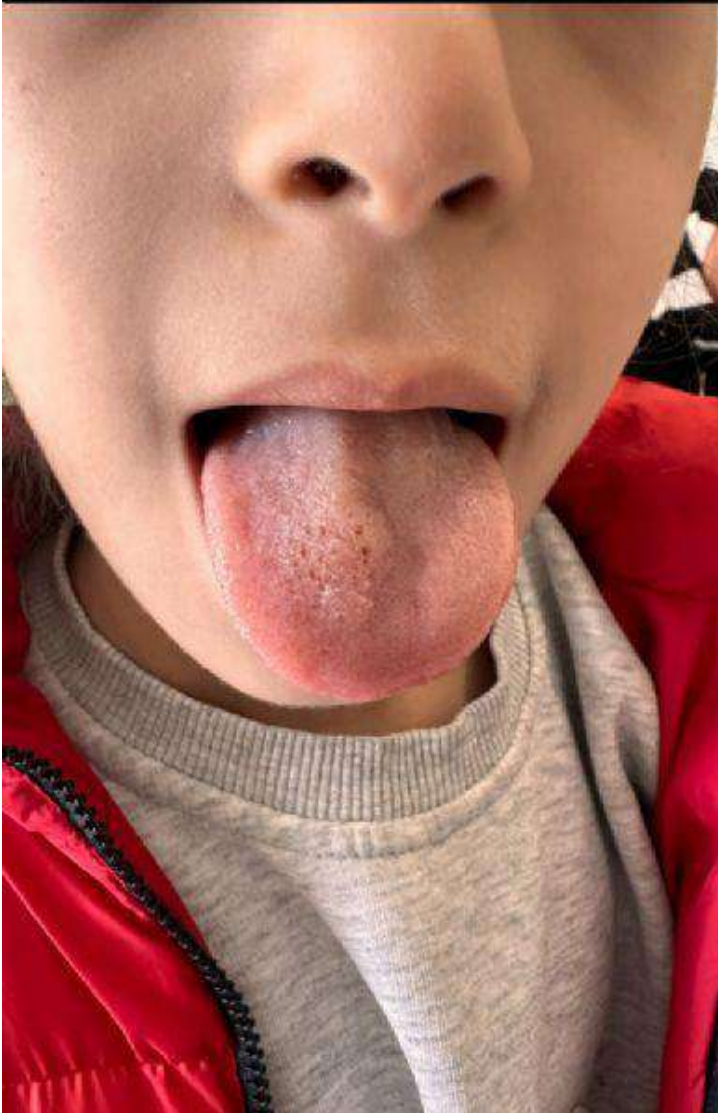
ANAHTAR KELİMELEER: hiperpigmentasyon, orak hücreli anemi, pigmente fungiform papilla

KAYNAKLAR: 1- Lee J, Lee JS, Park SM, et al. Pigmented Fungiform Papillae of the Tongue: A Single-center Experience and Review of Literature. Ann Dermatol. 2023;35(4):266-274. doi:10.5021/ad.22.192

2- Surboyo MDC, Samaranayake L, Santosh ABR, et al. Pigmented Fungiform Papillae (PFP) of the Tongue: A Systematic Review of Current Aetiopathogenesis and Pathophysiology. Pathophysiology. 2022;29(3):555-569. Published 2022 Sep 9. doi:10.3390/pathophysiology29030043

- 3- Kavak A, Topkarcı Z, et al. Pigmented fungiform papillae of the tongue: Co-existence of two patterns in the same patient and associated dental pigmentation. Turkderm - Turk Arch Dermatol Venereol 2021;55:45-7
- 4- Ogrum A, Takcı Z, et al. Pigmente Fungiform Papilla:Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2018;28(1):32-4
- 5- Alshammasi B, Albasry Z, Meshikhes F. Oral hyperpigmentation associated with hydroxyurea in a patient with polycythemia vera: A case report. Clin Case Rep. 2020;8(10):1904-1909. Published 2020 Jun 3. doi:10.1002/ccr3.3012

RESİM 1





ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Dilin anterolateralinde dağınık yerleşimli bir kaç adet pigmente fungiform papilla



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-125][KABUL:POSTER]

**ORAL LİKEN PLANUS TANILI HASTALARIN KLİNİK, DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ,
KOMORBİDİTELERİ VE TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Pelin Ertop Doğan, Pınar Akci, Emel Hazindar

Bülent Ecevit Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

AMAÇ:

Liken planus (LP) etiyojisi bilinmeyen, endojen ya da ekzojen faktörlerin tetiklediği T-hücre aracılı, inflamatuvar bir deri-mukoza hastalığıdır. Görülme sıklığı %0.2-2 arasında değişmekle birlikte ülkemizdeki sıklığı %1 olarak bildirilmiştir. En sık oral mukoza tutulur. Oral liken planus (OLP) daha çok 5.-6. dekatlarda gelişir. Çocuklarda nadir görülür. Hastaların %60-65'i kadındır. Oral LP ile tiroid hastalığı, diyabetes mellitus ve dislipidemi arasında ilişki bildirilmiş olsa da kesin bağlantı kurulmamıştır. OLP, retiküler, eroziv, atrofik, plak, papüler, büllöz fenotipler gösterebilir. Lezyonlar genellikle bilateral simetrik olup en sık bukkal mukoza, dil ve gingivada yerleşir, damak tutulumu nadirdir. OLP düşük malign dönüşüm potansiyeline sahip bir hastalık olarak kabul edilir. Sigara kullanan, alkol tüketen, HCV için seropozitif olan veya eritematöz(atrofik) lezyon ile prezente olan OLP hastaları, malign dönüşüm açısından daha yüksek risk taşır. Çalışmamız kliniğimize başvuran 50 OLP tanılı hastanın demografik, klinik özellikleri ve tedavi yöntemlerini incelemeyi amaçlamıştır.

MATERYAL-METOD:

2023-2025 yılları arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalına başvuran oral tutulumu olan liken planus tanılı hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR:

Çalışmamızda 50 OLP tanısı olan hasta incelendi. Hastaların %52'si kadın(n=26), %48'i erkekti(n=24). Yaş ortalaması 54.96'ydı(min: 15, maks: 80). Ortalama hastalık süresi 52.56 aydı(min: 1 ay, maks: 240 ay). En sık lokalizasyon bilateral bukkal mukozaydı(%54, n=27).Diğer saptanan sık lokalizasyonlar dudak (%22, n=11), sol bukkal mukoza(%14, n=7) ve dil dorsaliydi(%14, n=7). En sık gözlenen alt tip retiküler tipti(%66). Onu eroziv tip(%32) ve plak tip(%24) izlemekteydi. Hastaların kliniğimize ilk başvuru şikayeti en sık ağızda yaraydı(%45). Sonrasında vücutta yaralar(%28)ve ağızda yanma(%26) şikayeti görüldü. Elli hastanın yirmi yedisinde(%54) ekstraoral tutulum mevcuttu. En sık cilt tutulumu(%46) ardından tırnak



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

tutulumu(%18) gelmekteydi. Eşlik eden hastalıklar arasında en sık diyabetes mellitus (%30), hipertansiyon(%24) ve hipotiroidi(%12) görüldü. Üç hastada eşlik eden otoimmün hastalık mevcuttu(hashimato n=2, romatoid artrit n=1). Üç hastada eşlik eden malignite bulunmaktaydı(meme ca n=2, prostat ve larinks ca=1). Skuamöz hücreli karsinom(SHK) gelişimi sadece bir kadın hastada gözlemlendi. Hastanın yaşı 77'ydi. Plak ve eroziv formda, bilateral bukkal mukoza ve gingiva tutulumu mevcuttu. Ekstraoral tutulumu eşlik etmiyordu. Malignite tanısı OLP tanısından 1 yıl sonra konuldu. Hiçbir hastada hepatit ile birliktelik gözlenmedi. Hastaların ortalama takip süresi 17 aydı. En sık kullanılan tedavi yöntemleri sırasıyla; oral asitretin(n=28), topikal steroid(n=26) ve intralezyonel steroid enjeksiyonuydu(n=14).

SONUÇ:

Literatürde yapılan benzer çalışmalarda kadın hakimiyeti(%60-65) görülürken bizim çalışmamızda farklı olarak kadın-erkek yüzdesi neredeyse eşit sıklıkta idi(%52-%48). Literatürde dudak tutulumu nadir görülürken çalışmamızda ikinci en sık tutulan alan dudaktı(%22). Ayrıca önceki çalışmalarda eşlik eden hastalıkların sıklık sıralaması hipertansiyon, diyabetes mellitus, hipotiroidi iken; çalışmamızda diyabet(%30), hipertansiyon(%24), hipotiroidi(%12) şeklinde sıralandı. En sık gözlenen alt tip, yaş ortalaması, diğer bölge tutulum sıklığı literatürle benzer tespit edildi. Bir hastamızda SHK gelişimi görüldü. Hastanın yaşı(77), cinsiyeti(kadın), liken alt tipi(plak ve eroziv) ve ekstraoral tutulum olmaması literatürle uyumlu bulundu. Literatürde uzun süreli lezyonlarda malignite riskinin artmış olduğu belirtilmiş olsa da bizim hastamızda farklı olarak tanıdan 1 yıl gibi kısa bir süre sonra SHK gelişimi görülmüştür. Liken planus kronik bir hastalık olduğundan, tedavi semptomların kontrolüne yöneliktir. Hastalarda semptomatik alevlenmeleri ve özellikle olası malign dönüşümü izlemek için uzun vadeli takip gereklidir. Erken dönemde bile SHK gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: liken planus, malignite, oral

KAYNAKLAR: 1)Xue, J. L., Fan, M. W., Wang, S. Z., Chen, X. M., Li, Y., & Wang, L. (2005). A clinical study of 674 patients with oral lichen planus in China. Journal of oral pathology & medicine: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology, 34(8), 467–472. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2005.00341.x>

2)Siriwardenaa, B. S. M. S., Hettiarachchi, K., & Jayasinghe, R. D. (2025). Clinical and demographic profile of oral lichen planus in Sri Lanka: a retrospective study. European oral



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

research, 59(1), 1–6. <https://doi.org/10.26650/eor.20241331423>

3)Agha-Hosseini, F., Sheykhbahaei, N., & SadrZadeh-Afshar, M. S. (2016). Evaluation of Potential Risk Factors that contribute to Malignant Transformation of Oral Lichen Planus: A Literature Review. *The journal of contemporary dental practice*, 17(8), 692–701.

<https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-1914>

4)Gümrü B. (2013). A retrospective study of 370 patients with oral lichen planus in Turkey. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 18(3), e427–e432.

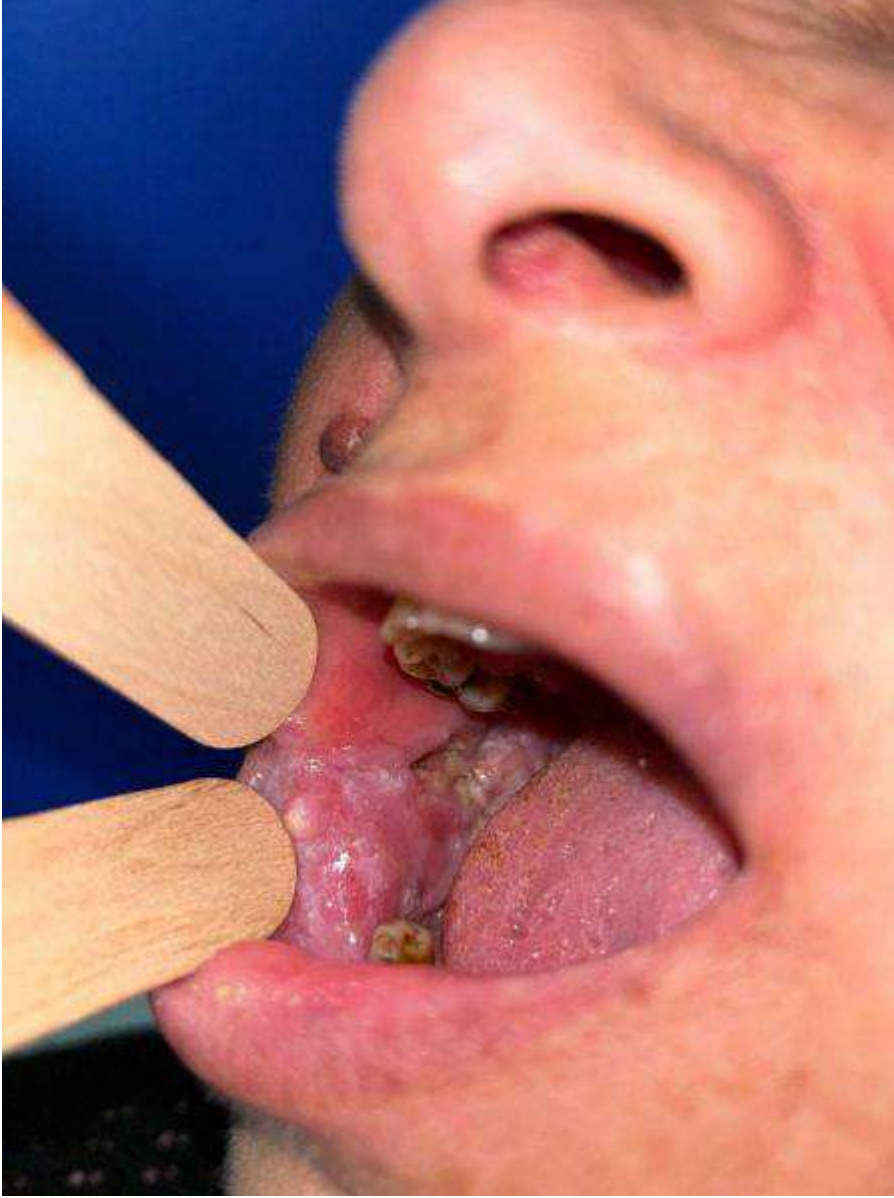
<https://doi.org/10.4317/medoral.18356>

5)Munde, A. D., Karle, R. R., Wankhede, P. K., Shaikh, S. S., & Kulkurni, M. (2013).

Demographic and clinical profile of oral lichen planus: A retrospective study. *Contemporary clinical dentistry*, 4(2), 181–185. <https://doi.org/10.4103/0976-237X.114873>

6)Kaplan, I., Ventura-Sharabi, Y., Gal, G., Calderon, S., & Anavi, Y. (2012). The dynamics of oral lichen planus: a retrospective clinicopathological study. *Head and neck pathology*, 6(2), 178–183. <https://doi.org/10.1007/s12105-011-0318-3>

RESİM1



Tanıdan 1 yıl sonra sağ bukkal bölgedeki liken planus üzerinde gelişen skuamöz hücreli karsinom



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-126][KABUL:POSTER]

SMA TİP 1 HASTASINDA GELİŞEN BİR OKLUZİF VASKÜLOPATİ VE DERİ NEKROZU OLGUSU

Mehmet İrfan Atasever¹, Ayşe Deniz Yücelten¹, Batuhan Çırak¹, Şeyma İyisenyürek², Kıymet Binnetoğlu², Bilgihan Bıkmazer², Olcay Ünver², Dilşad Türkdogan², Yavuz Aslan³, Cüyan Demirkesen⁴

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı Pediatrik Nöroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hastanesi Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Oksijen Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Spinal Musküler Atrofi (SMA) SMN1 mutasyonu ile karakterize otozomal resesif bir primer motor nöron hastalığıdır. SMN2 geni fonksiyonel kalır ve kalan SMN2 gen sayısının miktarı, hastalığın şiddetini belirler. Şiddetine bağlı olarak semptomlar da değişkendir. Ciddi kas güçsüzlüğü, hipotoni, respiratuar distres, dizotonomi, bradikardi, konjenital kalp defektleri, kraniyofasiyel kas tutulumu ve deri nekrozu ile seyredebilir. Deri nekrozu SMA tip 0 ve 1a dışında nadir görülür. 2016'da geliştirilen nusinersen, intratekal uygulanır ve fonksiyonel SMN protein üretimini alternatif yollarla artırır. Nusinersenin vasküler perfüzyon anomalilerini de azalttığı düşünülmektedir. Burada okluzif vaskülopatiyeye sekonder deri nekrozu gelişen 5 aylık SMA'lı bir kız çocuğu nadir görülmesi nedeniyle sunulmaktadır.

OLGU:

Tip 1 SMA ile çocuk nöroloji tarafından takip edilen 5 aylık kız hasta dermatoloji polikliniğine sağ el ve ayakta 1 aydır olan kızarıklık ve morarma sebebiyle konsülte edildi. Burnunda da ara sıra kızarıklık olup gerilediği öğrenildi. Toplam 4 doz intratekal nusinersen uygulanmıştı. Son uygulama tarihi ise 2 ay öncesi olarak tariflendi. Enfeksiyon öyküsü veya başka ilaç kullanımı tariflenmedi. Akraba evliliği yoktu. Sekundum tip atrial septal defekt dışında başka bilinen



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

hastalığı da olmayan hastanın fizik muayenesinde sağ ayak başparmak lateral periungal bölgede eritemli hemorajik krutlu ödematöz görünümlü alan görüldü. Bilateral el 5. Parmak tırnak altlarında peteşiler izlendi. 2 hafta sonrasında ise sağ ayak dorsumu medialinde keskin sınırlı siyah nekrotik alan görüldü. Klinik bulgular SMA ilişkili deri nekrozu ile uyumlu değerlendirildi. Vaskülit ve tromboemboliye sekonder okluzif vaskülopati ön tanıları ile 5. parmak proksimalinden 3 mm deri punch biyopsi alındı. Biyopside epidermis, üst ve kısmen orta dermiste geniş alanda nekroz-nekrobiyoz, tüm dermis ve subkutan yağ dokusunda küçük çaplı damar proliferasyonu, damar duvarlarında ve lümenlerinde fibrinoid madde varlığı, bol ekstravaze eritrosit izlendi. PAS-AB boyasıyla fibrinoid maddede metakromazi gözlemlendi. Bulgular dermis ve subkutan yağ dokusunda küçük çaplı damarları tutan okluzif vaskülopati niteliğinde değerlendirildi ve SMA tip 1'de görülebilen tromboemboliye sekonder gelişmiş olabilir, şeklinde yorumlandı. Hasta klinik ve patolojik bulguları uyumlu olduğundan SMA'ya sekonder tromboemboli ve okluzif vaskülopati tanısı aldı. Emboli ve trombofili araştırmasına başlandı. Lezyon progresyonunun durdurulması için asetil salisilat 25 mg 1x1, enoksaparin 100U/kg, sildenafil 6 mg 2x1 başlandı. D-dimer 1.1 mg/L ile yüksek görüldü (0-0.5 mg/L). Protein C: %68 (N>70), PT, INR, aPTT, fibrinojen referans değerlerinde izlendi. Endokarditi ekarte etmek için hastanın ekosu çekildi ve ASD dışında doğal değerlendirildi. Nekroz debridmanı sonrası sınırlar temiz izlendi. Genetikten istenen trombofili panelinde MTHFR ve Faktör XIII'te heterozigot mutasyon izlendi. Vasküler oklüzyon açısından istenen alt ve üst ekstremiteler arteriyel doppler USG'sinde lümen içinde ekojenite saptanmadı.

SONUÇ:

SMA çocuk nörolojinin ilgilendiği bir hastalık olmasına rağmen özellikle vasküler perfüzyon anomalileri gibi bazı komplikasyonları dermatolojik bulgularla kendini gösterebilir. Deri nekrozu daha çok distal bölgeleri tutsa da proksimal bölgeleri de tutabileceği bilinmektedir. Bu olgu, SMA gibi iyi bilinen bir hastalığın komplikasyon gelişiminde erken tanının ve hastalığın yakın takibinin önemini vurgulamaktadır. Hastanın cilt bulguları, nekrozun erken tanınmasına katkı sağlayabilir ve nekroz progresyonunun durdurabilir. Şüphe halinde profilaktik antikoagülan kullanılması ilerleyici komplikasyonları önlemek açısından büyük önem taşımaktadır. Multidisipliner takip, bu tür komplikasyonların önlenmesinde kritik rol oynamaktadır.

ANAHTAR KELİMELE: SMA, okluzif vaskülopati, nekroz



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

KAYNAKLAR: 1. Weissman AS, Kennedy KR, Powell MR, et al. Skin necrosis in spinal muscular atrophy: Case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2021; 38: 632–636.
2. Salmin, F., Albamonte, E., Morettini, et al. Resolution of skin necrosis after nusinersen treatment in an infant with spinal muscular atrophy. *Muscle Nerve* 2019; 59: E42-E44.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-127][KABUL:POSTER]

**PALMOPLANTAR HİPERHİDROZUN ARDINDAKİ SESSİZ TANI: PAKİONİŞİ KONJENİTA TİP 1
VAKASI**

Ahmet Turan Ünsal¹, Şeyma Yazıcı Doğan², Rukiye Yasak Güner¹, Mustafa Tosun¹, Melih Akyol¹

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Sivas Numune Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniği

GİRİŞ-AMAÇ:

Pakionişi Konjenita (PK), nadir görülen otozomal dominant geçişli genodermatozlar grubundan bir hastalıktır. Palmoplantar keratoderma, tırnak distrofisi ve oral mukozal lezyonlarla karakterize olup, hastaların yaşam kalitesini belirgin derecede etkileyebilir (1,2). Bu olgu sunumunda PC Tip 1 tanısı alan genç bir hasta üzerinden, hastalığın klinik özellikleri, tanı yaklaşımı ve tedavi seçeneklerinin vurgulanması amaçlanmıştır.

OLGU:

21 yaşında erkek hasta, askerlik görevini yerine getirirken kliniğimize başvurdu. Hastanın şikâyetleri arasında ne zamandır mevcut olduğunu hatırlamadığı bilateral el ve ayaklarda aşırı terleme ve ağrı vardı. Hastanın bilinen ek bir hastalığı, düzenli ilaç kullanımı, alerjisi veya geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü bulunmamaktaydı. Alınan detaylı anamnezde annesi, kardeşleri ve anneannesinde de benzer şikâyetlerin olduğu ve daha önce herhangi bir tedaviyle çözüm bulunamadığı öğrenildi.

Yapılan fizik muayenesinde bilateral el ve ayak tırnaklarının tamamında belirgin subungal hiperkeratoz ve onikogrifoz, bilateral plantar bölgede yoğun fokal hiperkeratoz alanları gözlemlendi. Oral mukoza muayenesinde sol bukkal mukozada lökokeratoz saptandı. Ayrıca bilateral femoral bölgelerinde yaygın folikülit lezyonları mevcuttu.

Anamnez derinleştirildiğinde hastanın tırnak bozukluğunun doğuştan itibaren mevcut olduğu, aile bireylerinde de benzer durumun gözlemlendiği öğrenildi. Palmoplantar hiperhidroz şikâyetinin ise ergenlik sonrası belirginleştiği belirtildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Hastadan sekonder palmoplantar hiperhidrozun etiyojisi açısından tiroid fonksiyon testleri (TSH, serbest T4, serbest T3), açlık kan şekeri, HbA1c, tam kan sayımı, CRP, sedimentasyon değeri, katekolamin seviyeleri (plazma serbest metanefrin/normetanefrin) ve elektrolit-böbrek fonksiyon testleri (serum sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor, kreatinin, üre) istendi ve testlerde herhangi bir anormallik saptanmadı.

Hasta, klinik bulguları nedeniyle Pakionişi Konjenita ön tanısıyla tıbbi genetik bölümüne konsülte edildi. Tıbbi genetik değerlendirme sonucunda KRT6A mutasyonu tespit edilerek hastaya Pakionişi Konjenita Tip 1 tanısı konuldu. Tanı sebebiyle hasta askerlikten muaf tutuldu. Semptomatik tedavi amacıyla hastaya asitretin 20 mg/gün başlandı. Ancak devamında hasta şehir değiştirdiği için takibimizden çıktı.

SONUÇ:

Pakionişi Konjenita (PK), keratin genlerinde meydana gelen mutasyonlar sonucu gelişen nadir otozomal dominant bir genodermatozdur (3). Tipik olarak kalınlaşmış, distrofiye uğramış tırnaklar (onikogrifoz), palmoplantar hiperkeratoz, oral lökokeratoz ve foliküler keratoz gibi bulgularla karakterizedir (4). Bizim vakamızda da görüldüğü gibi, palmoplantar hiperhidroz şikâyeti PK ile ilişkili olarak görülebilir ancak tek başına başvuru nedeni olarak oldukça nadirdir (5). Genellikle PK hastaları tırnak değişiklikleri, ağrı veya kozmetik rahatsızlıklar sebebiyle başvurumaktadırlar. Hastamızda da görülen KRT6A mutasyonu, PK Tip 1'in karakteristik bulgularından sorumlu tutulmaktadır (6). PK hastalarının tanısında klinik değerlendirme yanında, genetik analiz de önem arz etmektedir (7). Ayrıca askerlik gibi zorunlu görevlerde bu tür kalıcı ve fonksiyonel kısıtlayıcı hastalıkların tespiti büyük önem taşımaktadır (8). Hastamızda olduğu gibi, tanının erken dönemde konması, hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve sosyal yükümlülüklerden muafiyet sağlanması açısından faydalı olmaktadır (9).

ANAHTAR KELİMELEER: Pakionişi Konjenita, Hiperhidroz, Lökokeratoz

KAYNAKLAR: 1. Shah S, Boen M, Kenner-Bell B, Schwartz RA. Pachyonychia congenita: clinical features, diagnosis, and management. Am J Clin Dermatol. 2014;15(6):543-553.
2. Wilson NJ, O'Toole EA, Milstone LM, Hansen CD, Shepherd AA, Smith FJD. The molecular genetic analysis of pachyonychia congenita: A review. J Dermatol Sci. 2014;77(1):3-12.
3. Eliason MJ, Leachman SA, Feng BJ, Schwartz ME, Hansen CD. A review of the clinical phenotype of 254 patients with genetically confirmed pachyonychia congenita. J Am Acad

Dermatol. 2012;67(4):680-686.

4. Smith FJD, Hansen CD, Hull PR, et al. Pachyonychia congenita. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington; 2017.

5. Kaspar RL. Challenges in developing therapies for rare diseases including pachyonychia congenita. J Invest Dermatol Symp Proc. 2005;10(1):62-66.

6. Wilson NJ, Leachman SA, Hansen CD, et al. A large mutational study in pachyonychia congenita. J Invest Dermatol. 2011;131(5):1018-1024.

7. Goldberg I, Sprecher E, Schwartz ME, Gaitini D. Pachyonychia congenita: report of a case and review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26(6):722-725.

8. Hickerson RP, Smith FJD, Reeves RE, et al. Single-nucleotide-specific siRNA targeting in a dominant-negative skin model. J Invest Dermatol. 2008;128(3):594-605.

9. Leachman SA, Hickerson RP, Schwartz ME, et al. Pachyonychia congenita overview and management. J Am Acad Dermatol. 2014;70(5):852-863.

RESİM 1:



Her iki ayakta tüm tırnaklarda belirgin subungal hiperkeratoz, onikogrifoz ve ayak tabanında fokal hiperkeratoz alanları izlenmektedir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-128][KABUL:POSTER]

NECTIN4 GENİNDE YENİ BİR MUTASYON GÖSTEREN BİR EKTODERMAL DİSPLAZİ-SİNDAKTİLİ SENDROMU OLGUSU

Ertuğrul Dursun¹, Ayşe Deniz Yücelten¹, Esra Hilal Ceylan², Bilgen Bilge Geçkinli²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Ektodermal displaziler, saç, diş, tırnak ve ter bezleri gibi majör ektodermal yapılardan iki veya daha fazlasında anormalliklerle karakterize olan ve sebace ve mukus bezleri gibi diğer ektodermal yapıların da etkilenebildiği genetik bir hastalık grubudur. Genetik testler, doğru tanı konulmasında önemli bir rol oynar. Bu posterde nadir görülen ve “nektinopatiler” alt başlığında kabul edilen bir ektodermal displazi olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

6 yaş erkek hasta tarafımıza saç ve dişlerde bozukluk nedeniyle başvurdu. Hastanın iki kardeşinde benzer öykü tariflenmiyor. Anne babası arasında 2. derece akrabalık ilişkisi mevcut (kuzen). Konuşma geriliği nedeni ile yapılan işitme testinde bilateral hafif derecede iletim tipi işitme kaybı saptanmış. EEG’de epileptiform anormali izlenmemiş. Fizik muayenesinde vücutta yaygın kserozis ve ince deskuamasyon, yüzde dismorfizm, kulaklarda düşüklük, saç, kaş ve kirpiklerde hipotrikoz (Resim-1), bilateral ayak 2-3. parmaklarda parsiyel sindaktili (Resim-2.1), dişlerde eksiklik ve küçük boyut (Resim-2.2) izlendi. Terleme normaldi, palmoplantar hiperkeratoz yoktu. Tırnaklar normaldi. Hastada büyüme gelişme geriliği mevcuttu. Genetik değerlendirmede NECTIN4 c.1000G>T (p.Asp334Tyr) homozigot mutasyonu saptandı.

SONUÇ:

Ektodermal displaziler genetik olarak heterojen bir hastalık grubu olup sınıflandırılmasında



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

altta yatan genetik defektin saptanması önem taşımaktadır.

EDSS çok nadirdir ve literatürde dünya çapında şu ana kadar değişken mutasyonlara sahip 15 aile bildirilmiştir. EDSS, kadherin bazlı adherens bağlantılarının oluşumunda rol oynayan bir hücre adezyon molekülü olan Nectin-4'ü kodlayan NECTIN4'teki (PVRL4 olarak da adlandırılır) resesif mutasyonlardan kaynaklanır. Klinik olarak kırılğan saçlar, saç, kaş ve kirpiklerde hipotrikoz ve progresif alopesi, dişlerde hipodonti ve çivi şeklinde dişler, parsiyel kutanöz sindaktili ile karakterize olan ve terlemenin genellikle normal olarak izlendiği bir ektodermal displazi alt grubudur.

Bu posterde otozomal resesif geçişli NECTIN4 mutasyonu ile karakterize Ektodermal Displazi-Sindaktili Sendromu (EDSS) olgusu genetik mutasyon ile klinik bulguların uyumlu olması, nadir görülen bir ektodermal displazi alt grubu olması ve literatürde ilk kez saptanan bir NECTIN4 mutasyonuna sahip olması nedeni ile sunulmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: ektodermal displazi, hipotrikoz, nectin4, nektinopati, sindaktili

KAYNAKLAR: (1) Caroppo F, Fagotto L, Fortina A.A novel pathogenic variant of NECTIN4 gene in a child with ectodermal dysplasia-syndactyly syndrome. Indian Dermatol Online J, 2022; 14:110.

(2) Hajra, B, Abdullah, N, Bibi N et al.A novel homozygous nonsense mutation in NECTIN4 gene in a Pakistani family with ectodermal dysplasia syndactyly syndrome 1. An Bras Dermatol, 2023; 98:580–586.

(3) Ahmad, F, Nasir A, Thiele H et al.A novel homozygous missense variant in NECTIN4 (PVRL4) causing ectodermal dysplasia cutaneous syndactyly syndrome. Ann Hum Genet, 2018; 82:232–238.

(4) Guillén-Navarro E, Martínez-Menchón T, P. Sybert V. Other Genodermatoses. In J.L. Bolognia, J.V. Schaffer, L. Cerroni, Dermatology, Elsevier. 5th ed. 2024:1055-1063.

RESİM 1.



Saç, kaş ve kirpiklerde hipotrikoz, yüzde dismorfizm ve kulaklarda düşüklük.

RESİM 2.



Solda bilateral 2-3. parmaklarda parsiyel kutanöz sindaktili, sağda küçük boyutlu ve eksik dişle



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-129][KABUL:POSTER]

RİNOFİMA HASTALARINDA ELEKTROCERRRAHİ İLE %50 TCA KOMBİNASYONU UYGULAMASININ SONUÇLARI

Gülşen Akoğlu, Ahmet Tecik

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

GİRİŞ VE AMAÇ

Rinofima, ileri evre rozasea hastalarında burunda şekil bozukluğuna neden olan, sebace bez hipertrofisi, vasküler yapıların artışı ve bağ dokusunun proliferasyonu ile karakterize bir klinik tablodur. En sık 5.-7. dekatlardaki erkeklerde görülmekte olup kozmetik ve fonksiyonel problemlere yol açabilir. Rinofima tedavisinde, medikal yöntemler yalnızca erken evrelerde sınırlı fayda sağlayabilmekte olup tedavinin asıl temelini doku hacmini azaltmaya yönelik destrüktif tedaviler oluşturur. Bu çalışmada elektrocerrahi ile %50 trikloroasetik asit (TCA) kombinasyon tedavisinin sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Rinofima elektrocerrrahis ile birlikte %50 TCA uygulanan 6 hastanın tıbbi kayıtları ve fotoğrafları retrospektif olarak analiz edildi. Çalışma öncesi yerel etik kurul tarafından onay alındı (Tarih: 10/04/2025, No: 2025/47-düzeltilme). Tüm hastalardan, işlemin uygulanmasına ve kimlik tespiti mümkün olabilecek görsellerin yayınlanmasına ilişkin yazılı aydınlatılmış onam alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, rinofima şiddeti, tedavi sonrası yara bakımı ve tedavi sonuçları incelendi. Kozmetik sonuçlar, hekimin kozmetik değerlendirme skalası ve hastanın kozmetik memnuniyet skalası ile değerlendirildi.

BULGULAR

Tüm hastalar 60 yaşından büyük erkeklerden oluşmaktaydı ve rinofima süresi 5 ila 21 yıl arasında değişmekteydi. Rinofima Şiddet İndeksi (RHISI) skorları iki hastada 4, dört hastada ise 5 olarak saptandı. Tüm hastalar tedavi sürecini iyi tolere etti. Elektrocerrahiden sonra yara bakımı için bizmut subgallat tozu uygulandı. Bizmut subgallat tabakası kuruyup deriden



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ayrılana kadar yerinde kaldı; bu süre 5 ila 18 gün arasında değişti. Sonrasında, 7 ila 17 gün boyunca günde iki kez kolajen jel uygulandı. İşlem gününden tam epitelizasyonun sağlandığı güne kadar geçen toplam süre 19 ila 30 gün arasında değişti. Sadece bir hastada alar bölgelerde belirgin skar gelişti, bir hastada hiçbir komplikasyon gözlenmedi, kalan dört hastada ise sınırlı alanlarda minimal deri değişiklikleri görüldü. Hastaların kozmetik memnuniyet puanları 7 (memnun) ile 10 (çok memnun) arasında değişmekteydi.

SONUÇ

Elektrocerrahi ile %50 TCA kombinasyonu uygulaması, rinofima hastalarında pratik, tolere edilebilir ve maliyet açısından etkili bir tedavi yöntemi sunmaktadır. Topikal bizmut subgallat toz ve kolajen jel ile yapılan yara bakımı, 2 ila 3 haftalık hızlı bir iyileşme süreci sağlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELE: elektrocerrahi, rinofima, trikloroasetik asit

- KAYNAKLAR:** 1. Chauhan R, Loewenstein SN, Hassanein AH. Rhinophyma: Prevalence, Severity, Impact and Management. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2020 Aug 11;13:537-551. DOI: 10.2147/CCID.S201290. PMID: 32848439; PMCID: PMC7429105.
2. Benyo S, Saadi RA, Walen S, Lighthall JG. A Systematic Review of Surgical Techniques for Management of Severe Rhinophyma. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2021 Dec;14(4):299-307. DOI: 10.1177/1943387520983117. Epub 2021 Jan 6. PMID: 34707790; PMCID: PMC8543596.
3. Dugourd PM, Guillot P, Beylot-Barry M, Cogrel O. Surgical treatment of rhinophyma: Retrospective monocentric study and literature review. Ann Dermatol Venereol. 2021 Sep;148(3):172-176. DOI: 10.1016/j.annder.2021.02.004. Epub 2021 Jun 24. PMID: 34176641.
4. Gaspar N, Gaspar APA, Aidê MK. Rhinophyma: practical and safe treatment with trichloroacetic acid. Surg Cosmet Dermatol 2014;6(4):368-372.
5. Firat C, Erbatır S, Elmas O, Aytekin AH. An alternative micrographic method for decreasing bleeding and recurrence in the treatment of rhinophyma. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012 Mar;16(3):418-21. PMID: 22530361.
6. Wetzig T, Averbek M, Simon JC, Kendler M. New rhinophyma severity index and mid-term results following shave excision of rhinophyma. Dermatology. 2013;227(1):31-6. DOI: 10.1159/000351556. Epub 2013 Aug 30. PMID: 24008235.
7. Santos RM, Sampaio CP, Moraes DP, Lima RL. Evaluation of the effects of bismuth subgallate on wound healing in rats. Histological findings. Int Arch Otorhinolaryngol. 2016 Oct;20(4):377-381. DOI: 10.1055/s-0036-1583760. Epub 2016 May 4. PMID: 27746843;

PMCID: PMC5063747.

8. Rosário JDS, Moreira FH, Rosa LHF, Guerra W, Silva-Caldeira PP. Biological activities of bismuth compounds: an overview of the new findings and the old challenges not yet overcome. Molecules. 2023 Aug 7;28(15):5921. DOI: 10.3390/molecules28155921. PMID: 37570891; PMCID: PMC10421188.

ŞEKİL 1



Hasta 1 a, e, i: tedavi öncesi. b, f, j: 0.gün, bizmut subgallat toz uygulandı. c, g, k: 8. gün, bizmut subgallat tabakası kaldırılıp kolajen jel başlandı. d, h, l: 28.gün, re-epitelizasyon.

TABLO 1- HASTALARIN KLİNİK TAKİBİ

Hasta numarası	Tedavi öncesi rinofima şiddet indeksi (RHISI) skoru	İşlem sonrası yara bakımı	Tam re-epitelizasyona kadar geçen süre	Yan etki	Takip süresi (ay)
1	5	8 gün BS, 17 gün KJ	25	Alar bölgelerde minimal atrofi	4
2	5	12 gün BS, 7 gün KJ	19	-	6,5
3	5	13 gün BS, 17 gün KJ	30	Dorsumda minimal lineer skar	5,5
4	4	18 gün BS, 11 gün KJ	29	Alar bölgelerde skar	6,5
5	5	5 gün BS, 15 gün KJ	20	Sağ alar bölgede minimal lineer skar	3
6	4	9 gün BS, 12 gün KJ	21	Dorsumda minimal hipopigmentasyon	3

BS: bizmut subgallat, KJ: kolajen jel

TABLO 2- TEDAVİ SONRASI HASTA MEMNUNİYETİ VE HEKİMİN KOZMETİK DEĞERLENDİRMESİ

Hasta numarası	Hasta memnuniyet skoru*	Hasta memnuniyet derecesi**	Hasta tedaviyi diğer hastalara öneriyor mu?	Hekimin kozmetik değerlendirme skoru*	Hekimin kozmetik değerlendirme derecesi***



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

1	10	Çok memnun	Kesinlikle öneriyor	8	İyi
2	10	Çok memnun	Kesinlikle öneriyor	9	İyi
3	9	Çok memnun	Kesinlikle öneriyor	9	İyi
4	10	Çok memnun	Kesinlikle öneriyor	6	Orta
5	10	Çok memnun	Kesinlikle öneriyor	8	İyi
6	7	Memnun	Öneriyor	9	İyi

*0-10 arası bir ölçekle **4 kategoride derecelendirilerek; memnun değil, emin değil, memnun, çok memnun ***4 kategoride derecelendirilerek; zayıf (0-3), orta (4-6), iyi (7-9), mükemmel (10)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-130][KABUL:POSTER]

**ABOBOTULİNUM TOKSİN A BİYOAKTİVİTESİNİN OZON ENJEKSİYONU İLE
NÖTRALİZASYONUNUN YARIM VÜCUT KARŞILAŞTIRMALI TAVŞAN MODELİNDE
DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE BİR PİLOT ÇALIŞMA**

Akın Tuna¹, Mustafa Şen¹, Ayşenur Botsalı¹, Okan Ali Aksoy², Özge Banu Öztürk³, Ercan Çalışkan¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

³Özel Klinik, Ankara

AMAÇ:

Botulinum toksin (BoNT), nöromusküler kavşakta periferik motor nöron aksonlarından asetilkolin salınımı inhibe ederek geçici kimyasal denervasyon ve kas paralizisine neden olur. Kozmetik amaçla kullanılan botulinum toksin enjeksiyonları, hatalı teknik ve yanlış dozlarda uygulandığında toksinin hedef dışı kaslarda da etki göstermesine bağlı olarak blefaropitozis, fasyal asimetri, gülüş asimetrisi gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Her ne kadar bu komplikasyonlar hemen her zaman geri dönüşlü olsa kozmetik açıdan iyileşme bekleyerek işlem yaptıran kişilerde ortaya çıkan fonksiyonel ve estetik kayıp hızlı bir düzeltme için gerekli müdahaleleri zorunlu kılmaktadır. Bu durumda uygulanacak girişimlere dair algoritma net değildir, standardize edilmemiştir. Literatürde ozon gazının, sıvı çözeltiler içerisinde bulunan botulinum toksini inaktive ettiğini gösteren çeşitli çalışmalar mevcut olsa da bu etkinin in-vivo geçerliliğini ortaya koyan veri bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı botulinum toksin ile anterior aurikuler kas paralizisi uygulanan tavşan modelinde, ozon gazının doğrudan etkilenen kas içerisine oksidan dozlarda enjeksiyonunun mevcut paralitik etkiyi geri döndürücü etkisini değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD:

Bu araştırmada, 3 adet erkek Yeni Zelanda Beyaz Tavşanının her iki m. auricularis anterior (mAA) kasını paralyze etmek için 15 SU Aboobotulinum toksin A enjeksiyonu yapıldı. Paralizinin derecesi, Jabor ve ark. tarafından daha önce tanımlanan 'statik derecelendirme sistemi' temel alınarak geliştirilen görsel bir derecelendirme sistemi ile değerlendirildi. Buna göre



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

kulaklarında pozisyonunda başlangıça göre hiç değişme olmaması Derece 0, 0° ile 30° arasında posteroinferior değişim Derece 1, 30° ile 60° arasında posteroinferior değişim Derece 2, 60° ve üzeri posteroinferior değişim Derece 3 olarak belirlenmiştir. Maksimum paralizi geliştikten sonra tavşanların sağ mAA kasına 4 hafta boyunca haftada 2 defa olmak üzere toplam 8 seans 10 µg/mL (~ppm) ozon (O₃) enjeksiyonu yapılırken, karşılaştırmalı değerlendirme yapılacak sol mAA kasına eş zamanlı olarak oda havası enjekte edildi. Enjeksiyonları takiben 8 hafta boyunca deneklerin haftada iki defa bir fotoğraf makinesi yardımıyla fotoğrafları alınarak kulakların pozisyonu görsel olarak değerlendirildi. Deney çıktıları daha önce aynı tavşan modeli üzerinde Abobotulinum toksin etki süresi için müdahalesiz izlem uygulanan bir başka çalışmamızdan elde edilen sonuçlar ile karşılaştırmalı değerlendirildi.

BULGULAR:

Bütün deneklerde BonT enjeksiyonlarını takiben 2 hafta içerisinde maksimum paralizi (Derece 3) meydana geldi ve bu dönem enjeksiyon başlangıç noktası olarak standardize edildi. Ozon enjeksiyonlarının başlangıcını takiben 1. haftada bütün deneklerin ozon enjekte edilen sağ kulaklarında 30° üzerinde (Derece 2), 2. haftada ise tama yakın düzelme gözlenirken (Derece 0), oda havası enjekte edilerek kontrol grubu görevi gören sol kulaklarda değişiklik gözlenmemiştir. Ozon enjeksiyonlarının başlangıcını takiben 8. haftada bütün deneklerde kontrol grubu olan sol kulakların da doğal pozisyonlarına döndüğü görülmüştür. Daha önceki çalışma verilerinde paralitik etkinin 16 haftaya kadar devam ettiği gösterilmesine karşı kontrol grubu olan sol kulaklarda paralitik etkinin 8 haftada sona ermesi ozonun enjekte edilen dokuda lokal difüzyonu veya kontrol grubunda da haftada 2 kez uygulanan ponksiyon etkisiyle ilişkilendirilebilir.

SONUÇ:

Bütün deneklerde, ozon enjeksiyonlarını takiben 2. hafta içerisinde kontrol grubu olan sol kulakların paralitik pozisyonlarını korumasına rağmen deney grubunu oluşturan sağ kulakların BonT enjeksiyonu öncesi doğal pozisyonlarına dönmesi Abobotulinum Toksin A biyoaktivitesinin nötralizasyonunda ozon gazının lokal enjeksiyonunun etkili ve gelecek çalışmalar için heyecan verici sonuçlar ortaya çıkardığını göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Botulinum Toksin, Kas Paralizi, Oksidatif İnaktivasyon, Ozon Enjeksiyonu, Tavşan Modeli



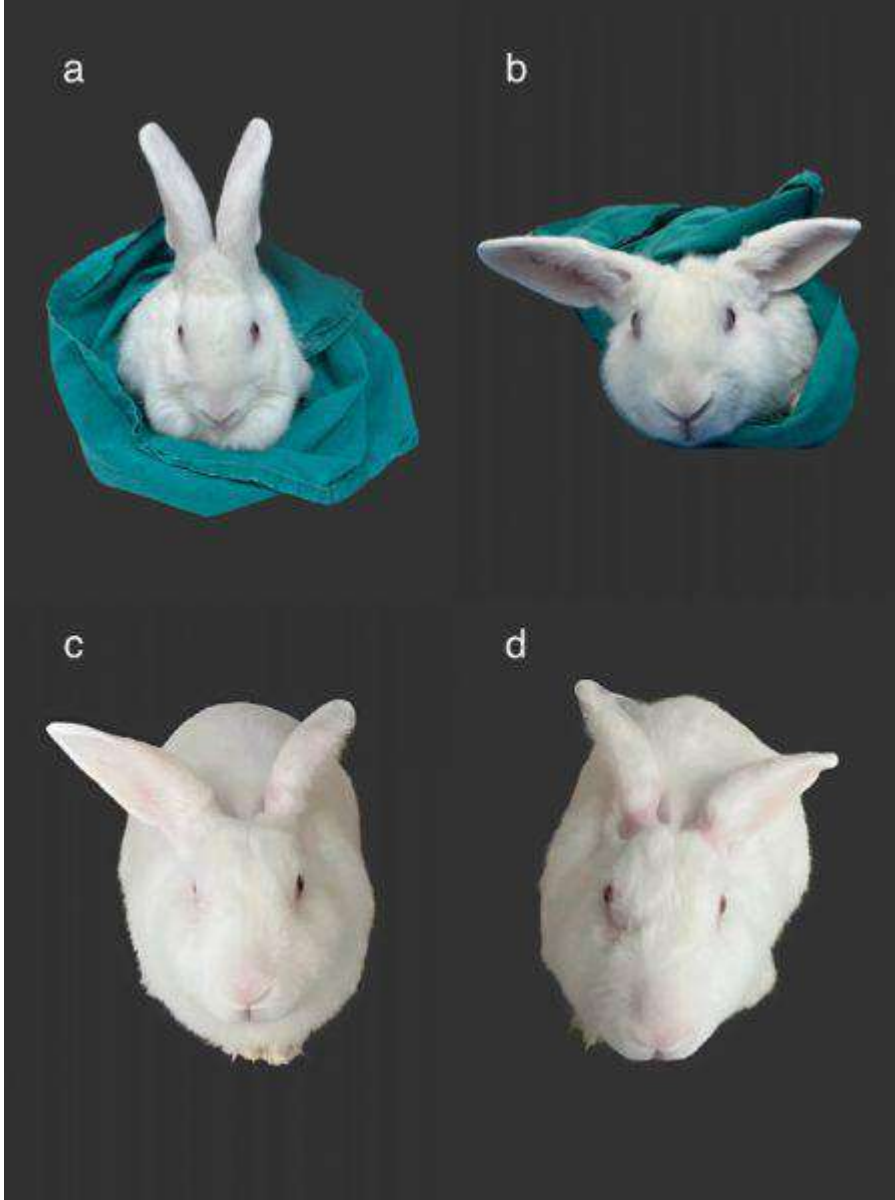
ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1-Miller, S., B. Burkhardt, R. Erlich and R. J. Peterson Disinfection and sterilization of sewage by ozone. *Advances in Chemistry* 21, 381-387 (1957).
- 2-John T. Graikoski, Walter J. Blogoslawski & Joseph Choromanski (1984) Ozone Inactivation of Botulinum Type E Toxin, *Ozone: Science & Engineering*, 6:4, 229-234
- 3-Esme P, Botsali A, Erbil H, Aksoy AO, Caliskan E. Bioactivity of abobotulinum toxin is preserved till 2 weeks upon storage at room temperature: Half body comparative study on rabbit model. *J Cosmet Dermatol.* 2021;20:1367–1373.
- 4-Jabor MA, Kaushik R, Shayani P, et al. Efficacy of reconstituted and stored botulinum toxin type A: an electrophysiologic and vi- sual study in the auricular muscle of the rabbit. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(7):2419-2426; discussion 27–31.
-

RESİM 1



a) Botulinum toksin enjeksiyonu öncesi:Derece 0 paralizi, b) Botulinum toksin enjeksiyonu sonrası 2.hafta:Derece 3 paralizi, c) Sağ kulaklara ozon enjeksiyonlarını takiben 1. hafta: Derece 2 paralizi, d) Sağ kulaklara ozon enjeksiyonlarını takiben 2.hafta:Derece 0 paralizi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-132][KABUL:POSTER]

LİPOİD PROTEİNOZİS: MONİLİFORM BLEFAROZİS ÖNCESİ BELİRTİLERLE SEYREDEN NADİR BİR OLGU

Yusuf İslam Eren, Hatice Feyza Aydın, Çağla Çubukçu

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı Rize

GİRİŞ

Lipoid Proteinozis (LP), deri, muköz membranlar, beyin ve iç organlar dahil olmak üzere vücudun çeşitli bölgelerinde PAS-pozitif boyanan hiyalin, amorf materyalin ekstraselüler ve perivasküler birikimi ile karakterizedir. Son yıllarda, LP'nin 1. kromozomda yer alan ECM1 genindeki mutasyonlara bağlı geliştiği gösterilmiştir.(1) Bu yazıda, klasik moniliform blefarozis bulgularından önce farklı sistemik ve kutanöz semptomlarla başvuran, tanısı gecikmiş bir LP olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

33 yaşında erkek hasta, her iki dirsek ve aksiller bölgede şiddetli kaşıntı eşliğinde eritemli, kalın, verrüform hiperkeratotik plaklar nedeniyle başvurdu.(resim 1) Dermatolojik muayenede bilateral, kaşıntılı kirpik hattı boyunca 2-3 mm çaplarında, lineer dizilimli, beyazımsı papüller (resim 2c); dilde sertlik, infiltrasyon ve frenulum sklerozu; dudakta ödem ve infiltrasyon;(resim 2a) ve dudak kenarlarında atrofik varioliform skarlar tespit edildi.(resim 2b) Göz şikayetleri yaklaşık yedi yıl önce başlamış, yapılan göz kapağı biyopsisinde "pterjium" tanısı konulmuştur. Hastanın ses kısıklığı ortaokul döneminde başlamış, ilerleyen dönemlerde boğulma atakları yaşaması üzerine KBB Kliniği tarafından epiglot biyopsisi yapılmış, amiloid birikimi saptanmamış, hafif dereceli displazi saptanmış ve hasta yakın takibe alınmıştır. Aile öyküsünde benzer şikayetleri olan birey bulunmamaktadır. Sistemik sorgulaması ve rutin laboratuvar testleri normaldi. Oftalmolojik, psikiyatrik ve nörolojik muayenelerinde patoloji saptanmadı. Genetik analiz, hastaya yapılan PCR testi sonucu ECM1 geni 8-10. ekzonlarını kapsayan homozigot delesyon saptanmıştır ve LP tanısı için klinik korelasyon önerilmiştir. Hastanın tipik lezyonları bulunmasından dolayı ek tetkiklere gerek duyulmamıştır. Histopatolojik incelemede epidermiste hiperkeratoz, hipergranüloz ve akantoz saptandı. Üst dermiste damarlar ve deri ekleri çevresinde yoğunlaşan amorf eozinofilik materyal birikimi ve kronik inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlendi. PAS ve d-PAS boyamalarında materyalin pozitif boyandığı gözlemlendi; Kongo kırmızısı ile amiloid birikimi saptanmadı. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda LP tanısı konuldu.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TARTIŞMA

LP'nin klinik prezentasyonu değişkenlik göstermekle birlikte, genellikle ergenlik döneminde başlayan ses kısıklığı en erken bulgudur.(5) Çocukluk döneminde akneiform skarlar, verrüform papüller, moniliform blefarozis gibi tipik deri ve mukozal bulgular gelişir. Dil kalınlaşması, frenulum sklerozuna bağlı dil hareketlerinde kısıtlılık ve larinks tutulumu oldukça karakteristiktir. Sunulan olguda ses kısıklığı çocuklukta başlamış; ancak klasik göz kapağı bulguları 20'li yaşların ortalarında ortaya çıkmış ve farklı tanımlarla tedavi edilmeye çalışılmış, ancak yanıt alınamamıştır.

Bu olgu, klasik moniliform blefarozis lezyonları ortaya çıkmadan yıllar önce sistemik ve kutanöz bulgular göstermiştir. Bu, LP'nin moniliform blefarozis öncesinde de dikkate alınması gerektiğine işaret eden nadir bir klinik örnektir. Literatürde bildirilen LP olgularında kutanöz lezyonların çoğunlukla asemptomatik olduğu belirtilmiştir. Ancak sunulan olguda özellikle aksiller, dirsek ve göz kapaklarındaki lezyonların şiddetli kaşıntıya neden olması, diğer olgulardan ayrılan belirgin bir özelliktir.(6)

LP'nin tanısı, klinik bulguların histopatolojik incelemelerle desteklenmesiyle konur. LP'li hastalarda epidermiste hiperkeratoz, akantoz, üst dermiste PAS-pozitif eozinofilik hiyalin madde birikimi gözlenir.(1,4)Ayrırcı tanıda amiloidoz, eritropoietik protoporfiria, granümatöz hastalıklar ve özellikle verrüform lezyonların varlığında epidermodisplazi verrüformis düşünülmelidir.(3)

Tedavi semptomlara yöneliktir.(2,7) Vokal kord cerrahisi, dermabrazyon, kimyasal peeling, CO2 lazer, blefaroplasti, sistemik retinoidler ve d-penisilamin gibi çeşitli yöntemler kullanılabilir.(7) Olgumuzda, ciltteki verrüform papüller ve mukozal tutulum nedeniyle sistemik asitretin tedavisine başlanmıştır.

Sonuç

LP nadir görülmekle birlikte klasik bulgular her zaman ilk aşamada ortaya çıkmayabilir.(3,4) Bu olgu, özellikle moniliform blefarozisin geç gelişebileceğini, yoğun kaşıntı semptomunun ayrırcı bir özellik olabileceğini ve tanı sürecinde dikkatli multidisipliner değerlendirme gerektiğini vurgulamaktadır.(1,4,6)

ANAHTAR KELİMELE: kaşıntı, lipoit proteinozis, moniliform blefarozisin, verrüform papül

KAYNAKLAR: 1. Hamada T, McLean WHI, Ramsay M, et al. Lipoid proteinosis maps to 1q21 and is caused by mutations in the extracellular matrix protein 1 gene (ECM1). Hum Mol Genet 2002;11:833-40.

2. Hofer PA. Lipoid proteinosis in a child: a 30-year follow-up. Acta Derm Venereol 2003;83:294-5.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

3. Gruber F, Manenkovic R, Stasic A, et al. Lipoid proteinosis: a case report and review of the literature. *Acta Dermatovenerol Croat* 2006;14:246-9.
4. Nanda A, Alsaleh QA, Al-Sabah H, Ali AM, Anim JT. Lipoid proteinosis: report of four siblings and brief review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2004;21:609-13.
5. Kumar S, Kurien NM, Mathew J, et al. Laryngeal manifestations of lipoid proteinosis: a case report and literature review. *J Voice* 2015;29:394-6.
6. Di Giandomenico S, Masi G, Cozzani E, Parodi A. Pruritus in lipoid proteinosis: a case series. *Br J Dermatol* 2012;166:892-4.
7. Balasubramanian R, Cho Y, McLean WHI, Simpson MA. Systemic retinoids in the management of lipoid proteinosis: a case report and review of the literature. *Br J Dermatol* 2020;182:489-91.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-133][KABUL:POSTER]

**REAKTİF PERFORAN KOLLAJENÖZ HASTALARINDA SERUM IGE VE HbA1C DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: VAKA SERİSİ**

Gülcan Saylam Kurtipek, Elif Kahraman, Bilge Günel, Fatma Tunçez Akyürek, Cahit Yavuz

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ:

Reaktif Perforan Kollajenöz (RPK) dejenere kolajen liflerinin transepidermal eliminasyonu ile karakterize perforan dermatozlardandır. Klinik olarak merkezinde çöküklük bulunan keratotik papüllerle; histopatolojik olarak ise kolajen liflerinin epidermisi vertikal geçişle karakterizedir. Sıklıkla diabetes mellitus (DM), kronik böbrek hastalığı ile (KBH) ilişkilidir. DM ile birlikteliği bilinse de glisemik kontrolü gösteren HbA1c düzeyi ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Son yıllarda RPK'nin Th2-dominant immün yanıtla ilişkili olabileceği öne sürülmüş ancak IgE düzeylerini değerlendiren vaka serisi çalışmaları sınırlıdır. Bu çalışma, hem metabolik (HbA1c) hem de immünolojik (IgE) parametrelerin birlikte ele alınarak RPK hastalarında klinik şiddet ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bulguların klinisyenlere hasta yönetiminde yol gösterici olması beklenmektedir.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif vaka serisi için 2025/371 tarih-sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Kliniğimizde 2022–2025 yılları arasında klinik ve histopatolojik olarak RPK tanısı alan ≥ 18 yaş 22 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, tanı anındaki laboratuvar bulguları ve klinik özellikleri dosya kayıtlarından elde edilmiştir. HbA1c düzeyleri ($< 7\%$: iyi kontrol, $7-8.9\%$: suboptimal, $\geq 9\%$: kötü kontrol), total IgE, tam kan sayımı (özellikle eozinofil) değerlendirilmiştir. Hastalık şiddeti: Lezyonların kapladığı vücut yüzey alanı (VYA $< 10\%$: hafif $10-30\%$: orta $> 30\%$: şiddetli), en büyük lezyon boyutu (> 2 cm= giant form), kaşıntı şiddeti (VAS) ile belirlenmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya 12 kadın, 10 erkek dâhil edildi (ortalama yaş: $60,3 \pm 11,0$; dağılım: 39–78). Hastaların $86,4\%$ 'ünde DM, $18,2\%$ 'sinde KBH; birer olguda HIV ve meme kanseri mevcuttu. Hastaların kliniği genellikle şiddetliydi. VYA bakımından hastaların $68,2\%$ 'si “şiddetli” sınıftaydı. Lezyon boyutuna göre olguların $22,7\%$ 'sinde > 2 cm çaplı “giant-form” lezyon



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

mevcuttu. VAS ortalaması $9,4 \pm 1,4$ olup olguların %81,8'i "çok şiddetli" kaşıntı ($VAS \geq 9$) bildirmişti. HbA1c ortalaması $8,2 \pm 2,3$ idi; dağılımında olguların %36,4'ü "iyi", %31,8'i "suboptimal", %31,8'i "kötü" glisemik kontrol grubundaydı. Total IgE hastaların %45,5'inde >100 IU/ml idi. Hastaların 3'ünde (%13,6) eozinofili saptanmıştır. (Tablo-1)

İstatistiksel analizlerde HbA1c düzeyi ile total IgE arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı (Spearman's $\rho=0.474$, $p=0.026$). HbA1c ile VAS arasında ($p=0.216$) ve IgE ile VAS arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,978$). Ayrıca, HbA1c VYA ($p=0,70$) ve total IgE VYA ($p=0,60$) ile anlamlı bir ilişki göstermedi. Giant-form lezyonu olan hastaların HbA1c düzeyleri anlamlı derecede daha yüksekti (medyan HbA1c: %10,60 vs. %7,52; $p=0,006$). (Tablo-2) Bu bulgular giant-form lezyonların kötü glisemik kontrol ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. IgE düzeyleri giant-form grubunda numerik olarak daha yüksek olmasına rağmen (medyan: 448 IU/mL vs. 71,5 IU/mL), bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,14$).

SONUÇ:

Bu çalışmada RPK hastalarında HbA1c ve total IgE ile hastalık şiddeti arasındaki ilişki değerlendirildi. HbA1c ve IgE ile VAS, VYA arasında ilişki bulunmasa da HbA1c ve IgE arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Aynı zamanda total IgE düzeylerinin de vaka serisi düzeyinde değerlendirilmiş olmasıyla literatüre katkı sunmaktadır. Hastaların %45,5'inde total IgE >100 IU/mL bulunması, Th2-dominant immün yanıtın hastalık patogeneziindeki olası rolüne işaret etmektedir. Giant-form hastalarda HbA1c düzeyleri daha yüksek izlendi. Bu durum, glisemik kontrolün hastalık şiddetiyle ilişkili olabileceğini ve metabolik düzenlemenin tedavide önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Bulgular, RPK yönetiminde immün ve metabolik süreçlerin birlikte ele alınması gerektiğini düşündürmekte ancak çok merkezli prospektif çalışmalarla desteklenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: HbA1C, IgE, Reaktif Perforan Kollajenaz

KAYNAKLAR: 1)Kim RH, Kwa M, Adams S, Meehan SA, Stein JA. Giant acquired reactive perforating collagenosis in a patient with diabetes mellitus and metastatic breast carcinoma. JAAD Case Rep. 2016 Jan 14;2(1):22-4. doi: 10.1016/j.jdc.2015.11.013. PMID: 27051818; PMCID: PMC4809472

2)Zheng J, Ding Y, Chen Y, Shi Y, Gao Y. Effectiveness of baricitinib in acquired reactive perforating collagenosis: a case report. Front Immunol. 2024 Jul 15;15:1388274. doi: 10.3389/fimmu.2024.1388274. PMID: 39076971; PMCID: PMC11284048.

3)Li J, Zhou C. Recalcitrant Reactive Perforating Collagenosis Successfully Treated with



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Dupilumab: A Case Report. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2024 Jun 7;17:1329-1332. doi: 10.2147/CCID.S465766. Erratum in: Clin Cosmet Investig Dermatol. 2024 Jul 05;17:1585-1586. doi: 10.2147/CCID.S485214. PMID: 38864026; PMCID: PMC11166152.

4) Gil-Lianes J, Riquelme-Mc Loughlin C, Mascaró JM Jr. Reactive perforating collagenosis successfully treated with dupilumab. Australas J Dermatol. 2022 Aug;63(3):398-400. doi: 10.1111/ajd.13874. Epub 2022 May 28. PMID: 35633371; PMCID: PMC9544964

5) Gulsen Akoglu, Selma Emre, Nuran Sungu, Gozde Kurtoglu, Ahmet Metin. Clinicopathological features of 25 patients with acquired perforating dermatosis. European Journal of Dermatology. 2013

TABLO 1

Parametre	Değer
Toplam Hasta Sayısı	22
Kadın / Erkek	12 / 10
Yaş (ortalama $\pm$ SD, dağılım)	60,3 $\pm$ 11,0 (39–78)
DM sıklığı	%86,4 (19/22)
KBH sıklığı	%18,2 (4/22)
HIV	1 hasta
Malignite	1 hasta (meme kanseri)
Şiddetli VYA oranı	%68,2 (15/22)
Giant-form oranı	%22,7 (5/22)
VAS ortalaması $\pm$ SD	9,4 $\pm$ 1,4
Çok şiddetli kaşıntı (VAS $\geq$ 9)	%81,8 (18/22)
HbA1c ortalaması $\pm$ SD	%8,2 $\pm$ 2,3



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

HbA1c dağılımı	İyi: %36,4 / Suboptimal: %31,8 / Kötü: %31,8
IgE yüksekliği (>100 IU/mL)	%45,5 (10/22)
Eozinofili (>0,5 x10 ³ /μL)	%13,6 (3/22)

Bulgular

TABLO 2

	< 2 cm	>2 cm	p-value
HbA1c	7.52±1.81	10.60 ±2.52	0.006
IgE	71.5 (5-2300)	448 (69.5-1130)	0.140

Lezyon boyutuna göre HbA1c ve IgE düzeyleri



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-135][KABUL:POSTER]

MORGELLON HASTALIĞI VE HIV: NEDEN-SONUÇ İLİŞKİSİ OLABİLİR Mİ?

Şerife Gamze Gemicioğlu, Ahmet Kayaaltı, İlknur Kıvanç Altunay, Aslı Aksu, Birgül Özkesici Kurt

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal EAH, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Morgellons hastalığı, etiyojisi halen tartışmalı olan, sıklıkla delüzyonel bozukluklar spektrumunda değerlendirilen nadir bir dermatozdur. Hastalar genellikle cilt altında sürünen, hareket eden parazitlere benzer hislerden ve ciltlerinden çıkan ipliksi yapılardan şikayet ederler. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) tarafından bildirilen prevalansı 100.000'de 3,6'dır. Son yıllarda Lyme hastalığı, madde kullanımı ve internet aracılığıyla bilgiye erişim Morgellons hastalığı ile ilişkilendirilmiştir. Ancak literatürde HIV (Human Immunodeficiency Virus) enfeksiyonu ile birlikteliğine nadiren rastlanmaktadır. Bu bildiride, HIV enfeksiyonu tanısı olan bir hastada gelişen Morgellons hastalığını sunarak olası ilişkili mekanizmalar üzerine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

OLGU

Otuz sekiz yaşında, sekiz yıldır HIV enfeksiyonu tanısı olan erkek hasta, iki yıldır saçlarında ve vücudunda parazitlerin gezindiğini hissettiğini, çene bölgesinden beyaz iplikler çıktığını ifade etmesi üzerine dermatoloji polikliniğimize yönlendirildi. Hasta, elvitegravir 150 mg, kobisistat 150 mg, emtrisitabin 200 mg ve tenofovir 10 mg içeren kombine antiretroviral tedavi (ART) almakta olup, CD4 sayısı 961 hücre/mm³ idi. Dermatolojik muayenede parietal bölgede kıl çekilmesine bağlı alopesi ve çene bölgesinde çok sayıda milimetrik ekskoryasyon izlendi. Diğer bölgeler normaldi. Psikiyatrik değerlendirmesinde Beck Anksiyete Ölçeği: 36 (şiddetli), Beck Depresyon Ölçeği: 28 (orta düzeyde), Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (Dermatology Life Quality Index - DLQI): 6 (orta düzeyde etki) olarak saptandı. Kognitif değerlendirme Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (Montreal Cognitive Assessment - MoCA) ile yapıldı ve 25/30 puan aldı. Beyin manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi bulguları normaldi. Hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Borrelia burgdorferi IgM ve IgG enzim immunoassay testleri negatifti. Hasta madde kullanımı veya



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Lyme öyküsü olmadığını belirtti, ayrıca internetten araştırma yapmadığını ifade etti. Morgellons hastalığı ön tanısı ile risperidon 1 mg/gün ve sertralin 25 mg/gün başlanarak psikiyatriye yönlendirildi. İki hafta sonunda psikotik belirtilerde belirgin gerileme gözlemlendi. Hasta ayrıca bilişsel davranışçı terapiye (BDT) yönlendirildi.

SONUÇ

HIV ile ilişkili psikotik bozukluklar nadir olup genellikle ileri evrede ve kognitif bozulma ile birlikte görülür. Morgellons hastalığı, HIV ile ilişkili sanrılı bozuklukların bir formu olabilir. Hastamızda CD4 düzeyi normal olup HIV'e sekonder gelişen nöroinflamasyonun bu tabloya yol açtığı düşünülmektedir. Literatürde yalnızca bir benzer olgu rapor edilmiştir. Bu bağlamda, HIV ile Morgellons hastalığı arasındaki olası bağlantının daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyduğu açıktır. Farkındalığın artırılması, bu hastaların tanı ve tedaviye daha hızlı ulaşmasını sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Morgellons hastalığı, HIV enfeksiyonu, Delüzyonel parazitoz

KAYNAKLAR: 1)Kemperman, P. M. J. H., Vulink, N. C. C., Smit, C., Hovius, J. W., & de Rie, M. A. (2024).

Review of literature and clinical practice experience for the therapeutic management of Morgellons disease.

2)Freudenreich, O., Kontos, N., Tranulis, C., & Cather, C. (2010). Morgellons disease, or antipsychotic-responsive delusional parasitosis, in an HIV patient: beliefs in the age of the Internet. *Psychosomatics*, 51(6), 453–457.

3Beuerlein, K. G., Balogh, E. A., & Feldman, S. R. (2021). Morgellons disease etiology and therapeutic approach: a systematic review. *Dermatology online journal*, 27(8), 10.5070/D327854682.

4)Singh, Om Prakash; Sarkhel, Sujit1; Sarkar, Sharmila2. Management of Psychiatric Disorders with HIV and Dermatological Disorders. *Indian Journal of Psychiatry* 64(Suppl 2):p S449-S457, March 2022.

5) Dubé B, Benton T, Cruess DG, Evans DL. Neuropsychiatric manifestations of HIV infection and AIDS. *J Psychiatry Neurosci*. 2005 Jul;30(4):237-46

6) Laher, A., Ariefdien, N. and Etlouba, Y. (2018), HIV prevalence among first-presentation psychotic patients. *HIV Med*, 19: 271-279.

7)Bai, R., Song, C., Lv, S., Chang, L., Hua, W., Weng, W., Wu, H., & Dai, L. (2023). Role of microglia in HIV-1 infection. *AIDS research and therapy*, 20(1), 16. – MİKROGLİA

8)Dib El Jalbout, J., Sati, H., Ghalloub, P. et al. Morgellons disease: a narrative review.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Neurol Sci 45, 2579–2591 (2024)

Yang, C., Brandenburg, J., & Mozingo, E. B. (2016). Delusional Infestation: A Case of Ekbom Syndrome in an HIV-Infected Patient. The primary care companion for CNS disorders, 18(2), 10.4088/PCC.15I01878.

Mandari, S., Aslan, S., Deodatus, S., & Nyundo, A. (2023). Delusional Infestation: A case of Ekbom syndrome in an elderly woman with a long history of HIV. Clinical case reports, 11(3), e7044.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-136][KABUL:POSTER]

**MİKOZİS FUNGOİDES NEDENİYLE UZUN SÜRE FOTOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN HASTANIN LENF
NODLARINDA MELANOM METASTAZINI TAKLİT EDEN MELANİN PİGMENTASYONU**

Zeynep Rana Yıldız, Begüm Güneş, Elif Cömert Özer, Nahide Onsun

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Dermatolojik hastalıklar nedeniyle uzun süre fototerapi uygulanan hastalarda melanom ve non-melanom deri kanserlerinde artış yaşandığı çalışmalarla doğrulanmıştır.

OLGU:

2022 yılında klinik ve histopatolojik olarak MF tanısı alıp aralıksız 96 seans dar bant UVB uygulanan hasta polikliniğimize var olan MF ile uyumlu pigmente döküntülerle başvurdu. Yapılan muayenede sağ inguinal bölgede ele gelen lenf nodları olması nedeniyle evrelemek amaçlı PET istendi. PET incelemesinde saptanan hipermetabolik lenf nodları nedeniyle hematoloji konsültasyonu ve lenf nodu biyopsisi istendi. Yapılan lenf nodu biyopsisinde melanin pigmentasyonu saptanması üzerine melanom metastazından şüphelenildi. Bunun üzerine yapılan ek immunohistokimyasal inceleme ile melanom metastazı dışlandı.

SONUÇ:

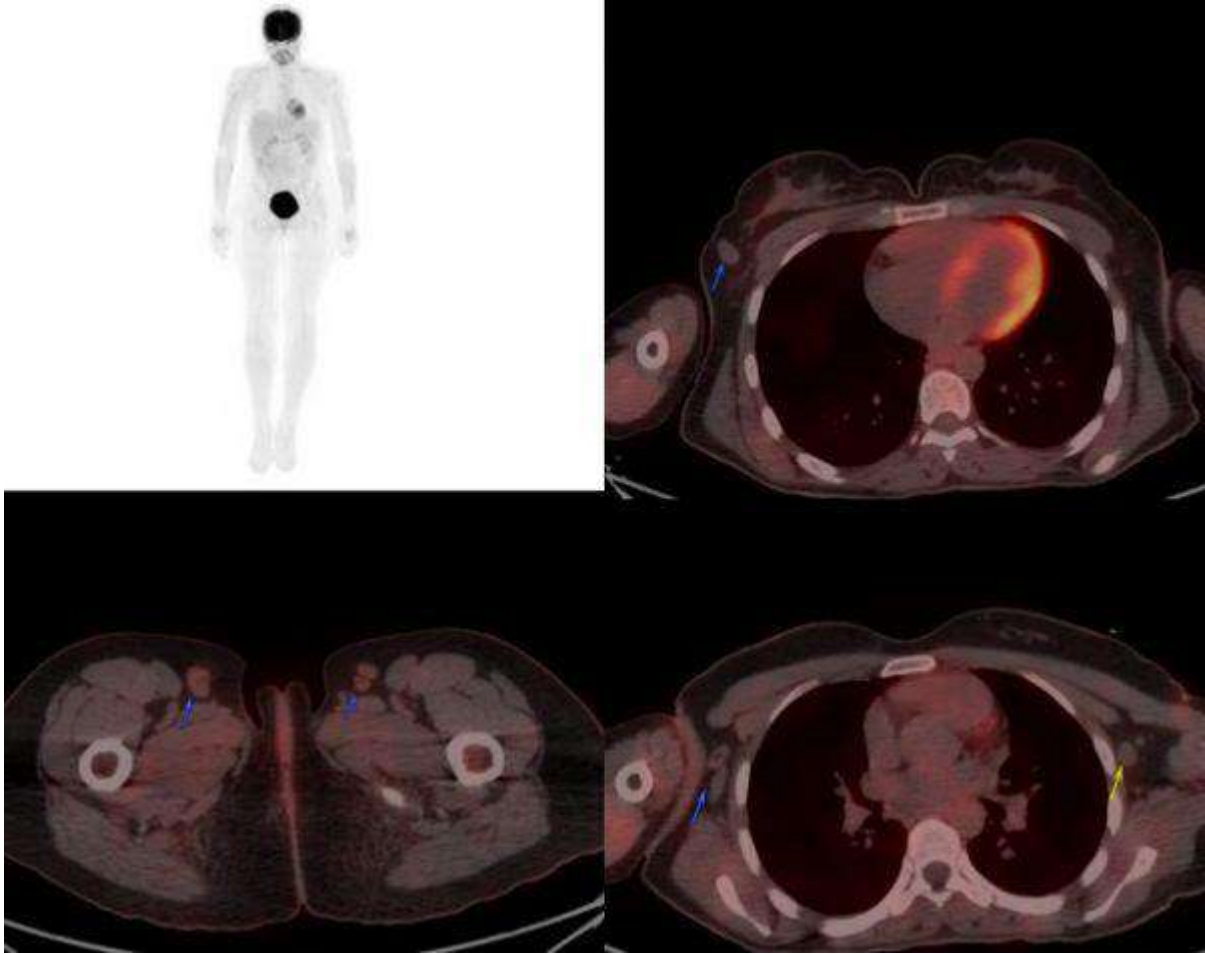
Uzun süre kontrolsüz fototerapinin ikincil önemli sorunlara yol açabileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: fototerapi, melanom, mikozis fungoides

KAYNAKLAR: 1.David M, Shanon A, Hazaz B, Diffuse, progressive hyperpigmentation: an unusual skin manifestation of mycosis fungoides. J Am Acad Dermatol. 1987 Jan;16(1 Pt 2):257-60. doi: 10.1016/s0190-9622(87)80076-2. PMID: 3819062.
2.Doğan PE, Akay BN, Vural S, Risk of skin cancers in mycosis fungoides patients receiving PUVA therapy: A real-life experience from a single tertiary center. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2023 Sep;39(5):428-434. doi: 10.1111/phpp.12872. Epub 2023 Mar 26. PMID: 36967646.
3.Ulamec M, Soldo-Belic A, Vucic M, Melanoma with second myxoid stromal changes after

personally applied prolonged phototherapy. Am J Dermatopathol. 2008 Apr;30(2):185-7. doi: 10.1097/DAD.0b013e31816112cd. PMID: 18360128.

HASTANIN PET SONUCU





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-137][KABUL:POSTER]

**DERMATİTİS ARTEFAKTA: ÇOCUKLUK ÇAĞI BÜLLÖZ HASTALIKLARINI TAKLİT EDEN İKİ
PEDIATRİK OLGU**

Zeynep Büşra Balık

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi
Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Dermatitis artefacta veya factitial dermatit, bireylerin psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak, ilgi çekmek veya sorumluluklardan kaçmak için kasten ciltlerine, saçlarına, tırnaklarına veya mukozalarına zarar verdiği nadir bir psikokutanöz durumdur (1). Bu kutanöz tezahürün çocuklarda görülmesi çok nadirdir ve ergenlikte daha sık görülür (2). Burada öykü ve kliniğiyle çocukluk çağı büllöz hastalıklarını taklit eden 2 kız çocuk olgu literatüre katkı sunmak amacıyla sunulmuştur.

Olgu 1: 12 yaş kız hasta ağız içinde dile gelen kabarıklık ve 2 yıldır olan kollarda su toplayan ve iz bırakan yaralar şikayetiyle başvurdu. Hasta öncesinde çocuk psikiyatrisi tarafından değerlendirilerek kollardaki izler nedeniyle dermatoloji görüşü önerilmişti. Dermatolojik muayenede sol bukkal mukozada beyaz plak ve kollarda çok sayıda atrofik skatrisyel plaklar izlendi (Resim1a,b). Mukozal lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde "epitelyal hiperplazi, subepitelyal fibrovasküler proliferasyon", direk immunfloresan incelemesinde "spesifik immünkompleks birikimi saptanmamıştır" şeklinde raporlandı (Resim1c,d). Desmoglein 1 ve 3 negatifti.

Olgu 2:

10 yaş kız hasta 6 aydır olan hasta kol ve bacaklarda su toplayan yaralar şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenede sağ uyluk lateralinde eritemli-livedi zeminde bül ile yüz, kol ve bacaklarda madeni para şeklinde düzgün sınırlı ve dairesel postenflamatuvar bazıları eritemli bazıları hiperpigmente yamalar izlendi (Resim2a,b). Muayenede sırt ve arka üst bacaklar gibi elin uzanamadığı alanların salim oluşu dikkat çekiciydi. Şikayetlerin sınav dönemlerinde arttığını ifade etti. Bülden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde "Dermoepidermal ayrılma, üst dermiste az sayıda perivasküler nötrofil lökosit bulunmaktadır", direk immunfloresan incelemesinde "Spesifik immünkompleks birikimi saptanmamıştır. Bül tabanında bazal membranda fibrinojen birikimi izlenmiştir" şeklinde raporlandı (Resim2c,d). Desmoglein 1 ve 3 negatifti. Ablaları ile sık sık tartışışma yaşadığı öğrenilen ve Çocuk



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Psikiyatri konsültasyonu istenen hastaya ölçek değerlendirmeleri yapılarak psikiyatrik takip önerildi.

Her iki olguya klinik ve histopatolojik değerlendirme sonuçlarıyla dermatitis artefakta tanısı kondu.

SONUÇ:

Çeşitli şekillerde tetiklenen yüzeysel ekzoriyasyonlar, dermatitis artefakta'da en sık görülen lezyonlardır, bunu hiperpigmente yamalar, iritan dermatit, nekroz, ülserasyon, krutlar, purpurik ve büllöz lezyonlar izler (2,3). Vakalarımızdaki zorlayıcı özellik, lezyonların düzgün sınırlı ve büllöz karakterde olmasıydı. Literatürde bildirilen pediatrik dermatitis artefakta vaka serilerinde bül ile presente olan yalnızca sekiz vaka bulabildik (4,5). Travma oluşturma mekanizması olarak Vaka 1 de ısırma, Vaka 2 de ise dermoepidermal ayrılmaya yol açabilecek basınç uygulama, friksiyon veya vakumlama gibi olası dış müdahale biçimleri düşünülmüştür. Histopatolojide Vaka 1 de epitelyal hiperplazi görülmesi, Vaka 2 de direk immunfloresan incelemede izlenen bazal membrandaki fibrinojen birikimi de travmatik süreci destekleyen histopatolojik bulgular olmuştur. Her iki vakada da spesifik immunkompleks birikimi olmamasıyla çocukluk çağı büllöz hastalıkları dışlanmıştır. Olguların psikiyatrik muayene notları incelendiğinde Olgu 1' in kekemelik nedeniyle 3 yıl özel eğitim aldığını ve bıraktığını, ayrıca bu sebeple akran zorbalığı yaşadığı, Olgu 2' nin de ablalarıyla sıkça tartıştığı, baba ile iletişiminin zayıf olduğu ve dedesinin kaybının hüznünü yaşadığı öğrenildi. Dermatitis artefaktada dermatologlar ve çocuk psikiyatristlerini içeren multidisipliner bir yaklaşım, gereksiz tıbbi harcamalardan ve müdahalelerden kaçınmaya yardımcı olarak erken tanı ve tedavi için kritik öneme sahiptir.

ANAHTAR KELİMELEER: dermatitis artefakta, psikodermatoloji, çocukluk çağı büllöz hastalıkları

- KAYNAKLAR:** 1.Kothari R, Vashisht D, Madhab Tripathy D. Dermatitis Artefacta. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2023 Jul 14;1. doi: 10.25259/IJDVL_922_2022.
2. Finore ED, Andreoli E, Alfani S, Palermi G, Pedicelli C, Paradisi M. Dermatitis Artefacta in a Child. Pediatr Dermatol. 2007;24(5):E51-6.
3. Saez-de-Ocariz M, Orozco-Covarrubias L, Mora-Magaña I, Duran-McKinster C, Tamayo-Sanchez L, Gutierrez-Castrellon P, Ruiz-Maldonado R. Dermatitis Artefacta in Pediatric Patients: Experience at the National Institute of Pediatrics. Pediatr Dermatol. 2004;21(3):205-211.
4. Alcántara Luna S, García Bravo B, Rodríguez Pichardo A, Camacho Martínez FM. Dermatitis

Artefacta in Childhood: A Retrospective Analysis of 44 Patients, 1976-2006. *Pediatr Dermatol.* 2015;32(5):604-8.

5. Rogers M, Fairley M, Santhanam R. Artefactual skin disease in children and adolescents. *Australas J Dermatol* 2001;42:264-270.

RESİM 1



a.Oral mukozada beyaz plak b.Kollarda atrofik skatrisyel plak c. Epitelyal hiperplazi, subepitelyal fibrovasküler proliferasyon (H&E,x100) d. Direk immünfloresan mikroskopik

incelemede Ig G negatifliği. (x200)

RESİM 2



a. Sağ uyluk lateralinde eritemli-livedi zeminde bül b. Yüz, kol ve bacaklarda madeni para şeklinde düzgün sınırlı ve dairesel postenflamatuvar bazıları eritemli bazıları hiperpigmente yamalar c. Dermoepidermal ayrılma, üst dermiste az sayıda perivasküler nötrofil lökosit (H&E,x200), d. Direk immünfloresan mikroskopik incelemede Ig G negatifliği (x200)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-138][KABUL:POSTER]

NADİR GÖRÜLEN BİR

OLGU:

PSÖDOKSANTOMA ELASTİKUM

Selim Gümüş

Denizli Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Denizli

GİRİŞ-AMAÇ:

Psödoksantoma Elastikum (PKE), deri, göz, vasküler ve gastrointestinal dokularda yer alan elastik liflerin anormal mineralizasyonu ve parçalanması nedeni ile meydana gelen nadir görülen genetik bir hastalıktır (1). Genellikle ikinci, üçüncü dekatta klinik bulgular fark edilmeye başlanıp tanı konulur(2). Başlangıçta boyun laterallerinde görülen sarı papüller zamanla aksiller bölgede, diğer fleksural bölgede de görülmeye başlar. Papüller zamanla birleşerek plak halini alabilir ve zamanla etkilenen bölge gevşek ve sarkık bir görünüm alır. Bu görüntü özellikle aksillada tipiktir. Deri tutulumunun yanında oküler, kardiyovasküler, gastrointestinal sistem tutulumuna bağlı semptom ve bulgular da gözlenebilir (3). ABCC6'daki iki patojenik varyant için homozigotluk veya bileşik heterozigotluğun bulunması, PKE tanısı için altın standart olarak kabul edilir fakat klinik pratikte nadiren istenir (4). Biz de ABCC6 için homozigot patojeniklik içeren, klinik olarak da tanısal bulguları olan olgumuzu meslektaşlarımızın bilgisine sunmayı amaçladık.

OLGU:

27 yaş kadın hasta polikliniğimize koltuk altında sarkma şikâyeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde aksiller, oksipital ve ingüinal bölgelerde sarı papüller ve aksilla derisinde gevşeklik mevcuttu. Çekme ile aksilla derisi kolaylıkla uzamaktaydı. Sorgulamada hastanın şikâyetlerinin 3 yıldır mevcut olduğu, 17 yaşında kardeşinde de benzer şikâyetlerin başladığı öğrenildi. Anne-babanın kuzen olduğu bilgisi de mevcuttu. Tanı amacıyla göz hastalıkları ve genetik bölümlerine yönlendirilen hastada göz muayenesinde fundusta Peau d'orange bulgusu saptandı. Ardından genetik test yaptırılan hastada ABCC6 geninde homozigot patojenite saptandı. Tanı kriterlerini karşılayan hastaya PKE tanısı konuldu. Hasta oküler, kardiyovasküler, gastrointestinal ve kutanöz belirtiler açısından bilgilendirildi ve ilgili branşlarla multidisipliner takibe alındı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

PKE nadir görülen genetik bir multisistemik hastalıktır. Klinik çalışmalarda çeşitli ilaçlar denense de patogeneze yer alan elastik liflerdeki sistemik mineralizasyonu durdurmanın henüz bir çözümü bulunmamaktadır. Bu nedenle yapılması gereken hastalığın vasküler, oküler ve kutanöz belirtilerinin multidisipliner olarak takibi ve erkenden tedavi edilmesidir (4). Biz de daha önce tanı almamış hastamızda tanıyı deri bulguları, oküler bulgular ve genetik test ile doğrulayarak multidisipliner takibe aldık.

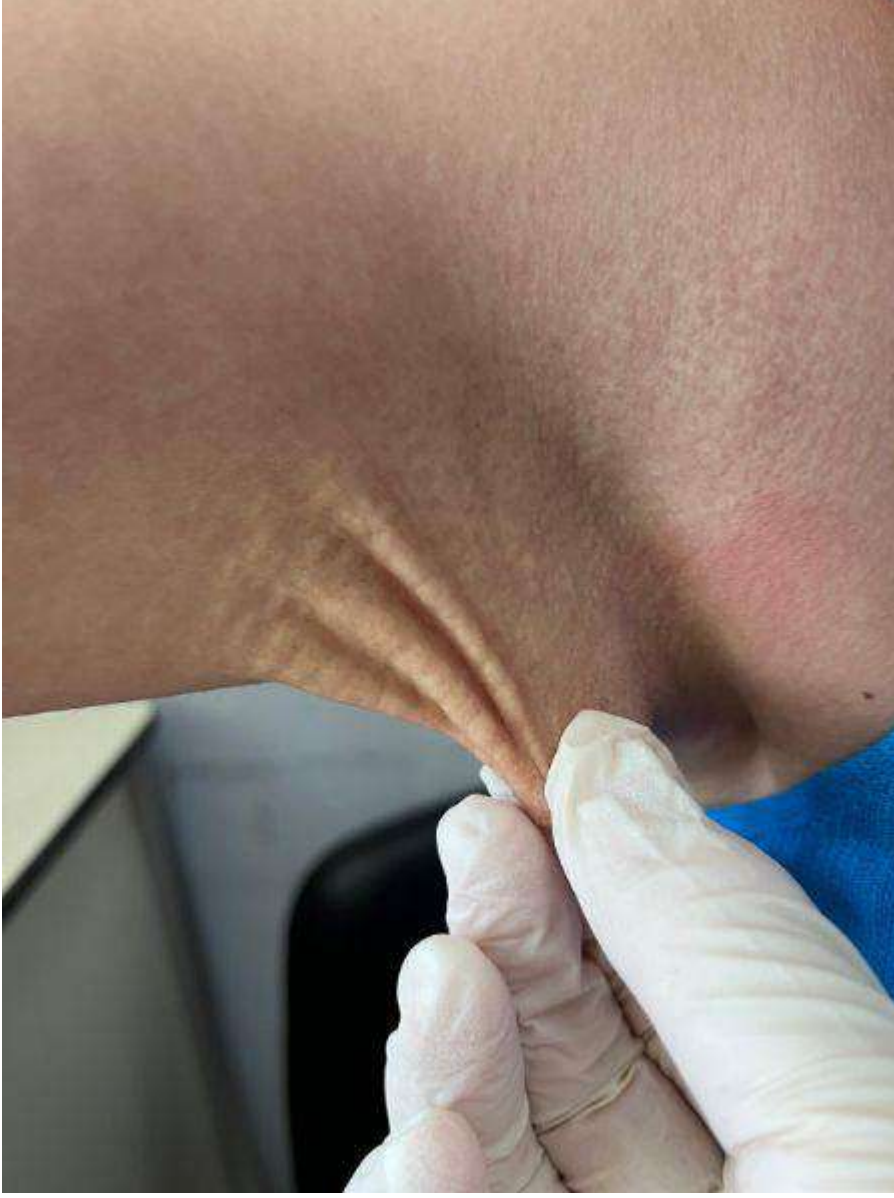
ANAHTAR KELİMELEER: ABCC6 geni, Elastik lifler, Psödoksantoma elastikum

- KAYNAKLAR:** 1. Luo H, Faghankhani M, Cao Y, Uitto J, Li Q. Molecular Genetics and Modifier Genes in Pseudoxanthoma Elasticum, a Heritable Multisystem Ectopic Mineralization Disorder. J Invest Dermatol. 2021 May;141(5):1148-1156. doi: 10.1016/j.jid.2020.10.013. Epub 2020 Dec 17. PMID: 33341249; PMCID: PMC8068569.
2. Naouri M, Boisseau C, Bonicel P, Daudon P, Bonneau D, Chassaing N, Martin L. Manifestations of pseudoxanthoma elasticum in childhood. Br J Dermatol. 2009 Sep;161(3):635-9. doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09298.x. Epub 2009 Jun 9. PMID: 19519828.
3. Uitto J, Jiang Q, Váradı A, Bercovitch LG, Terry SF. PSEUDOXANTHOMA ELASTICUM: DIAGNOSTIC FEATURES, CLASSIFICATION, AND TREATMENT OPTIONS. Expert Opin Orphan Drugs. 2014 Jun 1;2(6):567-577. doi: 10.1517/21678707.2014.908702. PMID: 25383264; PMCID: PMC4219573.
4. Terry SF, Uitto J. Pseudoxanthoma elasticum. In: GeneReviews, Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, et al (Eds), University of Washington, Seattle, 1993.
-

AKSİLLADA SARI PAPÜL VE PLAKLAR



AKSİLLER BÖLGEDEKİ GEVŞEK DOKU





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-139][KABUL:POSTER]

SEBOREİK DERMATİTLİ HASTALARDA İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERİN HASTALIK ŞİDDETİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Elif Bengü Daşcı, Mehmet Kamil Mülayim

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Kahramanmaraş

Seboreik dermatit (SD), genellikle saçlı deri, yüz ve üst gövde gibi yağ bezlerinden zengin bölgeleri etkileyen kronik inflamatuvar bir deri hastalığı olarak bilinmektedir. Literatürde birçok dermatolojik hastalık ile inflamatuvar parametreler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Ancak seboreik dermatitte hematolojik parametreleri inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada Seboreik dermatit hastalarında inflamatuvar kan parametreleri ve bunların hastalık şiddeti ile korelasyonunun incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda SD hastası 75, kontrol grubunda 74 kişi olmak üzere toplamda 149 kişi incelenmiştir. Polikliniğe başvuran SD hastalarında Seboreik dermatit alan şiddet indeksi (SDASI) hesaplanmıştır. Ayrıca platelet lenfosit oranı (PLR), nötrofil-lenfosit oranı (NLR), ortalama trombosit hacmi (MPV) ve kırmızı hücre hacmi dağılım genişliği (RDW) ve C-reaktif protein (CRP) incelenmiştir. Daha sonra bu veriler SD'li hastalarda hastalık şiddeti ile kıyaslanmıştır. Ayrıca bu veriler sağlıklı kontroller ile de karşılaştırılmıştır. SD hastalarının %58,7'si, sağlıklı grubun %71,6'sı kadındı. Yaş ortalaması SD grubunda 28.46, kontrol grubunda ise 30.67 yıl olarak belirlendi ve gruplar arasında cinsiyet ve yaş açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). SD hastalarının laboratuvar bulguları incelendiğinde, kadınlarda RDW ve PLR değerleri erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksekti ($p<0,053$). Diğer parametrelerde (CRP, MPV, NLR, hastalık süresi, SDASI) cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Hasta grubunda CRP değeri anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,007$). Diğer laboratuvar parametreleri (MPV, RDW, PLR, NLR) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Korelasyon analizinde, hastalık süresi ile hasta yaşı arasında pozitif bir korelasyon bulundu ($r:0.237$, $p=0.041$). Bunun dışında, SDASI ve hastalık süresi ile laboratuvar parametreleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Çalışmamızda CRP dışındaki parametrelerin (MPV, RDW, PLR, NLR) hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark göstermemesi, bu parametrelerin SD'de tek başına yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir. Bu tutarsızlıklar, SD'nin heterojen yapısı, çalışma popülasyonlarındaki farklılıklar ve inflamatuvar süreçlerin kompleks doğasından kaynaklanıyor



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

olabilir. Bu nedenle, SD'de inflamatuvar parametrelerin klinik kullanımını netleştirmek için daha geniş örneklemli, prospektif ve standardize çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: İnflamasyon, CRP, Seboreik dermatit, SDASI, inflamatuvar hastalıklar

KAYNAKLAR: 1. Chen C. Seborrheic dermatitis-a narrative review. *Int J Integr Med Res.* 2022;9(4):94-98. <https://doi.org/10.57181/ijomr/vol9i04/78>

2. Nagateja C, G P, Madhuri B, Sailaja K. An overview on seborrheic dermatitis and its treatment (allopathy and homeopathy). *Int J Adv Med.* 2020;7(9):1433.

<https://doi.org/10.18203/2349-3933.ijam20203611>

3. Soeprono FF, Schinella RA, Cockerell CJ, et al. Seborrheic-like dermatitis of acquired immunodeficiency syndrome: a clinicopathologic study. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14(2 Pt 1):242-248.

4. Burton JL, Cartlidge M, Shuster S. Effect of L-dopa on the seborrhoea of Parkinsonism. *Br J Dermatol.* 1973;88(5):475-479.

5. Akşan B. Is insulin resistance a new comorbidity in seborrheic dermatitis: a case control study. *Cukurova Med J.* 2023;48(4):1293-1298. <https://doi.org/10.17826/cumj.1354195>

6. Soliman MA. Assessment of leptin level in serum of patients with seborrheic dermatitis. *Benha J Appl Sci.* 2024;9(2):145-147. <https://doi.org/10.21608/bjas.2024.279329.1372>

7. Patil S, Thakare V, Dubey L, et al. A prospective and observational study to analyze the association of lipid profile abnormality with disease severity in seborrheic dermatitis patients. *Asian J Pharm Clin Res.* 2022;15(7):100-102.

<https://doi.org/10.22159/ajpcr.2022.v15i7.44673>

8. Imamoglu B, Hayta S, Güner R, Akyol M, Özçelik S. Metabolic syndrome may be an important comorbidity in patients with seborrheic dermatitis. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.* 2016;1(1):158-161. <https://doi.org/10.5114/amsad.2016.65075>

9. Sanders M, Pardo L, Ginger R, Jong J, Nijsten T. Association between diet and seborrheic dermatitis: a cross-sectional study. *J Invest Dermatol.* 2019;139(1):108-114.

<https://doi.org/10.1016/j.jid.2018.07.027>

10. Ozcan Y, Sungur M, Özcan B, Eyüp Y, Özlü E. The psychosocial impact of chronic facial dermatoses in adults. *Dermatol Pract Concept.* 2023;13(1):e2023029.

<https://doi.org/10.5826/dpc.1301a29>

11. Eldy HD. Stress levels and seborrheic dermatitis in the class of 2020 medical students at a university in Indonesia. *Folia Med Indones.* 2023;59(2):115-122.

<https://doi.org/10.20473/fmi.v59i2.41208>

12. Salvatore S, Guarneri F, Saitta A, Mento C, Cannavò S. Depression profiles in skin



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- disorders. *Open J Psychiatry*. 2013;3(1):186-190.
<https://doi.org/10.4236/ojpsych.2013.31a014>
13. Issa N, Kaiser M. First use of tapinarof monotherapy for seborrhoeic dermatitis: a case report. *Acta Derm Venereol*. 2023;103:adv12343.
<https://doi.org/10.2340/actadv.v103.12343>
14. Hay R. Malassezia, dandruff and seborrhoeic dermatitis: an overview. *Br J Dermatol*. 2011;165(Suppl 2):2-8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10570.x>
15. Bergbrant IM, Faergemann J. Seborrhoeic dermatitis and *Pityrosporum ovale*: a cultural and immunological study. *Acta Derm Venereol*. 1989;69(4):332-335.
16. Gupta AK, Bluhm R. Seborrhoeic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18(1):13-26.
17. Cheong W, Yeung C, Torsekar R, Suh D, Ungpakorn R, Widaty S, et al. Treatment of seborrhoeic dermatitis in Asia: a consensus guide. *Skin Appendage Disord*. 2015;1(4):187-196. <https://doi.org/10.1159/000444682>
18. Victoire A, Magin P, Coughlan J, Driel M. Interventions for infantile seborrhoeic dermatitis (including cradle cap). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd011380.pub2>
19. Chopra S, Arora U. Skin and mucocutaneous manifestations: useful clinical predictors of HIV/AIDS. *J Clin Diagn Res*. 2012. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2012/4615.2633>
20. Chang C. Prevalence and association of psoriasis with seborrhoeic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Dermatol*. 2024;49(8):904-906.
<https://doi.org/10.1093/ced/llae072>
21. Park H, Oh J, Lee Y, Park S, Lee Y, Lee S, et al. Inflammasome-mediated inflammation by *Malassezia* in human keratinocytes: a comparative analysis with different strains. *Mycoses*. 2020;64(3):292-299. <https://doi.org/10.1111/myc.13214>
22. Tao R, Wang R, Wan Z, Song Y, Wu Y, Li R. Ketoconazole 2% cream alters the skin fungal microbiome in seborrhoeic dermatitis: a cohort study. *Clin Exp Dermatol*. 2022;47(6):1088-1096. <https://doi.org/10.1111/ced.15115>
23. Mayser P, Schulz S. Precipitation of free fatty acids generated by *Malassezia*: a possible explanation for the positive effects of lithium succinate in seborrhoeic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(8):1384-1389. <https://doi.org/10.1111/jdv.13620>
24. Andersen Y, Egeberg A. Seborrhoeic dermatitis – understood or understudied? *Br J Dermatol*. 2019;181(4):659. <https://doi.org/10.1111/bjd.18307>
25. Ito A, Sugita K, Goto H, Yamamoto O. Implication of perifollicular clusters and folliculotropic distribution of dendritic cells in the pathogenesis of seborrhoeic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 2020;100(13):adv00183. <https://doi.org/10.2340/00015555-3519>
26. Karalezli A, Borazan M, Dursun R, Kiyici H, Küçükerdönmez C, Akova Y. Impression



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- cytology and ocular surface characteristics in patients with seborrheic dermatitis. *Acta Ophthalmol.* 2011;89(2):e137-e141. <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2009.01798.x>
27. Rousel, J., Nădăban, A., Saghari, M., Pagan, L., Zhuparris, A., Theelen, B., & Rissmann, R. (2024). Lesional skin of seborrheic dermatitis patients is characterized by skin barrier dysfunction and correlating alterations in the stratum corneum ceramide composition. *Experimental dermatology*, 33(1), e14952.
28. Passeron T, Zouboulis C, Tan J, Andersen M, Katta R, Lyu X, et al. Adult skin acute stress responses to short-term environmental and internal aggression from exposome factors. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(10):1963-1975. <https://doi.org/10.1111/jdv.17432>
29. Schwartz J, Henry J, Kerr K, Mizoguchi H, Li L. The role of oxidative damage in poor scalp health: ramifications to causality and associated hair growth. *Int J Cosmet Sci.* 2015;37(S2):9-15. <https://doi.org/10.1111/ics.12289>
30. Kurutaş E, Öztürk P. The evaluation of local oxidative/nitrosative stress in patients with pityriasis versicolor: a preliminary study. *Mycoses.* 2016;59(11):720-725. <https://doi.org/10.1111/myc.12522>
31. Greist MC, Epinette WW. Cimetidine-induced xerosis and asteatotic dermatitis. *Arch Dermatol.* 1982;118(4):253-254.
32. Valia RG. Etiopathogenesis of seborrheic dermatitis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2006;72(4):253-255.
33. Tamer F. Relationship between diet and seborrheic dermatitis. *Our Dermatol Online.* 2018;9(3):261-264.
34. Emre S, Metin A, Demirseren DD, Akoglu G, et al. The association of oxidative stress and disease activity in seborrheic dermatitis. *Arch Dermatol Res.* 2012;304(9):683-687.
35. Boelsma E, van de Vijver LP, Goldbohm RA, Klöpping-Ketelaars IA, et al. Human skin condition and its associations with nutrient concentrations in serum and diet. *Am J Clin Nutr.* 2003;77(2):348-355.
36. Innes JK, Calder PC. Omega-6 fatty acids and inflammation. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids.* 2018;132:41-48.
37. Plewig G, Jansen T. Seborrheic dermatitis. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 1999;1:1482-1489.
38. Tolleson A, Frithz A, Berg A, Karlman G. Essential fatty acids in infantile seborrheic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28(6):957-961.
39. Naldi L, Rebora A. Clinical practice. Seborrheic dermatitis. *N Engl J Med.* 2009;360(4):387-396.
40. Patrizi A, Neri I, Ricci G, Cipriani F, Ravaioli G. Advances in pharmacotherapeutic management of common skin diseases in neonates and infants. *Expert Opin Pharmacother.* 2017;18(7):717-725. <https://doi.org/10.1080/14656566.2017.1316371>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

41. Karpierz K, Kuchar E. An infant with seborrheic dermatitis and eczema herpeticum complicated by a generalized infection. *Cureus*. 2021. <https://doi.org/10.7759/cureus.16818>
42. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic dermatitis and dandruff: a comprehensive review. *J Clin Investig Dermatol*. 2015;3(2):10.13188/2373-1044.1000019.
43. Park J, Park Y, Kim S, Kwon J, Kang H, Lee E, et al. Histopathological differential diagnosis of psoriasis and seborrheic dermatitis of the scalp. *Ann Dermatol*. 2016;28(4):427. <https://doi.org/10.5021/ad.2016.28.4.427>
44. Kibar M, Aktan Ş, Bilgin M. Dermoscopic findings in scalp psoriasis and seborrheic dermatitis: two new signs; signet ring vessel and hidden hair. *Indian J Dermatol*. 2015;60(1):41. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.147786>
45. Zengin S. Sebaceous gland atrophy due to seborrheic dermatitis in a patient with alopecia: a potential pitfall. *J Cutan Pathol*. 2024;51(7):513-517. <https://doi.org/10.1111/cup.14623>
46. Nagrani N, Goldberg L. Sebaceous gland atrophy in seborrheic dermatitis of the scalp: a pilot study. *J Cutan Pathol*. 2022;49(11):988-992. <https://doi.org/10.1111/cup.14300>
47. Rajabi-Estarabadi A, Vasquez-Herrera N, Martínez-Velasco M, Tsatalis J, Verne S, Nouri K, et al. Optical coherence tomography in diagnosis of inflammatory scalp disorders. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34(9):2147-2151. <https://doi.org/10.1111/jdv.16304>
48. Kim GW, Jung HJ, Ko HC, Kim MB, Lee WJ, Lee SJ, et al. Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrheic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2011;164(3):652-656. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.10180.x>
49. Deleuran M, Vestergaard C. Clinical heterogeneity and differential diagnosis of atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2014;170(Suppl 1):2-6. <https://doi.org/10.1111/bjd.12933>
50. Pongpairaj K, Morar N, McFadden J. 'Seborrheic dermatitis' of the head and neck without scalp involvement – remember nail varnish allergy. *Contact Dermatitis*. 2016;74(5):306-307. <https://doi.org/10.1111/cod.12527>
51. Morris S, Barlow R, Selva D, Malhotra R. Allergic contact dermatitis: a case series and review for the ophthalmologist. *Br J Ophthalmol*. 2010;95(7):903-908. <https://doi.org/10.1136/bjo.2009.174607>
52. Fernandes T, Matias A, Brandão G, Fraga L, Varão Á, Souza C. Iatrogenic contact dermatitis in a patient with atopic dermatitis. *J Skin Stem Cell*. 2023;10(1). <https://doi.org/10.5812/jssc-126399>
53. Park S, Park S, Yun S, Kim H, Park J. Tinea capitis in adults: an 18-year retrospective, single-centre study in Korea. *Mycoses*. 2019;62(7):609-616. <https://doi.org/10.1111/myc.12916>
54. Al-Omari A, McNiff J. The significance of eosinophils in hypertrophic lichen planus. *J Cutan Pathol*. 2014;41(4):347-352. <https://doi.org/10.1111/cup.12275>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

55. Saravanan N, Subbaiya R, S M, Vanathi T, Sarathchandran B, Rekha G. An analytical study of clinical features in 100 cases of pityriasis rosea. *J Evol Med Dent Sci*. 2017;6(26):2142-2148. <https://doi.org/10.14260/jemds/2017/465>
56. Fernandes M, Bhat R. Spectrum of mucocutaneous manifestations in HIV-infected patients and its correlation with CD4 lymphocyte count. *Int J STD AIDS*. 2014;26(6):414-419. <https://doi.org/10.1177/0956462414543121>
57. Hu Y, Song X. Successful treatment with oral hydroxychloroquine of seborrhoeic dermatitis in a patient with AIDS. *Clin Exp Dermatol*. 2020;46(3):567-568. <https://doi.org/10.1111/ced.14476>
58. Saunte D, Gaitanis G, Hay R. Malassezia-associated skin diseases, the use of diagnostics and treatment. *Front Cell Infect Microbiol*. 2020;10. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2020.00112>
59. Leroy A, Almeida R, Obadia D, Frattini S, Melo D. Scalp seborrheic dermatitis: what we know so far. *Skin Appendage Disord*. 2023;9(3):160-164. <https://doi.org/10.1159/000529854>
60. Khondker L, Choudhury A, Wahab M, Khan M. Efficacy of oral itraconazole in the treatment of seborrheic dermatitis. *J Bangladesh Coll Physicians Surg*. 2012;29(4):201-206. <https://doi.org/10.3329/jbcps.v29i4.11326>
61. Shamloul G, Khachemoune A. An updated review of the sebaceous gland and its role in health and diseases part 2: pathophysiological clinical disorders of sebaceous glands. *Dermatol Ther*. 2021;34(2). <https://doi.org/10.1111/dth.14862>
62. Sobkiewicz P. Seborrheic dermatitis - pathogenesis, epidemiology and effective treatment - literature review. *J Educ Health Sport*. 2023;38(1):230-245. <https://doi.org/10.12775/jehs.2023.38.01.016>
63. Jamali F, Daneshdoust D. Evaluation of the effectiveness of triamcinolone solution diluted with normal saline for the treatment of seborrheic dermatitis. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(12):7814-7817. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_923_22
64. Kastarinen H, Oksanen T, Okokon E, Kiviniemi V, Airola K, Jyrkkä J, et al. Topical anti-inflammatory agents for seborrhoeic dermatitis of the face or scalp. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009446.pub2>
65. Ladda M, Sandhu V, Ighani A, Yeung J. Off-label uses of topical pimecrolimus. *J Cutan Med Surg*. 2019;23(4):442-448. <https://doi.org/10.1177/1203475419847950>
66. Balato A, Paoletti I, Gregorio V, Cantelli M, Ayala F, Donnarumma G. Tacrolimus does not alter the production of several cytokines and antimicrobial peptide in Malassezia furfur-infected keratinocytes. *Mycoses*. 2013;57(3):176-183. <https://doi.org/10.1111/myc.12140>
67. Zhang Y, Ning X, Zhang D, Wang W, Ren J. Efficacy and safety of oral isotretinoin in the treatment of moderate to severe seborrheic dermatitis: a retrospective study. *Int J Dermatol*. 2023;62(6):759-763. <https://doi.org/10.1111/ijd.16582>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

68. Borda LJ, Perper M, Keri JE. Treatment of seborrheic dermatitis: a comprehensive review. *J Dermatolog Treat.* 2019;30(2):158-169.
69. Makins C, Sanghera R, Grewal P. Off-label therapeutic potential of crisaborole. *J Cutan Med Surg.* 2020;24(3):292-296. <https://doi.org/10.1177/1203475420909794>
70. Zirwas M, Draelos Z, DuBois J, Kircik L, Moore A, Gold L, et al. Efficacy of roflumilast foam, 0.3%, in patients with seborrheic dermatitis. *JAMA Dermatol.* 2023;159(6):613. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.0846>
71. Pazyar N, Yaghoobi R, Bagherani N, Kazerouni A. A review of applications of tea tree oil in dermatology. *Int J Dermatol.* 2012;52(7):784-790. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2012.05654.x>
72. Cassola F. Synergism between essential oils and evaluation of their activities with a focus on *Malassezia furfur* control. *Planta Med.* 2023;90(2):111-125. <https://doi.org/10.1055/a-2196-2087>
73. Piquero-Casals J, Hexsel D, Mir-Bonafé J, Rozas-Muñoz E. Topical non-pharmacological treatment for facial seborrheic dermatitis. *Dermatol Ther.* 2019;9(3):469-477. <https://doi.org/10.1007/s13555-019-00319-0>
74. Amanda, T. D. R., Anggowarsito, J. L., & Tanudjaja, G. N. (2024). Differences In Seborrhoeic Dermatitis Area Severity Index In Immunocompromised And Non Immunocompromised Patients. *Journal Of Widya Medika Junior*, 6(2), 70-77.
75. Gupta A, Richardson M, Paquet M. Systematic review of oral treatments for seborrheic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;28(1):16-26. <https://doi.org/10.1111/jdv.12197>
76. Domenico E. Probiotic-enriched oily suspension in modulating skin microbiome and treating seborrheic dermatitis. 2023. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3415450/v1>
77. Tosun M, Güner R, Akyol M. Investigation of the relationship between inflammatory blood parameters and seborrheic dermatitis. *J Cosmet Dermatol.* 2022;21(10):5111-5115. <https://doi.org/10.1111/jocd.14984>
78. Rousel J. Treatment with the topical antimicrobial peptide omiganan in mild-to-moderate facial seborrheic dermatitis versus ketoconazole and placebo: results of a randomized controlled proof-of-concept trial. *Int J Mol Sci.* 2023;24(18):14315. <https://doi.org/10.3390/ijms241814315>
79. Rousel J. Lesional skin of seborrheic dermatitis patients is characterized by skin barrier dysfunction and correlating alterations in the stratum corneum ceramide composition. *Exp Dermatol.* 2023;33(1). <https://doi.org/10.1111/exd.14952>
80. Bazargan A. Evaluation of the effect of botulinum toxin injection in aggravating or improving seborrheic dermatitis symptoms: a prospective, single-arm clinical trial. *Skin Res Technol.* 2023;29(10). <https://doi.org/10.1111/srt.13478>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

81. Turkmen K, Erdur FM, Ozcicek F, et al. Platelet-to-lymphocyte ratio better predicts inflammation than neutrophil-to-lymphocyte ratio in end-stage renal disease patients. *Hemodial Int.* 2013;17:391-396.
82. Imtiaz F, Shafique K, Mirza SS, et al. Neutrophil lymphocyte ratio as a measure of systemic inflammation in prevalent chronic diseases in Asian population. *Int Arch Med.* 2012;5:2.
83. Jiang Y, Ma W. Assessment of neutrophil-to-lymphocyte ratio and platelet-to-lymphocyte ratio in atopic dermatitis patients. *Med Sci Monit.* 2017;23:1340-1346.
<https://doi.org/10.12659/msm.900212>
84. Maharani P. Neutrophil-to-lymphocyte ratio (nlr) in dermatology perspective: a review. *BDVAJ.* 2023;7-12. <https://doi.org/10.51559/qyqy83>
85. Ferreira T, Lima-Verde J, Júnior J, et al. Analysis of systemic and cutaneous inflammatory immune response in canine atopic dermatitis. *Acta Sci Vet.* 2021;49.
<https://doi.org/10.22456/1679-9216.109498>
86. Güven D, Şahin T, Erul E, et al. The association between early changes in neutrophil-lymphocyte ratio and survival in patients treated with immunotherapy. *J Clin Med.* 2022;11(15):4523. <https://doi.org/10.3390/jcm11154523>
87. Kistowska M, Fenini G, Jankovic D, et al. Malassezia yeasts activate the nlrp3 inflammasome in antigen-presenting cells via syk-kinase signalling. *Exp Dermatol.* 2014;23(12):884-889. <https://doi.org/10.1111/exd.12552>
88. Erne P, Wardle J, Sanders K, et al. Mean platelet volume and size distribution and their sensitivity to agonists in patients with coronary artery disease and congestive heart failure. *Thromb Haemost.* 1988;59(2):259-263.
89. Beyan C, Beyan E. Mean platelet volume may not be a marker of inflammation in patients with seborrheic dermatitis. *J Cosmet Dermatol.* 2022;21(12):7209-7210.
<https://doi.org/10.1111/jocd.15045>
90. Pathak A, Agrawal A. Evolution of C-reactive protein. *Front Immunol.* 2019;10:943.
<https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.00943>
91. Badimon L, Peña E, Arderiu G, et al. C-reactive protein in atherothrombosis and angiogenesis. *Front Immunol.* 2018;9:430. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.00430>
92. Vekaria A, Brunner P, Aleisa A, et al. Moderate-to-severe atopic dermatitis patients show increases in serum c-reactive protein levels, correlating with skin disease activity. *F1000Res.* 2017;6:1712. <https://doi.org/10.12688/f1000research.12422.2>
93. Araya M, Kulthanan K, Jiamton S. Clinical characteristics and quality of life of seborrheic dermatitis patients in a tropical country. *Indian J Dermatol.* 2015;60(5):519.
94. Xuan M, Lu C, He Z. Clinical characteristics and quality of life in seborrheic dermatitis patients: a cross-sectional study in China. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01558-y>



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

95. Jiang Y, Ma W. Assessment of neutrophil-to-lymphocyte ratio and platelet-to-lymphocyte ratio in atopic dermatitis patients. *Med Sci Monit.* 2017;23:1340-1346. <https://doi.org/10.12659/msm.900212>
96. Tosun M, Güner R, Akyol M. Investigation of the relationship between inflammatory blood parameters and seborrheic dermatitis. *J Cosmet Dermatol.* 2022;21(10):5111-5115. <https://doi.org/10.1111/jocd.14984>
97. Georgescu S, Mitran C, Mitran M, et al. Thiol-disulfide homeostasis in skin diseases. *J Clin Med.* 2022;11(6):1507. <https://doi.org/10.3390/jcm11061507>
98. Saraç E, Kocatürk E. Relationship between disease severity, perceived stress, and depression in patients with seborrheic dermatitis. *Marmara Med J.* 2022;35(3):362-366. <https://doi.org/10.5472/marumj.1195298>
99. Settineri S, Guarneri F, Saitta A, et al. Depression profiles in skin disorders. *Open J Psychiatry.* 2013;3(1):186-190. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2013.31a014>
100. Asahina A, Kubo N, Umezawa Y, et al. Neutrophil-lymphocyte ratio, platelet-lymphocyte ratio and mean platelet volume in Japanese patients with psoriasis and psoriatic arthritis: response to therapy with biologics. *J Dermatol.* 2017;44(10):1112-1121.
101. Tanacan E, Dinçer D, Erdogan FG, Gurler A. A cutoff value for the Systemic Immune-Inflammation Index in determining activity of Behçet disease. *Clin Exp Dermatol.* 2021;46(2):286-291.
102. An İ, Uçmak D. Psöriazis vulgaris hastalarında nötrofil/lenfosit oranı, trombosit/lenfosit oranı, ortalama trombosit hacmi ve C-reaktif protein değerleri. *Dicle Med J.* 2018;45(3):327-334.
103. Pancar GS, Eyupoglu O. Red cell distribution width and mean platelet volume in patients with pityriasis rosea. *J Clin Med Res.* 2016;8(6):445.
104. Altunisik N, Turkmen D, Sener S. Investigation of the relationship between inflammatory blood parameters and rosacea and demodex infestation. *J Cosmet Dermatol.* 2020;19(8):2105-2108.
-

HASTA GRUBUN YAŞ, HASTALIK İNDEKSLERİ VE LABORATUAR BİLGİLERİ.

Tablo 4. Hasta grubun yaş, hastalık indeksleri ve laboratuvar bilgileri.

	Cinsiyet	n	Ort	SS	P
CRP	Kadın	44	4,97	5,37	0,701
	Erkek	31	4,55	3,62	
MPV	Kadın	44	10,48	1,05	0,786
	Erkek	31	10,41	1,02	
RDW	Kadın	44	43,94	4,92	<0,001
	Erkek	31	39,62	2,51	
PLR	Kadın	44	142,43	48,78	0,013
	Erkek	31	115,38	40,39	
NLR	Kadın	44	2,32	0,84	0,295
	Erkek	31	2,11	0,86	
Yaş	Kadın	44	28,22	9,83	0,797
	Erkek	31	28,80	9,14	
Hastalık süresi	Kadın	44	2,96	2,53	0,128
	Erkek	31	4,56	5,35	
SDASI	Kadın	43	2,14	1,06	0,194
	Erkek	31	2,60	1,89	

N:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, CRP: C-reaktif protein, MPV: Ortalama trombosit hacmi, NLR: Nötrofil-lenfosit oranı, PLR: Trombosit-lenfosit oranı, RDW: Eritrosit dağılım genişliği, SDASI: Seboreik Dermatit Alan Şiddeti İndeksi. Gruplar arası kıyaslamada Student T testi kullanılmış olup $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

N:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, CRP: C-reaktif protein, MPV: Ortalama trombosit hacmi, NLR: Nötrofil-lenfosit oranı, PLR: Trombosit-lenfosit oranı, RDW: Eritrosit dağılım genişliği, SDASI: Seboreik Dermatit Alan Şiddeti İndeksi. Gruplar arası kıyaslamada Student T testi kullanılmış olup $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

HASTA GRUP İLE KONTROL GRUBUN LABORATUAR VERİLERİ KIYASLANMASI.

Tablo 5. Hasta grup ile kontrol grubun laboratuvar verileri kıyaslanması.

	Grup	n	Ort	SS	P
CRP	Hasta	75	4,80	4,70	0,007
	Kontrol	74	3,28	0,36	
MPV	Hasta	75	10,45	1,03	0,059
	Kontrol	74	10,16	0,81	
RDW	Hasta	75	42,16	4,60	0,126
	Kontrol	74	41,18	2,96	
PLR	Hasta	75	131,25	47,16	0,565
	Kontrol	74	135,79	48,74	
NLR	Hasta	75	2,24	0,85	0,470
	Kontrol	74	2,12	1,02	

N:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, CRP: C-reaktif protein, MPV: Ortalama trombosit hacmi, NLR: Nötrofil-lenfosit oranı, PLR: Trombosit-lenfosit oranı, RDW: Eritrosit dağılım genişliği. Gruplar arası kıyaslamada Student T testi kullanılmış olup $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

N:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, CRP: C-reaktif protein, MPV: Ortalama trombosit hacmi, NLR: Nötrofil-lenfosit oranı, PLR: Trombosit-lenfosit oranı, RDW: Eritrosit dağılım genişliği. Gruplar arası kıyaslamada Student T testi kullanılmış olup $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

TABLO 6. HASTA GRUBUN SDASI VE HASTALIK SÜRELERİYLE YAŞ VE LABORATUAR PARAMETRELERİ ARASINDAKİ KORELASYON.

	Hastalık Süresi	SDASI
CRP	r 0,163	0,120
	p 0,162	0,308
	n 75	74



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

MPV	r	0,162	-0,116
	p	0,164	0,324
	n	75	74
RDW	r	-0,224	0,094
	p	0,053	0,423
	n	75	74
PLR	r	-0,034	-0,025
	p	0,769	0,836
	n	75	74
NLR	r	0,178	0,050
	p	0,126	0,670
	n	75	74
Yaş	r	0,237	0,031
	p	0,041	0,793
	n	75	74

N:kişi sayısı, CRP: C-reaktif protein, MPV: Ortalama trombosit hacmi, NLR: Nötrofil-lenfosit oranı, PLR: Trombosit-lenfosit oranı, RDW: Eritrosit dağılım genişliği, SDASI: Seboreik Dermatit Alan Şiddeti İndeksi. Veriler arasındaki korelasyon Pearson korelasyon analizi ile yapılmış olup r:korelasyon katsayısını göstermektedir, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-141][KABUL:POSTER]

SEBOREİK DERMATİTTE TUTULUM LOKALİZASYONLARI, SAYISI VE HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİLİ İNFLAMATUVAR VE METABOLİK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatih Boynueğrioğlu, Nilay Duman, İbrahim Akçay, Tolga Büyükkaya, Işıl Karaarslan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ AMAÇ:

Seboreik dermatit, genellikle saçlı deri, yüz, kulak ve gövde gibi sebumdan zengin bölgelerde ortaya çıkan, kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, seboreik dermatitin yalnızca lokalize bir dermatolojik sorun değil, aynı zamanda metabolik bozukluklar ve sistemik inflamasyonla ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Hastalığın yaygınlığının ve şiddetinin artmasıyla birlikte insülin direnci, glukoz regülasyonunda bozulma ve inflamatuvar belirteçlerde yükseklik gibi sistemik değişkenlerin eşlik edebileceği bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, seboreik dermatit hastalarında tutulum lokalizasyonlarının(saçlı deri-kulak-yüz)/sayısının ve hastalık şiddetinin yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), insülin direnci, açlık glukozu, HbA1c, lipid profili ve inflamatuvar belirteçlerle (CRP, sedimentasyon) olan ilişkisini değerlendirmektir. Bu sayede seboreik dermatitli bireylerde sistemik risklerin öngörülmesine katkı sağlanması hedeflenmektedir.

YÖNTEM:

Ocak 2024–Şubat 2025 yılları arasında Ege Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine başvuran, 18–75 yaş arası 118 seboreik dermatit tanılı hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Diyabet tanısı olan ve başka bir kronik inflamatuvar hastalığı olan hastalar çalışmadan dışlandı. Hastaların yaş, cinsiyet, tanı yaşı, boy, kilo, VKİ, tutulum lokalizasyonları (yüz, saçlı deri, kulak, gövde), tutulum sayısı ve hastalık şiddeti (modifiye SEDASI) kayıt altına alındı. Açlık glukoz, insülin, HOMA-IR, HbA1c, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserid, CRP, sedimentasyon, C-peptit, monosit ve eozinofil düzeyleri değerlendirildi. Analizlerde Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, post-hoc DSCF, Kendall's Tau-b korelasyon ve Ki-kare testleri kullanıldı ($p < 0.05$ anlamlı kabul edildi). İstatistiksel analizler, Jamovi yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma için etik kurul onayı Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından Karar No: 25-6.1T/59 numarasıyla alınmıştır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Hastaların %50'si kadın, %50'si erkek, ortalama yaş $31,3 \pm 14,1$ yıl, ortalama VKİ $26,3 \pm 4,18$ kg/m² idi. 7 hastada 4 bölge tutulumu (saçlı deri-kulak-yüz-gövde), 23 hastada 3 bölge, 55 hastada 2 bölge, 33 hastada 1 bölge tutulumu olduğu saptandı. Hastalık şiddeti hafif-orta-ileri-şiddetli olarak 4 grupta modifiye SEDASI skoru baz alınarak incelendi. 4 grup arasında açlık glukoz ($p=0.012$) ve CRP ($p=0.002$) düzeylerinde anlamlı fark vardı. Post-hoc testlere göre açlık glukoz için Hafif-İleri ($p=0.018$), CRP için Hafif-İleri ($p=0.039$) ve Hafif-Şiddetli ($p=0.008$) gruplar arası fark anlamlı bulundu. Tutulum lokalizasyon sayısı ile HbA1c ($\tau=0.303$, $p<0.001$), CRP ($\tau=0.215$, $p=0.002$), HOMA-IR ($\tau=0.185$, $p=0.009$), açlık glukoz ($\tau=0.183$, $p=0.011$), insülin ($\tau=0.160$, $p=0.024$), LDL ($\tau=0.183$, $p=0.010$) ve total kolesterol ($\tau=0.188$, $p=0.008$) arasında pozitif korelasyon saptandı. Ailede diyabet öyküsü ile SEDASI şiddeti arasında anlamlı ilişki vardı ($\chi^2=8.16$, $p=0.043$).

SONUÇ:

Seboreik dermatit hastalarında tutulum lokalizasyon sayısı ve hastalık şiddeti arttıkça, açlık glukoz, HOMA-IR, HbA1c ve CRP gibi metabolik ve inflamatuvar parametrelerde belirgin artış gözlenmiştir. Hafif grubun ileri ve şiddetli gruplara göre anlamlı şekilde daha düşük CRP ve açlık glukoz düzeylerine sahip olması, hastalık şiddeti ile bu biyobelirteçler arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Tutulan lokalizasyon sayısındaki artışın insülin düzeyi, LDL, total kolesterol gibi parametrelerle pozitif korelasyon göstermesi, hastalığın yaygınlığı ile metabolik bozulma arasında doğrudan bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, ailede diyabet öyküsü bulunan bireylerde ileri ve şiddetli hastalık görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu veriler, seboreik dermatitin klinik değerlendirmesinde sadece lezyon sayısı ve dağılımının değil, eşlik eden biyokimyasal parametrelerin de dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Hastalık yönetiminde bu faktörlerin değerlendirilmesi, daha bütüncül bir yaklaşım sağlayabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: CRP, insülin direnci, SEDASI, seboreik dermatit

KAYNAKLAR: Misery L, Rahhali N, Duhamel A, Taieb C. Epidemiology of seborrheic dermatitis: A population-based study in France. *Acta Derm Venereol.* 2013;93(2):218–219. doi:10.2340/00015555-1427

Sandoval LF, Katta R. Seborrheic dermatitis: a clinical review. *Am J Clin Dermatol.* 2021;22(4):509–519. doi:10.1007/s40257-021-00584-1

Kose O, Erbil AH, Gur AR, Yildiz A. The evaluation of insulin resistance in patients with seborrheic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27(3):345–349.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04512.x

Darlenski R, Zlatkova C, Tsankov N. Chronic inflammation in skin disorders: Implications for therapy. *Expert Opin Ther Targets*. 2015;19(9):1087–1096.

doi:10.1517/14728222.2015.1057566

Akcali C, Uzunçakmak TK, Akdeniz N, Topal IO, Yucelten D. Association between metabolic syndrome and seborrheic dermatitis: A cross-sectional study. *An Bras Dermatol*.

2017;92(5):640–643. doi:10.1590/abd1806-4841.20176230

Kim J, Yoo JM, Kim YS. Association between seborrheic dermatitis and systemic comorbidities in Korea: A nationwide cohort study. *Sci Rep*. 2021;11:6829. doi:10.1038/s41598-021-86110-9

Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2013;31(4):343–351.

doi:10.1016/j.clindermatol.2013.01.004

Tüzün Y, Karakuş R, Kacar N, et al. Seborrheic dermatitis: A detailed morphologic and clinical evaluation. *Cutis*. 2007;80(6):435–440.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-142][KABUL:POSTER]

SIRADIŞI BİR OLGU ÜZERİNDEN DERMATOMAL/BLASKOİD ANTİTELERE YENİDEN BAKIŞ

Zeynep Büşra Balık

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Segmental vitiligo, ayrı bir vitiligo formu olarak, lezyonlarının dermatomal veya Blaschkoid dağılım gösterdiği yaygın edinilmiş bir pigmentasyon kaybıdır (1). Liken striatus, genellikle çocukları etkileyen, genellikle Blaschko çizgilerini takip eden bantlar halinde düzenlenmiş papüllerle karakterize, doğrusal, iyi huylu, kendi kendini sınırlayan tek taraflı bir dermatozdur. (2). Lokalize skleroderma olarak da adlandırılan morfea, cildi ve alttaki dokuları etkileyen bir fibrozan hastalıktır. Birçok raporda, eş zamanlı jeneralize vitiligo ve morfea vakaları bildirilmiştir. Ancak, segmental vitiligo ve segmental morfea arasındaki ilişki nadiren bildirilmiştir (3). Burada segmental vitiligo, segmental morfea ve liken striatusun birlikte olduğu nadir bir olgu sunuyoruz. Bu olgu bildiğimiz kadarıyla literatürde ilk bildiren olgudur ve bu üç segmental bozukluk arasındaki ilişkiye dair bilgiye katkıda bulunmak amacıyla sunulmuştur.

OLGU:

24 yaşında kadın hasta vücutta yaygın sertlik ve lekeler şikayetiyle başvurdu. Şikayetlerinin 6 yıl önce beyaz lekeler şeklinde başlayıp sonrasında koyu renkli sert yamaların çıktığını ifade ediyordu. Özgeçmişinde hipofiz mikroadenom öyküsü mevcuttu. Soygeçmişinde anne ve babada diyabetes mellitus dedesinde vitiligo öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenede sağ gövde yarısında dermatomal dağılım gösteren beyaz maküller ve sağ gövde lateralinde viyolase, blaschkoid makül görüldü. Sol kol, sol gövde yarısı ve sol bacakta çok sayıda sklerotik pigmente yama ve plaklar mevcuttu (Resim 1A,B,C,D). Depigmente bir makülden alınan biyopsinin histopatolojik değerlendirmesinde "epidermal ortokeratoz, dermiste seyrek perivasküler lenfositik infiltratlar ve vitiligoyu işaret eden SOX10, Melan A ve HMB-45 boyama ile epidermiste melanosit kaybı" özellikleri izlendi (Resim 2A). Sklerotik plak biyopsisinin histopatolojik değerlendirmesinde saptanan "retiküler dermis kalın ve yoğun kollajenize görünümde, kaba kollajen lif yapıları arasında sıkışmış atrofik adneksiyel bez yapıları, dermise paralel kalınlaşmış kaba kollajen lifler" bulguları morfea tanısını doğruladı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

(Resim 2B). Viyolase Blaschko-lineer makülün biyopsisinin histopatolojik değerlendirmesinde "ortokeratoz, retelerde hafif uzama, fokal spongiyoz, dağınık diskaratotik keratinositler ve liken striatusun karakteristik bir görünümü olan adneksiyal yapıları saran melanofajlardan zengin yüzeysel perivasküler-interstisyel lenfositik infiltrat izlendi (Resim 2C). Klinik ve patolojik değerlendirme sonucu segmental vitiligo, segmental morphea ve liken striatus tanısı kondu.

SONUÇ:

Segmental vitiligo, segmental morfea ve liken striatus'un, inflamatuvar bir yanıtı neden olan genetik bir mozaizme dayalı benzer bir patogenezi paylaştığı varsayılmaktadır (5). Segmental dağılımla ilgili olarak, şu anda kabul gören teori, her iki hastalığın da embriyonik yaşam sırasında bazı ektodermal hücrelerde mutasyonlarla genetik mozaizmeden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Olası bir açıklama da, embriyogenez sırasında savunmasız hücrelerin bir klonunun oluşması ve bu hücrelerin otoimmün saldırı gibi uygun bir tetikleyiciye maruz kalmasının morfea ve vitiligo gelişimine yol açabileceğidir (3,4).

ANAHTAR KELİMELEER: segmental vitiligo, segmental morphea, liken striatus

KAYNAKLAR: 1. Yadav P, Garg T, Chander R, Nangia A. Segmental vitiligo with segmental morphea: An autoimmune link? Indian Dermatol Online J. 2014 Nov;5(Suppl 1):S23-5. doi:10.4103/2229-5178.144517.

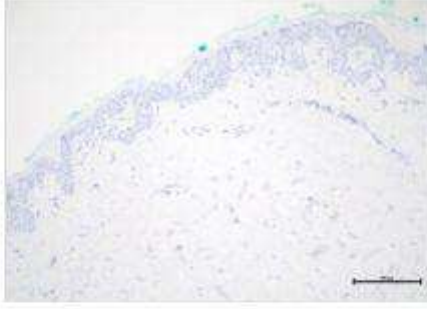
2. Correia LD, Silva de Castro CC. Association between bilateral segmental vitiligo and lichen striatus: an expression of mosaicism? Int J Dermatol (2018) 57:992–3. doi:10.1111/ijd.13964

3. Magri F, Miraglia E, Soda G, Giustini S. Concomitant Segmental Vitiligo and Segmental Morphea in an 8-year-old boy Indian J Dermatol. 2021 May-Jun;66(3):318-319. doi: 10.4103/ijd.IJD_247_20.

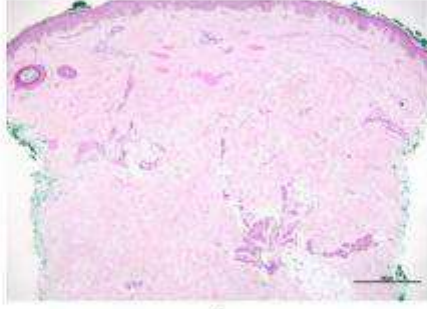
4. Lee JS, Park HS, Cho S, Yoon HS. Concurrence of Circumscribed Morphea and Segmental Vitiligo: A Case Report Ann Dermatol. 2018 Dec;30(6):708-711. doi:10.5021/ad.2018.30.6.708. Epub 2018 Oct 26.

5. Speeckaert R, Lambert J, Bulat V, Belpaire A, Speeckaert M, van Geel N. Autoimmunity in Segmental Vitiligo Front Immunol. 2020 Oct 27;11:568447. doi: 10.3389/fimmu.2020.568447. eCollection 2020.

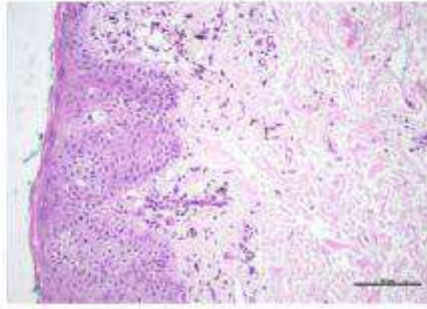
RESİM 2A,B,C



A



B



C

A. SOX10, Melan A ve HMB-45 boyama ile epidermiste melanosit kaybı (x100), B. Retiküler dermis kalın ve yoğun şekilde kollajenize görünümde, kaba kolajen demetleri arasında sıkışmış atrofik adneksal bez yapıları (H&E, x40), C. Epidermiste ortokeratoz, retelerde hafif uzama, fokal spongioz, dağınık diskaratotik keratinositler ve adneksiyal yapıları saran melanofajlardan zengin yüzeysel perivasküler-interstisyel lenfositik infiltrat (H&E, x100)

RESİM1A,B,C,D



A. Sağ gövde yarısında depigmente maküller B. Sağ gövde lateralinde viyolase blaschkoid maküller C,D. Sol kol, sol gövde yarısı ve sol bacakta çok sayıda sklerotik pigmente yama ve plaklar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-146][KABUL:POSTER]

PARMAK PULPASINDA AĞRILI MAKÜLER LEZYON:TANINIZ NEDİR?

Ahmet Furkan Ülker¹, Filiz Cebeci Kahraman¹, Mehtap Toprak²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Sultan 2.Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırması Hastanesi,Patoloji Bölümü,İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Lenfanjiyoma Sirkumskriptum (LS),derin dermal ve subkutan lenfatik kanalların nadir, lenfatik malformasyonudur. Sıklıkla konjenital ya da edinsel olabilir. Bu bildiride nadir bir lokalizasyonda,parmak pulpası tutulumlu LS olgusu sunulmaktadır.Olgu bildiğimiz kadarıyla literatürdeki ikinci parmak pulpası tutulumlu olgudur.Ayrıca pulpa dermoskopisinin tanımlandığı literatürdeki ilk olgudur.

OLGU:

Kırk sekiz yaşında kadın hasta,5 yıldır sağ el 2. parmak pulpasında var olan,son 1 yıldır ise palpasyonla ağrı öyküsü olan lezyon şikayeti ile polikliniğe başvurdu.Hastanın travma öyküsü yoktu;özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir patoloji bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenede; sağ el 2. parmak pulpasında yaklaşık 0.7 cm çapında,sınırları net seçilemeyen,soluk livedimsi, merkezi ince skuamli, palpasyonla ağrılı maküler lezyon gözlendi(Figür 1).Hastanın sağ el 2. falanks derin ventral yüzüne yapılan yüzeyel ultrasonografide herhangi bir patoloji saptanmadı.

Dermoskopik incelemede;sırtlarda non-homojen (irili-ufaklı)multipl pembe-kırmızımsı globuler yapılar,sırt ve oluk yapısını yer yer bozan gri-beyazımsı alanlar ve skuam gözlendi.(Figür 2)Bu dermoskopik bulgular normal bir dermatoglik yapının bozulduğuna işaret ederek anormal bir dermatoglik paterni göstermekteydi.Mikrovenüler hemanjiyom ve anjiyokeratom ön tanıları ile lezyon total olarak eksize edildi.

Histopatolojik değerlendirmede; epidermiste belirgin hiperkeratoz,hafif papillamatoz ve yer



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

yer akantoz gözlemlendi. Reteler uzamış olup, papiller dermisden epidermise doğru uzanım gösteren lenfatik vasküler geniş yapılar mevcuttu. (Figür 3) CD34, vasküler yapıları boyayan bir immunhistokimyasal belirteç olup vasküleyapılar CD34 ile endotelial pozitif boyanma gösterdi. D2-40 (podoplanin), lenfatik damarların immunhistokimyasal belirteci olup lenfatik yapılarda D2-40 ile boyanma seçildi ve olgu bu bulgularla LS tanısı aldı.

SONUÇ:

Lenfanjiyoma sirkumskriptum sıklıkla proksimal ekstremiteler, dil ve yanak mukozası gibi bölgelerde siktir. Olgumuzda lezyon parmak pulpasındaydı. Literatür incelendiğinde; bildiğimiz kadarı ile parmakta lenfanjiyoma sirkumskriptumun gözlemlendiği ikinci olguydu. Parmakta LS gözlenen ilk olgu 16 yaşındaki kız hastada lezyon 1 yıldır var olup ve deri renginde asemptomatik papül şeklindeydi. Hastadan verrü ön tanısı ile biyopsi alınmıştı ancak dermoskopik görüntüsü de yoktu. LS dermoskopisi ile ilgili literatür tarandığında 45 LS hastasının olduğu bir çalışmada; 22 hastada gövde, 20'sinde ekstremiteler, 3'ünde yüzde dermoskopik görüntüler olmasına rağmen hiçbir hastada parmakta LS ve ona ait dermoskopik görüntü ve tanımlama mevcut değildi. Parmak harici tutulan bölgelerdeki dermoskopik tanımlamalar lakünler, vasküler yapılar, beyaz çizgiler, hipopyon belirtisi ve skuam varlığıydı. Olgumuzda pulpa dermoskopisi yaparak ilk kez parmak yerleşimli LS olgusundaki dermoskopik özellikleri tarif etmiş olduk.

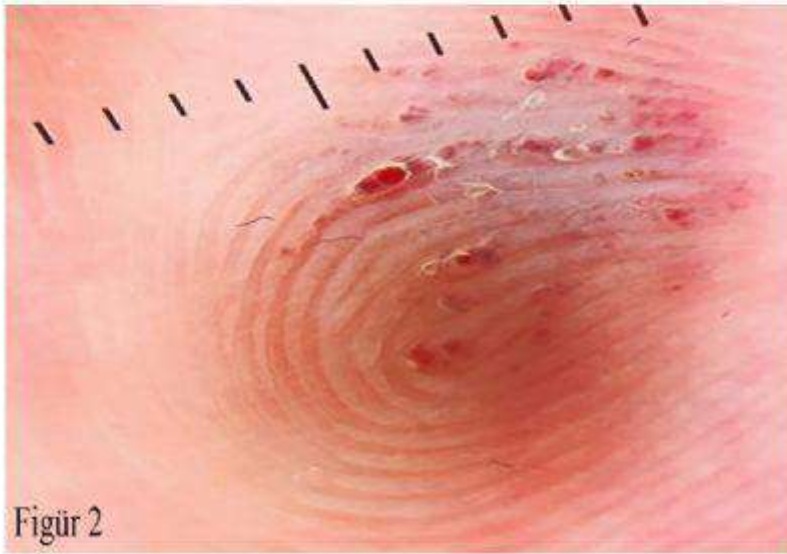
Lenfanjioma sirkumskriptum genellikle grube veziküler lezyonlar olarak görüldüğünde tanısı kolaydır ancak nadiren parmak gibi alışılmadık lokalizasyonlarda ve soliter makül olarak gözlemlendiğinde bizim olgumuzda olduğu gibi tanı zorlaşır. Verrü, Lenfanjiyektezi, Anjiyokeratom, mikrovener hemanjiom, hemanjiyoma endotelialyoma ayırıcı tanısının yapılması gerekir; burada tanıya giderken dermoskopi kolaylık sağlayabilir. Klinisyenler LS'nin soliter makül gibi farklı klinik görünümünde de görülebileceğinin farkında olmalıdırlar.

ANAHTAR KELİMELEER: lenfanjiyoma sirkumskriptum, dermoskopi, makül, nadir

KAYNAKLAR: Oh ST, Kwon HJ, Lee JY, Cho BK. A case of lymphangioma circumscripsum developed on the finger. Dermatol Surg. 2007 May;33(5):648-9.

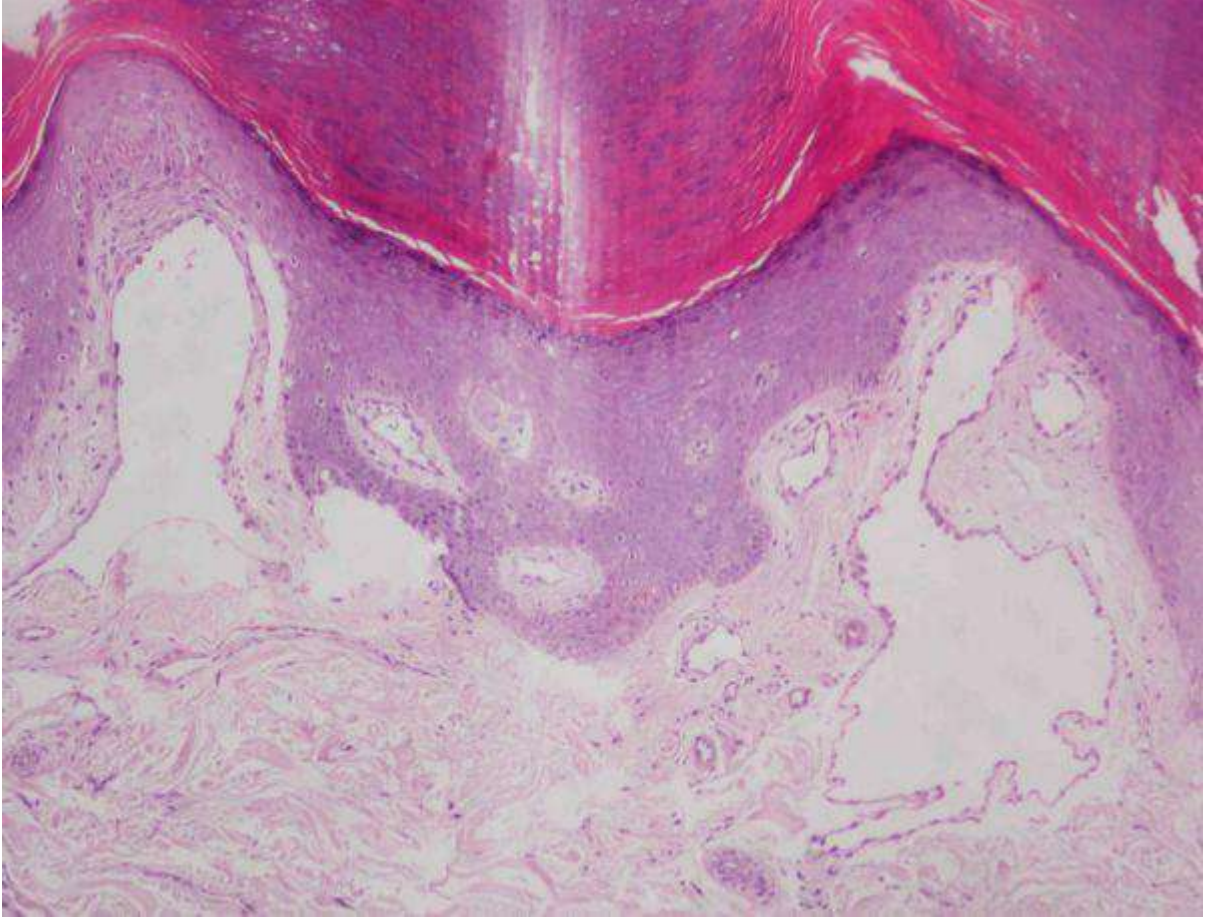
Zaballos P, Del Pozo LJ, Argenziano G, Karaarslan IK, Landi C, Vera A, Llambrich A, Medina C, Bañuls J. Dermoscopy of lymphangioma circumscripsum: A morphological study of 45 cases. Australas J Dermatol. 2018 Aug;59(3):e189-e193

FIGÜR 1-2



Vaka fotoğrafı ve dermoskopi

FIGÜR 3



HE boyama



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-147][KABUL:POSTER]

**DEKORATİF CAM KANDİLLE GELEN TEHLİKE: GAZ YAĞINA BAĞLI İRRİTAN KONTAKT
DERMATİT**

Büşra Özel, Münevver Güven, Meltem Uslu, Ekin Bozkurt Şavk

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Aydın

AMAÇ:

Cam kandiller, son dönemde popüler hale gelen dekoratif ürünlerdir ve içerisinde yakıt olarak gaz yağı (kerosen) veya rafine bir gaz yağı olan kandil yağları bulunmaktadır. Alifatik bir bileşik olan gaz yağı, deride lipid tabakasının uzaklaştırılmasına (defatting) ve protein denatürasyonuna neden olarak iritan etki göstermektedir (1). Kerosen dermatiti, kerosenle uzun süreli temas sonucu oluşan bir iritan kontakt dermatit (İKD) olup, deride erozyonlar, veziküller ve bül gelişimi ile karakterizedir (2). İKD'nin ayırıcı tanısında selülit, erizipel, atopik dermatit, dishidrotik egzema, numuler dermatit, psoriasis gibi birçok dermatoz yer almaktadır. İKD'nin tanısında en önemli basamak öykünün detaylı sorgulanmasıdır (3). Çocuk acil bölümü tarafından selülit olarak değerlendirilerek, bölümümüze konsülte edilen ve tarafımızca alınan detaylı öykü ve fizik muayene bulguları doğrultusunda kerosene bağlı İKD tanısı alan çocuk olguyu; hem anamnezin önemini vurgulamak, hem de son dönemde sık kullanılan dekoratif ürünler arasında yer alan cam kandillerin içerisindeki kimyasalların yol açabileceği İKD konusunda farkındalığı arttırmak ve yaratabileceği tehlikeyi vurgulamak amacıyla sunuyoruz.

OLGU:

Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik olmayan 1 yaş kız olgu gece uyurken başlayan döküntü, kaşıntı, kızarıklık şikayetiyle çocuk acil bölümüne başvurdu. Çocuk acil bölümünden selülit ön tanısıyla dermatoloji bölümümüze konsülte edilen olgunun dermatolojik muayenesinde sağ ön kolun ekstansör yüzünde çok sayıda vezikül ve ekzoriyasyon, sağ bacak aşil tendonu üzerinde, sol bacak ve sol ayak dorsumunda eritemli zemin üzerinde çok sayıda veziküllerin olduğu, sınırları belirgin plak görüldü (Resim 1 A,B,C). Aileden alınan detaylı anamnezde evde bulunan dekoratif cam kandilin içerisindeki mavi renk sıvıyla kaza ile temas öyküsü olduğu öğrenildi (Resim 2). Hastanın sistem muayenesi, CRP ve lökosit sayısı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

normaldi. Hastanın muayene bulguları ve öyküsüne göre kerosen/kandil yağına bağlı İKD düşünüldü. İrritasyona neden olan sıvı ile temastan kaçınılması, ıslak pansuman ve topikal kortikosteroid tedavisi başlandı. Ayrıca olgumuzun 9 aylık kuzeninde de aynı maddeyle maruziyet öyküsü olduğu ve olgumuzun kuzenine 1 gün önce sağ ön kolda kızarıklık, şişlik, ısı artışı şikayeti ile çocuk enfeksiyon hastalıkları servisinde selülit tanısıyla sistemik ampisilin-sülbaktam tedavisi başlanıldığı öğrenildi. Olgumuzun İKD tedavi sonrası lezyonları tamamen düzeldi.

SONUÇ:

Kerosen dermatiti, gaz yağı ile uzun süreli temas sonucu gelişen primer İKD'dir. Deride vezikül, bül ve erozyonların oluşumuna neden olması nedeniyle, birinci veya ikinci derece yanıklara klinik benzerlik gösterir. Şiddetli olgularda, gaz yağının perkütan yolla absorpsiyonu gerçekleşebilir ve bu durum nadiren sistemik toksisiteye yol açabilir. Bu toksik etkiler arasında rabdomiyoliz, hepatik disfonksiyon, akut böbrek yetmezliği, yaygın intravasküler pıhtılaşma ve ölüm yer alır (2). Tanıda, giysilerdeki gaz yağı kokusu yardımcı olabilir; ancak giysilerde koku yoksa ve hasta gaz yağına maruz kaldığını bilmiyor ya da bu maruziyet başka kişilerce doğrulanamıyorsa tanı koymak güçleşir (4). Öykünün detaylı sorgulanmaması veya hasta ve yakınlarının gaz yağına maruziyet öyküsü vermemesi tanı koymayı güçleştirir, yanlış tanılar konulmasına neden olabilir. Bizim de olgumuz ve olgumuzun kuzeninde pediatri bölümü tarafından selülit tanısı düşünülmüştü.

Sonuç olarak; içerisinde gaz yağı/kandil yağı bulunan cam kandillerin popüleritesi nedeniyle son dönemde benzer olgularla daha sık karşılaşabileceğimiz unutulmamalı ve İKD şüphesi olan olgularda mutlaka bu cam kandiller sorgulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Gaz yağı, iritan kontakt dermatit, kerosen dermatiti

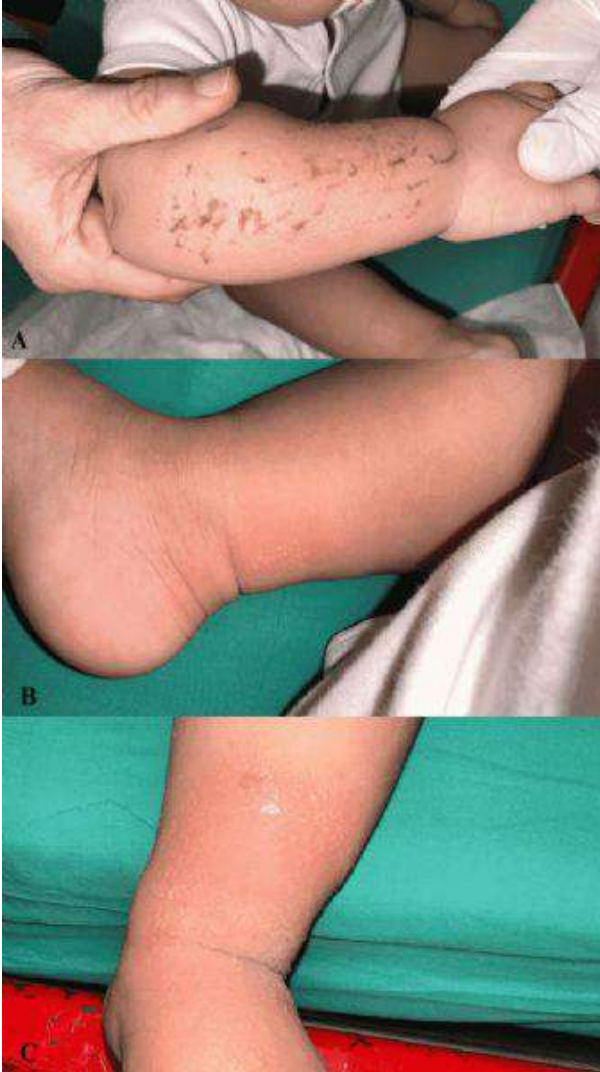
KAYNAKLAR: 1) Patel K, Nixon R. Irritant Contact Dermatitis - a Review. Curr Dermatol Rep. 2022;11(2):41-51.

2) Korekawa A, Nakano H, Sawamura D. Widespread kerosene dermatitis associated with rhabdomyolysis. J Dermatol. 2021;48(8):e386-e387.

3) Gkagkari P, Tagka A, Stratigos A, Karalis V, Kyritsi A, Vitsos A, Rallis MC. Differential Diagnosis of Irritant Versus Allergic Contact Dermatitis Based on Noninvasive Methods. Dermatol Pract Concept. 2024; 30;14(4):e2024231.

4) Tsujino Y, Hieda Y, Morita E. A rapid and definitive diagnosis of kerosene dermatitis by an analysis of detached lesional epidermis using gas chromatography-mass spectrometry. Arch Dermatol Res. 2005;297(2):91-3.

RESİM 1A,B,C



Sağ ön kolun ekstansör yüzünde çok sayıda vezikül ve ekskoriyasyon, sağ bacak aşil tendonu üzerinde, sol bacak ve sol ayak dorsumunda eritemli zemin üzerinde çok sayıda veziküllerin olduğu, sınırları belirgin plak



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-149][KABUL:POSTER]

DİLDE GİZEMLİ SİYAH NOKTALAR: PİGMENTE FUNGİFORM PAPİLLA

Merve Güneş, Pelin Hızlı, İlkey Can

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AnaBilim Dalı, Balıkesir

GİRİŞ-AMAÇ:

Pigmente fungiform papilla(PFP), fungiform papillaların belirgin hiperpigmentasyonu ile seyreden asemptomatik, nonprogresif anatomik varyanttır. Genellikle, herhangi bir sistemik hastalıkla ilişkili olmaksızın, koyu tenli bireylerde görülür. PFP, klinik olarak üç alt tipe ayrılmaktadır: Tip 1, pigmentasyonun dilin anterolateral bölümünde ve ucunda sınırlı sayıda papillada gözlemlendiği formdur. Tip 2, dil dorsumundaki birkaç papillanın tutulumu ile karakterizedir. Tip 3 ise dil dorsumundaki tüm fungiform papillaların pigmentasyon göstermesiyle tanımlanır. PFP'nın dermoskopisinde ise kaldırım taşı ve gül yaprağı görünüm varlığı tanısız rol oynar. Bu bildiride, klinik ve dermoskopik değerlendirmeyle Tip 1 PFP tanısı alan 33 yaşındaki (Fitzpatrick cilt tipi IV) erkek vaka sunularak, literatüre katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

OLGU:

Otuz üç yaşında Ankilozan Spondilit (AS) tanılı, miyopatisi olan erkek hasta takipli olduğu nöroloji kliniğinden dilde siyah renk değişikliği nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Fitzpatrick cilt tipi IV olan hasta yaklaşık 3 yıldır dilde siyah renk değişikliği olduğunu belirtti. Eşlik eden başka bir semptomu yoktu. Hasta, AS tanısıyla yaklaşık 5 yıl golimumab, 1 yıl da sekukinumab tedavisi almış; bu biyolojik tedaviler öncesinde ise tam olarak nedeni bilinmeyen bir şekilde zaman zaman trimetobenzamid tedavisi aldığını da belirtti. Bunlar dışında hastanın bilinen başka bir ilaç kullanım öyküsü, sigara içiciliği ya da travma öyküsü yoktu. Hastanın oral mukoza muayenesinde, dil dorsum laterallerinde ve sağ anterolateral bölgesinde belirgin hiperpigmente yamalar izlendi (Resim 1). Dermoskopik bakıda arnavut kaldırım taşı benzeri paternde kahverenkli fungiform papillalar, papilla tabanından kaynaklı periferik pigmentasyon ve dikotomize damarlarla serpiştirilmiş gül yaprağı görünüm izlendi (Resim 2). Hastanın rutin laboratuvar ve hormon değerleri normal aralıktaydı. Mevcut klinik ve dermoskopik değerlendirme sonrası vakamıza Tip 1 PFP tanısı konuldu.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Dilde, filiform, sirkumvallat, foliat ve fungiform papilla olmak üzere dört farklı yapıda papilla vardır. Fungiform papillalar, koyu tenli bireylerde pigmentli olabilir. Vakamızda olduğu gibi dış eti ve dudakların hiperpigmentasyonunun eş zamanlı tespiti, bunun çoğunlukla koyu deri fototipine sahip bireylerde olduğunu kanıtlar niteliktedir. PFP, dildeki fungiform papillaların sınırlı hiperpigmentasyonu ile karakterize, genellikle asemptomatik seyreden benign bir durumdur. Başlangıç yaşı 2-3.dekat arasında değişir. PFP, Holzwanger tarafından üç tipe ayrılmıştır. En sık karşılaşılan form Tip 1 olmakla birlikte, bu tipin Türkiye’den bildirilen olgu sayısı oldukça azdır.

Tanı çoğunlukla biyopsiye gerek duyulmadan klinik olarak konulur. Klinik bulgularla birlikte, dermoskopik bakıda arnavut kaldırım taşı ve/veya gül yaprağı görünümüne sahip lezyonların varlığı da tanının doğruluğunu artırır. Nitekim bizim vakamızda da her iki görünüme ait lezyonlar mevcuttu bu da tanın kolaylık sağladı.

Sonuç olarak bu olgu sunumuyla, PFP’nin klinik ve dermoskopik bulgulara dayanarak invaziv işleme ihtiyaç duyulmadan hızlı bir şekilde tanı konulabileceği ve oral mukoza pigmentasyonunda ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: dil, fungiform papilla, pigmentasyon, varyant

KAYNAKLAR: 1. Surboyo, M. D. C., Samaranayake, L., Santosh, A. B. R., Ayuningtyas, N. F., Wati, S. M., Rahayu, R. P., Urbina, F., Kuntari, W. L., Syahnia, S. J. M. R., Puspasari, K., Parmadiati, A. E., & Ernawati, D. S. (2022). Pigmented Fungiform Papillae (PFP) of the Tongue: A Systematic Review of Current Aetiopathogenesis and Pathophysiology. *Pathophysiology: the official journal of the International Society for Pathophysiology*, 29(3), 555–69.

2. Holzwanger JM, Rudolph RI, Heaton CL. Pigmented fungiform papillae of the tongue: a common variant of oral pigmentation. *Int J Dermatol* 1974;13:403–8.

3. Oğrum, A., Takçı, Z., & Yıldız Seçkin, H. (2018). Pigmente Fungiform Papilla: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology*, 28(1).

4. Rice SM, Lal K. Successful Treatment of Pigmented Fungiform Papillae of the Tongue With Q-switched Ruby Laser. *Dermatol Surg*. 2022;48(3):368-69.

5. Chessa, M. A., Patrizi, A., Sechi, A., Viridi, A., Leuzzi, M., & Neri, I. (2018). Pigmented fungiform lingual papillae: dermoscopic and clinical features. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 32(6), 935–39.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-150][KABUL:POSTER]

**NADİR BİR OLGU OLARAK MEME SARKOİDOZU: KLİNİK SEYRİ VE DERMATOLOJİK AYIRICI
TANININ ROLÜ**

İrem Aşkın, Ece Uğurer, Burçe Can Kuru

Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hatanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ - AMAÇ

Sarkoidoz, etiyolojisi tam olarak aydınlatılamayan, nonkazeifiye granülomlarla karakterize multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır[1,4]. Genellikle halsizlik, kilo kaybı ve ateş gibi sistemik belirtilere; öksürük ve nefes darlığı gibi pulmoner semptomlar eşlik eder[1]. Olguların yaklaşık %90'ında hiler ve mediastinal lenf nodu tutulumu izlenir[3,6]. Nadiren meme tutulumu ile seyreden asemptomatik olgular da tanımlanmıştır[3]. Bu grup, tüm sarkoidoz hastalarının %1'inden azını oluşturur[1,2].

Granümatöz mastit (GM), memede nadir görülen inflamatuvar bir hastalıktır[7,8]. Klinik ve radyolojik açıdan malign meme lezyonlarını taklit edebildiği için tanısız güçlük yaratabilir[8]. GM, enfeksiyöz ajanlar, otoimmün mekanizmalar veya sistemik granümatöz hastalıklarla ilişkili olarak gelişebilir[7].

Bu yazıda, başlangıçta enfeksiyöz granümatöz mastit tanısı alan ve dirençli seyir sonrası dermatolojik muayene ile sarkoidoz tanısına yönlendirilen 42 yaşında kadın hasta sunulmuştur.

Olgu

Kırk iki yaşında, hemşire olarak çalışan, alkol ve sigara kullanımı olmayan, bilinen ek hastalık öyküsü olmayan kadın hasta; Eylül 2024'te sağ memede ağrı, hassasiyet, seröz akıntı şikayetleri ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Oral amoksisilin-klavulanik asit tedavisi sonrası hastanın semptomlarında azalma izlendi; ancak memede cilt altı nodül şikayeti devam etti.

Kasım 2024'te yapılan meme ultrasonografisinde, sağ memede saat 5-6 hizasında retroareolar yerleşimli, yaklaşık 16x18 mm boyutlarında, parankime göre heterojen hipoekoik alan saptandı. İleri görüntüleme önerildi. MR görüntülemesinde, kontrastlı incelemede heterojen tarzda yoğun kontrastlanma izlendi. Bulgular, nonspesifik granümatöz, inflamatuvar, enfeksiyöz patolojiler ile uyumlu olabileceği gibi mevcut veriler ile malign patoloji ekarte edilemedi. BIRADS-4 olarak değerlendirildi, histopatolojik korelasyona gidilmesi önerildi. Histopatolojik incelemede, nonforme granülom yapılarının eşlik ettiği,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

kronik ve nonspesifik inflamasyon gösteren fibrolipomatöz doku saptandı.

Mayıs 2025'te hasta şikayetlerinin nüks etmesi üzerine yeniden sistemik antibiyotik tedavisi (amoksisilin-klavulanik asit) başlandı; ancak tedaviye yanıt alınamaması üzerine hasta tarafımıza yönlendirildi.

Dermatolojik muayenede, sağ meme areola medialinde eritemli, minimal livedi görünümde, üzeri ince skuamlı plak izlendi (resim1). Palpasyonda hassasiyet mevcuttu. Dermoskopik incelemede belirgin vaskülarizasyon gözlemlendi. Granüloamatöz mastit, Paget hastalığı, kutanöz metastaz ön tanılarıyla lezyondan 4 mm punch biyopsi alındı.

Histopatolojik incelemede, orta dermiste süpüre granüloamatöz inflamasyon izlendi (resim2). Hastadan PPD, hemogram, CRP, serum ACE düzeyi, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ve akciğer grafisi istendi.

PPD: NEGATİF

Hb: 10,7 g/dL

MCV: 72,1 fL

CRP: 25,53 mg/L

ACE: 72,8 U/L

Akciğer grafisi: Sağ hiler bölgede minimal dolgunluk izlendi.

Hasta, sarkoidoz tanısı ile ileri tetkik amacıyla göğüs hastalıklarına yönlendirildi.

Sonuç

Bu vaka, memede şişlik, ağrı ve kitle semptomlarına yol açan granüloamatöz mastit tablosu ile prezente olan nadir bir meme sarkoidozu olgusudur. Tanı, histopatolojik inceleme ile görülen nonkazeifiye granüloamatöz inflamasyon ve artmış serum ACE düzeyi tespiti ile konulmuştur.

Sarkoidoz genellikle insidental olarak, akciğer grafisinde hiler lenfadenopati ile saptanır[1].

Ekstrapulmoner tutulum hastaların %30'unu etkilemekte olup en sık cilt, göz, karaciğer ve lenf nodu tutulumu izlenir[1,4]. Nadiren izole meme tutulumu ile bulgu verebilir; bu durum klinik ve radyolojik olarak malign meme patolojileri ile karışabileceği için önemlidir[1,2].

Sunulan vakada, dirençli lezyonun dermatolojik ve histopatolojik değerlendirilmesi, ardından yapılan sistemik araştırmalar sayesinde tanıya ulaşıldı. Negatif PPD testi tüberküloz olasılığını dışladı. Artmış serum ACE düzeyi tanıyı destekledi.

Sarkoidoz, nadir de olsa meme tutulumu ile prezente olabilir. Bu açıdan, özellikle granüloamatöz inflamasyon saptanan olgularda sarkoidoz ve diğer sistemik granüloamatöz hastalıklar mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Sarkoidoz, Meme tutulumu, Granüloamatöz mastit



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

KAYNAKLAR: 1. Kaddoura R, Al Haj M, Faraji H, Abdalbari K, Mohamed A. A Rare Case of Sarcoidosis Presenting as an Isolated Breast Mass and Pain: A Case Report and Literature Review. Am J Case Rep. 2023 Oct 16;24:e940919. doi: 10.12659/AJCR.940919. PMID: 37844027; PMCID: PMC10588761.

2. Göçmen, H., Coşkun, F., Adım, Ş. B., Uzaslan, E., & Gözü, O. (2009). Meme sarkoidozu. Balkan Medical Journal, 2009(1), 70-73.

3. Ojeda H, Sardi A, Totoonchie A. Sarcoidosis of the breast: implications for the general surgeon. Am Surg. 2000 Dec;66(12):1144-8. PMID: 11149586.

4. Rhazari, Meriema,b,*; Ramdani, Abdelbassirb,c; Gartini, Saraa,b; Bouali, Sihama,b; Aharmim, Mohammedd; Thouil, Afafa,b; Kouismi, Hatima,b; Bourkadi, Jamal Eddined. Mammary sarcoidosis: A rare case report. Annals of Medicine & Surgery 78(), June 2022. | DOI: 10.1016/j.amsu.2022.103892

5. Pluguez-Turull, C., Del Toro, C., & Tjendra, Y. (2024). Sarcoidosis of the Breast. IntechOpen. doi: 10.5772/intechopen.1003708

6. Puryear DW, Fowler AA 3rd. Sarcoidosis: a clinical overview. Compr Ther. 1996 Oct;22(10):649-53. PMID: 8950081.

7. Wolfrum A, Kümmel S, Theuerkauf I, Pelz E, Reinisch M. Granulomatous Mastitis: A Therapeutic and Diagnostic Challenge. Breast Care (Basel). 2018 Dec;13(6):413-418. doi: 10.1159/000495146. Epub 2018 Nov 23. PMID: 30800035; PMCID: PMC6381909.

8. Diesing D, Axt-Flidner R, Hornung D, Weiss JM, Diedrich K, Friedrich M. Granulomatous mastitis. Arch Gynecol Obstet. 2004 May;269(4):233-6. doi: 10.1007/s00404-003-0561-2. Epub 2003 Dec 19. PMID: 15205978.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-151][KABUL:POSTER]

GRAHAM LITTLE-PİCCARDİ-LASSUEUR SENDROMLU OLGU

İlknur Yorğun Özdemir¹, Hatice Uce Özkol¹, Fatma Ayaz Yalınkılıç², Sena Uçan¹

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dermatoloji A.D

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Patoloji A.D

GİRİŞ-AMAÇ:

Liken planopilarisin nadir bir varyantı olan Graham-Little-Piccardi-Lassueur sendromu(GLPLS), saçlı deride sikatrissiyel alopesi, gövde ve ekstremitelerde foliküler keratoz, aksilla ve pubik bölgede sikatrissiyel olmayan alopesi ile karakterize bir tablodur. Klinik ve histopatolojik olarak GLPLS tanılı olgu nadir görülmesi sebebiyle sunulmuştur.

OLGU:

Kırk üç yaşında erkek hasta üç-dört ay önce başlayan vücutta sivilce, saçlarda dökülme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Aynı zamanda gövdede ve ekstremitelerde yer yer kılların dökülmesi, gövdede daha şiddetli olmak üzere tüm vücutta ve de saçlı deride kırmızı-mor yaralar ve saç dökülmesi tarif etmekteydi. Dermatolojik muayenesinde; saçlı deride yer yer sınırları düzensiz atrofik görünümlü alopesik plaklar ile mevcut kıl foliküllerinde perifoliküler hiperkeratoz ve skuamasyon izlendi. Her iki ön kol ekstansör alanda, lomber ve interskapuler bölgede foliküler yerleşimli morumsu papüller mevcuttu. Ayrıca gövde ön bölgede, sırtta orta hatta, inguinalde eritemli livedi renkli papül ve plaklar mevcuttu. Oral, genital mukoza ve sistemik muayenesi doğaldı. Laboratuvar incelemesi normal olarak değerlendirildi. Klinik ve histopatolojik değerlendirmeler sonucu hastaya GLPLS tanısı konuldu. Göz muayenesi doğal olan hastaya

400 mg/gün hidroksiklorokin tablet tedavisi başlandı. 2 aylık tedaviden sonra kontrole gelen hastada gövde ve saçlı derideki alopesik yamalarda kıl çıkışı, eritemde solma, yer yer hiperpigmentasyon bırakarak iyileşme, foliküler papüllerde ve hiperkeratozda düzelme görülmüştür.

SONUÇ:

Piccardi tarafından 1913'te saçlı deride skatrissiyel alopesi, pubik ve aksiller bölgede non-skatrissiyel alopesi ile gövde ve ekstremitelerde foliküler spinöz papüller bulunan bir hastada ilk kez "keratotik spinuloz tanımlanmıştır (1). 1915'te, Graham Little, daha önce de Lassueur



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

tarafından folikülitis dekalvans atrofikans olarak tanımlanan benzer bir olguyu bildirmiştir. Bu nedenle hastalığa Graham-Little-Piccardi-Lassueur sendromu ismi verilmiştir (2). Kadınlarda erkeklere nazaran dört kat daha fazla görülmektedir. Sıklıkla şiddetli kaşıntı hastalığa eşlik eder (3). Hastamız 43 yaşında erkek hastaydı. Olgunun yaklaşık 4 aydır gövdesinde papüller ile saçlarında ve gövdesindeki kıllarda kayıp vardı. Gövde ve ekstremitelerde foliküler papüller mevcuttu. Oral ve genital mukoza tutulumu yoktu. Bazı yazarlar klinik ve histopatolojik bulgular ve yayınlanan raporlar ile GLPLS'yi liken planopilarisin bir varyantı olarak kabul etmekle beraber bazı yazarlar ise bağımsız bir sendrom olarak kabul etmektedir.(4) Histopatolojisinde erken lezyonlarda infundibulum ve istmus seviyelerinde perifoliküler lenfositik infiltrasyon olur. Dış kök kılıfı çevresinde vakuoler değişiklikler meydana gelir. İlerlemiş lezyonlarda perifoliküler fibrozis ve epitelyal atrofi meydana gelir. En son aşamada ise tahrip olmuş saç foliküllerinin yerinde elastik liflerinin arttığı bir alopesi gözlenir (5). Folikül hasarı perifoliküler infiltrasyonun baskısı sonucu meydana gelebilir ve bu basınç kan akımının azalmasına neden olarak atrofiye yol açabilir. Hastamızın histopatolojik bulguları GLPLS ile uyumlu idi.

Hastalığın tedavisinde topikal, sistemik ve intralezyonel steroid, retinoidler, fototerapi, siklosporin, hidroklorokin, doksisisiklin, takrolimus kullanılmaktadır fakat etkinlikleri değişkendir (6). Chiang ve ark.'nın (7) yaptığı bir çalışmada hidroklorokin liken planopilaris'in semptom ve bulguları azaltma oranı 6 ve 12 aylık tedaviler sonunda %69 ve %83 olarak bildirilmiştir. Bir olgu 4 mg/kg/gün dozunda siklosporin ile tedavi edilerek perifoliküler hiperkeratotik papüllerde azalma, sikatrisli yamalarda saç çıkışı olduğu bildirilmiştir. Siklosporinin hastalığın başlangıç fazında akut inflamatuvar süreçleri baskılayarak etkili olabileceği savunulmuştur (8). Diğer bir çalışmada tedavilere dirençli 12 hastaya verilen mikofenolat mofetil tedavisi sonucunda hastaların %83'ünde semptom ve bulgularda gerileme gözlenmiştir (9). Mevcut tedavilerle hastalık ilerlemesinin durdurulması ve kısmi iyileşme sağlanabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Graham Little-Piccardi-Lassueur, sendrom, liken pilanopilaris

KAYNAKLAR: 1.Vashi N, Newlove T, Chu J, Patel R, Stein J. Graham-Little-Piccardi- Lassueur syndrome. Dermatol Online J 2011; 17:30.

2-Pai VV, Kikkeri NN, Sori T, Dinesh U. Graham-little piccardi lassueur syndrome: an unusual variant of follicular lichen planus. Int J Trichology 2011; 3: 28-30

3-Zegarska B, Kallas D, Schwartz RA, Czajkowski R, Uchanska G, Pla- cek W. Graham-Little syndrome. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat 2010; 19: 39-42.

4-Vega Gutiérrez J, Miranda-Romero A, Pérez Milán F, Martínez García G. Graham Little-

Piccardi-Lassueur syndrome associated with androgen insensitivity syndrome (testicular feminization). J Eur Acad Dermatol Ve- nereol 2004; 18: 463-466.

Little-Piccardi-Lassueur syndrome: effective treatment with cyclosporin A. Clin Exp Dermatol 2001; 26: 518-520.

6-Vashi N, Newlove T, Chu J, et al. Graham-Little-Piccardi-Lassueur syndrome. Dermatol Online J 2011;17: 30

7-Chiang C, Sah D, Cho BK, et al. Hydroxychloroquine and lichenplanopilaris: efficacy and introduction of Lichen Planopilaris Activity Index scoring system. J Am Acad Dermatol 2010;62:387-92.

8-Bianchi L, Paro Vidolin A, Piemonte P, Carboni I, Chimenti S. Graham Little-Piccardi-Lassueur syndrome: effective treatment with cyclosporin A. Clin Exp Dermatol 2001; 26: 518-520

9-Cho BK, Sah D, Chwalek J, et al. Efficacy and safety of mycophenolate mofetil for lichen planopilaris. J Am Acad Dermatol 2010;62:393-7

ŞEKİL 1. SAÇLI DERİDE YER YER SINIRLARI DÜZENSİZ ATROFİK ALOPESİK PLAKLAR



ŞEKİL 2. GÖVDE ÖN BÖLGEDE, SIRTTA ORTA HATTA LİVİDİ ERİTEMLİ PAPÜL VE PLAKLAR VE

ALOPESİK ALANLAR.





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-152][KABUL:POSTER]

KRONİK SPONTAN ÜRTİKERDE STIM1 GEN POLİMORFİZMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İlayda Muslu Camcıoğlu¹, Suzan Demir Pektaş¹, Ceyda Tetik Aydoğdu¹, Emine Tuğba Alataş¹,
İbrahim Uğur Çalış²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana bilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı, Muğla

AMAÇ:

Kronik Spontan Ürtiker (KSÜ) özellikle dördüncü dekatta pik yapan, hastaların yaklaşık %50'sinde altta yatan nedenin belirlenemediği enflamatuvar bir hastalıktır. Ürtikerde mast hücrelerinin aktivasyonu ve degranülasyonu sonucu histamin ve triptaz gibi çeşitli mediyatörler salınmaktadır. Degranülasyon süreci kalsiyum bağımlıdır ve mast hücre degranülasyonunda STIM1 ve ORAI1 kalsiyum kanalları görev almaktadır. Hastaların anlamlı bir kısmında hastalığın şiddetli ve kontrolsüz seyretmesi üzerine kişiselleştirilmiş tedavi planı önem kazanmıştır. Bu nedenle patogenezi, hastalığın alt gruplarını ve biyobelirteçleri araştırın çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, ürtikerle ilgili birçok genin polimorfizmlerinin hastalıkla yakından ilişkili olduğu ve bu nedenle hastalığın şiddetini veya tedavi etkinliğini öngörebilmek için belirteç olarak kullanılabileceği gösterilmiştir. Biz de çalışmamızda; KSÜ patogenezinde STIM1 rs1561876 ile rs3794050 tek nükleotid polimorfizmlerinin rolünü ve triptazın biyobelirteç olarak kullanılabilirliğini araştırmayı planladık.

MATERYAL-METOD:

01 Eylül 2024-07 Şubat 2025 tarihleri arasında yapılan çalışmaya 100 KSÜ hastası ve 100 sağlıklı birey dahil edilerek 2 farklı çalışma grubu oluşturuldu. Katılımcılardan 10 cc kadar venöz kan örneği, EDTA içeren tüplere alındı. PCR Yöntemi ile elde edilen genomik DNA'lardan (rs3794050, rs1561876) gen polimorfizmleri değerlendirildi. ELISA yöntemi ile de HumanTriptaz düzeyleri belirlendi. Elde edilen demografik, klinik ve laboratuvar verileri kullanılarak allel ve genotip frekansları, Hardy-Weinberg dengesi ve triptaz düzeyleri değerlendirildi. KSÜ hastalarında hastalık şiddetini belirlemek için Ürtiker Kontrol Testi ve Kronik Ürtiker Yaşam Kalite Anketi ölçekleri kullanıldı. Odds oranı ve ilgili güven aralıklarının hesaplamalarında tekli ve çoklu lojistik regresyon analizi uygulandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

KSÜ hastalarının triptaz düzeyi ($8,48 \pm 5,46$) kontrol grubundan ($4,78 \pm 1,82$) önemli ölçüde daha yüksekti ($p < 0,001$). Ayrıca KSÜ hastalarında yaş ve triptaz düzeyleri arasında negatif korrelasyon mevcuttu ($p = 0,040$). STIM1 rs1561876 ve rs3794050 gen polimorfizmlerinde görülen genotip dağılımı her iki grupta da Hardy-Weinberg Dengesi (HWE) ile uyumlu bulundu ($p > 0,05$). STIM1 rs1561876 polimorfizmi allel dağılımlarının karşılaştırılması sonucu; G alleleline sahip bireylerde, A alleleline sahip bireylere göre ürtiker sıklığının 1,81 kat arttığı görüldü ($p = 0,008$). İki grup arasında rs1561876 genotip dağılımları (AA, AG, GG) açısından da anlamlı farklılık mevcuttu ($p = 0,033$). AG genotipine sahip bireylerde, AA genotipine sahip bireylere göre KSÜ görülme sıklığının 1,96 kat arttığı saptandı ($p = 0,029$). KSÜ hastalarında rs1561876 polimorfizminde genotiplere göre total IgE düzeyleri açısından anlamlı farklılık görüldü ($p = 0,048$). En yüksek Total IgE değerleri GG genotipinde saptandı. rs3794050 gen polimorfizminde ise allel dağılımı ile ürtiker arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p = 0,172$). Ayrıca genotip dağılımları (GG, GA, AA) açısından da anlamlı farklılık yoktu ($p = 0,298$). KSÜ tanısında triptaz biyobelirteç olarak değerlendirildiğinde zayıf ila orta düzeyde ayırt edici belirteç gücünde 6,9384 ve 6,9827 ng/ml olmak üzere iki adet cut-off değeri belirlendi ($p < 0,001$).

SONUÇ:

Çalışmamız, STIM1 geninin rs1561876 polimorfizminin çalışmamıza dahil edilen Türk popülasyonunda KSÜ duyarlılığını artırdığına dair kanıtlar sunmaktadır. Daha önce STIM1 geninin ve rs1561876 tek nükleotid polimorfizminin KSÜ ile ilişkili olarak araştırılmaması ve sonuçlarımızda anlamlı pozitif ilişkiler ortaya çıkması nedeniyle çalışmamız önem ve özgünlük taşımaktadır. KSÜ patogenezinde hastalığın genetik yönünün daha çok araştırılması ile patogeneze aydınlatılarak kişiselleştirilmiş tedavi planlarının ortaya çıkması sağlanabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Biyobelirteç, Kronik Spontan Ürtiker, STIM1 (Stromal Interaction Molecule 1), Tek Nükleotid Polimorfizmi, Triptaz

KAYNAKLAR: 1.Kolkhir P, Giménez-Arnau AM, Kulthanan K, Peter J, Metz M, Maurer M. Urticaria. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2025 Mar 1];8(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36109590/>

2.Eğitim ve Araştırma Hastanesi O, Kliniği D, Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi D, Anabilim Dalı D, Üniversitesi Tıp Fakültesi H, Üniversitesi Tıp Fakültesi U, et al. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016. Turkderm-Arch Turk Dermatol Venerology [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

2];50:82–98. Available from: www.turkderm.org.tr

3.Zuberbier T, Maurer M. Urticaria: Current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta Derm Venereol.* 2007;87(3):196–205.

4.Mathelier-Fusade P. Drug-induced urticarias. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2006;30(1):19–23.

5.Deza G, Ricketti PA, Giménez-Arnau AM, Casale TB. Emerging Biomarkers and Therapeutic Pipelines for Chronic Spontaneous Urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018 Jul 1;6(4):1108–17.

6.Gong Y, Zhao W, Jia Q, Dai J, Chen N, Chen Y, et al. Ikbkb rs2272736 is associated with gastric cancer survival. *Pharmgenomics Pers Med* [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 2];13:345–52. Available from:

<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=dpgp20>

7.Harvima I, *dermato-venereologica* GNA, 2011 undefined. Mast cells as regulators of skin inflammation and immunity. *researchgate.net* IT Harvima, G Nilsson *Acta dermato-venereologica*, 2011•*researchgate.net* [Internet]. [cited 2025 Mar 2]; Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Ilkka-](https://www.researchgate.net/profile/Ilkka-Harvima/publication/51607000_Mast_Cells_as_Regulators_of_Skin_Inflammation_and_Immunity/links/0c9605164ecb358690000000/Mast-Cells-as-Regulators-of-Skin-Inflammation-and-Immunity.pdf)

[Harvima/publication/51607000_Mast_Cells_as_Regulators_of_Skin_Inflammation_and_Immunity/links/0c9605164ecb358690000000/Mast-Cells-as-Regulators-of-Skin-Inflammation-and-Immunity.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ilkka-Harvima/publication/51607000_Mast_Cells_as_Regulators_of_Skin_Inflammation_and_Immunity/links/0c9605164ecb358690000000/Mast-Cells-as-Regulators-of-Skin-Inflammation-and-Immunity.pdf)

8.Li J, Guo A, Chen W, Bin L, He Y, Zhu W, et al. Association of ORAI1 gene polymorphisms with chronic spontaneous urticaria and the efficacy of the nonsedating H1 antihistamine desloratadine. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2025 Mar 2];139(4):1386–1388.e9. Available from:

<https://www.jacionline.org/action/showFullText?pii=S0091674916312970>

9.Lunz V, Romanin C, Frischauf I. STIM1 activation of Orai1. *Cell Calcium.* 2019 Jan 1;77:29–38.

10.Shaw PJ, Feske S. Regulation of lymphocyte function by ORAI and STIM proteins in infection and autoimmunity. *J Physiol* [Internet]. 2012 Sep 1 [cited 2025 Mar 2];590(17):4157–67. Available from:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1113/jphysiol.2012.233221>

11.Kaplan AP. Chronic Urticaria and Angioedema. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2002 Jan 17 [cited 2025 Mar 2];346(3):175–9. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp011186>

12.Schonebaum A. Huang Di Nei Jing Su Wen. *Novel Medicine: Healing, Literature, and Popular Knowledge in Early Modern China* [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar 6];173–200. Available from: https://www.academia.edu/43951590/Huang_Di_Nei_Jing_Su_Wen

13.Maurer M, Pereira MP, Kolkhir P. The Definition, Classification, and History of Urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am* [Internet]. 2024 Aug 1 [cited 2025 Mar 6];44(3):407–19.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38937006/>

14.Synopsis Nosologiae Methodicae : William Cullen : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive [Internet]. [cited 2025 Mar 6]. Available from:

<https://archive.org/details/SynopsisNosologiaeMethodicae>

15.Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, Giménez-Arnau A, Bousquet PJ, Bousquet J, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA2LEN task force report. Allergy [Internet]. 2011 Mar [cited 2025 Mar 6];66(3):317–30. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21083565/>

16.Siles R, Xu M, Hsieh FH. The utility of serum tryptase as a marker in chronic spontaneous urticaria. Acta Derm Venereol [Internet]. 2013 Mar [cited 2025 May 8];93(3):354–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23165773/>

17.Ferrer M, Nuñez-Córdoba JM, Luquin E, Grattan CE, De La Borbolla JM, Sanz ML, et al. Serum total tryptase levels are increased in patients with active chronic urticaria. Clin Exp Allergy [Internet]. 2010 Dec [cited 2025 Mar 7];40(12):1760–6. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20718781/>

18.Rosado JA. Introduction: Overview of the pathophysiological implications of store-operated calcium entry in mammalian cells. Adv Exp Med Biol. 2017;993:391–5.

STIM1 RS1561876 VE RS3794050 GEN POLİMORFİZMLERİNİN ALLEL FREKANSLARI VE BUNLARIN KSÜ OLASILIKLARI İLE İLİŞKİSİ

Gen	rs	Minor Allel	Kontrol (MAF%)	Hasta (MAF%)	HWE p-değeri	OR (%95 GA)	p-değeri
STIM1	1561876 (A:referans)	G	22,5	34,5	0,267	1,81 (1,17-2,82)	0,008*
STIM1	3794050 (G:referans)	A	23,0	29,0	0,466	1,37 (0,87-2,14)	0,172

MAF: minör alel frekansı; HWE: Hardy-Weinberg Dengesi, kontrol grubunun değeri tabloda sunulmuştur; OR: odds oranı; %95 GA: %95 güven aralığı; p-değeri ki-kare testi ile hesaplanmıştır; istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ kabul edilmiştir. * anlamlı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

$p < 0,05$.

STIM1 RS1561876 GEN POLİMORFİZMİ İLE KSÜ ARASINDAKİ GENOTİP İLİŞKİSİ

Genotip	Kontrol (n=100)	Hasta (n=100)	OR (%95 GA)	p-değeri
AA	62	44	Referans	
AG	31	43	1,96 (1,01-3,57)	0,029*
GG	7	13	2,62 (0,97-7,09)	0,059

OR: odds oranı; %95 GA: %95 güven aralığı; * anlamlı

SONUÇ:

$p < 0,05$; n:kişi sayısı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-154][KABUL:POSTER]

**CROHN HASTALIĞI İLE İLİŞKİLİ VULVAR LENFANJİYOMA SİRKUMSKRİPTUM: NADİR BİR
OLGU SUNUMU**

Merve Markal Bay¹, Fadime Kılınç¹, Esra Uçaryılmaz Özhamam²

¹Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Bilkent Şehir Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Lymphangioma circumscriptum (LC), dermis içerisinde genişlemiş lenfatik kanallarla karakterize, mikrokistik bir lenfatik malformasyondur. Klinik olarak, lenfatik sıvı ile dolu, “kurbağa yumurtası” görünümünde gruplaşmış veziküler lezyonlar şeklinde ortaya çıkar. Lezyonların rengi saydamdan ten rengine veya pembe-kırmızıya kadar değişebilir. En sık omuzlar, boyun, aksilla ve ekstremiteleri etkiler. Lezyonlar enfeksiyon veya kanama durumlarında belirginleşebilir. LC konjenital ya da edinsel olabilir. Vulvar tutulumu nadirdir ve edinsel vulvar LC; servikal kanser nedeniyle uygulanan radyoterapi, enfeksiyonlar (özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital tüberküloz, filaryazis), Crohn hastalığı veya primer displastik anjiyopatiye bağlı olarak gelişebilir. Bu yazıda, Crohn hastalığı olan 43 yaşındaki bir hastada gelişen nadir bir vulvar LC vakası sunulmuştur.

OLGU:

43 yaşındaki kadın hasta, yaklaşık 4–5 aydır vulvada saydam, gruplaşmış papüler lezyonlar şikayeti ile dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Sistemik sorgulamasında 2013 yılından bu yana Crohn hastalığı tanısı olduğu ve bu süre zarfında çeşitli biyolojik ajanlar kullandığı, ancak belirgin klinik yanıt alınamadığı, şu anda ustekinumab enjeksiyonları aldığı öğrenildi. Crohn hastalığına bağlı herhangi bir cerrahi işlem ya da radyoterapi öyküsü yoktu. 2020 yılında IGRA pozitifliği nedeniyle 9 ay izoniyazid profilaksisi almıştı. Dermatolojik muayenesinde labium majus'tan perianal bölgeye kadar uzanan, 2–5 mm çapında, saydamdan pembemsi renge kadar değişen, birleşme eğiliminde çok sayıda papül saptandı. Hasta, lezyonların son dört ay içinde belirgin şekilde arttığını ve zaman zaman şişlik ve ağrıya neden olduğunu bildirdi. Klinik olarak lenfanjiyoma sirkumskriptum, molluskum contagiosum, anjiyokeratom ve kutanöz Crohn hastalığı ayırıcı tanıları düşünülerek 4 mm'lik punch biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme sonucunda lenfanjiyoma tanısı doğrulandı. Hastaya iki haftada bir uygulanacak kriyoterapi seansları planlandı. İki kriyoterapi seansından sonra lezyon boyutlarında belirgin



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

küçülme ve ağrıda azalma gözlemlendi ve tedaviye devam edilmesine karar verildi. Crohn hastalığının aktivitesinin değerlendirilmesi amacıyla gastroenteroloji konsültasyonu önerildi.

SONUÇ:

Bu olgu sunumunda, Crohn hastalığı ile ilişkili nadir bir vulvar LC vakasına yaklaşımı vurgulamayı amaçladık. Erken tanı ve tedavi, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve komplikasyonları önlemek açısından oldukça önemlidir. Bildiğimiz kadarıyla, bu olgu dahil olmak üzere literatürde Crohn hastalığı ile ilişkili toplam 13 vulvar lenfanjiyoma sirkumskriptum vakası bildirilmiştir.

ANAHTAR KELİMELEER: Lymphangioma circumscripsum, Vulva, Crohn hastalığı, Kriyoterapi

KAYNAKLAR: 1. 1. Browse NL, Stewart G, Burnand KG. Three cases of lymphangiectasia of the vulva. Br J

Obstet Gynaecol. 1974;81(2):143–147.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1194389/>

2. 2. Tamura A, Kawakami A, Arase S, et al. Clinical features and treatment of acquired lymphangioma circumscripsum: a case series and literature review. J Dermatol.

2016;43(3):328–331. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26967121/>

3. 3. Yang X, You J, Yan X, et al. Clinical characteristics of vulvar lymphangioma circumscripsum: analysis of 13 cases. J Int Med Res. 2023;51(7):1-10.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10208695/>

4. 4. Gharbi A, Mahé E, Dereure O. Extensive vulvar lymphangioma circumscripsum in a Crohn's disease patient. Clin Case Rep. 2024;12(2):e8643.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38117567/>

1



labium majus'tan perianal bölgeye kadar uzanan, 2–5 mm çapında, saydamdan pembemsi renge kadar değişen, birleşme eğiliminde çok sayıda papül

2



kriyoterapi sonrası lezyonlarda küçülme



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-155][KABUL:POSTER]

**SEBOREİK KERATOZU OLAN HASTALARDA İNSÜLİN DİRENCİ, METABOLİK SENDROM RİSKİ
VE DOKU VE SERUMDA IGF-1 VE IGFBP-3 İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI: OLGU-KONTROL
ÇALIŞMASI**

Leyla Elmas¹, Özay Gököz², Okan Bülent Yıldız³, Sibel Ersoy Evans¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı

AMAÇ:

Seboreik keratoz derinin en sık görülen benign epidermal tümörüdür(1). İlerleyen yaş ile sıklığı artmakla birlikte patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Seboreik keratozlarla insülin direnci veya metabolik sendromun ilişkisi henüz araştırılmamıştır. Diyabet hastalarında seboreik keratozlarda EGFR ekspresyonunun arttığı ve farelerde obezite modelinde benign deri tümörlerinde EGF ve IGF-1 arasında kesişim yolları olduğu saptanmıştır (2,3). Bu çalışmada seboreik keratozu olanlarda insülin direnci ve metabolik sendrom riskinin ve serum IGF-1 ve IGFBP-3 düzeylerinin kontrol grubu ile karşılaştırılması ve doku IGF-1 ve IGFBP-3 ekspresyonunun incelenmesi amaçlandı. Ayrıca dermoskopik bulguların bu klinik ve histopatolojik bulgular ile olası korelasyonunu incelendi.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya en az bir seboreik keratozu olan 100 hasta ve yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş aynı sayıda kontrol dahil edildi. Diyabet veya polikistik over sendromu tanısı olanlar ve insülin ve karbonhidrat metabolizmasını etkilediği bilinen ilaç kullananlar dışlandı. Tüm bireylerde açlık insülin, açlık kan şekeri(AKŞ), HbA1c, serum lipitleri, karaciğer enzimleri, serum IGF-1 ve IGFBP-3 düzeyleri ölçüldü ve Homeostatic Model Assessment of Insulin Resistance (HOMA-IR) hesaplandı. Tüm bireylere antropometrik ölçümler ve Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Yetişkin Tedavi Paneli-III (NCEP ATP-III) ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) kriterlerine göre metabolik sendrom değerlendirilmesi yapıldı. Ayrıca hasta grubunda lezyonlardan biri dermoskopik inceleme sonrası tıraş (shave) eksizyonla çıkarılarak dokuda IGF-1 ve IGFBP-3 immunohistokimyasal boyamaları yapıldı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Çalışmamızda, hasta grubunda açlık insülin düzeyleri ve HOMA-IR değerleri kontrol grubundan daha yüksek olup insülin direnci açısından artmış risk bulundu ($p<0,01$). Metabolik sendrom sıklığı hem NCEP ATP-III hem de IDF kriterlerine göre hasta grubunda istatistiksel açıdan anlamlı şekilde kontrol grubundan daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Vücut kitle indeksi (VKİ), bel çevresi ölçümleri ve ALT, GGT ve LDL düzeyleri hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($p<0,05$). Serum IGFBP-3 düzeyi hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($t=2,213$, $p=0,028$). Serum IGF-1 düzeyi açısından ise gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$); ancak normal popülasyonda görülen yaş ile negatif korelasyon IGF-1 için hasta grubunda kaybolmuştu ($p>0,05$). İmmunohistokimyasal incelemelerde, IGF-1 için lezyonlu bölgede ve komşuluğundaki normal deride granüler tabakada pozitif sellüler boyanma izlendi. Lezyonlu bölgede normal deriye göre 23 vakada (23,2%) bir alanda, 19 vakada (19,2%) iki alanda ve 13 vakada (%13,1) üç ve üstü alanda IGF-1 ile fokal pozitiflik saptandı. IGFBP-3 için ise tüm vakalarda normal deri ile lezyonlu bölgede eşit yoğunlukta ve seviyede nükleer boyanma görülmüş olup aralarında farklılık saptanmadı. Dermoskopik bulgulara; firkete damarlar ile açlık insülin düzeyi arasında ($p=0,038$) ve tombul parmak bulgusu ile de açlık insülin düzeyi, AKŞ ve HOMA-IR arasında ($p<0,01$), milium benzeri kistler ile serum IGF-1 ve IGFBP-3 düzeyleri arasında ($p=0,033$ ve $p=0,002$) ve keskin sınırlı kenar ile doku IGF-1 ekspresyonu arasında ($p<0,01$) negatif korelasyon olduğu görüldü. Toplam lezyon sayısı ile serum IGF-1 düzeyi arasında pozitif korelasyon saptandı ($r=0,250$, $p=0,012$).

SONUÇ:

Sonuç olarak, seboreik keratoz hastalarında insülin direnci ve metabolik sendrom açısından artmış risk vardır ve bu hastalarda bir belirteç olabilir. İnsülin direnci araştırılmasında bu hastalarda özellikle açlık insülin düzeyi ve HOMA-IR bakılması faydalı olacaktır. Hem serum hem dokuda elde edilen sonuçlar düşünüldüğünde IGF-1 ve IGFBP-3'ün seboreik keratozların patogeneğinde rolü olabilir. Bu açıdan yapılacak ayrıntılı moleküler çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: IGF-1, IGFBP-3, insülin direnci, metabolik sendrom, seboreik keratoz

KAYNAKLAR: 1. Wollina U. Seborrhic Keratoses - The Most Common Benign Skin Tumor of Humans. Clinical presentation and an update on pathogenesis and treatment options. Open Access Maced J Med Sci. 2018;6(11):2270-5.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2. Smolyannikova VA, Alexandrova AK. [Expression of epidermal growth factor receptor in patients with insulin resistance and seborrheic keratomas]. Arkh Patol. 2017;79(4):18-21.
3. Moore T, Beltran L, Carbajal S, Hursting SD, DiGiovanni J. Energy balance modulates mouse skin tumor promotion through altered IGF-1R and EGFR crosstalk. Cancer Prev Res (Phila). 2012;5(10):1236-46.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-156][KABUL:POSTER]

**BİOREZONANS TEMELLİ ANTİFREKANS UYGULAMASININ BAZI CİLT HASTALIKLARINDAKİ
ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

Mahmut Tokaç¹, Abdulbari Bener², Beste Nigar Gök³, Vedat Çimen³, Mustafa Çakırca⁴,
Mehmet Erbay⁵, Zeynep Esra Akgün⁶, Hasan Ertaş⁷

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi, Dermatoloji, İstanbul

⁴Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Medipol Üniversitesi Bahçelievler Hastanesi, Dermatoloji, İstanbul

⁶İstanbul Medipol Üniversitesi, Fizyoterapi, İstanbul

⁷Serbest, İstanbul

AMAÇ:

Doğadaki canlı cansız her maddenin yaydığı frekanslar ve bu frekanslara karşı antifrekanslar oluşturulması esasına dayanan Osmado Frekans Sistemi ile insanlardan alınan değişik sıvılardan ölçülen frekansların içinde yer alan mikrobiyolojik ya da ağır metal gibi patojen etkenlerin antifrekansları yüklenmiş bir suyun belirli periyodlarla alınması sonucunda patojen etkenlerin vücuttan arındırabileceği teorisi ortaya atılmıştır.

Gözle görülebilir olması dolayısıyla kronik egzama, psöriasis ya da vitiligo gibi bazı cilt hastalıkları teşhis edilen gönüllülerle yapılan bu çok merkezli çalışma ile deneysel olarak antifrekans teorisinin etkileri araştırılmıştır.

MATERYAL-METOD:

Dermatoloji uzmanları tarafından teşhisleri konulan kronik egzama, psöriasis ve vitiligo hastalarından çalışmamıza katılmayı kabul eden gönüllülerin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olurları alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce lezyonlu kesimler fotoğrafla tespit edildikten sonra çeşitli vücut sıvılarının örnekleri alınarak frekansları ölçülmüştür. Sonrasında firmanın dataları ile eşleşen patojenlere ait olduğu tespit edilen frekansların antifrekansları 100 cc'lik %3'lük serum fizyolojik solüsyonuna yüklenmiştir. Bu solüsyondan belirlenmiş sayıdaki damlalar bir



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

bardak suya damlatılarak belirlenmiş periyotlarla gönüllüler tarafından içmeleri sağlanmıştır. Antifrekans yüklü su birinci seans süresince içildikten sonra yapılan ölçümlerde henüz kalmış olan patojenlerin antifrekansları ikinci bir solüsyona yüklenmiş ve ondan da aynı sayıda ve periyotlarla içmeleri sağlanmıştır. Sonra yine ölçümler yapılmış ve üçüncü seans uygulanmıştır. Böylece patojenlerin vücuttan uzaklaşması gözlenmiş ve gerekirse dördüncü, beşinci ve altıncı seanslar uygulanmıştır. Her seans sonunda lezyonların fotoğrafları alınmış ve tüm seanslar tamamlandıktan sonra tekrar fotoğraflanarak aralarındaki farklar raporlanmıştır.

BULGULAR:

Çalışmamıza başlangıçta 71 hasta katılmasına rağmen istikrarla devam eden 28 gönüllümüzün 16'sında başlangıç ve bitiş fotoğrafları arasında olumlu farklar görülmüştür. Psöriasis (%80) ve egzama (%70) hastalarında etkili olabildiği gözlenmiştir. (Tablo 1)

SONUÇ:

Araştırmanın uzun sürmesi ve ilk seanslarda beklenen hastalıktaki alevlenme dolayısıyla araştırmaya devam oranının düşük olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Buna rağmen çalışmamıza devam eden gönüllülerimizde belirgin iyileşmeler gözlenmiştir. Daha geniş katılımlı kontrollü çalışmalar yapılması konusunda ümitvar olmamızı sağlamıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Biorezonans, Egzama, Frekans, Psöriasis, Vitiligo

KAYNAKLAR: Bannwarth H., Kremer B.P., Schulz A. (2013). Basiswissen Physik, Chemie und Biochemie - Vom Atom bis zur Atmung - für Biologen, Mediziner und Pharmazeuten. 3rd, expanded and updated edition. Springer Spektrum Verlag, Berlin/Heidelberg

Bonmeester D, Pan J.W., Mattle K., Eibl, Weinfurter H. and Zeilinger A.: Ex- perimental Quantum Teleportation. NATURE 390, 575 (1997)

Börner H. (2009). Plant diseases and plant protection. 8th, newly revised and updated edition. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg

Christen P., Jaussi R., Benoit R. (2016). Biochemistry and molecular biology. Springer Spektrum Verlag. Berlin-Heidelberg

Congress for Electricity and Magnetism in Biology and Medicine, June 8-13, 1997, Bologna, Datadiwan.de/experten. <http://www.datadiwan.de/experten>

David F. Peat: Infinite Potential, The Life and Times of David Bohm. Harper & Row, 1998, ISBN 0-201-40635-7



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Del Giudice E. and. Preparata G.: A Collective Approach to the Dynamik of Wa- ter. MITH 89/10, presented at the NATO ASI on Hydrogen bonded Liquids at Car- gèse, France 3-15, April 1989

Hopp V. (2018). Chemical cycles in nature. 2nd edition. Springer Spektrum Verlag. Wiesbaden, Germany

Hurtak J.J.: The Keys of Enoch. ISBN 3-952-003-2-3, Distributed by: Centre of Unity, Schweibenalp, CH-3855 Brienz, 1996

information transfer in the potentiation of drugs. Biological Medicine 28, 294- 303 (1999) Italy, Abstract Book p. 198

Khavryntchenko V.D. and Zhalko-Tytarenko O.V: Memory Effects in Water.2nd World

Kopf P. When the sky harp plays its infernal melody... The HAARP- Project. AZ Reportagen, 01.10.1996, page 3

Ludwig W.: Informative Medicine, VGM-Verlag, Essen, 1999

Ludwig W: The extended unified quantum field theory of Burkhard Heim, Resch-Verlag, Innsbruck, 1998

Reichling J., Gachnian-Mirtscheva R., Frater-Schröder M., Saller R., Rabinovich M.I., Widmaier W., (2008). Heilpflanzenkunde für die Veterinärpraxis, 2nd, revised and expanded edition. Springer Medizin Verlag. Heidelberg 6

Ruczizka U., Metzler-Zebeli B., Unterweger C., Mann E., Schwarz L., Knecht C., Hennig-Pauka I. (2019). Early Parenteral Administration of Ceftiofur has Gender Specific Short- and Long-Term Effects on the Fecal Microbiota and Growth in Pigs from the Suckling to Growing Phase, retrieved on 09.04.25 <https://doi.org/10.3390/ani10010017>

Schiff M: The memory of water. Zweitausendeins-Verlag, Frankfurt/M, 1997 ISBN 386150-220-8

Strube J. and Stolz P.: Electromagnetic structure images (EMSA) as an active principle of Willam A., Simianer H. (2017) Tierzucht, 2nd, completely revised and expanded edition.

Eugen Ulmer publishing house. Stuttgart



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-157][KABUL:POSTER]

FİZİKSEL İSTİSMARDAN ŞÜPHENİLEN BİR ÇOCUK OLGUDA İMMÜN TROMBOSİTOPENİ

Beyza Civelek¹, Münevver Güven¹, Özgür Cartı²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ-AMAÇ:

İmmün trombositopeni (ITP), trombositopeni, purpura ve genellikle mukozalarda hemoraji ile karakterize antitrombosit otoantikörlerinin neden olduğu otoimmün bir hastalıktır. ITP'nin üç formu vardır: yeni tanı almış, persistan ve kronik. Yeni tanı almış form, birkaç gün veya hafta süren, ancak 3 aydan uzun olmayan kanama atakları, vakaların %80-90'ında görülür.

Kanamamanın aniden ve başka bir hastalık belirtisi olmadan başlaması tipiktir. Tanı tipik olarak, bilinen trombositopeni nedenleri hariç tutularak konur(1). Bazı durumlarda ITP gibi kanama bozuklukları çocuk istismarına benzer şekilde ortaya çıkabilir(2). Yaygın ekimotik lezyonlarla başvuran olgular; olası bir kanama bozukluğunun atlanmaması için öykü, klinik muayene ve laboratuvar testleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

OLGU:

11 aylık erkek olgu, 2 haftadır vücudunda morluklar olması nedeniyle dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde özelliği olmayan olgunun büyüme ve gelişimi normal aralıklardaydı. Aileden alınan anamnezde çocuğun 1,5 ay önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Olgunun primer bakımıyla annenin ilgilendiği ve olgunun sürekli kafasını, bacaklarını beşiğe çarptığı öğrenildi. Ailede hematolojik hastalık öyküsü yoktu. Hastanın muayenesinde bilateral tibia ön yüzlerde, üst ekstremitelerde ve yüzde 0.5-2 cm çaplarında kırmızı-mavi-sarı ve yeşil renklerde multipl ekimozlar saptandı(Resim 1-2). Oral ve genital mukoza muayenesi olağandı. Ayrıca lumbosakral bölgede mongol lekesi ile uyumlu 2-3 cm çaplarında mavimsi maküller saptandı. Olgu muayenesi sırasında iki kez annenin dikkatsizliği kaynaklı düşme tehlikesi yaşadı. Olgunun yüz ve ekstremitelerde travmayla açıklanamayacak sayıda ekimozlarının olması, ailenin tutum ve davranışları ile olguda ön planda fiziksel istismar, Münchausen by Proxy Sendromu düşünüldü. Ekimoz etiyolojisinde yer alan hematolojik bozukluklar açısından yapılan tetkiklerinde trombosit sayısı 7.000/mm³ saptandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Trombositopeni etyolojisi ve tedavisi için Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi'ne yatırıldı. Trombositopeninin diğer nedenleri dışlandıktan sonra ITP tanısı konuldu ve IVIG tedavisi verildi. Birinci basamak tedaviye yanıt alınamaması üzerine sistemik steroid verildi. Trombosit sayısı 162.000/mm³'e yükselen hastada tam yanıt sağlandı ve takiplerinde yeni ekimoz görülmemesi üzerine taburcu edilerek ayaktan takibi planlandı.

SONUÇ:

Hekimler ekimoz ya da kanama ile başvuran pediatrik hastalarla karşılaşabilmekte ve bu durumlar çocuk istismarı şüphesi oluşturabilmektedir. Ekimozlar fiziksel istismarda en çok karşılaşılan fizik muayene bulgusudur. Çocuklarda kazaya bağlı ekimozlar da sık görüldüğü için istismar-kaza ayrımı yapmak zor olabilmektedir. Özellikle deride ekimozlar, kafa içi kanamalar, ağız ya da burundan kan gelmesi veya dışkıda kan bulunması istismar şüphesine yol açabilir. Ancak istismar yaşamamış olan ve kanama bozukluğu olan çocuklar da aynı belirtileri gösterebilir. Hemofili, Von Willebrand hastalığı, K vitamini eksikliği, ITP, Henoch-Schönlein purpura, hematolojik maligniteler gibi çok sayıda konjenital veya kazanılmış hastalık ekimoz nedeni olabilir(3).

ITP çocukluk çağında sık görülen, ekimoz ile seyreden hematolojik hastalıklardan biridir. Genellikle ani başlangıçlı kanama yakınmaları ile karakterizedir. Klinik olarak iyi seyirli bir hastalık olup, nadiren kronikleşir. Asemptomatik olabilmekle beraber genellikle peteşi, purpura ve ekimoz gibi bulgulara yol açar. Ancak bazı hastalarda intrakraniyal hemoraji ve masif gastrointestinal kanama gibi yaşamı tehdit edebilen durumlara da yol açabilmektedir. Bu nedenle tanının erken dönemde konulabilmesi önemlidir. ITP'li olguların çoğu zaman öyküsünde yakın zamanda geçirilmiş bir enfeksiyon veya aşılama vardır(4). Hastamızın da geçirilmiş bir üst solunum yolu enfeksiyon öyküsü mevcuttu.

Hekimler ekimozu olan çocukları değerlendirirken bu bulguların çocuk istismarına addetmeden önce bir kanama bozukluğu ya da başka bir tıbbi neden olasılığını göz önünde bulundurmalı, özellikle hematolojik açıdan tetkiklerini yapmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Ekimoz, fiziksel istismar, immün trombositopeni

KAYNAKLAR: 1.Gotesman M, Shear M, Raheel S, Procassini M, Panosyan EH. Pediatric Immune Thrombocytopenia. Advances in Pediatrics. 2024; 71(1): 229-240.

2.Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC, et al. Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. Pediatrics. 2013; 131(4): e1314-e1322.

3.Kuehn BM. AAP: Consider blood disorders as well as abuse as cause of bleeding in children. JAMA. 2013; 309(17): 1762-1762.

4.Anderst J, Carpenter SL, Abshire TC, et al. Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. Pediatrics. 2022; 150(4): e2022059276.

RESİM 1



Yüzde mavi ve yeşil renklere multiple ekimozlar

RESİM 2



Bilateral tibia ön yüzlerde 0.5-2 cm çaplarında kırmızı,mavi ve yeşil renklerde multiple ekimozlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-158][KABUL:POSTER]

MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME SONRASI EOZİNOFİLİK SELÜLİT: LİTERATÜRDE İLK GADOLİNYUM İLİŞKİLİ WELLS VAKA SUNUMU

Ahmet Uğur Atılan, Burak Gül, Muhammet Enes Kösemen

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞ-AMAÇ:

Wells sendromu (eozinofilik selülit), kaşıntılı, ödemli, eritemli plaklarla karakterize, nadir görülen inflamatuvar bir dermatozudur (3, 4). Tanısı çoğunlukla gecikir ve klinik olarak bakteriyel selülit, ürtiker, ilaç erüpsiyonları gibi daha sık görülen hastalıklarla kolayca karıştırılabilir. Etiyoloji çoğunlukla idiopatikdir ancak bazı ilaçlar, enfeksiyonlar, parazitozlar ve malignitelerle ilişkilidir (1, 2, 5, 6). Bu yazıda, araştırmalarımıza göre literatürde daha önce raporlanmamış, gadolinyum bazlı kontrast maddeye bağlı geliştiği düşünülen Wells sendromu olgumuzu paylaşmak istiyoruz.

OLGU:

71 yaşında kadın hasta, kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme (MR) işlemini takiben ertesi gün başlayan, gövde, kulak, boyun ve ayak bileğinde ağrılı, eritemli ve endüre plaklar nedeniyle başvurdu. Benzer döküntülerin, yaklaşık bir ay önce diz protezi operasyonu öncesinde uygulanan kontrastlı MR sonrası da geliştiği öğrenildi. O dönemde total IgE düzeyi 2280 IU/mL, CRP düzeyi ise 57 mg/L olarak kaydedilmişti. Bu başvuruda laboratuvar incelemesinde IgE 1026 IU/mL, CRP 45 mg/L olarak saptandı.

Fizik muayenede ateş, lökositöz veya sistemik enfeksiyon bulgusu saptanmadı. Lezyonların histopatolojik incelemesinde dermiste belirgin perivasküler mikst inflamatuvar infiltrasyon (lenfosit, eozinofil, nötrofil) izlendi. Ayırıcı tanıda yer alan bakteriyel selülit (ateş/lokal sıcaklık artışı yokluğu), ürtiker (<24 saat sürmemesi), artropod reaksiyonu (punctum yokluğu), ilaç erüpsiyonu (yeni ilaç öyküsü olmaması) ve Sweet sendromu (nötrofil baskınlığı eksikliği) dışlandı (Bkz. Tablo 1). Klinik ve histopatolojik bulgularla Wells sendromu tanısı konularak sistemik kortikosteroid tedavisi başlandı. Tedavinin ilk haftasında lezyonlarda belirgin regresyon izlendi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Gadolinium bazlı kontrast maddeler (GBCA'lar), 1980'lerden bu yana MR görüntülemeye güvenle kullanılmakta olup, aşırı duyarlılık reaksiyonları (ADR) oldukça nadir görülmektedir (8). GBGA'ların immünolojik etkileri halen tam aydınlatılamamış olup, mast hücresi aktivasyonu, IgE ve IgG kompleksleriyle kompleman aktivasyonu gibi mekanizmalar öne sürülmektedir (7, 8).

Sunulan olgu, gadolinium uygulamasından sonraki ilk 48 saat içinde gelişen, histopatolojik olarak eozinofilik selülit ile uyumlu bulgular sergileyen bir Wells sendromu vakasıdır. Literatür taramalarımızda, GBGA uygulamasına sekonder gelişmiş ilk Wells sendromu olgusu olarak dikkat çekmektedir.

Wells sendromu, klinik olarak sıklıkla bakteriyel selülit, ürtiker, ilaç reaksiyonları ve arthropod ısırıkları ile karışabilmekte; nadir durumlarda Sweet sendromu ve eritema multiforme gibi dermatozlarla da benzerlik gösterebilmektedir. Bu nedenle, lezyonların non-responsif seyri, eozinofili varlığı ve karakteristik histopatoloji tanı için kritik öneme sahiptir.

Olgumuzda, klasik alerjik reaksiyonların ötesinde, GBGA'ya karşı daha kompleks immün yanıtların gelişebileceği ve bunların eozinofilik dermatozlara yol açabileceği gösterilmiştir. Bu durum, GBGA kullanımını takiben gelişen atipik cilt lezyonlarında Wells sendromunun da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, bu vaka GBGA ile ilişkili ilk Wells sendromu olgusu olarak literatüre katkı sunmakta; tanısız gecikmeleri önlemek ve uygun yaklaşımı sağlamak adına dermatologlar ve radyologlar için farkındalık oluşturmaya amaçlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Wells, Gadolinium, Eozinofilik

KAYNAKLAR: 1. Răşler F, Lukács J, Elsner P. Treatment of eosinophilic cellulitis (Wells syndrome)—a systematic review. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2016;30(9):1465-79.

2. Weins AB, Biedermann T, Weiss T, Weiss JM. Wells syndrome. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 2016;14(10):989-93.

3. Sinno H, Lacroix J-P, Lee J, Izadpanah A, Borsuk R, Watters K, et al. Diagnosis and management of eosinophilic cellulitis (Wells' syndrome): A case series and literature review. Canadian Journal of Plastic Surgery. 2012;20(2):91-7.

4. Cashin B, Allan N, Kang C. Wells syndrome. Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health. 2010;11(1).

5. Moossavi M, Mehregan DR. Wells' syndrome: a clinical and histopathologic review of seven cases. International journal of dermatology. 2003;42(1):62-7.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

6. Toumi A, Yarrarapu SNS, Litaïem N. Wells syndrome. 2018.
7. Nucera E, Urbani S, Buonomo A, De Pasquale T, Rizzi A, Aruanno A, et al. Gadolinium-based contrast agents hypersensitivity: a case series. Journal of asthma and allergy. 2021;241-4.
8. Gracia Bara MT, Gallardo-Higuera A, Moreno EM, Laffond E, Muñoz Bellido FJ, Martín C, et al. Hypersensitivity to gadolinium-based contrast media. Frontiers in Allergy. 2022;3:813927.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-159][KABUL:POSTER]

İZOLE EL TUTULUMU OLAN PİGMENTE PURPURİK DERMATOZ OLGUSU

Zübeyde Dilara Boztepe¹, Ceyda Çaytemel¹, Cüyan Demirkese²

¹Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Acıbadem Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Acıbadem Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Pigmente purpurik dermatoz (PPD), genellikle alt ekstremitelerde lokalize kronik inflamatuvar bir kapiller bozukluktur (1). Klinik olarak kırmızı-kahverengi makül ve yamalarla karakterize olup “kırmızı biber serpintisi” (cayenne pepper-like) görünümü ile tanınır (2). Çoğunlukla bilateral ve simetrik yerleşim gösterir. El tutulumu ise oldukça nadirdir ve literatürde sınırlı sayıda vaka ile tanımlanmıştır (3). Bu bildiride asemptomatik peteşiyel lezyonlarla seyreden ve izole sağ elde lokalize bir PPD olgusu nadir görülen yerleşim yeri nedeniyle sunulmaktadır.

OLGU:

52 yaşında erkek hasta, on gündür mevcut olan sağ el parmaklarında renk değişikliği şikâyeti ile başvurdu. Eşlik eden ağrı, hassasiyet ve şişlik yoktu. Sistemik semptomu mevcut değildi, özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede, sağ el ikinci parmak mediali ile üçüncü parmak lateralinde turuncumsu zemin üzerinde milimetrik peteşiyel lezyonlar gözlendi (Şekil 1). Palpasyonla hassasiyet, ısı artışı ve ödem saptanmadı. Dermoskopik incelemede eritemli zemin üzerinde noktasal peteşiler dikkat çekti (Şekil 2). Alınan punch biyopsi örneğinde epidermiste kompakt ortokeratoz ve fokal psöriasiform epidermal hiperplazi izlendi. Üst ve orta dermiste perivasküler yerleşimli lenfosit ve histiositlerden oluşan inflamatuvar infiltrasyon ile birlikte ekstrasöz eritrositler, pigment yüklü makrofajlar ve artmış fibroblastik aktivite gözlendi. Klinik ve histopatolojik veriler ile birlikte PPD tanısı konuldu. Tedavide topikal steroid başlandı ve kısmi yanıt alındı. 3 aylık takibinde lezyonlarda solma farkedilse de tamamen iyileşme gözlenmedi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Pigmente purpurik dermatoz, genellikle asemptomatik seyreden kapiller inflamasyonla ilişkili kronik bir dermatozdur. En sık görülen klinik alt tipler arasında Schamberg Hastalığı, Liken Aureus ve Majocchi Hastalığı sayılabilir. Tanıda yardımcı özelliklerden biri de lezyonların büyük oranda alt ekstremitelerde yerleşmesidir. Bilateral tutulum vakaların %80'inde görülmektedir (2). El lokalizasyonlu PPD genellikle asemptomatiktir ve hastalarda ek sistemik bulguya rastlanmamaktadır. Bu durum, sistemik kapillarit ya da vaskülitlerin dışlanmasını gerektirir. Ayırıcı tanıda travmatik peteşiler, lökositoklastik vaskülit, pigmenter kontakt dermatit, peteşiyel ilaç reaksiyonları gibi diğer purpurik dermatozlar yer alır (4). Nadir durumlarda PPD üst ekstremitelere ya da sadece el gibi akral bölgelerde lokalize olabilir. Runge ve ark. tarafından 2022 yılında yayımlanan bir vaka serisinde üst ekstremitelere ile sınırlı 17 PPD vakası raporlanmış; bunlardan sadece 4'ünün izole el tutulumu ile sınırlı olduğu belirtilmiştir. Tedavi çoğunlukla konservatiftir. Topikal kortikosteroidler bazı olgularda denenmiş olsa da etkinliği sınırlıdır (3).

PPD çoğunlukla alt ekstremitelere lokalize olsa da nadiren el gibi atipik bölgelerde ve izole lezyonlarla da ortaya çıkabilir. Klinik ve histopatolojik bulgular tanı açısından önemlidir. El yerleşimli pigmenter purpurik dermatoz özellikle unilateral seyirli purpurik dermatozlarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve invaziv işlemlerden kaçınılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: dermoskopi, el tutulumu, kapillarit, peteşi, pigmenter purpurik dermatoz

KAYNAKLAR: 1. Sardana K, Sarkar R, Sehgal VN. Pigmented purpuric dermatoses: an overview. *Int J Dermatol.* 2004 Jul;43(7):482-8.

2. Kimak A, Żebrowska A. Therapeutic Approach in Pigmented Purpuric Dermatoses-A Scoping Review. *Int J Mol Sci.* 2024 Feb 24;25(5):2644.

3. Runge JS, Nakamura M, Sullivan AN, Harms PW, Chan MP. Pigmented Purpuric Dermatitis of the Hand: Clinicopathologic Analysis of Six Cases With Review of the Literature. *Am J Dermatopathol.* 2022 Aug 1;44(8):553-558.

4. Price ML, Jones EW, Calnan CD, MacDonald DM. Lichen aureus: a localized persistent form of pigmented purpuric dermatitis. *Br J Dermatol.* 1985 Mar;112(3):307-14.

ŞEKİL 1



Sağ el ikinci parmak mediali ile üçüncü parmak lateralinde turuncumsu zemin üzerinde milimetrik peteşiyel lezyonlar

ŞEKİL 2



Dermoskopik incelemede eritemli zemin üzerinde noktasal peteşiler



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-160][KABUL:POSTER]

LİPOİD PROTEİNOZİS: OLGU SUNUMU VE KLİNİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

İrem İnceoğlu¹, Meltem Türkmen¹, Sümeyye Ekmekçi²

¹İzmir Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

²İzmir Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ:

Lipoid proteinozis (LP), literatürde Urbach-Wiethe hastalığı ya da hyalinosis cutis et mucosae olarak da bilinen, nadir görülen, otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Hastalık, 1q21 bant bölgesinde yer alan ECM1 genindeki kayıp işlev mutasyonları sonucu gelişir. ECM1 proteini, ekstrasellüler matriks ve bazal membran bütünlüğünün sağlanmasında kritik rol oynar. Bugüne kadar dünyada yaklaşık 300 olgu bildirilmiştir. Bu yazıda, mukokutanöz ve oküler tutulumun eşlik ettiği klasik bir LP olgusu sunulmaktadır

OLGU:

Otuz yedi yaşında erkek hasta, yıllardır devam eden dirseğindeki yaralar nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde, sürtünmeye maruz kalan dirsekler ve ön kol ekstansör yüzeylerde verrüköz papüller ve plaklar izlendi. Özellikle aksilla ve skrotumda belirgin olmak üzere yaygın deri kalınlaşması mevcuttu. Dil yüzeyinde papüler lezyonlar ve ağız mukozasında kalınlaşma saptandı. Kirpik hizasında bilateral sarımsı papüller mevcuttu (moniliform blefaroz). Hastada ayrıca çocukluk çağından beri devam eden ses kısıklığı vardı. Rutin laboratuvar incelemeleri normaldi. Hastanın, hastalığının çocukluk çağından beri mevcut olduğu ve bazı aile bireylerinde benzer deri bulguları bulunduğu öğrenildi. Anne ve babasının akraba evliliği yaptığı öğrenildi ancak diğer aile bireyleri tanı almamıştı. Hastanın aksilla ve dirsekteki lezyonlarından lipoid proteinoz ve liken amiloidoz ön tanıları ile iki adet punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede, PAS pozitif eosinofilik hiyalin materyal birikimi izlendi. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda hastaya lipoid proteinozis tanısı konuldu.

SONUÇ:

Lipoid proteinozis, yaşamla uyumlu ancak sistem tutulumuna bağlı morbidite oluşturabilen, nadir bir hastalıktır. Tedavisi yoktur, semptomatik ve multidisipliner yaklaşım esastır. Tedavi seçenekleri arasında sistemik retinoidler (asitretin, etretinat), sistemik steroid ve D-



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

penisilamin yer alır. Literatürde asitretin (0.5 mg/kg/gün) tedavisi ile papül, nodül ve ses kısıklığında düzelme, dil boyutunda küçülme bildirilmiştir. Biz de hastamıza asitretin başlattık ve takiplerini planladık. Aile bireyleri tetkik için çağrıldı ve ilgili branşlara danışıldı. Hastaya ve ailesine genetik danışmanlık önerildi.

ANAHTAR KELİMELEER: lipoid proteinosis, Urbach-Wiethe hastalığı, hyalinosus cutis

KAYNAKLAR: 1- Lipoid Proteinosis: Background, Pathophysiology, Epidemiology. 2015 Jun 20 [cited 2015 Jul 26]

2- Krafchik B, Lara-Corrales I. Lipoid proteinosis [Internet]. Orphanet encyclopedia. 2014.

3 -Dyer JA. Chapter 137: Lipoid Proteinosis and Heritable Disorders of Connective Tissue. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8th ed. McGraw-Hill Education; 2012.

4 -Chan I, Liu L, Hamada T, Sethuraman G, McGrath JA. The molecular basis of lipoid proteinosis: mutations in extracellular matrix protein 1. Exp Dermatol 2007; 16: 881–90. DOI: 10.1111/j.1600-0625.2007.00608.x. PubMed

5- Ravi Prakash SM, Verma S, Sumalatha MN, Chattopadhyay S. Oral manifestations of lipoid proteinosis: A case report and literature review. Saudi Dent J 2013; 25: 91–4. DOI: 10.1016/j.sdentj.2012.12.004. PubMed

6- Bozdog KE, Gul Y, Karaman A. Lipoid Proteinosis Int J Dermatol. 2000;39:203–4

7- Thappa DM, Gupta S. Eyelid beading. A useful diagnostic clue for Lipoid Proteinosis,(Images in clinical practice) Indian Pediatr. 2001;38:97

8 -Abtahi SM, Kianersi F, Abtahi MA, Abtahi SH, Zahed A, Fesharaki HR, et al UrbachWiethe syndrome and the ophthalmologist: Review of the literature and introduction of the first instance of bilateral uveitis Case Rep Med 2012. 2012 281516

9 -Ramsey ML, Tschen JA, Wolf JE. Lipoid Proteinosis Int J Dermatol. 1985;24:230–2

10- Hamada T, Mclean WHI, Ramsay M, Ashton GHS, Nanda A, Jenkins T, et al Lipoid Proteinosis maps to 1q21 and is caused by mutations in the extracellular matrix protein 1 gene (ECM1) Hum Mol Genet. 2002;11:833–40

11- Hamada T, Wessagowit V, South AP, Ashton GH, Chan I, Oyama N, et al Extracellular matrix protein 1 gene (EMC1) mutations in Lipoid Proteinosis and genotype – phenotype correlation J Invest Dermatol. 2003;120:345–50

12 -Kachewar SG, Kulkarni DS. A novel association of the additional intracranial calcification in lipoid proteinosis: A case report J Clin Diagn Res. 2012;6:1579–81

13- Appenzeller S, Chaloult E, Velho P, de Souza EM, Araújo VZ, Cendes F, Li LM. Amygdalae calcifications associated with disease duration in lipoid proteinosis. J Neuroimaging. 2006 Apr;16(2):154-6.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- 14 -Custódio Lima J, Nagasako CK, Montes CG, Barcelos IH, de Carvalho RB, Mesquita MA. Gastrointestinal involvement in lipoid proteinosis: a ten-year follow-up of a brazilian female patient. Case Rep Med. 2014;2014:952038.
- 15- Caccamo D, Jaen A, Telenta M, Varela E, Tiscornia O. Lipoid proteinosis of the small bowel. Arch Pathol Lab Med. 1994 May;118(5):572-4.
- 16 -Bakry OA, Samaka RM, Houla NS, Basha MA. Two Egyptian cases of lipoid proteinosis successfully treated with acitretin. J Dermatol Case Rep. 2014 Mar 31;8(1):29-34.
- 17 -Akoglu G, Karaduman A, Ergin S, Erkin G, Gokoz O, Unal OF, Hamada T. Clinical and histopathological response to acitretin therapy in lipoid proteinosis. J Dermatolog Treat. 2011 Jun;22(3):178-83.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-161][KABUL:POSTER]

EKSTRAGENİTAL BÖLGEDE ERKEN BAŞLANGIÇLI BİR PEDIATRİK LİKEN SKLEROZ OLGUSU VE TEDAVİDE TOPİKAL TAKROLİMUSUN YERİ

Öyküm Üdül, Mert Bolayırılı, Esra Adışen

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Liken skleroz, etiyojisi net olmayan; genetik faktörler, otoimmünite ve kronik irritasyonun patogeneizde rol oynadığı, kronik, progresif, inflamatuvar bir dermatozdur (1). Tipik olarak; postmenopozal kadınlarda, anogenital bölgede, belirgin kaşıntı, yanma ve atrofik-sklerotik hipopigmente yamalarla karakterizedir. Progrese olan hastalık, anatomik yapının deformasyonu ile üriner ve seksüel disfonksiyona yol açabilir. Ayrıca, vulvar skuamöz hücreli kanser için bir risk faktörü olduğundan, erken dönemde tanı ve tedavi önem taşımaktadır (2). Hastalık, pediatrik yaş grubunda ve ekstrasjenital bölgede nadiren görüldüğünden bu erken başlangıçlı olguyu ve tedavi sürecini literatürdeki yayınlarla zenginleştirerek sunmayı amaçladık.

OLGU:

Yedi yaşındaki kız hasta gövdesinde dört yıldır bulunan, kaşıntılı, beyaz lekeler şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Daha önce nemlendirici ve topikal pimekrolimus tedavileri kullanmış ancak bunlardan yanıt alamamıştı. O dönemde hastadan alınan biyopsi sonucunun tanısal olmadığı öğrenildi. Özgeçmişinde bir sistemik hastalığı ve düzenli kullandığı ilacı bulunmuyordu. Muayenesinde gövde sol lateralinde, birleşerek plak oluşturma eğiliminde olan, dairesel, deriden hafif kabarık üzeri atrofik görünümlü hipopigmente papüller saptandı (Resim 1).

Yapılan histopatolojik örnekleme sonucu lezyonların liken sklerozis ile uyumlu olduğu tespit edildi. Hastaya diflorazon diasetat %0,05 merhem tedavisi başlandı. Ancak, 2 ay sonunda hasta tedaviye yanıtız olarak değerlendirildi. Kontrolde genital bölgesinde yeni gelişen, anal kanal çevresini saran ve büyük oranda labium majusları kapsayan yeni hipopigmente yamalar saptandı. (Resim 2A) Bu lezyonlara %0.03 takrolimus pomad tedavisi başlandı. Dört haftalık tedavi sürecinin ardından genital bölgedeki lezyonlarda ve kaşıntı şikayetinde belirgin gerileme olduğu kaydedildi (Resim 2B). 3 ve 6. ay kontrollerinde neredeyse tamamen



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

lezyonsuz deri görünümü sağlandı (Resim 2C-2D).

SONUÇ:

Liken skleroz, pediatrik popülasyonda erişkin yaşa kıyasla oldukça nadir görüldüğünden hastalığın bu gruptaki prevalansına dair elimizde kesin veriler bulunmamaktadır (3). Literatürdeki pediatrik çalışmalar, küçük örneklem gruplarıyla yapılmış bazı analizler, vaka serileri ve olgu sunumlarıyla sınırlıdır. (4-6). Balakirski ve arkadaşlarının 2020’de yayımladığı, 4516 pediatrik liken skleroz hastasını kapsayan en geniş çaplı sistematik analizde, bulguların ortalama başlangıç yaşı 6,5 yıl olarak bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada, 1707 pediatrik kadın hastanın yalnızca %2,9’unda sunduğumuz hastada olduğu gibi genital ve ekstrasjenital bölge tutulumun beraber görüldüğü raporlanmıştır (5). Olgumuzun dikkat çeken yönleri, bulguların pediatrik gruptaki ortalama tanı yaşından daha erken başlaması ve lezyonların gövde başlangıçlı olması olarak göze çarpmaktadır.

2024 Avrupa EuroGuiderm kılavuzuna göre, tüm yaş gruplarında ve tüm tutulum bölgelerinde birinci basamak altın standart tedavi; uzun süreli ultra potent veya potent, merhem formundaki topikal kortikosteroid tedavisidir. Topikal takrolimus ise, hem atak hem idame tedavide ikinci basamak tedavi seçeneği olarak yer almaktadır (7). Literatürde, takrolimusun tedavideki yerini değerlendiren çalışmalar çoğunlukla kısıtlı hasta sayısı üzerinden ve retrospektif olarak yapılmıştır (8-10). Bildirilen araştırmalardan pediatrik grupta topikal takrolimus kullanılan olgular ve tedavi yanıtları Tablo-1’de özetlenmiştir (Tablo 1). Bu olguyu sunarak; takrolimusun 2 yaş üzerindeki pediatrik hastalarda, özellikle anogenital lezyonların uzun süreli tedavisinde, topikal kortikosteroidlere kıyasla daha düşük yan etki profiliyle, iyi tolere edilen ve etkili bir alternatif olduğunu vurgulamak istedik. Genellikle semptom kontrolünün zor olduğu ve klinik iyileşmenin daha nadir görüldüğü genital liken skleroz hastalarına, göre olgumuzda 4 haftada iyileşmenin başlaması tarafımızca hasta yaşıyla ilişkilendirilmiş olup, postmenopozal kadınlardaki düşük östrojen seviyelerinin hastalığın daha dirençli bir seyir izlemesine katkıda bulunduğu düşünülmüştür.

ANAHTAR KELİMELE: liken skleroz, pediatrik dermatoloji, takrolimus

KAYNAKLAR: 1) Orszulak, D.; Dulska, A.; Nizinski, K.; Skowronek, K.; Bodziony, J.; Stojko, R.; Drosdzol-Cop, A. Pediatric Vulvar Lichen Sclerosus—A Review of the Literature. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 7153. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137153>

2) Kirtschig G, Kinberger M, Kreuter A, Simpson R, Günthert A, van Hees C, et al.

EuroGuiderm guideline on lichen sclerosus—introduction into lichen sclerosus. J Eur Acad



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Dermatol Venereol. 2024;38:1850–1873. <https://doi.org/10.1111/jdv.20082>

3) Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K, Srodon M. Prevalence of vulvar lichen sclerosis in a general gynecology practice. J Reprod Med. 2005;50:477–80.

4) Powell, J.; Wojnarowska, F. Childhood vulvar lichen sclerosis: An increasingly common problem. J. Am. Acad. Dermatol. 2001, 44, 803–806.

5) Balakirski G, Grothaus J, Altengarten J, Ott H. Paediatric lichen sclerosis: a systematic review of 4516 cases. Br J Dermatol. 2020 Jan;182(1):231-233. doi: 10.1111/bjd.18267. Epub 2019 Sep 11. PMID: 31260081.

6) Kirtschig G. Lichen sclerosis- presentation, diagnosis and management. Dtsch Arztebl Int. 2016;113:337–43.

7) Kirtschig G, Kinberger M, Kreuter A, Simpson R, Günthert A, van Hees C, et al.

EuroGuiderm guideline on lichen sclerosis—Treatment of lichen sclerosis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024;38:1874–1909. <https://doi.org/10.1111/jdv.20083>

8) Anderson K, Ascanio NM, Kinney MA, et al. A retrospective analysis of pediatric patients with lichen sclerosis treated with a standard protocol of class I topical corticosteroid and topical calcineurin inhibitor. J Dermatolog Treat 2016; 27: 64–66.

9) Li Y, Xiao Y, Wang H, et al. Low-concentration topical tacrolimus for the treatment of anogenital lichen sclerosis in childhood: maintenance treatment to reduce recurrence. J Pediatr Adolesc Gynecol 2013; 26: 239–242.

10) Böhm M, Frieling U, Luger TA, Bonsmann G. Successful treatment of anogenital lichen sclerosis with topical tacrolimus. Arch Dermatol 2003; 139(7): 922–924.

11) Mazzilli S, Diluvio L, Di Prete M, Rossi P, Orlandi A, Bianchi L, Campione E. Tacrolimus 0.03% ointment for treatment of paediatric lichen sclerosis: a case series and literature review. J Int Med Res. 2018 Sep;46(9):3724-3728. doi: 10.1177/0300060518778219. Epub 2018 Jul 29. PMID: 30058419; PMCID: PMC6136000.

12) Yalici-Armagan B, Bostan E, Akdogan N, Ersoy- Evans S. Paediatric lichen sclerosis et atrophicus: A retrospective analysis of 38 paediatric patients. Int J Clin Pract. 2021;75:e14661. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14661>

13) Luqman TS, Kalavant A, Sunil Kumar KS, Swathy AR. Vulvar Lichen Sclerosis Et Atrophicus: Refractory to Standard Therapy. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2023 Jul-Aug;28(4):345-347. doi: 10.4103/jiaps.jiaps_188_21. Epub 2023 Jul 11. PMID: 37635892; PMCID: PMC10455703.

14) Ebert AK, Rösch WH, Vogt T. Safety and tolerability of adjuvant topical tacrolimus treatment in boys with lichen sclerosis: a prospective phase 2 study. Eur Urol. 2008;54:932–7.

RESİM 1



Gövde lateralinde porselen beyazı renkte, üzeri atrofik, birleşerek plak oluşturma eğiliminde hipopigmente papüller ve lezyon sınırındaki biyopsi bölgesinde gelişen keloid



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-163][KABUL:POSTER]

GRANÜLOMATÖZ ROSACEA BENZERİ KLİNİK GÖRÜNÜMDE DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS: OLGU SUNUMU

Sema Aytekin, Umut Günel, Vedat Afşar

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Tekirdağ

GİRİŞ-AMAÇ:

Diskoid lupus eritematozus (DLE) etiyolojisi bilinmeyen, kronik, otoimmün ve mukokütanöz bir hastalıktır. DLE, kronik kutanöz lupus eritematozusun (KKLE) en sık görülen formudur. DLE sıklıkla yüzde görülür ve iyi sınırlı eritemli skuamlı lezyonlar atrofi, skar veya pigmentasyon değişiklikleri ile iyileşir. Bunun yanı sıra çok farklı klinik varyantları vardır. Biz bu bildiride granülomatöz rosacea olarak takip edilen yüzde yaygın papül, püstülleri bulunan rutin tedavilere yanıt vermeyen ve histopatolojik inceleme ile DLE tanısı alan bir hastayı rozasea ayırıcı tanısına DLE'nin de alınmasını vurgulamak amacıyla sunuyoruz.

OLGU:

Kırk bir yaşında kadın hasta polikliniğimize yüzde kızarıklık, kaşıntı, yanma ve sivilce şikayetiyle başvurdu. Hastanın 5-6 yıldır güneşe çıktığında yüzde kızarıklık, yanma şikayetleri oluyormuş. Son bir yıldır çene bölgesinden başlayıp yüzüne yayılan döküntüleri olmuş. Dermatolojik muayenesinde, çene bölgesinde birleşme eğiliminde deri renginde papüller ve püstüller görüldü. (Resim 1) Perioral bölgede yoğun olmak üzere tüm yüzde yaygın dev komedonlar, atrofik alanlar, birkaç adet püstül ve bilateral kulak içinde multipl dev komedonlar ve atrofik alanlar görüldü. (Resim 2) Fizik muayenede ek cilt lezyonları veya sistemik bulgu izlenmedi. Dış merkezlerde sistemik antibiyoterapi, topikal kortikosteroid; sistemik ve topikal retinoid tedavileri kullanıldığı öğrenildi. Şikayetleri devam eden hastadan diskoid lupus eritematosuz, granülomatöz rosacea, foliküler mikozis fungoides, lenfomatoid kontakt dermatit ön tanılarıyla çene bölgesindeki lezyonlardan punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede, epidermiste sepetsi hiperkeratoz, atrofi, dermoepidermal bileşkede bazal keratinositlerde vakuoler dejenerasyon, lenfosit egzositozu, intraepidermal nekrotik keratinositler izlendi. Dermisde bir adet kıl follikül lümeninde dilatasyon, folikül lümeninde keratinöz tıkaç oluşumu, fokal alanlarda folikül epitelinde rüptür, follikül içeriğine karşı lenfohistiyositik infiltrasyon izlendi. Klinik ve histopatolojik bulgularla hastaya DLE tanısı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

konularak kliniğimizde takibe alındı.

SONUÇ:

Kronik kutanöz lupus eritematozusun çeşitli klinik formları vardır. Bazı klinik formlar nadir, atipik ve benign deri hastalıklarına benzer olabilir. Komedonal lupus KKLE'nin nadir görülen klinik formlardan biridir. Akneiform lezyonlar şeklinde görülebilmekte olup akne vulgaris olarak tanı alıp takip edilebilir. Akne vulgaris tipik tedavilerinden fayda görmeyen hastalarda kronik kutanöz lupus eritematozus, sikatris bırakma ve sistemik hastalığa ilerleme riski nedeniyle ayırıcı tanı açısından değerlendirilmelidir. Rozasea; papüller, püstüller, eritem ve telenjiektazi gibi çeşitli klinik görünümü olan kronik tekrarlayan bir deri hastalığıdır. Yüzün merkezi bölgelerini (yanaklar, çene, burun ve orta frontal alan) etkilemektedir. Literatürde az sayıda rozaseayı taklit eden DLE olguları bildirilmiştir. Mokhtari ve arkadaşları, rozacea ve anjiofibrom benzeri lezyonları olan DLEli olgu tanımlamışlardır. Olgumuzda hastalığın uzun sürmesi, telenjiektazi ve oküler komplikasyonun olmaması; özellikle klasik rozacea tedavisine yanıt vermeme gibi özellikler ve tipik histopatoloji DLE tanısı almasında yardımcı oldu.

ANAHTAR KELİMELELER: diskoid lupus eritematozus, rosacea, acne vulgaris

KAYNAKLAR: 1- Vale ECSD, Garcia LC. Cutaneous lupus erythematosus: a review of etiopathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. An Bras Dermatol. 2023 May-Jun;98(3):355-372. doi: 10.1016/j.abd.2022.09.005. Epub 2023 Mar 1. PMID: 36868923; PMCID: PMC10173173.

2- Chessé C., Fernández-Tapia M.J., Borzotta F. Comedonic Lupus: An Unusual; Presentation of Cutaneous Lupus

3- Caren Driesch, MD,a and Cynthia Magro, MD A comedonal variant of chronic cutaneous lupus erythematosus: Case report and literature review

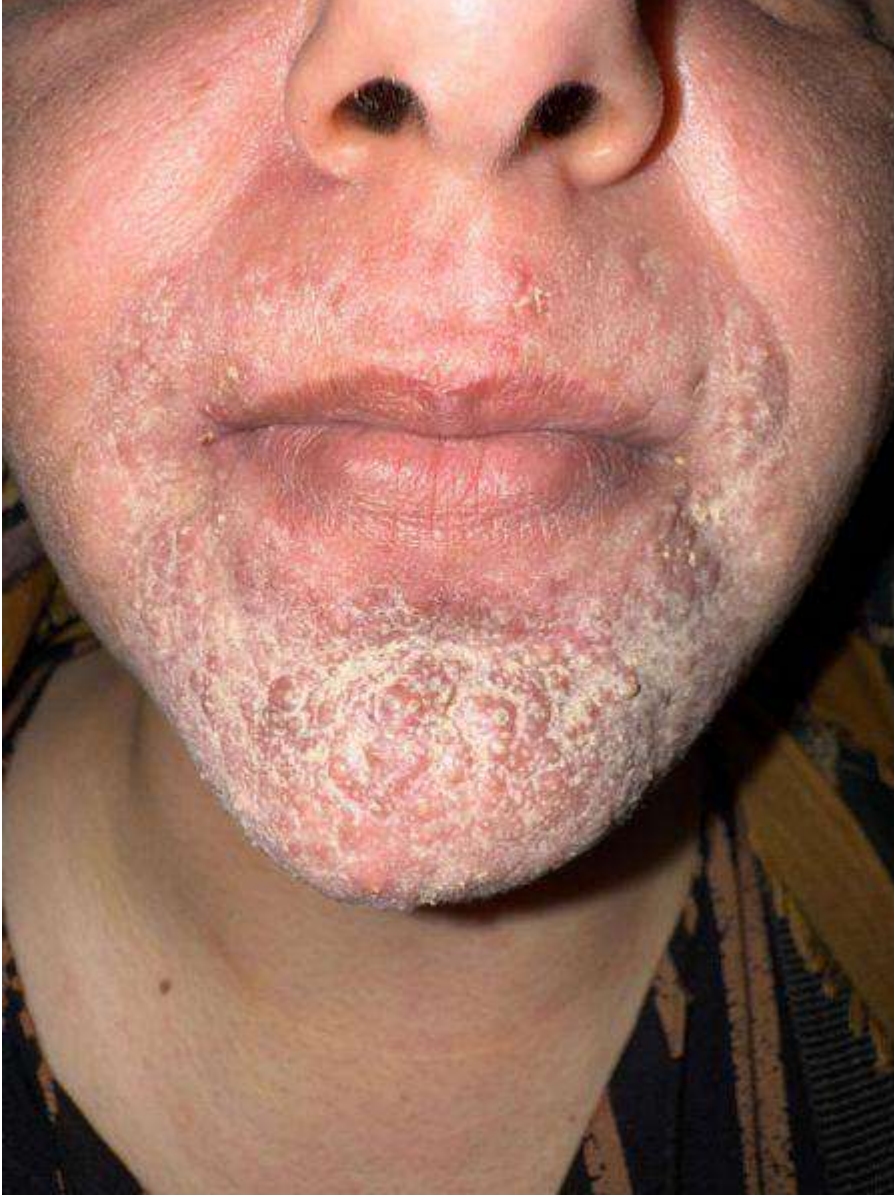
4- Shah A, Albrecht J, Bonilla-Martinez Z, Okawa J, Rose M, Rosenbach M, Werth VP. Lenalidomide for the treatment of resistant discoid lupus erythematosus. Arch Dermatol.

5- Chiamaka Ohanenye, BSa, Sumayah Taliaferro, MDb, Valerie D. Callender, MDc,* Diagnosing Disorders of Facial Erythema

6- Fatemeh Mokhtari¹ Zakiye Ganjei² A rare form of discoid lupus erythematosus as a rosacea and angiofibroma: A case report Clin Case Rep. 2020;8:155–158.

7- Rosacea-like cutaneous lupus erythematosus: an atypical presentation responding to antimalarials. Marzano AV, Lazzari R, Polloni I, Boneschi V, Crosti C. Acta Derm Venereol. 2013 Jan;93(1):106-7. doi: 10.2340/00015555-1414.

RESİM 1



RESİM 2





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-165][KABUL:POSTER]

**KRONİK BACAK ÜLSERİNİN METİLEN MAVİSİ İLE GÜN IŞIĞI FOTODİNAMİK TEDAVİ
VE SPLIT KALINLIKTAKİ DERİ GREFTİ KOMBİNASYONU İLE BAŞARILI TEDAVİSİ**

Ahmet Atas, Erhan Topal, Mustafa Andıç, Kıymet Nur İskender, Demet Sezen, Vildan Çakır,
Tülin Ergun, Dilek Seçkin

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Kronik bacak ülserleri, özellikle altta yatan etiyolojik faktör venöz yetmezlik olduğunda, dermatologlar için yönetimi zor durumlardır. Tedavi genellikle altta yatan nedenin ele alınması, yara bakımı, yara örtüleri ve cerrahi müdahalelerin kombinasyonundan oluşur. Tedavi seçenekleri arasında fotodinamik tedavi ve split-kalınlıkta deri greftleri, yaygın kullanılmayan ancak potansiyel olarak etkili yöntemlerdir. Burada, fotodinamik tedavi ve deri grefti kombinasyonu ile başarıyla tedavi edilen kronik bir venöz bacak ülseri olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

26 yaşında erkek hasta, 3 yıldır mevcut olan tek taraflı bacak ülseri ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde, epilepsi ve remisyona girmiş Burkitt lenfoma olduğu öğrenildi. Bacak ülserine yönelik olarak daha önce birkaç kür oral antibiyoterapi, yara bakımı ve bir kez de PRP uygulanmıştı. Doppler ultrasonografide hem büyük hem de küçük safen venlerde belirgin venöz reflü saptanmıştı. Fizik muayenede, sol pretibial bölgede biri 3.6x4.4 cm, diğeri 1.6x1.6 cm boyutlarında, sarı-siyah krutlar ve hemorajik alanlar içeren iki adet ülseratif lezyon mevcuttu. Lezyon çevresine eritem ve sklerotik görünüm eşlik etmekteydi. Lipodermatoskleroz ilişkili ülser, piyoderma gangrenozum ve nekrobiyozis lipoidika ön tanılarıyla yapılan histopatolojik incelemede, epidermiste kapiller damar proliferasyonu, ekstrasöz eritrositler ve fibrozis izlendi. Bu bulgular non-spesifik yara iyileşmesi ile uyumlu olarak değerlendirildi. Yapılan doku biyopsi kültüründe metisiline duyarlı Staphylococcus



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

aureus saptandı ve hastaya, yara bakımı ile birlikte sistemik antibiyoterapi başlandı. Bu tedavi ile sadece kısmi bir iyileşme sağlanması üzerine, fotodinamik tedavi eklenmesi planlandı. Bu amaçla, ülser içine, yüzeyi tamamen kapatacak şekilde metilen mavisi solüsyon damlatıldı ve streç film ve gazlı bez ile 30 dakika oklüzyon yapıldı. Ardından, pansuman açılarak, en az 1 saat olacak şekilde cam kenarında oturan hastanın ülseri gün ışığına maruz bırakıldı. Gün ışığı fotodinamik tedavi sonrası ülser, antibakteriyel yara örtüsü ve dize kadar elastik bandaj ile kapatıldı. Günlük olarak yapılan bu uygulamanın 10. gününde, ülserin zemini temiz görünmekle birlikte, boyutunda bir değişiklik olmamıştı ve epitelizasyon belirtisi göstermemektedir. Bu nedenle steril teknikle anterior uyluktan split-kalınlıkta deri greftleri alındı. Alınan küçük deri greftleri ülser yüzeyine yerleştirildi ve steril sigara kağıdı ile ülser üzeri kapatıldı, elastik bandaj ile sabitlendi. Haftalık takiplerde, yara yatağı, greftleri yüzeyden kaldırmamaya dikkat edilerek nazıkçe temizlendi, klorheksidinli yara örtüsü ile kapama ve elastik bandaja devam edildi. Hastanın ilk başvurusundan sonraki 11. haftanın sonunda, ülserde tam epitelizasyon gözlemlendi.

SONUÇ:

Epidermis ve dermisin bir kısmının transferini içeren split-kalınlıkta deri grefti, kendi kan dolaşımı olmadığından, iyi damarlanmış bir yara yatağı gerektirir. Metilen mavisi ile gün ışığı fotodinamik tedavi, metilen mavisinin antimikrobiyal etkileri ile birlikte yara iyileşmesini hızlandırıcı bir rol oynamaktadır. Split-kalınlıkta deri grefti ile fotodinamik tedavi kombinasyonu, uzun süredir iyileşmeyen venöz bacak ülserinde tam epitelizasyon ve bununla ilişkili yüksek hasta memnuniyeti sağlamıştır. Her iki tedavi yöntemi de, kronik ülserlerde, uygun hastalarda seçilebilecek etkili tedavi seçenekleridir.

ANAHTAR KELİMELEER: Fotodinamik tedavi, Split kalınlıkta deri grefti, Ülser

KAYNAKLAR: 1. Armstrong DG, Orgill DP, Galiano Dd et al. Open label venous leg ulcer pilot study using a novel autologous homologous skin construct. Plast Reconstr Surg Glob Open 2020;8

2. Braza ME, Fahrenkopf MP. Split-thickness skin grafts. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019.

3. Suoniemi L, Salmi T, Huhtala H et al. The role of split-thickness skin grafting in the treatment of vasculitic and pyoderma gangrenosum ulcers in a multidisciplinary wound centre. Int Wound J 2024;21(6):e14943.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

4. Wen F, Xie H, Lai M et al. Comparison of the effect of combination therapies in the treatment of large varicose ulcers: A real-world cohort study. Sci Prog 2024;107.
5. Cesar GB, Winyk AP, Sluchensci Dos Santos F et al. Treatment of chronic wounds with methylene blue photodynamic therapy: A case report. Photodiagn Photodyn Ther 2022;39.
6. Mosti G, Picerni P, Licau M et al. Photodynamic therapy in infected venous and mixed leg ulcers: a pilot experience. J Wound Care 2018;27:816–821.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-166][KABUL:POSTER]

SİSTEMİK HASTALIĞIN DERİ LEZYONU: NEKROBİYÖZİS LİPOİDİKA OLGUSU

Suat Sezer

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ-AMAÇ:

Sistemik hastalıkların seyrinde birçok deri hastalığı görülebilmektedir. Diyabet sık görülen bir endokrin bozukluktur ve hastalık boyunca çok çeşitli deri lezyonları meydana gelebilmektedir. Bu vakada tip 1 diyabetli bir hastada gelişen nekrobiyozis lipoidika lezyonu sunulmaktadır. Bu vakada tip 1 diyabetli bir hastada gelişen nekrobiyozis lipoidika lezyonu sunulmaktadır. Bu vakada tip 1 diyabetli bir hastada gelişen nekrobiyozis lipoidika lezyonu sunulmaktadır.

OLGU:

19 yaşındaki kadın hasta yaklaşık 9 yıldır her iki bacak ön yüzünde bulunan lezyonları nedeni ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Kaşıntı, yanma gibi herhangi bir semptomu yoktu. Yıllar önce bir üniversite hastanesinde biyopsi alınmış, morfea? denilmiş ancak biyopsi sonucundan net bir tanı konulamamıştı. Hastanın dermatolojik muayenesinde her iki bacakta pretibial alanda çok sayıda kenarları kahverengi sarı irregüler sınırları olan, ortası daha beyaz ve hafif atrofik yama şeklinde birkaç adet lezyon bulunmaktaydı (Resim 1). Dermoskopide kenar kısma uyan bölümde sarı turuncu zemin üzerinde ince damarlardan oluşan yoğun bir ağ yapısı vardı ve ortadaki daha atrofik alanda ise beyaz yapısız alanlar mevcuttu (Resim 2). Özgeçmişinde Tip 1 diabet hastalığı vardı ve insülin kullanmaktaydı. Daha önceden uzun süre topikal steroid kullanımı dışında tedavi almamıştı. Hastadan nekrobiyozis lipoidika ve morfea ön tanıları ile biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede perivasküler, periadneksiyal ve kollajen demetleri arasında lenfoplazmositik infiltrat, palizadlaşan granülom ve fokal alanda kollajen demetleri arasında nükleer debris saptanması ile hastaya nekrobiyozis lipoidika tanısı konuldu. Lezyonlarda atrofinin de başlaması nedeni ile topikal takrolimus %0.1 pomad 2x1 tedavisi başlanarak hasta takibe alındı.

SONUÇ:

Nekrobiyozis lipoidika (NL) sıklıkla diyabetik hastalarda görülen nadir bir kronik granülomatöz hastalıktır. Diyabetli hastaların yalnızca %0.3 ila %1.6'sında NL gelişmektedir. Genellikle tip 1



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

diyabetli kişilerde ortaya çıkmaktadır. NL, hastaların yaklaşık %14'ünde tanıdan önce, %62'sinde tanıdan sonra ve %24'ünde spontan olarak ortaya çıkar. Kadınlarda daha sık görülür. Glisemik kontrol düzeyi ile NL geliştirme olasılığı arasında kesin bir bağlantı yoktur. Hastamızda NL lezyonları literatürle uyumlu şekilde tip 1 diyabet tanısından sonra başlamıştı.

NL neredeyse her zaman bilateral alt ekstremitte pretibial bölgelerde bulunur. Tek veya grup halinde yuvarlar eritemli papüller olarak başlayıp zamanla genişler kırmızı kahverengi kenarlı sarı atrofik merkezli lezyonlar haline gelir ve zamanla spontan ya da travmatik olarak ülserleşme olabilir. Nadiren üzerinden skuamöz hücreli karsinom gelişebilir.

Diyabet, nüfusun %8.3'ünü etkileyen yaygın bir endokrin hastalıktır. Diyabetli kişilerin %79.2'sinde deri hastalıkları gelişecektir. Yapılan bir çalışmada kutanöz enfeksiyonlar, kseroz ve inflamatuvar deri hastalıkları diyabette en sık görülen deri hastalıkları olan bulunmuştur. Görülebilecek olan deri bulgularını sınıflandıracak olursak: 1- Diyabetle ilişkili kutanöz belirtiler: akantozis nigrikans, akrokordonlar, diyabetik dermatopati, NL'dir. 2- Diyabette görülebilen kutanöz komplikasyonlar: sklerödem diyabetikorum, yavaş yara iyileşmesi, edinsel perforan dermatoz, periungual telenjektazi, diyabetik büldür. 3- Diyabetle birlikte olabilen hastalıklar: vitiligo, kseroz, erüptif ksantom, liken planus, psoriasis, generalize granüloma annularedir sayılabilir. 4- Diyabet hastalarında follikülit, fronkül, karbonkül, selülit, erizipel, eritrazma gibi bakteriyel enfeksiyonlar ve kandida, dermatofitoz ve mukormikoz gibi fungal enfeksiyonların sıklığı da artmaktadır.

Sistemik hastalıkların deri tutulumlarının iyi bilinmesi ve hastalara bu açıdan bakılması hem tanısal ve tedavinin daha doğru yapılmasını sağlar hem de multidisipliner yaklaşımı kolaylaştırır.

ANAHTAR KELİMELEER: diyabet, nekrobiyozis lipoidika, sistemik hastalık

KAYNAKLAR: 1- Edwards E, Yosipovitch G. Skin Manifestations of Diabetes Mellitus. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, et al., eds. Endotext. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; March 21, 2025.

2- Duff M, Demidova O, Blackburn S, Shubrook J. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus. Clin Diabetes. 2015;33(1):40-48. doi:10.2337/diaclin.33.1.40

3- Ly L, Vo KL, Cruel AC, Shubrook JH. Dermatological Manifestations of Diabetes Mellitus and Its Complications. Diabetology. 2025; 6(3):18. <https://doi.org/10.3390/diabetology6030018>

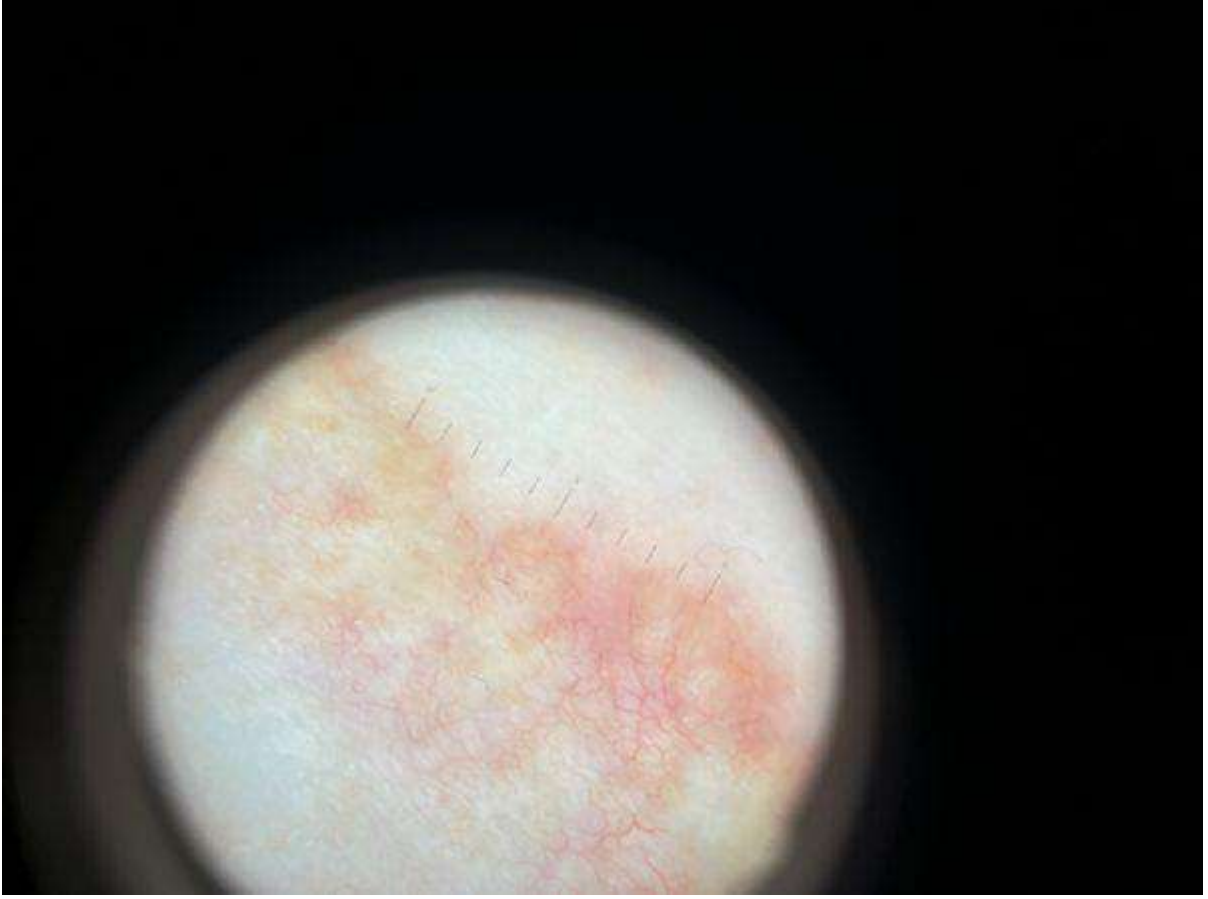
4- Lepe K, Riley CA, Hashmi MF, Salazar FJ. Necrobiosis Lipoidica. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 22, 2024.

RESİM 1



Bacakta pretibial alanda çok sayıda kenarları kahverengi sarı irregüler sınırları olan, ortası daha beyaz ve hafif atrofik yama şeklinde birkaç adet lezyon

RESİM 2



Dermoskopide kenar kısma uyan bölümde sarı turuncu zemin üzerinde ince damarlardan oluşan yoğun bir ağ yapısı vardı ve ortadaki daha atrofik alanda ise beyaz yapısız alanlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-167][KABUL:POSTER]

**ND-YAG LAZER İLE PALMOPLANTAR SİĞİL TEDAVİSİ SIRASINDA UYGULANAN SOĞUTMA
İŞLEMİNİN TEDAVİ CEVABI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNE İLİŞKİN PROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMA**

Oğuzhan Kılıçaslan, Duru Tabanlıoğlu Onan

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ:

Verrukalar (siğiller), derideki keratinositlerin human papillomavirus (HPV) ile enfeksiyonuna ikincil gelişen benign proliferasyonlardır. Lazer sistemleri, siğil tedavisinde son yıllarda giderek artan şekilde kullanılmakta ve etkili bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. Nd:YAG lazerler, siğil tedavisinde nispeten yeni kullanılan cihazlardır. Nd:YAG lazer; siğil yapısındaki konjesyone damarlarda tromboza neden olarak, oluşturduğu termal hasarla virüsü doğrudan tahrip ederek ve enfekte keratinositlerde nekroza yol açarak etki göstermektedir. Lazer tedavilerinde sıklıkla kullanılan soğutma sistemlerinin, siğildeki dilate ve konjesyone damarlarda vazokonstriksiyona yol açarak tedavi etkinliğini düşürüp düşürmediği ise bilinmemektedir. Bu prospektif çalışmada, Nd:YAG lazer tedavisi sırasında ağrıyı azaltmak amacıyla lezyona uygulanan soğutma işleminin, tedavi başarıları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışmaya 19 hastaya ait toplam 73 lezyon dâhil edilmiştir. Randomizasyon hastalar değil, lezyonlar bazında gerçekleştirilmiştir. İki lezyon grubu oluşturulmuştur: Grup 1 (soğutma açık) ve Grup 2 (soğutma kapalı). Lezyonlar, çalışma başlamadan önce “Random Allocation Software” programı kullanılarak rastgele olarak bu iki gruptan birine atanmıştır. Böylece, çalışmanın başlangıcında her bir lezyonun (1–73 arası numaralandırılmış) hangi gruba ait olacağı önceden belirlenmiştir. Lezyonlar da, hastaların kliniğe başvuru sırasına göre 1’den başlayarak numaralandırılmış; hastanın lezyon sayısı ne kadarsa o kadar sayıda numara sıradan hastaya tanımlanmıştır. Hastanın ilk başvurusunda, fotoğraflamayı yapan tıbbi teknikerlere yalnızca hastaların toplam lezyon sayısı ve sahip olacağı lezyon numaraları bilgisi verilmiş, teknikerlerden bu numaraları lezyonlara rastgele şekilde yerleştirmeleri istenmiştir. Ardından numaralandırma işlemine dahil olmayan uygulayıcı, her bir lezyonun numarasına karşılık gelen grubu, başlangıçta belirlenen randomizasyon listesinden saptayarak, ilgili



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

lezyonlara soğutma açık veya kapalı olacak şekilde işlem uygulanmıştır. Her iki gruptaki lezyonlara da üç seans tedavi uygulanmıştır.

BULGULAR:

Çalışmanın sonuçları, soğutma işleminin tedavi başarısı üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, siğil tedavisinde Nd:YAG lazer uygulamasına ilişkin genel olarak değerli bilgiler elde edilmiştir. Hastaların yaşı ve siğilin var olduğu süre arttıkça Nd:YAG lazer tedavisinin etkinliğinin azaldığı gözlemlenmiştir. Lazer tedavisi öncesi siğile yönelik herhangi başka bir tedavi almış olan hastalarda lazer tedavisine yanıt daha düşük kalmıştır. Ayrıca çalışmamızda, lazer tedavisinde seans aralıkları uzun tutulduğunda lezyon iyileşmesinin geciktiği saptanmıştır.

SONUÇ:

Çalışmamız, Nd:YAG lazerle siğil tedavisi sırasında uygulanan soğutma işleminin, tedavi etkinliği üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu hipotezini desteklemektedir. Aynı zamanda Nd:YAG lazerle siğil tedavisinin yanıtını etkileyebilecek diğer değişkenlere dair önemli bilgiler elde edilmiştir. Ek olarak, çalışmamız, bugüne kadar Nd:YAG lazer ile siğil tedavisi üzerine yapılan mevcut araştırmaların kapsamlı bir özetini sunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELE: Nd:YAG lazer, siğil tedavisi, soğutucu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-169][KABUL:POSTER]

**YENİ BİR ADAM10 VARYANTI OLAN VAKA KİTAMURA'NIN RETİKÜLER
AKROPİGMENTASYONUNUN BİR ÖRNEĞİ MİDİR, YOKSA DOWLING-DEGOS HASTALIĞI İLE
KİTAMURA'NIN RETİKÜLER AKROPİGMENTASYONU ARASINDA BİR ÖRTÜŞMEYİ Mİ TEMSİL
ETMEKTEDİR?**

Ezgi Göksal, Müzeyyen Gönül, Selda Pelin Kartal, Elifcan Taşdelen, Elif Şebnem Ayva

Etlik Şehri Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı; Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı; Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

: Dowling-Degos hastalığı (DDD) ve Kitamura'nın retiküler akropigmentasyonu (RAK) değişken penetranslı nadir otozomal dominant genodermatozlardır. DDD, fleksural bölgelerde akkiz retiküler hiperpigmentasyon ile karakterizedir. Genellikle yaşamın üçüncü ila dördüncü dekatlarında ortaya çıkar. RAK ise ilk olarak ellerin ve ayakların dorsal yüzlerinde başlayıp daha sonra vücudun diğer bölgelerinde de ortaya çıkan retiküler paternde asemptomatik hiperpigmente maküllerle karakterizedir. Maküller atrofik olabilir, avuç içlerinde ve ayak tabanlarında atrofik çukurcuklar bulunabilir. Klinik ve histopatolojik bulgular açısından benzerlikler gösterebilen bu iki hastalığın farklı hastalıklar mı yoksa aynı hastalığın farklı sunumları mı olduğu az sayıda bildirilmiş örtüşen bulguları olan olguların bulunması nedeniyle halen tartışmalıdır.

OLGU:

28 yaşında kadın hasta el sırtlarında ve her iki aksillada bulunan retiküler desenli asemptomatik hiperpigmente maküller ile başvurdu. Dermatolojik muayenede bu lezyonlara ek olarak her iki inguinal bölgede akneiform papüller, atrofik skarlar, açık ve kapalı komedonlar çenede de akne skarlarına benzeyen çukurcuklar olduğu saptandı. Inguinal bölgedeki lezyonlar rekürrens göstermesi nedeniyle hidradenitis suppurativa olarak değerlendirildi. Hiperpigmente maküllerin histopatolojisinde bazal tabakada pigmentasyon artışının olduğu yüzeysel dermise uzanan ince epitelyal uzantılar görüldü. Bu klinik ve histopatolojik bulgularla hastanın DDD ve RAK ile örtüşen bulguları olduğu düşünüldü ve genetik analiz yapıldı. Gen analizi ADAM10 geninde daha önce tanımlanmamış yeni bir



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

patojenik mutasyonu ortaya çıkardı.

SONUÇ:

Bu vaka DDD ve RAK'ın örtüşen bulgularını gösteren nadir bir vakadır ve aynı hastalığın farklı sunumları olabilecekleri görüşünü desteklemektedir. Literatürde örtüşen özellikler gösteren olgularda genetik analiz yapılmamıştır, bu açıdan bu olgu ilktir ve daha önce tanımlanmamış bir ADAM10 mutasyonuna sahiptir. Gelecekte genetik analizlerle desteklenmiş benzer olgular konuya açıklık getirebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Dowling-Degos disease (DDD), reticulate acropigmentation of Kitamura(RAK), ADAM10 mutasyonu

- KAYNAKLAR:** 1. Vasudevan B, Verma R, Badwal S, Pragasaam V, Moorchung N, Badad A. A Case of Reticulate Acropigmentation of Kitamura: Dowling Degos Disease Overlap with Unusual Clinical manifestation. Indian J Dermatol. 2014 May -Jun 59(3):290-292
2. Rathoriya S.G, Soni S.S, Asati D. Dowling Degos disease with reticulate acropigmentation of Kitamura:Extended spectrum of a single entity. Indian dermatol online J. 2016 Jan-Feb, 7(1):32-35.
3. Kono M, Sugiura K, Suganuma M, Hayashi M, Takama H, Suzuki T et al. Whole-exome sequencig identifies ADAM10 mutations as a cause of reticule acropigmentation of Kitamura, a clinical entity distinct from Dowling-Degos disease. Human Moleculer Genteics. 2013 May10; Vol.22.no.17:3524-3533
4. Cabral AR, Santiago F, Reis JP. Coexistence of reticule acropigmentation of Kitamura and Dowling-Degos disease. Dermatol Reports. 2011 Sep29, (2):e33
5. Tang J.C, Escandon J, Shiman M, Berman B. Presentetion of Reticulate Acropigmentation of Kitamura and Dowling-Degos Disease Overlap. J Clin Aesthet Dermatol. 2012 May5,5(5):41-43
- 6: Richards S, Aziz N, Bale S, Bick D, Das S, et al. Standards and guidlines for the interpretation of sequence variants: a joint consensus recommendation of the American College of Medical Genetics and Genomics and the Association for Moleculer Pathology. Genetics in medicine 2015 May;17(5):405-24
- 7: Kono M, Akiyama M. Dyschromatosis symmetrica hereditaria and reticulate acropigmentation of Kitamura: An update. Journal of Dermatological Science. 2019 Feb, 93 75-81
- 8: Jia W, Zhang Y, Wang X, Luo L, Sun H, Jiang Y et al KRT5 mutation regulate melanin metabolism through notch signalling pathway between keratinocytes and melanocytes.

Experimental Dermatology. 2023 Feb21,Volume 32, Issue 6, 752-765

9: Kono M, Suganuma M, Takama H, Zarzoso I, Saritha M, Bodet D et al Dowling-Degos disease with mutations in PFUT1 is clinicopathologically distinct from reticulate acropigmentation of Kitamura. British Journal of Dermatology. 2015 Feb1 173(2), 584-586

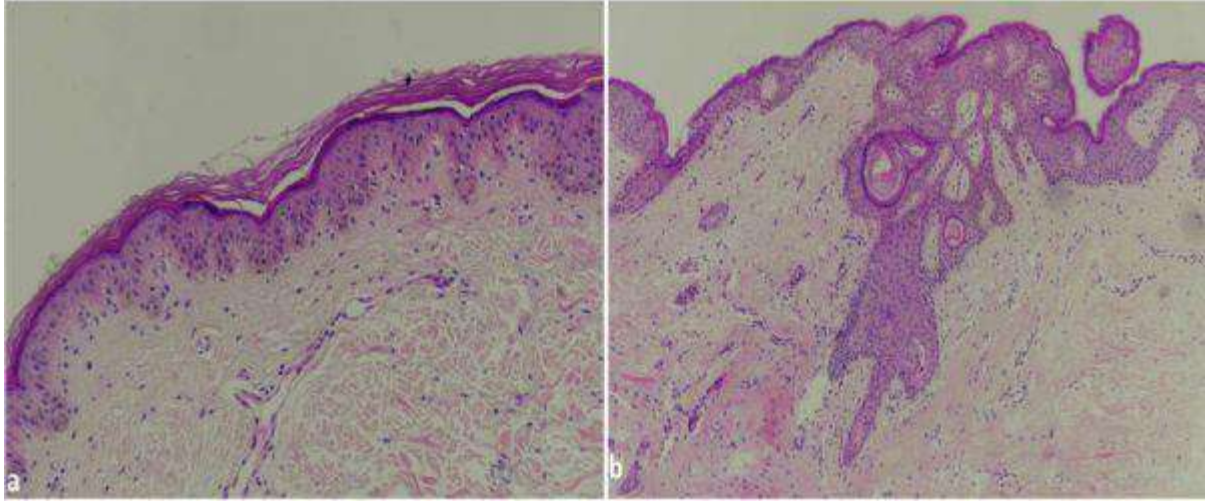
10: Thami GP, Jaswal R, Kanwar AJ, Radotra BD, Singh IP. Overlap of reticulate acropigmentation of Kitamura, acropigmentation of Dohi and Dowling-Degos disease in four generations. Dermatology.1998, 196(3):350-1

FIGÜR 1



Şekil 1: Lezyonların klinik görünümü (a) Okla gösterilen aksilla bölgesinde retiküler paternli hiperpigmente maküller ve daire içinde gösterilen komedonal açıklıklar. (b) El dorsasında hiperpigmente maküller. (c) Yıldız şeklinde işaretlenmiş çukurlu yara izi. (d) Kasık bölgesinde dikdörtgenlerle gösterilen komedonal açıklıkların eşlik ettiği akneiform lezyonlar (izotretinoin tedavisinin 2. ayında)

FIGÜR 2



Şekil 2: Lezyonların histopatolojik görünümü (a) El dorsa lezyonlarının histopatolojisinde epidermal bazal hiperpigmentasyon görülüyor, (HE x200) (b) Aksiller lezyonda yüzeysel dermise uzanan ince epitel fibrilleri ile minimal hiperkeratoz ve keratotik tıkanma ile dilate kıl folikülü infundibulumu (HE x100) görülmektedir

LİTERATÜRDEKİ ÖRTÜŞME VAKALARININ ÖZELLİKLERİ

	Vaka1(1)	Vaka2(2)	Vaka3(4)	Vaka4(10)	Vaka5(5)	Mevcut vaka
Yaş/cinsiyet	25 Yaş erkek	28 Yaş erkek	45 Yaş kadın	55 Yaş kadın	57 Yaş kadın	28 Yaş kadın
Aile öyküsü	Yok	Yok	Anne/hala	Yok	Büyükanne /oğul/baba	Yok
Yerleşim yeri	El ve ayak dorsumu, boyun ön ve arka yüzü her iki aksilla	Axilla, kasık, her iki kolun flexör ve ekstensörü	El, ön kol, ayak dorsumu ve axilla	El ve ayak dorsumu , axilla	El ve ayakların dorsumu, bilateral axilla ve inguinal	Ellerin dorsumu, axilla ve inguinal



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Histopatoloji	Bazal tabaka da keratinosit hiperpigmentasyonu, Retelerde filiform uzama	Uzamış ve birleşmiş rete sırtları şeklinde epidermal proliferasyon	Uzamış rete sırtları, bazal tabaka da hiperpigmentasyon	Papiller dermis filiform uzamış rete çıkıntıları ve pigment inkontinansı	Bazal tabaka hipermelanozunun yanı sıra retiküle epidermis	Bazal tabaka hiperpigmentasyonu ile uzamış rete sırtları
Genetik	Çalışılmamış	Çalışılmış	Çalışılmamış	Çalışılmış	Çalışılmamış	ADAM10; c.1176+1G>A; p.?
Klinik örtüşen hastalıklar	DDD+RAK	DDD+RAK	DDD+RAK	RAK+DDD	RAK+DDD	DDD+RAK



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-173][KABUL:POSTER]

**MİKAFUNGİN TRICHOPHYTON İNDOTİNEAE İÇİN YENİ BİR TEDAVİ SEÇENEĞİ OLABİLİR Mİ?:
OLGULARLA TARTIŞMA**

Gamze Çömlekçi¹, Aslan Yürekli², Ceyda Tetik Aydoğdu¹, Cihan Yeşil³, Yelda Kuzdan¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Muğla

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Muğla

GİRİŞ- AMAÇ:

Dermatofitozlar derinin yaygın görülen yüzeysel mantar enfeksiyonlarıdır. Tanı ve tedavisinde dermatologların deneyimli olduğu bu alanda, son yıllarda antifungal tedavilere dirençli yeni suşların ortaya çıkışıyla tedavi başarısızlığı bildirilmektedir (1,2). Trichophyton(T.) mentagrophytes kompleksinin bir üyesi olan terbinafine dirençli T. indotineae vakaları tüm dünyada artmakta ve yeni tedavi seçenekleri araştırılmaktadır (1,2,4). Bu olgu serimizde itraconazol ile hızlı nüks gelişen muhtemel T. indotineae vakalarında mikafungin kullanarak kısa sürede yanıt aldığımız dört hasta sunuyoruz. Mikafunginin sık nüks eden vakalarda tedavi seçeneği olarak değerlendirilebileceği inancındayız.

OLGU 1 VE 2:

48 yaşında kadın ve 54 yaşında erkek iki hasta, vücutta iki aydır devam eden kızarıklık ve kaşıntı şikayetiyle başvurdu. Evli olan hastaların sistemik hastalık öyküsü yoktu. İlk hastada göğüs, bacak mediali ve kasıklara uzanan yaygın eritemli anüler plaklar; eşinde ise lomber bölge ve kasıklarda benzer lezyonlar mevcuttu. Potasyum hidroksit (KOH) incelemede hifa saptanan her iki hastaya da 200 mg/gün dozda üç ay süreyle itraconazol verildi. Başlangıçta yanıt alınmasına rağmen iki ay sonra nüks gelişti. İkinci kür itraconazol sonrası tekrar eden lezyonlardan kazıntılar MALDI-TOF yöntemiyle değerlendirildi. Hastalar hospitalize edilerek enfeksiyon hastalıkları bölümüne danışıldı ve 100 mg/gün dozda intravenöz mikafungin



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

başlandı. On dört günlük tedavi sonunda lezyonlarda belirgin gerileme görüldü, KOH incelemede hifa saptanmadı. Dört aylık takipte nüks izlenmedi.

OLGU 3 VE 4:

24 ve 14 yaşındaki kız kardeşler, kasık bölgesinde yaygın eritemli skuamlı plaklarla başvurdu. Itrakonazol 200 mg/gün ile iki aylık tedavi sonrası klinik yanıt alındı ancak ikinci ayda nüks görüldü. Tedavi sonrası 2. Ayda nüks gelişen hastalar flukanazol 200 mg/gün tedavi aldılar ve yanıt alınmasına rağmen tedavi bitimi ile nüks gözlemlendi. Bir yıl süren tekrarlayan tedaviler sonrasında alınan kazıntı örnekleri MALDI-TOF ile değerlendirildi. Hastalar hastaneye yatırılarak enfeksiyon hastalıkları önerileri doğrultusunda mikafungin 100 mg 10 gün süre uygulandı. Lezyonlarda önemli ölçüde klinik iyileşme gözlenen hastalardan alınan KOH inceleme sonrası hifa saptanmadı. Taburculuk sonrası üç ay içinde nüks gözlenmedi.

SONUÇ:

Son yıllarda terbinafine dirençli *Trichophyton indotineae* enfeksiyonlarında belirgin artış gözlenmiş, bu durum tedavi protokollerinin yeniden değerlendirilmesini gündeme getirmiştir (1,2). 2020 yılında tanımlanan *T. indotineae*, klasik tedavilere dirençli enfeksiyonlar yapabilmekte ve ayrıca cinsel yolla bulaş potansiyeliyle de dikkat çekmektedir (3). Tedavide en sık kullanılan ajan itrakonazoldür; ancak uzun süreli kullanıma rağmen sık nüks gözlenmesi ciddi bir sorundur. Flukonazol ve griseofulvinin etkisizliği tedavi seçeneklerini kısıtlamaktadır (4).

Mikafungin, hücre duvarı sentezini bozan bir ekinokandin olarak genellikle kandida ve aspergillus enfeksiyonlarında kullanılmakta olup dermatofitlerde sınırlı çalışılmıştır (5). Ancak in vitro çalışmalarda *T. mentagrophytes* gibi türlerde kısa sürede etkili olduğu gözlenmiştir (5).

Bu olgu serisinde klasik sistemik ajanlara dirençli ve sık nüks eden dört vakada mikafungin kullanımıyla anlamlı klinik yanıt elde edilmiştir. Tedavi sonrası KOH incelemede hifa saptanmamış, takip süresince nüks izlenmemiştir. Mikafungin bu yönüyle dirençli *T. indotineae* enfeksiyonlarında alternatif bir sistemik tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Dermatofitoz, Mikafungin, Terbinafin, *Trichophyton indotenia*



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

KAYNAKLAR: 1- Gupta AK, Venkataraman M, Hall DC, Cooper EA, Summerbell RC. The emergence of *Trichophyton indotineae*: Implications for clinical practice. *Int J Dermatol*. 2023 Jul;62(7):857-861. doi: 10.1111/ijd.16362. Epub 2022 Jul 22. PMID: 35867962.

2-Ferreira CB, Lisboa C. A systematic review on the emergence of terbinafine-resistant *Trichophyton indotineae* in Europe: Time to act? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2025 Feb;39(2):364-376. doi: 10.1111/jdv.20270. Epub 2024 Jul 31. PMID: 39082800.

3-Spivack S, Gold JAW, Lockhart SR, Anand P, Quilter LAS, Smith DJ, Bowen B, Gould JM, Eltokhy A, Gamal A, Retuerto M, McCormick TS, Ghannoum MA. Potential Sexual Transmission of Antifungal-Resistant *Trichophyton indotineae*. *Emerg Infect Dis*. 2024 Apr;30(4):807-809. doi: 10.3201/eid3004.240115. Epub 2024 Mar 4. PMID: 38437706; PMCID: PMC10977831.

4-Sonego B, Corio A, Mazzeletti V, Zerbato V, Benini A, di Meo N, Zalaudek I, Stinco G, Errichetti E, Zelin E. *Trichophyton indotineae*, an Emerging Drug-Resistant Dermatophyte: A Review of the Treatment Options. *J Clin Med*. 2024 Jun 18;13(12):3558. doi: 10.3390/jcm13123558. PMID: 38930086; PMCID: PMC11204959.

5-Bao YQ, Wan Z, Li RY. In vitro antifungal activity of micafungin and caspofungin against dermatophytes isolated from China. *Mycopathologia*. 2013 Feb;175(1-2):141-5. doi: 10.1007/s11046-012-9571-6. Epub 2012 Sep 17. PMID: 22983900.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-174][KABUL:POSTER]

**FRONTAL FİBROZAN ALOPESİ (FFA) HASTALARININ KLİNİK, LABORATUVAR VE
DERMOSKOPIK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL RETROSPEKTİF ÇALIŞMA**

Asya Almila Can¹, Murat Özkan¹, Buğra Burç Dağtaş¹, Vildan Manav¹, Cem Leblebici², Ayşe Esra Koku Aksu¹

¹SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Frontal Fibrozan Alopesi (FFA), genellikle orta yaş ve üzerindeki kadınlarda görülen, saç çizgisinde simetrik olarak geri çekilme ve kaş kaybı ile karakterize, kronik seyirli bir sikatriyel alopesi türüdür.

İlk kez 1994 yılında tanımlanmış olup, son yıllarda bildirilme sıklığında belirgin bir artış gözlenmektedir. FFA'nın etiyopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, hormonal değişiklikler, otoimmün mekanizmalar ve çevresel tetikleyicilerin rol oynadığı düşünülmektedir.

Literatürdeki önceki çalışmalarda Frontal fibrozan alopesiye (FFA) eşlik eden sistemik hastalıklar arasında en sık bildirilen durumlar; tiroid fonksiyon bozuklukları, arteriyel hipertansiyon ve lipid profil bozukluklarıdır. Bu biyokimyasal parametre bozukluklarıyla olan birlikteliği, hastalığın sistemik yansımalarına ışık tutabilir.

Dermoskopik incelemede perifoliküler skuam, foliküler açıklıkların kaybı ve "lonely saç" izlenir. Klinik ve dermoskopik olarak tanı konulabilmesine rağmen, hastalığın seyri ve tedaviye yanıt öngörülemezdir. Bununla birlikte, farklı tedavi protokollerinin etkinliği ve yanıt oranları konusunda hâlâ yeterli veri bulunmamaktadır.

AMAÇ:

Histopatolojik olarak Frontal Fibrozan Alopesi tanısı alan hastalarının klinik, laboratuvar ve dermoskopik özelliklerini retrospektif olarak incelemek ve etiyopatogeneze katkı sunabilmektir.

Yöntem:

2013–2025 yılları arasında dermatoloji kliniğinde FFA tanısı almış 45 hastanın klinik bilgileri Hastane Bilgi Sistemi (HBS) üzerinden retrospektif tarandı ve son 1 yıl içerisindeki laboratuvar değerleri çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri; serum demir, ferritin, vitamin



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

D, B12, tiroid fonksiyon testleri, kolesterol değerleri gibi biyokimyasal parametreleri analiz edildi.

Klinik değerlendirmede, hastalık süresi ve başlangıç yaşı hastalarla yapılan görüşmelerde kaydedildi. Saç dökülmesi, kaş dökülmesi ve kirpik dökülmesi hasta fotoğrafları üzerinden değerlendirildi.

Dermoskopik olarak perifoliküler eritem, hiperkeratoz, sarı noktalar ve foliküler açıklık kaybı değerlendirildi. Ayrıca uygulanan tedavi yöntemleri (topikal, sistemik, destek tedavileri) not edildi. Veriler SPSS ile analiz edildi.

BULGULAR:

Çalışmaya toplam 45 hasta dahil edildi. Hastaların, ortalama yaş $49,1 \pm 12,7$ yıl (26-80 yaş). Katılımcıların %97,8'i (n=44) kadın, %2,2'si (n=1) erkekti. Kadın hastaların %50'si postmenopozal, %32,1'si premenopozal ve %14,3'i perimenopozal evredeydi. Hastaların %60,7'sinin vücut kitle indeks yüksekliği mevcuttu ($VKİ > 25$).

Laboratuvar bulguları incelendiğinde: total kolesterol düzeyi bilinen 43 hastanın %51,2'sinde hiperkolesterolemi (≥ 200 mg/dL), LDL düzeyi bilinen 36 hastanın %55,6'sında yüksek LDL (≥ 130 mg/dL), HDL düzeyi bilinen 38 hastanın %24'ünde düşük HDL (< 50 mg/dL), trigliserid düzeyi bilinen 37 hastanın %24,3'ünde yüksek TG (≥ 150 mg/dL) saptandı. Hastaların %32,1'inde yüksek açlık glukozu mevcuttu (≥ 100 mg/dL). Ateroskleroz öngörücüsü olan plazma aterojenik indeks değerlerinin %45,9'u yüksek, %6,6'sı orta ve %45,9'u düşük riskli olarak değerlendirildi. Kaş dökülmesi hastaların %78,5'inde, kirpik dökülmesi hastaların %32,1'inde, alında papüller hastaların %10,7'sinde ve vücutta kıl kaybı hastaların %35,7'sinde mevcuttu.

SONUÇ:

FFA hastalarında menopoz sonrası dönemde daha belirgin klinik seyir gözlenmekte olup sistemik değerlendirme gereken bir hastalıktır. Literatürdeki gibi bizim kliniğimizde de FFA kadınlarda daha sık gözlenmektedir. Etiyopatogenezinde rol oynayabileceği düşünülen metabolik sendrom ile olan ilişkiyi destekler biçimde, trigliserid yüksekliği, HDL düşüklüğü ve açlık glukozunda artış gibi laboratuvar bulguları dikkatimizi çekmiştir. Kontrol grubu eklenerek ileri aşamaya taşıyacağımız çalışmamız ile ayrıntılı yorumlama yapılacaktır. VKİ değerlerinde yükseklik izlenmesi bu hastaların metabolik sendroma yatkınlığı olabileceğini desteklemektedir. Plazma aterojenik indeks değerlerindeki artış ise artmış kardiyovasküler riske işaret etmektedir. Geniş hasta serileri ile bu süreç daha iyi anlaşılabilir.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELER: Frontal Fibrozan Alopesi, Metabolik Sendrom, Plazma Aterojenik İndeks, Hiperkolesterolemi, Postmenopoz

- KAYNAKLAR:** 1. Alegre-SanchezA,Saceda-CorraloD,BernardezC,Molina-RuizAM, Arias-Santiago S, Vano-Galvan S. Frontal fibrosing alopecia in male patients: a report of 12 cases. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31: e112–e14.
- 2.KantiV,BarbosaPfannesEK,HillmannK,VogtA,ReygagneP,Blume- Peytavi U. Frontal fibrosing alopecia in men: Epidemiologic data from a patient registry. 17th Meeting of the European Hair Research Society; Tblisi, georgia2016.
- 3.TolkachjovSN,ChaudhryHM,CamilleriMJ,TorgersonRR.Frontal fibrosing alopecia among men: a clinicopathologic study of 7 cases. J Am Acad Dermatol 2017; 77: 683–90. e2.
4. Moreno-ArronesOM,Saceda-CorraloD,Rodrigues-BarataARetal.Risk factors associated with frontal fibrosing alopecia: a multicentre case-con- trol study. Clin Exp Dermatol 2018; 44: 404–10.
5. To D, Beecker J. Frontal fibrosing alopecia: update and review of chal- lenges and successes. J Cutan Med Surg 2018; 22: 182–89.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-177][KABUL:POSTER]

LAMELLER İKTIYOZİSTE RETİNOİD VE DUPİLUMAB KOMBİNASYONUNUN KLİNİK YANITI: BİR OLGU SUNUMU

Caner Sarı, Ecem Etli, Soner Uzun

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Lameller iktiyozis (LI), sıklıkla transglutaminaz 1 (TGM1) gen mutasyonuna bağlı gelişen, otozomal resesif geçişli, nadir görülen konjenital bir keratinizasyon bozukluğudur. Klinik spektrum; doğumda kolodion membran ile başlayıp yaşam boyu süren kserozis, yaygın lameller skuamalar, hiperkeratoz ve ektropion gibi bulgularla karakterizedir. Tedavide topikal yumuşatıcılar ve sistemik retinoidler, özellikle asitretin, ilk basamakta yer alırken bazı hastalarda yetersiz yanıt ve intolerans nedeniyle alternatif sistemik tedavi yaklaşımları gündeme gelmektedir. Dupilumab, interlökin-4 (IL-4) ve interlökin-13 (IL-13) sinyalini inhibe eden bir anti-IL-4 reseptör alfa (IL-4R α) monoklonal antikoru olarak başta atopik dermatit olmak üzere Th2 aracılı dermatozlarda etkili bulunmuştur. Bu bildiride, ülkemizde daha önce uygulanmamış, retinoid tedavisine dirençli seyreden bir LI olgusunda asitretin ve dupilumab kombinasyonunun etkinliği ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

OLGU:

Otuz dört yaşında erkek hasta, doğumdan bu yana süregelen yaygın cilt kuruluğu, kalın plaklar ve ağrılı çatlamlar şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede sırt, gövde ve ekstremitelerde yaygın lameller skuamalar ve hiperkeratoz, saçlı deride skatrisyel alopesi, bilateral ektropion ve onikogrifotik tırnak değişiklikleri mevcuttu. Hastanın neredeyse tamamen sosyal izolasyonda olup evinden hiç çıkmadığı ve yakını tarafından getirildiği öğrenildi. Geçmişte aralıklı asitretin kullanmış ancak klinik yanıt alınamadığı için tedavi kesilmişti. Başvuru sırasında sistemik tedavi almayan hastaya klinik ve anamnez bulguları doğrultusunda lameller iktiyozis tanısı konuldu. Tedaviye 35 mg/gün dozunda asitretin ile başlandı. İki hafta sonra dupilumab tedavisi (600 mg indüksiyon, ardından 300 mg iki haftada bir idame) eklendi. Ek olarak haftada 3 gün kepek banyosu ve günlük sıvı vazelin pansumanı uygulandı. Tedavinin üçüncü ayında plakların belirgin küçüldüğü, hiperkeratozda azalma ve cilt elastikiyetinde artış olduğu gözlemlendi. Kaşıntı şikâyeti azalmış, bilateral ektropionda klinik olarak anlamlı düzelme sağlanmıştır. Tedavi sürecinde herhangi bir yan etki izlenmemiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Lameller iktiyozis, yaşam kalitesini belirgin düzeyde etkileyen, sistemik retinoid tedavisine her zaman yeterli yanıt alınamayan kompleks bir dermatozdur. Bu sunumda, dupilumab'ın antiinflamatuvar etkisinin, asitretin'in epidermal dönüşüm üzerindeki etkisi ile birleşerek sinerjik bir klinik fayda sağladığı ortaya konmuştur. Bu olgu, sistemik tedavilere dirençli LI hastalarında off-label biyolojik ajanların, özellikle dupilumab'ın güvenli ve etkili bir seçenek olabileceğini göstermektedir. Geniş hasta serileri ve kontrollü çalışmalarla bu kombinasyonun etkinliği daha net olarak ortaya konmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: iktiyozis, asitretin, dupilumab

KAYNAKLAR: 1-Systemic retinoids in the management of ichthyoses and related skin types, Dermatol Ther. 2013 Jan-Feb;26(1):10.1111/j.1529-8019.2012.01527.x. doi: 10.1111/j.1529-8019.2012.01527.x

2-Tralokinumab and Acitretin for the Treatment of Lamellar Ichthyosis 2024 Dec 1;160(12):1366-1367. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.3443.

3- Steuer AB, Cohen DE. Treatment of Netherton syndrome with dupilumab. JAMA Dermatol. 2020;156(3):350-351. doi:10.1001/jamadermatol.2019.4608

4- Wang C, Pan C, Dou J, et al. First case of superficial epidermolytic ichthyosis successfully treated by dupilumab. Dermatitis. 2024. Published online March 15, 2024. doi:10.1089/derm.2023.0334,

5- Sun Q, Asch S, Bayart C, et al. Development and initial validation of a novel system to assess ichthyosis severity.JAMA Dermatol. 2022;158(4):359-365. doi:10.1001/jamadermatol.2021.5917

6-Binkhonain FK, Aldokhayel S, BinJadeed H, Madani A. Successful treatment of an adult with atopic dermatitis and lamellar ichthyosis using dupilumab. Biologics. 2022;16:85-88. doi:10.2147/BTT.S362391

RESİM 2



tedavi sonrası



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-178][KABUL:POSTER]

MAL DE MELEDA: NADİR GÖRÜLEN PALMOPLANTAR KERATODERMA ALT TİPİ OLGUSU

Damla İnözü Ünal¹, Melis Gönülal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İzmir; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Mal de Meleda sendromu, otozomal resesif geçişli nadir görülen bir genodermatozudur. İlk kez 1826 yılında Hırvatistan'daki Meleda (Mljet) Adası'nda tanımlanmıştır. Hastalık, hereditör palmoplantar keratodermalar grubuna dahildir ve bu gruptaki hastalıklar genellikle el içi ve ayak tabanlarında belirgin hiperkeratoz ile karakterizedir. Mal de Meleda sendromundaki cilt lezyonları zamanla el ve ayak sırtlarına doğru ilerleyerek "eldiven ve çorap" şeklinde yayılım gösterir. Ek olarak, perioral eritem, brakidaktili, tırnak distrofileri, hiperhidroz ve cilt maserasyonu gibi bulgular tabloya eşlik edebilir. Genetik düzeyde, Mal de Meleda sendromlu hastalarda ARS geninde homozigot mutasyonlar tespit edilmiştir. Bu mutasyonlar keratinizasyon sürecinde bozulmalara neden olur. Hastalığın tedavisinde öncelikli olarak topikal keratolitik ajanlar tercih edilse de, daha dirençli olgularda sistemik tedavilere başvurulmaktadır. Sistemik retinoidler (özellikle asitretin), 5-fluorourasil infüzyonları ve banyo PUVA tedavileri literatürde etkili tedavi seçenekleri olarak tanımlanmıştır.

OLGU:

Bilinen ek hastalıkları olmayan 30 yaşında, erkek hasta, polikliniğimize palmoplantar bölgede hiperkeratotik ve masere lezyonlar ile başvurdu. Lezyonların el ve ayak dorsumuna doğru eldiven çorap benzeri görünümde yayıldığı ve ayak tırnaklarında distrofinin eşlik ettiği gözlemlendi. Şikayetlerin doğuştan itibaren olduğunu, 3 kardeşinde, halasında ve 2 amcasında da benzer yakınmaların mevcut olduğunu belirtti. Hasta daha öncesinde dış merkezde topikal ve oral antifungal tedavisi almış ancak fayda görmemişti. Hastaya dış merkezdeki anamnez bilgileri ve klinik muayenesi sonucunda Mal de Meleda sendromu tanısı koyulmuştu. Muayene sonucumuza göre hastanın bulguları Mal de Meleda tanısını destekler nitelikteydi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Hastamız için sistemik asitretin (25mg/gün) tedavisine başladık ve düzenli poliklinik kontrolü önerdik.

SONUÇ:

Palmoplantar keratoderma grubu hastalıkların nadir görülen bir alt tipi olan Mal de Meleda sendromu başka dermatolojik hastalıklar ile karıştırılabilir. Bu tarz vakalarda ayırıcı tanıları içinde Mal de Meleda tanısının da akılda tutulabilmesi açısından olgumuzu literatüre kazandırmayı uygun bulduk.

ANAHTAR KELİMELEER: hiperkeratoz, mal de meleda, palmoplantar keratoderma

KAYNAKLAR: 1-Fischer J, Boudjar B, Heilig R, et al. Mutations in the gene encoding SLURP–1 in Mal de Meleda. Hum Mol Genet 2001; 10: 875-880.

2-Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Burgdorf WHC. Dermatology. 2th ed. Berlin, Springer-Verlag, 2000; 727–729.

3-Bouadjar B, Benmazouzia S, Prud’homme JF. Clinical and genetic studies of 3 large, consanguineous, Algerian families with Mal de Meleda. Arc Dermatol 2000; 136: 1247– 1252.

4-Isabella Pospischil, Klaus Enzensberger, Susanne Gross, Wolfram Hoetzenecker, Tobias W Fischer. Mal de Meleda: Diagnostic Work-up and Therapy with Low-dose Acitretin. Acta Derm Venereol. 2022;102:adv00758. doi: 10.2340/actadv.v102.995.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-179][KABUL:POSTER]

ÇOKLU İLAÇ TEDAVİSİNE DİRENÇLİ PSÖRİASIS OLGUSU

Şule YETİŞKİN, Fatma Aslı HAPA

İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy EAH

GİRİŞ-AMAÇ:

Psoriasis sistemik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Kronik ve tekrarlayıcı periyotları olabilmektedir. Topikal ve sistemik tedavi seçenekleri mevcuttur. Risankizumab psoriasis tedavisinde tercih edilmekte olup IL-23 proteinine karşı seçici bir immunoglobulin G1 monoklonal antikorudur. Bu olguda dirençli psoriasis mevcut olan olgumuzun tedavi sürecini paylaşıyoruz.

OLGU:

Bilinen HT, DM, hiperlipidemi, KKY tanılı olan ve kronik alkolizmi bulunan 65 yaş erkek hasta özellikle diz, dirsek ve tibia ön yüzde yaygın eritemli, skuamlı lezyonlar nedeniyle başvurdu. Hasta 35 yıl önce dış merkezde psoriasis tanısı almış olup dış merkezlerde topikal kortikosteroid (10 yıl boyunca aralıklı), metotreksat 15 mg/hafta subkutan (6 ay), siklosporin 3 mg/kg (5 yıl) almıştı. Topikal kortikosteroidden kısmi fayda gören hastada metotreksat tedavisinde remisyona sağlanmış olup bulantı-kusma nedeniyle siklosporine geçiş yapılmıştı. Siklosporinden de kısmi fayda görülen hastada nefropati gelişmiştir. Hastanın ilk başvurusunda yapılan dermatolojik muayenesinde PASI skoru 16 olarak değerlendirildi. Hasta eşlik eden artrit bulgusu tariflemeydi. Aile öyküsünde annesinde de psoriasis tanısı mevcuttu. Hastanın tahlillerinde LDL, üre ve kreatinin yüksekliği mevcuttu. Quantiferon testi pozitif olan hastaya 4 ay rifampisin profilaksisi planlandı. AC grafisi normaldi. Hastaya etanersept 50 mg/hafta başlandı, 6 ay boyunca kısmi yanıt görülse de sonrasında alevlenme nedeniyle adalimumab 40 mg/haftaya geçildi. Adalimumab tedavisinde kısmi yanıt görüldü fakat 1.5 yıl sonunda alevlenme nedeniyle ustekinumab 45 mg/ay tedavisine geçildi. 1 yıl kısmi yanıt görülen hastada tekrardan alevlenme olması nedeniyle secukinumab 300 mg/aya başlandı. Hastada tekrar kısmi yanıt sonrası alevlenme görüldü. Bu süreçlerde hastanın alevlenme dönemlerinde ek olarak asitretin 10 mg/gün verildi. Hastaya sonrasında iksekizumab tedavisi başlandı. 16 haftalık indüksiyon fazında fayda gören hastada aylık doza geçiş yapılırken alevlenme görüldü. Bunun üzerine endikasyon dışı başvuru yapıldı ve iksekizumab 80 mg/2 haftada bir olacak şekilde devam edildi. 1.5 yıl boyunca ek lezyon çıkışı görülmeyen hastada



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

rutin kontrol sırasında belirttiği 1.5 aydır var olan ishal şikayeti nedeniyle yapılan kolonoskopisinde Crohn hastalığı ve anal fissür görüldü, iksekizumaba bağlı İBH düşünüldü. İksekizumab tedavisi durduruldu ve risankizumaba geçiş yapıldı ve 7. ayda PASI 0 skoruna ulaşıldı.

SONUÇ:

Keira Fieldhouse ve arkadaşlarının 2018-2019 arasında yaptığı çalışmada IL-17 inhibitörleriyle tedavi olan psoriasis hastalarında gelişen inflamatuvar bağırsak hastalıkları incelenmiş ve toplam 20 yayında 27 vaka bildirilmiştir. (1)2020 yılında Nehring ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada IL-17 inhibitörleri ile İBH riskini arttığını fakat IL-23 inhibitörleri ile İBH ortaya çıkışı veya kötüleşmesi arasında bağlantı olmadığı ortaya konmuştur.(2) IL-17'nin bağırsak epitel bütünlüğünü korumada rolü olduğu bilinmektedir ve psoriasis hastalarında IL-17 inhibitörleri kullanımına bağlı İBH gelişimi görülebilmektedir. IL-23 inhibitörlerinin bildirilen böyle bir yan etkisi bilinmemektedir. Özgeçmişinde veya soygeçmişinde İBH olan veya tedavi esnasında İBH gelişen hastalarda IL-23 inhibitörü olan risankizumab tedavisi tercih edilebilir.

ANAHTAR KELİMELER: psoriasis, risankizumab, iksekizumab, anti IL-17, İBH

KAYNAKLAR: 1.Fieldhouse K., Ukaibe S., Crowley E., Khanna R., O'Toole A., Gooderham M. Inflammatory bowel disease in patients with psoriasis treated with interleukin-17 inhibitors. Drugs Context.2020 Apr 21;9:2020-2-1. doi: 10.7573/dic.2020-2-1

2.Nehring P., Przybylowski A. Is psoriasis treatment a risk factor for inflammatory bowel disease?: a systematic review. J.Pharmaceut Med. 2020 Aug;34(4):257-262. doi: 10.1007/s40290-020-00340-1.

RESİM 2



Risankizumab tedavisi altında 7. ayda PASI 0 yanıtı

RESİM 1



İksekizumab tedavisi süresince hasta



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-180][KABUL:POSTER]

**MAMOPLASTİ SONRASI PYODERMA GANGRENOSUM: GÖZ ARDI EDİLEN PSİKOSOSYAL YÜK
VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİLER**

Hilmi Kılgin, Narmin Zahedi, Tuğba Kevser Uzunçakmak

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Pyoderma gangrenosum (PG), nadir görülen, enfeksiyöz olmayan, progresif, ağrılı ülserlerle seyreden ve sıklıkla minör travma ya da cerrahi girişimlerin ardından ortaya çıkan (paterji fenomeni) nötrofilik bir dermatozdur. Cerrahi sonrası gelişen PG (PSPG), genellikle enfeksiyonla karıştırılarak yanlış tanı alır ve bu durum gereksiz cerrahi müdahalelere, dolayısıyla hastalığın kötüleşmesine yol açar. Meme küçültme cerrahileri PSPG için sık karşılaşılan bir tetikleyicidir. PG'nin klinik belirtileri iyi tanımlanmış olsa da, hastalıkla ilişkili psikososyal etkiler yeterince araştırılmamıştır. Bu olgu sunumu, PG'nin yaşam kalitesi (YK) üzerindeki derin etkilerini vurgulamakta ve PG'ye özgü YK değerlendirme araçlarına olan ihtiyacın yanı sıra psikodermatolojik bir yaklaşımın önemine dikkat çekmektedir.

OLGU:

Tıbbi özgeçmişi belirgin bir özellik göstermeyen 23 yaşında kadın hasta, bilateral redüksiyon mamoplasti operasyonu geçirmiştir. Ameliyat sonrası 7. günde sol meme T-birleşim yerinde, nipple-areola kompleksini içine alan nekrozla birlikte ilerleyici ülser gelişmiştir. İlk olarak enfeksiyon ön tanısıyla başlanan tedaviye yanıt alınamaması üzerine dermatoloji konsültasyonu istenmiştir. Muayenede cerrahi saha üzerinde, 3x1 cm boyutlarında nekrotik tabanlı, morumsu renkte, kenarları altı oyulmuş, etrafı eritemli ve düzensiz sınırlı ülser izlenmiştir. Sistemik değerlendirme kapsamında yapılan enfeksiyon taramaları, inflamatuvar belirteçler ve malignite açısından yapılan testler normal bulunmuştur. Histopatolojik inceleme kronik inflamasyon ve iskemik değişiklikleri göstermiş, enfeksiyon dışlanarak PSPG tanısı doğrulanmıştır. Oral kortikosteroid (prednizolon 0.5 mg/kg/gün) tedavisi başlanmış ve kısmi düzelme sağlanmıştır. Takip eden haftalarda hasta kortikosteroidlere bağlı akne ve Cushingoid görünüm geliştirmiştir. Bu durum üzerine 0-2-6 haftalık indüksiyon protokolüyle infliksimab tedavisine geçilmiş, ek olarak destek amaçlı hiperbarik oksijen tedavisi başlanmıştır. Klinik kontrol sağlanmasına rağmen, hasta belirgin psikolojik sıkıntılar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

göstermiştir. Psikososyal değerlendirmede Beck Depresyon Ölçeği (BDI) 24, Beck Anksiyete Ölçeği (BAI) 26 ve Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI) 18 olarak saptanmış, bu da belirgin bir psikososyal yükü göstermiştir. Hasta sosyal geri çekilme, öz güven kaybı ve beden imajı bozulmasından yakınmıştır. Ayrıca hastanın eşi tarafından doldurulan Aile Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (FDLQI), hastalığın aile üzerindeki duygusal yükünü ortaya koymuştur. Hasta kapsamlı bir psikososyal destek programına yönlendirilmiştir.

SONUÇ:

Bu olgu, PG'nin yaşam kalitesi üzerindeki fiziksel, duygusal ve sosyal etkilerini çarpıcı bir şekilde gözler önüne sermektedir. Ağrı, fiziksel kısıtlılık, hijyen sorunları ve duygusal sağlık üzerinde belirgin bozulmalar bildirilmiştir; hastanın yüksek DLQI ve psikiyatrik değerlendirme skorları da bu durumu desteklemektedir. İBH (inflamatuvar barsak hastalığı) veya RA (romatoid artrit) gibi eşlik eden hastalıklar durumu daha da ağırlaştırabilirken, PG lezyonlarının görünür olması sosyal izolasyon, düşük öz saygı ve bozulmuş beden algısına yol açabilir. Olguda olduğu gibi, psikiyatrik değerlendirme tedaviye uyumu ve genel iyilik halini doğrudan etkilemektedir.

Cerrahi sonrası gelişen pyoderma gangrenosum tanı ve tedavi açısından önemli zorluklar barındırmakta olup, hastalar üzerinde belirgin duygusal yük oluşturabilmektedir. İmmünsüpresif tedaviye eşlik eden psikodermatolojik yaklaşım, tedavi başarısını artırmakta ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir. PG yönetiminde bütüncül bir yaklaşım benimsenmeli, gelecekteki çalışmalar PG'ye özgü yaşam kalitesi değerlendirme araçlarının geliştirilmesine odaklanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi, Nötrofilik Dermatozlar, Post-Mamoplasti Pyoderma Gangrenosum, Psikodermatoloji

KAYNAKLAR: 1. Qureshi AA, Tuffaha SH, Myckatyn TM, et al. Pyoderma gangrenosum: A rare but serious complication after breast surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2021;147(3):589–598.

2. Bombardelli S, Ambrosini-Spaltro A, Veronesi G, et al. Post-surgical pyoderma gangrenosum after breast surgery: A review. *Int Wound J.* 2022;19(7):1811–1820.

3. Fong C, Pan JY, Anzai A, et al. Pyoderma gangrenosum: Diagnostic challenges and clinical pearls. *J Cutan Med Surg.* 2021;25(5):483–491.

4. Mella JR, Maidment SL, Sibbald RG. Diagnostic challenges in pyoderma gangrenosum. *Adv Skin Wound Care.* 2019;32(10):452–456.

5. Champigny M, Lemaire V, Grondin V, et al. Post-surgical pyoderma gangrenosum of the breast: A 10-year multicenter review. *Br J Dermatol.* 2024;190(1):103–111.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

6. Ighani A, Walsh S, Pope E, et al. Health-related quality of life in pyoderma gangrenosum: A cross-sectional study. *Br J Dermatol*. 2018;178(1):229–230.
7. Guliyeva K, Lee A, Gupta S, et al. The psychological burden of pyoderma gangrenosum: A population-based analysis. *JAMA Dermatol*. 2024;160(2):143–150.
8. Strachinaru M, Sinha A, Wieringa JW, et al. Pyoderma gangrenosum: A systematic review of prognostic factors and treatment outcomes. *Acta Derm Venereol*. 2022;102:adv00685.
9. Tuffaha SH, Sarhane KA, Munding GS, et al. Breast pyoderma gangrenosum: A diagnosis of exclusion with lifelong impact. *Ann Plast Surg*. 2016;76(2):145–151.
10. Zelones JT, Pearson GD, Tufaro AP. Pyoderma gangrenosum after breast reconstruction: A devastating complication. *J Surg Dermatol*. 2017;5(3):98–103.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-182][KABUL:POSTER]

WELLS SENDROMU (EOZİNOFİLİK SELÜLİT): 36 YAŞINDA ERKEK HASTADA NÜKSLELERLE SEYREDEN BİR OLGU

Özge Sevil Karstarlı Bakay, Mehmet Tuğrul, İpek Orhan

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ-AMAÇ:

Wells sendromu (eozinofilik selülit), tekrarlayıcı, ürtiker benzeri lezyonlar ile seyreden, nadir görülen inflamatuvar bir dermatolojik hastalıktır. Klinik olarak ani başlangıçlı, ödemli, eritemli plaklar ile karakterizedir. Histopatolojik olarak eozinofil ağırlıklı dermal inflamasyon ve “alev figürleri” ile tanınır. Ayırıcı tanıda selülit, ürtikeryal vaskülit, tinea corporis ve hipereozinofilik sendrom gibi birçok dermatolojik ve sistemik hastalık yer alır.

Bu sunumda, 36 yaşında erkek bir hastada uzun süredir devam eden ve tanısı histopatolojik inceleme ile doğrulanan Wells sendromu olgusu paylaşılmaktadır.

OLGU:

36 yaşındaki erkek hasta, 2007 yılından bu yana tekrarlayan, kaşıntı ile başlayan, sınırları belirsiz, ödemli, eritemli plaklar ve büller nedeniyle başvurdu. Lezyonlar birkaç gün içinde çevreye doğru yayılım göstermekte ve ortalama 6-8 hafta içerisinde iyileşmekteymiş. Daha öncesinde topikal kortikosteroid ve antihistaminik kullanmış. Hastanın semptomları özellikle gövde ve ekstremitelerde belirgindi. Sistemik semptom eşlik etmiyordu. Alerjik ya da enfeksiyöz tetikleyici saptanmadı.

Fizik muayenede sağ gövde lateralinde, sağ kolda ve bilateral bacaklarda sınırları düzensiz, eritemli ve ödemli plak saptandı. Hastanın önceki öyküsünde defalarca antihistaminik ve topikal kortikosteroid kullanımı olduğu, ancak lezyonların nüks ettiği öğrenildi. Aile öyküsünde benzer bir durum yoktu. Ayırıcı tanıda ürtikeryal vaskülit düşünüldü ve lezyondan punch biyopsi alındı.

Biyopsi materyalinde epidermis üzerinde ortokeratotik keratin tabakası ve papillomatoz yapı izlendi. Dermiste perivasküler ve interstisyel alanda belirgin eozinofil içerikli mikst inflamatuvar infiltrasyon saptandı. Bazı damar duvarlarında inflamatuvar hücre invazyonu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

izlenmesine rağmen fibrinoid nekroz gözlenmedi. PAS boyası ile vasküler tutulum negatifti. DİF incelemede IgG, IgA, IgM, C3c, C1q ve fibrinojen negatif olarak raporlandı. Bu bulgular, vaskülit tanısını dışlamakta ve Wells sendromunu desteklemektedir.

Hastaya sistemik kortikosteroid tedavisi 24 mg prednizolon ile başlandı ve haftalık 8 mg azaltılarak 3 hafta içinde kesilmesi planlandı. Topikal olarak Mometazon furoat pomat önerildi. Lezyonlar tedaviye iyi yanıt verdi; nöksler için antihistaminik tedavi ile ileri izlem önerildi.

TARTIŞMA:

Wells sendromu, ürtiker ve ürtikeryal vaskülit ile klinik olarak benzerlik gösterdiğinden tanıda sıklıkla geç kalınabilir. Vaskülitik süreçlerin dışlanması için histopatolojik inceleme ve DİF çalışmaları ayırıcı tanıda kritik rol oynar. Bu olguda vaskülit kriterleri sağlanmamış, ancak belirgin eozinofil varlığı ve klinik korelasyonla Wells sendromu tanısı konmuştur. Sistemik steroid tedavisine hızlı yanıt alınması tanıyı desteklemektedir. Literatürde benzer olgular, sıklıkla idiyopatik ya da enfeksiyon sonrası hipersensitivite temellidir.

SONUÇ:

Wells sendromu, nadir ancak tanınması gereken bir dermatozdur. Özellikle kronik, nökslerle seyreden ve vaskülit benzeri lezyonlarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu olgu, doğru biyopsi zamanlaması ve kapsamlı histopatolojik incelemenin tanıdaki önemini vurgulamaktadır. Steroid tedavisi ile semptomlarda belirgin iyileşme sağlanmış olup, olgu sistematik izleme alınmıştır.

Bu olgu, vaskülit şüphesiyle başvurmuş ancak Wells sendromu tanısı almış, nadir ve öğretici bir vaka olarak sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: wells sendromu, eozinofilik selülit, alev figürleri

KAYNAKLAR: 1. Toumi A, Yarrarapu SNS, Litaiem N. Wells Sendromu. 24 Temmuz 2023. İçinde: StatPearls [İnternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Yayıncılık; 2025 Ocak—. PMID: 30335327.

2. Ahmed A, Cahn B, Haber R. Wells sendromu: ortaya çıkan tetikleyiciler ve tedaviler - güncellenmiş sistematik bir inceleme. Arch Dermatol Res. 2025 Haziran 9;317(1):805. doi: 10.1007/s00403-025-04305-9. PMID: 40488888; PMCID: PMC12149015.

3. Marzano AV, Genovese G. Eozinofilik Dermatozlar: Tanıma ve Yönetim. Ben J Clin Dermatol. 2020 Ağustos;21(4):525-539. doi: 10.1007/s40257-020-00520-4. PMID: 32394361.

ŞEKİL 1: BAŞVURU ANINDAKİ FOTOĞRAFLARI



A: sağ kolda sınırları düzensiz, eritemli ve ödemli plak B: Bacak arka yüzde sınırları düzensiz, eritemli,ödemli plak ve bül C: sağ gövde lateralinde sınırları düzensiz, eritemli ve ödemli plak



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-183][KABUL:POSTER]

EPİTELOİD FİBRÖZ HİSTİYOSİTOM: NADİR BİR OLGU

İbrahim Halil Aydoğdu¹, Armağan Kutlay¹, Büyükbabani Nesimi²

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

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Epiteloid fibröz histiyositom (EFH), diğer adıyla epiteloid hücreli histiyositom, nadir görülen bir benign fibröz histiyositom (dermatofibrom) varyantıdır [1]. Epiteloid morfolojiye sahip bu lezyon klinik ve histopatolojik olarak vasküler ya da melanositik neoplazileri taklit edebilir. Benign ve malign dermal tümörlerle karışabileceği için, ayırıcı tanıda dikkatli değerlendirme gerektirir [1,2]. Bu nedenle doğru tanı için hem klinisyenlerin hem de patoloğların bu ayırıcı tanı açısından farkındalıkları olması önemlidir. Bu olgu sunumunda, EFH tanısı almış bir deri lezyonunun klinik ve histopatolojik özellikleri aktarılmakta, benzer görünümlü lezyonlarla ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken noktalar tartışılmaktadır.

OLGU:

Kırk üç yaşında kadın hasta, sol uyluk anteriyorda, yaklaşık 20 yıldır mevcut olan ve son 10 yıldır nispeten hızlı büyüyen, ağrısız, kaşıntılı, eritemli, anjiyomatöz görünümlü, yüzeyinde krut bulunan, yaklaşık 1,3×1 cm boyutlarında nodüler, egzofitik polipoid lezyon ile başvurdu. Dermoskopik incelemede, kırmızı ve beyaz renklerin hâkim olduğu lezyonun bir yarısında krut ve kollaret skuam izlenirken, bazı alanlarda kanamaya eğilimli damarsal yapılar dikkat çekmekteydi. Klinik ve dermoskopik bulgularla hemanjiyom, piyojenik granülom, deri eki tümörleri ve amelanotik melanom ön tanılarıyla lezyon eksize edildi. Histopatolojik incelemede, yer yer iğsi şekil alan, histiyositoid görünümlü, geniş eozinofilik sitoplazmalı epiteloid hücrelerden oluşan lezyon izlendi. Zengin küçük çaplı damar ağı, serpinti tarzında perivasküler yerleşimli lenfositler ve hemosiderin yüklü histiyositler eşlik etmekteydi. İmmünhistokimyasal incelemede lezyonu oluşturan hücrelerde Faktör XIIIa ve ALK (D5F3) pozitif reaksiyon gösterirken, melanositik antiijenler (HMB45, Melan-A) ile reaksiyon izlenmedi. Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %2–3 düzeyindeydi. Bu bulgular doğrultusunda lezyon EFH olarak tanımlandı. Eksizyonun cerrahi sınırlarında özellik olmayan hastanın takibinde nüks görülmedi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

EFH, tüm yaş gruplarında görülebilmekle birlikte genellikle 4.–5. dekadlarda, çoğunlukla ekstremitelerde, daha nadiren gövde, baş-boyun ve diğer bölgelerde yerleşim gösterir [1,2]. Lezyon süresi 3 ay ile 18 yıl arasında değişebilir [3,4]. Klinik olarak genellikle solid, sesil ya da polipoid, 0.1–2 cm çapında, kırmızı ya da pigmente soliter papül veya nodül, nadiren multipl lezyonlar şeklinde izlenir. Vasküler bir görünüm sergileyebilir [1-3,5,6]. Histopatolojik olarak epidermis genellikle normal kalınlıktadır. Kollaret bulgusu olduğunda lezyon periferinde epidermiste akantoz ve hiperpigmentasyon izlenebilir. Epiteloid hücreler geniş eozinofilik sitoplazmalı, oval nükleuslu, bazen çok çekirdekli olup, aralarında kollajen lifler ve bazen stromal müsin bulunur. Mitotik figürler nadirdir. Küçük damar proliferasyonu sık görülür [3,6]. Vakaların çoğunda epiteloid hücrelerde Faktör XIIIa pozitifliği saptanır [2-4]. EFH, klasik dermatofibromlardan farklı olarak ALK gen yeniden düzenlenmesi ve aşırı ekspresyonu ile karakterizedir [1,6]. Bu bulgu, EFH'nin benign fibroz histiyositomdan biyolojik olarak ayrıldığını göstermektedir. Bu nedenle ALK immünohistokimyası ayırıcı tanıda çok değerli bir belirteçtir [1]. Klinik olarak hipopigmente mavi nevüs, Spitz nevüs, malign melanom, piyojenik granülom, basiller anjiyomatoz ve ekrin poroma ile karışabilir. Histopatolojik olarak ise retikülohistiyositom, atipik fibroksantom, desmoplastik Spitz nevüs, hücresel mavi nevüs, selüler nörotekom, epiteloid sarkom ve piyojenik granülom ile ayırıcı tanıya girer [1-3,6]. Eksizyon genellikle küratif olup nüks nadirdir [2]. Özetle, EFH ayırıcı tanısında atipik ve malign neoplazmların yer alması nedeniyle hem klinisyen hem de patolog tarafından tanınması, gereksiz girişimlerin önüne geçilmesi açısından önemlidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Benign dermal tümör, Epiteloid fibröz histiyositom, Dermatofibrom

KAYNAKLAR: 1. Feltz CC, Linos K. Epithelioid Fibrous Histiocytoma: A Concise Review. The American Journal of Dermatopathology 2019;41:879-83.

2. Sarma D, Repertinger S. Epithelioid cell histiocytoma: A case report and brief review of the literature, with an emphasis on differential diagnosis. The Internet Journal of Dermatology 2009;7.

3. Dezfoulan B, Nikkels A, Pierard-Franchimont C, et al. Epithelioid cell histiocytoma: a report of two cases. Dermatology 1995;190:349-50.

4. Glusac EJ, McNiff JM. Epithelioid cell histiocytoma: a simulant of vascular and melanocytic neoplasms. The American Journal of Dermatopathology 1999;21:1-7.

5. Cangelosi JJ, Prieto VG, Baker GF, et al. Unusual presentation of multiple epithelioid cell histiocytomas. The American Journal of Dermatopathology 2008;30:373-6.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

6. Jones EW, Cerio R, Smith N. Epithelioid cell histiocytoma: a new entity. British Journal of Dermatology 1989;120:185-95.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-184][KABUL:POSTER]

NEONATAL DÖNEMDE TANI ALAN KUTİS LAKSA: NADİR BİR OLGU

İbrahim Halil Aydoğdu

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Kutis laksa (KL), elastik liflerdeki anormallikler sonucu gelişen, gevşek, sarkık ve elastisitesi azalmış deri ile karakterize; çeşitli ekstrakutanöz bulguların eşlik edebildiği, daha çok kalıtsal, nadiren edinsel olabilen heterojen bir deri hastalıkları grubudur [1]. Klinik bulguların benzerliği nedeniyle bu hastalıklarda tanı koymak güç olabilir. Bu olgu sunumunda, neonatal dönemde tanı alan bir KL olgusu klinik ve genetik özellikleriyle sunulmakta; eşlik eden sistemik tutulumlar ve ayırıcı tanıdaki kritik noktalar vurgulanmaktadır [2,3].

OLGU:

Anne-baba arasında üçüncü derece akrabalık bulunan, term doğan ve ailenin ikinci çocuğu olan 50 günlük erkek bebek, doğumdan itibaren fark edilen bazı bölgelerde deri inceliği, bazı bölgelerde ise deri katlantılarında artma ve yüzeysel damarların belirginleşmesi şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenede yaygın atrofik ancak sklerotik olmayan deri yapısı, belirgin subkutan venöz damarlar, saçlı deride seyreklik, geniş anterior fontanel, yaşlı dismorfik yüz görünümü, mavi sklera, palmoplantar bölgelerde sarkık ve gevşek deri, ellerde adduktor pozisyonda başparmaklar izlendi. Sistemik öyküsünde doğumsal bilateral kalça çıkığı dışında patoloji saptanmadı. Aile öyküsünde benzer hastalık yoktu. Ayırıcı tanıda kutis laksa, progeria sendromları ve diğer bağ doku hastalıkları düşünüldü; hasta genetik analize yönlendirildi. Analizde pirolin-5-karboksilat redüktaz 1 (PYCR1) geninde homozigot patolojik varyant saptandı; bu bulgu otozomal resesif kutis laksa tip IIB (ARCL2B) veya otozomal resesif kutis laksa tip IIIB (ARCL3B) ile uyumluydu. Nörolojik değerlendirmede hafif nöromotor gerilik dışında patoloji izlenmedi. Ortopedik incelemede kalça çıkığı dışında ek anomali yoktu. Göz muayenesinde katarakt veya korneal opasite saptanmadı. Nöromotor gelişme geriliğinin hafif olması, göz bulgularında korneal patoloji bulunmaması, yalnızca mavi skleranın eşlik etmesi ve adduktor pozisyonda başparmak görünümü, olgunun klinik olarak ARCL2B lehine değerlendirilmesini sağladı. Hastanın ortopedik, pulmoner, kardiyovasküler, göz ve nörolojik sistemler açısından düzenli izlemine karar verildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

KL'nin herediter tipleri otozomal dominant, X'e bağlı ve otozomal resesif kalıtımla geçebilir. ARCL2B ve ARCL3B, PYCR1 genindeki mutasyonlarla ilişkilidir [4,5]. ARCL2B, özellikle dorsal akral bölgeler ve karında belirgin olmak üzere kırıksık, elastikiyetini yitirmiş deri; konjenital kalça dislokasyonu, osteopeni, eklem laksitesi, mikrosefali ve adduktor el başparmakları gibi iskelet anomalileri; bulböz burun, prognatizm, hipotelorizm, epikantus kıvrımları, mavi sklera, büyük kulaklar ve mikrosefaliyi içeren progeroid dismorfik yüz görünümü; intrauterin ve postnatal gelişme geriliği ile karakterizedir. Kardiyopulmoner ve ürogenital bulgular genellikle yoktur [5,6]. Katarakt veya korneal bulanıklık mevcutsa, bu tablo ARCL3B (De Barsy sendromu) olarak adlandırılır ve ARCL2B'nin şiddetli fenotipik ucunu temsil eder [5,7]. Yaygın KL veya kırıksık deri bulguları olan hastalarda ortopedik, oftalmolojik, kardiyovasküler, nörolojik, metabolik ve diğer sistem değerlendirmeleri yapılmalı; takipte kalori alımı, gelişimsel değerlendirme, fizyoterapi ve osteoporoz değerlendirmesi ihmal edilmemelidir [8]. KL'nin ayırıcı tanısında Ehler-Danlos sendromu ve psödoksantoma elastikum, neonatal progeria veya Hallermann–Streiff sendromu gibi progeria sendromları düşünülmelidir [6,9]. Ne yazık ki KL tedavisi sınırlıdır. Özellikle ARCL2 vakalarında deri gevşekliği zamanla düzelebilmektedir. Gevşek derinin cerrahi eksizyonu faydalı olmakla birlikte, genellikle tekrarlayan girişimler gerekmektedir. KL hastaları, diğer bağ dokusu hastalıklarının aksine, cerrahi sonrası genellikle iyi iyileşme gösterirler [6]. Tanı eksikliği, şiddet ve prognozun belirli alt tipe bağlı olarak önemli ölçüde değişebileceği düşünüldüğünde KL hastaları için büyük bir yük oluşturur [11]. KL'nin eşlik ettiği sendromlar ve tablolarda geniş fenotipik örtüşmeden dolayı doğru tanı koymak zordur. Bu nedenle genetik testler oldukça önemli ve yararlıdır [4,10].

ANAHTAR KELİMELER: ARCL2B, Elastik doku hastalıkları, Kutis laksa, PYCR1

KAYNAKLAR: 1. Kretz R, Bozorgmehr B, Kariminejad MH, et al. Defect in proline synthesis: pyrroline-5-carboxylate reductase 1 deficiency leads to a complex clinical phenotype with collagen and elastin abnormalities. J Inher Metab Dis 2011;34:731-9.

2. Reversade B, Escande-Beillard N, Dimopoulou A, et al. Mutations in PYCR1 cause cutis laxa with progeroid features. Nat Genet 2009;41:1016-21.

3. Guernsey DL, Jiang H, Evans SC, et al. Mutation in pyrroline-5-carboxylate reductase 1 gene in families with cutis laxa type 2. Am J Hum Genet 2009;85:120-9.

4. Ritu K, Mrig PA, Yadav S, et al. Cutis Laxa-Clinically Decoding the Complex Genodermatoses. Indian Dermatol Online J 2025;16:499-501.

5. Beyens A, Pottier L, Sips P, et al. Clinical and Molecular Delineation of Cutis Laxa Syndromes:



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Paradigms for Homeostasis. Adv Exp Med Biol 2021;1348:273-309.

6. Berk DR, Bentley DD, Bayliss SJ, et al. Cutis laxa: a review. Journal of the American Academy of Dermatology 2012;66:842. e1-. e17.

7. Ritelli M, Palit A, Giacomuzzi E, et al. Clinical and molecular characterization of a 13-year-old Indian boy with cutis laxa type 2B: Identification of two novel PYCR1 mutations by amplicon-based semiconductor exome sequencing. J Dermatol Sci 2017;88:141-3.

8. Morava E, Guillard M, Lefeber DJ, et al. Autosomal recessive cutis laxa syndrome revisited. Eur J Hum Genet 2009;17:1099-110.

9. Dimopoulou A, Fischer B, Gardeitchik T, et al. Genotype-phenotype spectrum of PYCR1-related autosomal recessive cutis laxa. Mol Genet Metab 2013;110:352-61.

10. Shangguan S, Zhang X, Ge Y, et al. Confirming the enzymatic activity and neurodevelopmental trajectory of PYCR1 mutation in one child with autosomal-recessive cutis laxa type 2. Mol Genet Genomics 2024;299:81.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-187][KABUL:POSTER]

**ETOFENOMAT ENJEKSİYONUNA BAĞLI GELİŞEN NİCOLAU SENDROMUNUN HİPERBARİK
OKSİJEN TERAPİSİ İLE BAŞARILI TEDAVİSİ**

Demet Şensoy Söğüt, Işıl Kurmuş, Selda Pelin Kartal, Selçuk Tatar

ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

GİRİŞ-AMAÇ:

Nicolau sendromu (NS), nadir görülen ancak ciddi sonuçlara yol açabilen bir iyatrojenik komplikasyondur. Genellikle intramüsküler enjeksiyonlar sonrası ortaya çıkar ve kutanöz, subkutanöz hatta kas dokusunda nekroza neden olur. Klinik olarak enjeksiyon bölgesinde aniden başlayan şiddetli ağrı, ödem, solukluk ve ardından morarma ile karakterizedir. Bu lezyonlar zamanla nekrotik ülserlere dönüşebilir. NS'nin kesin nedeni bilinmemekle birlikte, enjeksiyon sırasında damar hasarı, vazospazm, emboli, ilaçların doğrudan toksik etkileri gibi çoklu mekanizmalar sorumlu tutulur. Tedavi genellikle yara bakımı, ağrı yönetimi ve lokal dolaşımı artırmaya yönelik uygulamaları içerir. Hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT), NS vakalarında doku oksijenlenmesini artırma ve yara iyileşmesini destekleme konusunda umut verici sonuçlar göstermiştir.

OLGU:

Bu olguda, diz osteoartriti tedavisi amacıyla intramüsküler etofenamat enjeksiyonu sonrası NS gelişen 51 yaşındaki bir kadın hastanın tedavi süreci aktarılmaktadır. Enjeksiyondan birkaç saat sonra ağrı, kızarıklık ve ödem gelişmiş, iki gün içinde morarma ve hemorajik leke görülmüş, ikinci haftada ise nekrotik ülser oluşmuştur. Başlangıçta topikal antibiyotikler ve sistemik antibiyotik tedavisi uygulanmış ancak lezyonda iyileşme sağlanamamıştır.

Hastaya yapılan dermatolojik değerlendirmede düzensiz sınırlı, nekrotik kabuklu 3x2 cm'lik ülser ve çevresinde kaşıntılı, eritemli, ekskoriye olmuş papüller ve postinflamatuvar hiperpigmentasyon gözlenmiştir. Bu durum topikal antibiyotik nedeniyle gelişen kontakt dermatiti düşündürmüştür. Tam kan sayımı ve rutin biyokimya testlerinde anormallik saptanmamıştır. Enfeksiyon açısından yapılan kültürde üreme gözlenmemiştir. Bu bulgular ve hastanın öyküsü doğrultusunda NS tanısı konulmuştur.

Tedaviye topikal mupirosin ve kortikosteroidler eklenmiş ve hasta HBOT için yönlendirilmiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

HBOT toplamda 30 seans olarak, haftada 5 gün, 90 dakikalık sürelerle ve %100 oksijenle 2.10–2.4 ATA basınçta uygulanmıştır. Tedavi sonrası ülser tamamen iyileşmiş ve sadece hipopigmente skar dokusu kalmıştır.

SONUÇ:

Nicolau Sendromu ilk olarak 1924–1925 yıllarında Freudenthal ve Nicolau tarafından, sifiliz tedavisi için intramüsküler bizmut tuzları enjeksiyonu yapılan hastalarda gözlemlenmiştir. Bu nadir advers reaksiyon, bazı ilaçların intramüsküler ve bazen de subkutan veya intraartiküler enjeksiyonlarını takiben gelişebilir. Deri ve deri altı dokularda ani akut iltihabi yanıtla başlar nekroz ve skar gelişimiyle devam eder.

NS genellikle NSAİİ'ler, antibiyotikler, vitamin enjeksiyonları, aşılar ve anestezipler sonrası gelişebilmektedir. Etofenamat da bir NSAİİ olarak prostaglandin sentezini baskılar ve lokal vazokonstriksiyona yol açarak iskemik doku hasarı oluşturabilir. Enjeksiyonun damar çevresine yapılması, intra-arteriyel uygulama veya perinöral bölgelere denk gelmesi, sempatik sistemin aktive edilmesine ve dokuda nekroza neden olabilir. Tedavide topikal epitelizanlar, analjezikler, enfeksiyon kontrolü ve uygun pansumanlar çoğunlukla yeterlidir. Nekrotik dokular için cerrahi debridman, greftleme ve flep rekonstrüksiyonu düşünülebilir. Sempatik sinir blokajı, heparin, kalsiyum kanal blokerleri, pentoksifilin, kortikosteroidler ve HBOT gibi tedaviler de etkili olabilir.

HBOT; hipoksi, ödem ve reperfüzyon hasarını azaltması, fibroblast aktivitesi, nötrofil fonksiyonu, anjiyogenez ve yara iyileşmesini desteklemesi nedeniyle tedavide kullanılabilir ve erken başlanmalı ve sık uygulanmalıdır. Ayrıca rekonstrüktif cerrahi planlanıyorsa ya da yara hemen kapatılamıyorsa özellikle faydalıdır.

Sonuç olarak, özellikle poliklinik şartlarında sık uygulanan intramüsküler enjeksiyonlar sonrası gelişebilecek ülseratif veya nekrotik lezyonlara karşı dikkatli olunmalıdır. Erken tanı ve tedavi, ciddi komplikasyonların önlenmesinde kritik rol oynar. Hem sağlık çalışanları hem de hastalar, enjeksiyon sonrası gelişen belirtileri zamanında değerlendirmeli ve gerektiğinde ileri tedavi seçeneklerinden faydalanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Nicolau Sendromu, Hiperbarik Oksijen Terapisi, Nekrotik Ülser, Etofenamat

KAYNAKLAR: 1. Mojarrad, P., Mollazadeh, H., Barikbin, B., & Oghazian, M. B. (2021). Nicolau syndrome: a review of case studies. *Pharmaceutical Sciences*, 28(1), 27-38.

2. Lardelli, P. F., Jermini, L. M., Milani, G. P., Peeters, G. G., Ramelli, G. P., Zraggen, L., & Lava,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- S. A. (2020). Nicolau syndrome caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs: Systematic literature review. *International Journal of Clinical Practice*, 74(10), e13567.
3. Luton, K., Garcia, C., Poletti, E., & Koester, G. (2006). Nicolau Syndrome: three cases and review. *International journal of dermatology*, 45(11), 1326-1328.
4. Korpınar, S. (2022). Hyperbaric oxygen treatment in a rare complication of intramuscular injection: four cases of Nicolau syndrome. *Diving and Hyperbaric Medicine*, 52(2), 149.
5. Lopes, L., Pires, S., Alves, A., Guerreiro, F., & Filipe, P. (2015). Nicolau syndrome after benzathine penicillin treated with hyperbaric oxygen therapy. *International Journal of Dermatology*, 54(4).
6. Freudenthal W. Lokales embolisches Bismogenol-Exanthem. *Arch Dermatol Syph*. 1924;147:155-160.
7. Nicolau S. Dermite livedoide et gangreneuse de la fesse, consecutive aux injections intramusculaires dans la syphilis. *Ann Mal Venereol*. 1925;20:321-329.
8. Demircan, C., Akdogan, N., & Elmas, L. (2023). Nicolau syndrome secondary to subcutaneous glatiramer acetate injection. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 22(1), 149-151.
9. Ata, Y. M., Ahmed, M. B., Al-Mohannadi, F. S., Al-Jassim, F. A., & Shabbir, A. (2023). Nicolau syndrome following Intramuscular Diclofenac Injection: a case report and review of the literature. *Journal of Surgical Case Reports*, 2023(4), rjad224.
10. Ergul, Y., Soydemir, D., Tastan, Y., & Omeroglu, R. E. (2012). Does early hyperbaric oxygen therapy prevent extremity necrosis in Nicolau syndrome?. *Pediatrics International*, 54(3).
11. Kılıç, İ., Kaya, F., Özdemir, A. T., Demirel, T., & Çelik, İ. (2014). Nicolau syndrome due to diclofenac sodium (Voltaren®) injection: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 8, 1-4.
12. Sasmal, P. K., Sahoo, A., Singh, P. K., & Vikram, V. S. (2021). Nicolau syndrome: an unforeseen yet evadable consequence of intramuscular injection. *The Surgery Journal*, 7(02), e62-e65.

ŞEKİL 1



Düzensiz sınırlara sahip, merkezinde sarı debris bulunan ülser

ŞEKİL 2



Üçüncü ay kontrolünde hipopigmente skar ile tam iyileşme



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-188][KABUL:POSTER]

**ERDHEİM-CHESTER HASTALIĞI: KUTANÖZ BULGUYA DAYALI TANISI KONULAN NADİR BİR
OLGU**

Buğra Yılmaz¹, Gülşen Akoğlu¹, Selim Sayın², Işın Kuzu³, Hale Kıvrak⁴, Meltem Aylı²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Erdheim-Chester hastalığı (ECH) nadir görülen, sistemik ve potansiyel olarak malign bir non-Langerhans hücreli histiyositozudur. Asemptomatik kemik lezyonlarından hayatı tehdit eden multisistemik varyantlara kadar geniş bir klinik spektrum sunar. Olguların yaklaşık üçte birinde görülen deri tutulumu, sıklıkla periorbital bölgede sarımsı plaklar şeklinde kendini gösterir. Bu olguda kutanöz bulguya dayanarak tanı konulan Erdheim-Chester Hastalığı sunulmaktadır.

OLGU:

39 yaşında kadın hasta, sol zigoma üstünde son iki yıldır giderek büyüyen sarımsı renkli plak ve 1.5 yıldır devam eden bilateral alt ekstremitte ağrısı ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde multiple skleroz (MS) vardı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenede sol zigomatik bölgede 5 x 2 cm boyutlarında sarımsı plak saptandı. Plaktan deri biyopsisi yapıldı. Histopatolojik incelemede; dermiste CD68, CD163, Faktör 13a ve BRAF pozitif; S100 ve Langerin negatif köpüklü histiyositler ve Touton tipi dev hücreleri görüldü. Kemik iliği biyopsisinin immünohistokimyasal analizinde histiyositik hücrelerde; CD68, Faktör 13a ve CD14 pozitif; CD1a, Langerin ve S100 ise negatifti. Pozitron Emisyon Tomografisi-Bilgisayarlı Tomografi (PET-BT)'de bilateral alt ekstremitte iskeleti ve kemik iliğinde patolojik 18-Florodeoksiglukoz (FDG) tutulumu ve yaygın sklerotik lezyonlar görüldü. Tedavi planlaması için biyopsi materyali üzerinde yapılan BRAF dizilemesinde BRAFV600E mutasyon saptandı. Hastaya bir BRAF inhibitörü olan vemurafenib başlandı. Altı aylık tedaviden sonra, plak boyut



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ve pigmentasyonunda ve kemik ağrısı ile PET-BT görüntülemeye önemli bir gerileme kaydedildi.

SONUÇ:

ECH, lipid yüklü histiyositlerin doku infiltrasyonu ile karakterizedir ve Touton tipi çok çekirdekli dev hücreler histopatolojik olarak yaygın olarak gözlenir. BRAFV600E mutasyonlar vakaların % 60-100'ünde bulunur ve BRAF inhibitörleri ile hedefe yönelik tedavi önemli etkinlik göstermiştir. Kutanöz bulgular, özellikle periorbital sarı plaklar; ksantelazma, Langerhans hücreli histiyositoz (LCH) ve ksantogranulomlar, Rosai-Dorfman gibi hastalıklardan ayırıcı tanı yapmayı gerektirir. Histopatoloji ve immünohistokimya, ECH hücrelerinin CD14, CD68, CD163, Faktör XIIIa ve BRAF için pozitif; CD1a, S100 ve Langerin için negatif olması nedeniyle tanı için çok önemlidir. Sistemik tedavide, BRAF inhibitörünün (Vemurafenib) etkinliği, BRAFV600E gen mutasyonları olan hastalar için hedefe yönelik tedavide gösterilmiştir. Böylece deri lezyonuna spesifik tedaviye ihtiyaç duyulmadan lezyon tedavi edilebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Braf, Erdheim-Chester, plak, vemurafenib

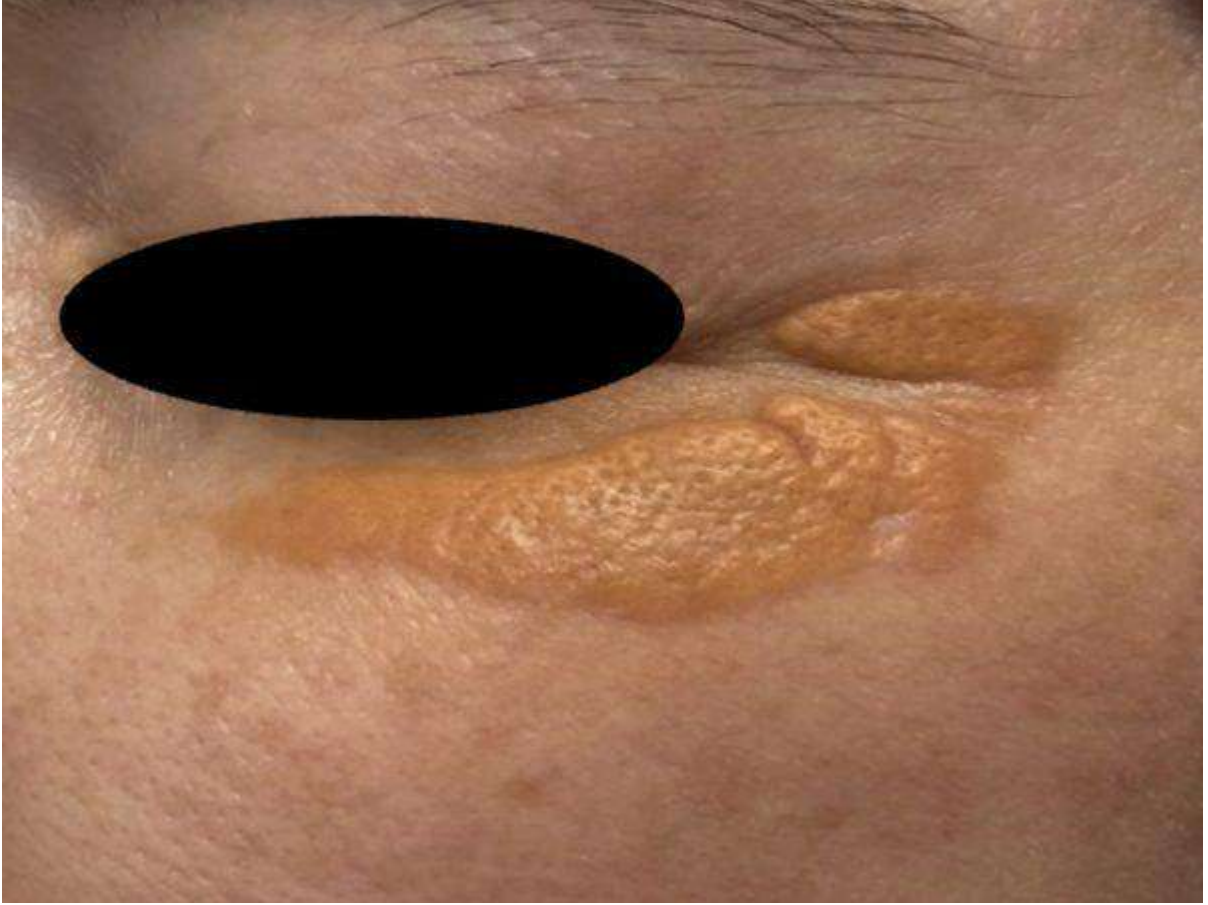
KAYNAKLAR: Joo, Y.B.; Kim, Y.M.; Lee, W.Y.; Lee, K.W.; Chung, H.-J. An Unusual Case of Erdheim Chester Disease (ECD) with Knee Pain: A Case Report. *Medicina* 2023, 59, 1288.

Vasandani N, Low J, Liao Y, et al. (June 20, 2023) Rare Cutaneous Manifestations of Erdheim Chester Disease: A Case Report and Literature Review. *Cureus* 15(6): e40712.

Gray, J. C. R., Kim, J., Digianvittorio, M., Feeley, N. K., Scheel, P. J., Siegelman, S. S., Fishman, E. K., & Rowe, S. P. (2020). BRAF-Mutated Erdheim-Chester Disease: Profound Response to Vemurafenib Visualized With Serial Multimodality Imaging. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw*, 18(6), 650-655.

Eli L. Diamond, Lorenzo Dagna, David M. Hyman, Giulio Cavalli, Filip Janku, Juvianee Estrada-Veras, Marina Ferrarini, Omar Abdel-Wahab, Mark L. Heaney, Paul J. Scheel, Nancy K. Feeley, Elisabetta Ferrero, Kenneth L. McClain, Augusto Vaglio, Thomas Colby, Laurent Arnaud, Julien Haroche; Consensus guidelines for the diagnosis and clinical management of Erdheim-Chester disease. *Blood* 2014; 124 (4): 483–492.

SOL PERİORBİTAL BÖLGEDE SARIMSI PLAK





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-189][KABUL:POSTER]

DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS'TA KLİNİK DENEYİM: 116 OLGUNUN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Hediye Eker, Fatma Zorlu, Onur Gökalp, Zafer Türkoğlu

SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Bu çalışmanın amacı, 2020–2025 yılları arasında kliniğimizde tanı almış Diskoid Lupus Eritematozus (DLE) hastalarının klinik, demografik ve laboratuvar özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesidir. Buna ek olarak, inflamatuvar göstergeler ile serolojik ve anatomik tutulum özellikleri değerlendirilerek hasta grubunun klinik profiline dair kapsamlı bir bakış sunulmuştur.

Yöntem:

Bu retrospektif tanımlayıcı çalışmaya, 2020–2025 yılları arasında DLE tanısı almış toplam 116 hasta dahil edilmiştir. Hastaların cinsiyet, yaş, eşlik eden komorbiditeler, saçlı deri tutulum varlığı, ANA düzeyi, sistemik lupus eritematozusa (SLE) dönüşüm durumu ve inflamatuvar parametreleri (nötrofil/lenfosit oranı [NLR], platelet/lenfosit oranı [PLR], CRP, ESR) hasta dosyalarından elde edilmiştir. Veriler SPSS 27 programında analiz edilmiş, kategorik değişkenler için Ki-kare testi, sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Hastaların %71,6'sı kadın, %28,4'ü erkekti; yaş ortalaması $42,1\pm12,3$ yıl olarak saptandı. En sık tutulum bölgesi saçlı deriydi (%59,1). ANA düzeyi hastaların %80,2'sinde negatifti; pozitif olanların %11,2'sinde 1/100, %5,2'sinde 1/320 ve %3,4'ünde 1/1000 düzeyindeydi. SLE'ye dönüşüm oranı %13,8 olarak bulundu. Ortalama NLR $2,25\pm1,88$; PLR $134,2\pm63,6$; CRP $4,17\pm9,4$ mg/L; ESR $17,5\pm18,4$ mm/s olarak hesaplandı.

Sistemik tutulum gelişen ve gelişmeyen hastalar arasında inflamatuvar parametreler açısından anlamlı fark izlenmedi (NLR $p=0,816$; PLR $p=0,317$). Cinsiyete göre yapılan alt grup analizlerinde, erkek hastalarda nötrofil düzeylerinin daha yüksek ($p=0,025$), PLR'nin daha düşük ($p=0,038$), ESR'nin ise kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek ($p=0,002$) olduğu saptandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Retrospektif olarak değerlendirilen DLE olgularında kadın cinsiyet baskınlığı (%71,6), saçlı deri tutulumu sıklığı (%59,1) ve pozitif ANA titresi oranı (%19,8) dikkat çeken bulgulardır. İnflamatuvar belirteçlerde (NLR, PLR, CRP, ESR) sistemik tutulumla anlamlı bir ilişki saptanmamış olması, bu hasta grubunda sistemik yayılım riskinin düşük olabileceğini düşündürmektedir. Bulgular, DLE'nin sınırlı inflamatuvar karakterini desteklemekte; NLR ve PLR gibi oranların düşük düzeylerde seyretmesinin, sistemik progresyon potansiyelinin sınırlı olduğuna işaret edebileceği ileri sürülebilir. Bu çalışma, DLE hasta profilinin daha iyi anlaşılmasına katkı sunmakta ve prospektif izlem çalışmaları için temel veri sağlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Diskoid, İnflamatuvar, Lupus, Nötrofil, Platelet

KAYNAKLAR: 1.Koscielska-Kasprzak K, Bartoszek D, Myszk M, Zabińska M, Klinger M. The complement cascade and renal disease. Arch Immunol Ther Exp (Warsz). 2014;62(1):47–57. doi:10.1007/s00005-013-0254-x.

2.Hahn BH, McMahon MA, Wilkinson A, Wallace WD, Daikh DI, Fitzgerald JD, et al. American College of Rheumatology guidelines for screening, case definition, treatment and management of lupus nephritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012;64(6):797–808. doi:10.1002/acr.21664.

3.Li L, Xia Y, Chen C, Cheng P, Peng C. Neutrophil-lymphocyte ratio in systemic lupus erythematosus disease: a retrospective study. Int J Clin Exp Med. 2015;8(7):11026–31. PMID:26379900; PMCID:PMC4565283.

4.Musunuri B, Tripathy R, Padhi S, Panda AK, Das BK. The role of MBL, PCT, CRP, neutrophil-lymphocyte ratio, and platelet lymphocyte ratio in differentiating infections from flares in lupus. Clin Rheumatol. 2022;41(11):3337–44. doi:10.1007/s10067-022-06285-x. PMID:35835900.

5.Firizal AS, Sugianli AK, Hamijoyo L. Cut off point of neutrophil-to-lymphocyte ratio as a marker of active disease in systemic lupus erythematosus. Lupus. 2020;29(12):1566–70. doi:10.1177/0961203320950822. PMID:32807022.

6.Vale ECS, Garcia LC. Cutaneous lupus erythematosus: a review of etiopathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. An Bras Dermatol. 2023;98(3):355–72. doi:10.1016/j.abd.2022.09.005. PMID:36868923; PMCID:PMC10173173.

7.Petersen MP, Möller S, Bygum A, Voss A, Bliddal M. Epidemiology of cutaneous lupus erythematosus and the associated risk of systemic lupus erythematosus: a nationwide cohort study in Denmark. Lupus. 2018;27(9):1424–30. doi:10.1177/0961203318777103. PMID:29788808.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- 8.Chanprapaph K, Tankunakorn J, Suchonwanit P, Rutnin S. Dermatologic manifestations, histologic features and disease progression among cutaneous lupus erythematosus subtypes: a prospective observational study in Asians. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2020;11(1):131–47. doi:10.1007/s13555-020-00471-y. PMID:33280074; PMCID:PMC7859020.
- 9.Tebbe B, Orfanos CE. Epidemiology and socioeconomic impact of skin disease in lupus erythematosus. *Lupus*. 1997;6(2):96–104. doi:10.1177/096120339700600204. PMID:9061657.
- 10.Wieczorek IT, Probert KJ, Okawa J, et al. Systemic symptoms in the progression of cutaneous to systemic lupus erythematosus. *JAMA Dermatol*. 2014;150(3):291–6. doi:10.1001/jamadermatol.2013.9026.
- 11.Vale ECS, Garcia LC. Cutaneous lupus erythematosus: a review of etiopathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *An Bras Dermatol*. 2023;98(3):355–72. doi:10.1016/j.abd.2022.09.005. PMID:36868923; PMCID:PMC10173173.
- 12.Wenzel J, Landmann A, Vorwerk G, Kuhn A. High expression of B lymphocyte stimulator in lesional keratinocytes of patients with cutaneous lupus erythematosus. *Exp Dermatol*. 2018;27(1):95–7. doi:10.1111/exd.13419. PMID:28833566.
- 13.Zinellu A, Paliogiannis P, Mangoni AA. A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of the neutrophil-to-lymphocyte ratio and the platelet-to-lymphocyte ratio in systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int*. 2024;24(1):170. doi:10.1007/s10238-024-01438-5. PMID:39052098; PMCID:PMC11272706.
- 14.Vilá LM, Alarcón GS, McGwin G Jr, Bastian HM, Fessler BJ, Reveille JD; Lumina Study Group. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohort, XXXVII: association of lymphopenia with clinical manifestations, serologic abnormalities, disease activity, and damage accrual. *Arthritis Rheum*. 2006;55(5):799–806. doi:10.1002/art.22224. PMID:17013840.
- 15.Buonacera A, Stancanelli B, Colaci M, Malatino L. Neutrophil to lymphocyte ratio: an emerging marker of the relationships between the immune system and diseases. *Int J Mol Sci*. 2022;23(7):3636. doi:10.3390/ijms23073636. PMID:35408994; PMCID:PMC8998851.
- 16.Gasparyan AY, Ayvazyan L, Mukanova U, Yessirkepov M, Kitas GD. The platelet-to-lymphocyte ratio as an inflammatory marker in rheumatic diseases. *Ann Lab Med*. 2019;39(4):345–57. doi:10.3343/alm.2019.39.4.345. PMID:30809980; PMCID:PMC6400713.
- 17.Vinister GG, Roongta R, Sinha D, Chattopadhyay A, Mondal S. Chilblain lupus. *Mayo Clin Proc*. 2023;34(2):269–70. doi:10.31138/mjr.34.2.269. PMID:37654633; PMCID:PMC10466364.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-190][KABUL:POSTER]

**METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOM ÖYKÜSÜ OLAN HASTADA HAVYAR DİLİ; NADİR BİR
OLGU SUNUMU**

Taylan Can Aydın, Ece Uğurer, Elif Çetinkaya, Burçe Can Kuru

Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ:

Havyar dili, dilin ventral yüzeyinde yerleşen sublingual venlerin ektazisi ile gelişen, mavi-mor renkli ve genellikle semptom vermeyen venöz dilatasyonlarla karakterize benign bir patolojidir. Yaşlı bireylerde daha sık gözlenir ve çoğunlukla insidental olarak fark edilir. Klinik olarak malign vasküler lezyonlarla (hemanjiom, lenfanjiom, Kaposi sarkomu) karışabileceği için dikkatli ayırıcı tanı gerektirir. Bu yazıda, yaygın metastatik renal hücreli karsinom öyküsü bulunan bir hastada tesadüfen saptanan havyar dili vakasını sunmaktayız.

OLGU:

73 yaşında kadın hasta, kliniğimize yaklaşık 1 ay önce dil altı bölgesinde fark ettiği mor renkli lezyonlar nedeniyle başvurdu. Bilinen hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalığı ve metastatik renal hücreli karsinom öyküsü ile takip edilmekteydi. 1994 yılında sol böbrekteki primer tümör nedeniyle total nefrektomi uygulanmış; 2005 yılında sağ böbrekte metastaz saptanması üzerine parsiyel nefrektomi yapılmış; Ağustos 2023'te pankreasta metastaz saptanması üzerine Aralık 2023'te pankreas kitle eksizyonu ve splenektomi uygulanmış. 18 Mart 2024 tarihinde akciğer metastazları sebebiyle sol alt lob wedge rezeksiyonu geçirmiş. Son olarak, servikal seviye 2B/5'te yeni gelişen 13 mm boyutlu lenf nodunda hafif tutulum nedeniyle Cabozantinib tedavisine başlanmış. Yapılan dermatolojik muayenede, dilin ventral yüzeyinde multiple, yer yer livedo renkli, yer yer eritemli, papüler görünümde venöz dilatasyonlar ve vasküler ektaziler (Resim 1, Resim 2) izlendi. Lezyonlar palpasyonla yumuşak, non-ülseratif ve asemptomatik olup klinik olarak havyar dili ile uyumlu bulundu.

SONUÇ:

Havyar dili genellikle benign seyirli ve asemptomatik bir durumdur. Literatürde, sıklıkla yaşlı bireylerde insidental olarak saptandığı bildirilmiştir. Ancak klinik olarak malign vasküler lezyonlarla benzerlik gösterdiği için dikkatli değerlendirme gerekir.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Bu vakada olduğu gibi, yaygın metastatik hastalık öyküsü olan bireylerde dil altındaki bu tür lezyonlar yanlışlıkla metastaz olarak yorumlanabilir. Bu nedenle, fizik muayene bulguları ışığında ayırıcı tanı dikkatli yapılmalı, gereksiz biyopsi veya girişimsel işlemlerden kaçınılmalıdır.

Havyar dili ile maligniteler arasında doğrudan bir ilişki bildirilmemiştir; ancak benzer görünüm klinisyeni yanıltabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: havyar dili, malignite benzeri görünüm, oral mukozal değişiklik, sublingual venöz ektazi

KAYNAKLAR: Jha AK, Zeeshan MD, Jha AK. Mucoscopy in lingual varicosities. Dermatol Pract Concept. 2018 Jan 31;8(1):54–55. doi:10.5826/dpc.0801a12. PubMed PMID: 29445577.

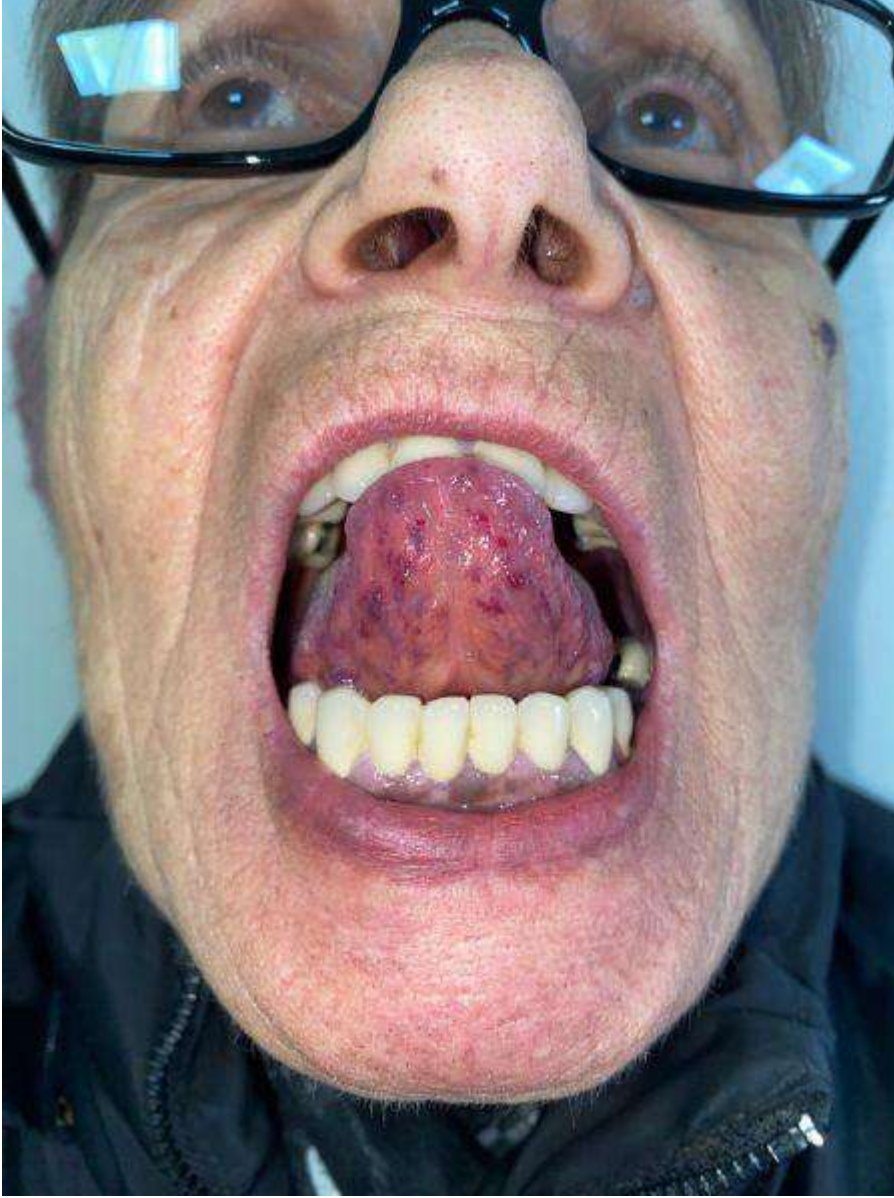
Viswanath V, Nair S, Chavan N, Torsekar R. Caviar tongue. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011 Jan–Feb;77(1):78–79. doi:10.4103/0378-6323.75002. PubMed PMID: 21220892

James L. Caviar tongue: are dental hygiene patients displaying signs of “aging?” Today's RDH. 2020 Nov 11. Available from: <https://www.todaysrdh.com/caviar-tongue-are-dental-hygiene-patients-displaying-signs-of-aging/>

RESİM 1



RESİM 2





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-191][KABUL:POSTER]

PSÖRİASİS VULGARİS TANISIYLA BİYOLOJİK AJAN TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN HEPATİT B, HEPATİT C, HIV VE LATENT TÜBERKÜLOZ TARAMASININ TEDAVİDEN ÖNCE VE TEDAVİ SIRASINDA POZİTİFLEŞME ORANININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Gamze Toğaç, Güliz İkizoğlu

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Mersin

AMAÇ:

Bu çalışma, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nda psöriasis vulgaris tanısıyla biyolojik ajan tedavisi alan hastalarda, hepatit B, hepatit C, HIV ve latent tüberküloz enfeksiyonları açısından tedavi öncesi ve tedavi sırasındaki tarama sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya, 01.01.2018–29.08.2024 tarihleri arasında psöriasis vulgaris tanısıyla polikliniğe başvuran biyolojik ajan tedavisi alan 341 hasta dahil edilmiştir. Hastaların tedavi öncesi ve tedavi sırasındaki HBsAg, anti-HBc IgG, anti-HBs, anti-HCV, anti-HIV, PPD/Quantiferon test sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir. Pozitifleşme oranları belirlenmiş ve enfeksiyon aktivasyonları değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 341 hastanın biyolojik ajan kullanım dağılımına göre %40,2'si (n=137) sekukinumab kullanmıştır. Bunu sırasıyla adalimumab %17,0 (n=58), guselkumab %12,0 (n=41), iksekizumab %11,1 (n=38), risankizumab %8,5 (n=29), ustekinumab %7,0 (n=24) ve infliksimab %4,1 (n=14) izlemiştir. Tedavi öncesi HBsAg (Hepatit B yüzey antijeni) sonuçlarına göre %1,2 (n=4) hastada HBsAg pozitifliği saptanmıştır. HBsAg pozitifliği, biyolojik ajan türlerine göre değerlendirildiğinde; adalimumab kullanan hastaların %1,7'sinde (n=1), sekukinumab grubunun %1,5'inde (n=2) ve guselkumab grubunun %2,4'ünde (n=1) HBsAg pozitifliği saptanmıştır. Diğer biyolojik ajan gruplarında HBsAg pozitifliği tespit edilmemiştir. HBsAg pozitif saptanan tüm hastalara antiviral profilaksi başlanmış olup, takip sürecinde hiçbir hastada hepatit B enfeksiyonu aktivasyonu gelişmemiştir. HbsAg negatif hastaların



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

hiçbirinde biyolojik tedavi kullanım süresi içerisinde pozitifleşme görülmemiştir. 341 hastanın Anti-HBs (hepatit B yüzey antikoru) sonuçları incelendiğinde, %35,8 (n=122) hastada Anti-HBs pozitifliği saptanırken, %64,2 (n=219) hastada Anti-HBs negatif bulunmuştur. Anti-HBs negatif hastalara Hepatit B aşılması önerilmiştir.

Başlangıçta Anti-HBcIgG negatif olup sonrasında pozitifleşme gelişen hasta oranı %2,9 (n=10) olarak belirlenmiştir. En yüksek pozitifleşme adalimumab grubunda görülmüş olup, bu gruptaki hastaların %13,8'i (n=8) biyolojik tedavi sırasında Anti-HBcIgG pozitifleşmesi göstermiştir. İnfliksımab ve guselkumab gruplarında ise pozitifleşme oranları sırasıyla %7,1 (n=1) ve %2,4 (n=1) olarak saptanmıştır. Diğer ajan gruplarında pozitifleşme izlenmemiştir. Tüm Anti-HBcIgG pozitif veya pozitifleşen hastaların takip sürecinde Hepatit B enfeksiyonu aktivasyonu izlenmemiş, ALT ve AST düzeylerinde anlamlı yükselme olmamıştır. 341 hastada, başlangıçta negatif olup tedavi sırasında PPD veya Quantiferon testinde pozitifleşme gelişme durumu incelendiğinde; %3,5'lik bir hasta grubunda (n=12) latent tüberküloz açısından tedavi sırasında pozitiflik gelişmiştir. Bu hastaların %1,5'i (n=5) PPD testinde, %2,1'i (n=7) ise Quantiferon testinde pozitifleşme göstermiştir.

Biyolojik tedavi sürecinde PPD veya Quantiferon testinde serokonversiyon gelişen hastaların biyolojik ajanlara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek pozitifleşme oranı %6,9 (n=4) ile adalimumab grubunda gözlenmiştir. Bunu %4,2 (n=1) oranıyla ustekinumab ve %3,6 (n=5) oranıyla sekukinumab tedavisi alan hastalar takip etmektedir. İksekizumab (%2,6, n=1) ve guselkumab (%2,4, n=1) gruplarında da az sayıda pozitifleşme tespit edilmiştir. Buna karşılık, infliksımab ve risankizumab ile tedavi edilen hastaların hiçbirinde PPD ya da Quantiferon testlerinde pozitifleşme gözlenmemiştir. PPD ya da Quantiferon testlerinde pozitiflik saptanan hastaların tamamı, göğüs hastalıkları tarafından değerlendirildikten sonra profilaksi ile tedavi edilmiş olup, takiplerinde hiçbir hastada tüberküloz enfeksiyonu aktivasyonu gözlenmemiştir.

SONUÇ:

Özellikle adalimumab tedavisi altında Anti-HBc IgG serokonversiyonu (%13,8) ve latent tüberküloz tarama testi pozitifleşmesi (%6,9) oranlarının diğer biyolojik ajanlara göre daha yüksek bulunması, bu hastaların daha yakın izlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Biyolojik ajan tedavisi öncesi ve sırasında yapılan enfeksiyon taramalarının tedavi devamı ve güvenliliği açısından kritik önemde olduğu, uygun profilaksi ile latent tüberküloz ve hepatit B enfeksiyonunun önlenilebileceğine dikkat çekmektedir.

ANAHTAR KELİMELE: biyolojik ajan, hepatit b, psöriasis, tüberküloz



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

KAYNAKLAR: 1.Chiu, H.-Y., Chiu, Y.-M., Chang Liao, N.-F., Chi, C.-C., Tsai, T.-F., Hsieh, C.-Y., Hsieh, T.-Y., Lai, K.-L., Chiu, T.-M., Wu, N.-L., Hui, R. C.-Y., Lee, C.-N., Wang, T.-S., Chen, P.-H., Yang, C.-C., & Huang, Y.-H. (2021). Predictors of hepatitis B and C virus reactivation in patients with psoriasis treated with biologic agents: A 9-year multicenter cohort study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 85(2), 337–344.

<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.12.001>

2.Gargiulo, L., Pavia, G., Valenti, M., Lleo de Nalda, A., Perugini, C., Costanzo, A., & Narcisi, A. (2022). Safety of biologic therapies in patients with moderate to severe plaque psoriasis and concomitant viral hepatitis: A monocentric retrospective study. *Dermatology and Therapy (Heidelberg)*, 12(5), 1263–1270. <https://doi.org/10.1007/s13555-022-00726-w>

3.Snast, I., Bercovici, E., Avni, T., Shitenberg, D., Hodak, E., & Pavlovsky, L. (2018). Tuberculosis screening in patients with psoriasis receiving biologic therapy: A retrospective cohort study. *Acta Dermato-Venereologica*, 98(10), 979–980.

<https://doi.org/10.2340/00015555-3007>

4.Fildan, A. P., Toma, C. L., Tofolean, D., Arghir, O., & Dantes, E. (2016, October). TB risk in patients with biological therapy for psoriasis. Poster presented at the American College of Chest Physicians Annual Meeting (session: Chest Infections – Tuberculosis), Chest, 150(4), 201A. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.08.210>

5.Karadağ, Ö., Kaşifoğlu, T., Özer, B., Kaymakoğlu, S., Kuş, Y., İnanç, M., Keser, G., & Kiraz, S. (2015). Romatolojik hastalarda biyolojik ilaç kullanımı öncesi (viral) hepatit tarama kılavuzu [Guideline of the viral hepatitis screening before biologic agents use in patients with rheumatic diseases]. *RAED Dergisi*, 7(1), 28–32. <https://doi.org/10.2399/raed.15.40085>

6.Coşkun, B. N., Yağız, B., Özboz, E. S., Tufan, A. N., Ermurat, S., Pehlivan, Y., & Dalkılıç, H. E. (2022). Hepatitis B and C virus reactivations under biologic treatments in patients with rheumatic diseases: Long term results from a single center. *The European Research Journal*, 8(2), 162–168. <https://doi.org/10.18621/eurj.983279>

7.de Souza Galvão, M. L., & Jiménez Fuentes, M. A. (2020). Screening for latent tuberculosis and biological therapy (Cribado de la tuberculosis latente y terapia biológica). *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*, 56(3), 139–140.

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.04.008>



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

8.Psoriasis Derneği. (2021). Türkiye Psoriasis Tedavi Kılavuzu 2021 (1. baskı). Çınar Matbaacılık ve Yayıncılık. ISBN: 978-625-409-654-9.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-192][KABUL:POSTER]

**ERİTROKERATODERMA VARIABİLİS: NADİR GÖRÜLEN KALITSAL KERATİNİZASYON
BOZUKLUĞU OLGUSU**

Hayriye Rabia Reis¹, Esin Diremsizoglu¹, Aysun Şıkar Aktürk¹, Büşra Yaprak Bayrak², Evren Odyakmaz Demirsoy¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ-AMAÇ:

Eritrokeratoderma variabilis (EKV), nadir görülen, genellikle otozomal dominant geçiş gösteren bir keratinizasyon bozukluğudur [1]. GJB3 (konneksin 31) ve GJB4 (konneksin 30.3) genlerindeki mutasyonlarla ilişkilendirilmiştir [2]. Lezyonlar sıklıkla çocukluk döneminde başlar ve zamanla şiddetinde değişiklik gözlenebilir. Patogeneizde epidermal hücreler arası iletişim bozukluğu, deri bariyerinde bozulma ve keratinosit proliferasyonunda düzensizlik rol oynar [3]. EKV nadir görülmesi ve klinik bulgularının heterojenliği nedeniyle sıklıkla diğer iktiyozlar veya genodermatozlar ile karışabilir. Bu nedenle tanı genellikle klinik, histopatolojik ve genetik verilerin birlikte değerlendirilmesini gerektirir [4]. Burada klinik ve histopatolojik bulgularla EKV tanısı koyduğumuz on dört yaşında bir kız hasta sunulmuştur.

OLGU:

On dört yaşında kız hasta, doğuştan beri mevcut olan kollarda, boyunda ve bacaklarda yaygın kepekli lezyon şikayeti ile başvurdu. Öncesinde dış merkezde iktiyozis tanısı almış, nemlendirici tedavi uygulanmış ancak yeterli yanıt alınamamış. Aile öyküsünde anne babada birinci derece akrabalık öyküsü olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenede kol boyun ve bacaklarda düzensiz şekilli, simetrik, sınırları keskin, skuamlı, hiperpigmente plaklar ve aralarda normal deri alanları izlendi (Resim 1a). Deri eklerinde herhangi bir patolojik klinik bulgu izlenmedi. Total IgE düzeyi ve diğer laboratuvar tetkikleri normal sonuçlandı. Hastanın sol omuzda yer alan lezyondan eritrokeratoderma variabilis ve iktiyozis linearis sirkumfleksa ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Biyopsi sonucunda epidermiste ortohiperkeratoz, hipogranüloz, papillomatozis ve akantoz izlenmiş olup; dermiste perivasküler inflamatuvar hücre infiltrasyonu görüldü (Resim 1b). Histopatolojik bulgular EKV ile uyumlu olarak raporlandı. Takipte tazaroten ve üre bazlı topikal tedavi ile kısmi yanıt alınan hastaya sistemik



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

isotretinoin 20 mg/gün dozunda başlandı. Genetik test için hasta yönlendirildi. Tedavinin birinci ayında lezyonlarında belirgin gerileme izlenen hastanın tedaviye devamı planlandı (Resim 1a).

SONUÇ:

Eritrokeratoderma variabilis, çocukluk çağında başlayan hem lezyon morfolojisi hem de histopatolojik bulgular açısından klinik çeşitlilik gösteren nadir bir keratinizasyon bozukluğudur. Prevalansı kesin bilinmemekle birlikte oldukça nadirdir. Klinik olarak hiperkeratotik plaklar ve zamanla yer değiştiren eritemli yamalar ile karakterizedir [1]. Histopatolojik bulgular özgül olmamakla birlikte ortohiperkeratoz, akantoz ve dermal inflamasyon en sık saptanan değişikliklerdir. Ayırıcı tanıda Netherton sendromu, psoriasis ve konjenital iktiyozlar yer alır [3,4]. Hafif olgularda emolyentler ve topikal retinoidler tercih edilirken, yaygın ve dirençli olgularda sistemik retinoidler etkilidir. Ancak bu ajanların teratojenik potansiyeli, özellikle adolesan hastalarda dikkatle değerlendirilmelidir [5]. Bizim olgumuzda da topikal tedavilerden sınırlı fayda görülmesi üzerine sistemik isotretinoin başlandı. Bu olgu, EKV'nin hem hiperkeratotik plaklar hem de yer değiştiren lezyonlarla seyreden klinik bulguları net şekilde yansıtmaması ve iktiyozlar ile ayırıcı tanıya girmesi nedeniyle tanı açısından öğretici bir örnek oluşturması için sunulmaya değer bulunmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: eritrokeratoderma variabilis, genodermatoz, keratinizasyon bozuklukları, retinoid

KAYNAKLAR: 1. Ishida-Yamamoto A. Erythrokeratoderma variabilis et progressiva. J Dermatol. 2016 Mar;43(3):280-5.

2. Arita K, Akiyama M, Tsuji Y, Onozuka T, Shimizu H. Erythrokeratoderma variabilis without connexin 31 or connexin 30.3 gene mutation: immunohistological, ultrastructural and genetic studies. Acta Derm Venereol. 2003;83(4):266-70.

3. Common JE, O'Toole EA, Leigh IM, Thomas A, Griffiths WA, Venning V, Grabczynska S, Peris Z, Kinsky A, Kelsell DP. Clinical and genetic heterogeneity of erythrokeratoderma variabilis. J Invest Dermatol. 2005 Nov;125(5):920-7.

4. Hohl D. Towards a better classification of erythrokeratodermias. Br J Dermatol. 2000 Dec;143(6):1133-7.

5. Singh N, Thappa DM. Erythrokeratoderma variabilis responding to low-dose isotretinoin. Pediatr Dermatol. 2010 Jan-Feb;27(1):111-3.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-193][KABUL:POSTER]

**JENERALİZE PALİZATLANAN NÖTROFİLİK VE GRANÜLOMATÖZ DERMATİT: NADİR BİR OLGU
SUNUMU**

Alihan Baylan¹, Adil Özcanlı¹, Cuyan Demirkese², Esra Saraç¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Palizatlanan nötrofilik ve granülomatöz dermatit (PNGD), reaktif granülomatöz dermatit spektrumunda yer alan, özellikle dirsek ve parmak ekstansör yüzeylerinde ortaya çıkan eritemli papül ve plaklarla karakterize, non-enfeksiyöz bir granülomatöz dermatit tablosudur. PNGD olgularında otoimmün hastalıklar(SLE, Romatoid Artrit), vaskülitler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve maligniteler gibi çeşitli komorbiditeler sıklıkla eşlik eder. Histopatolojik olarak, histiyositler, nötrofiller ve nükleer debris içeren palizat oluşturan hücre grupları çevresinde bazofilik dejenere kollajen alanları ile karakterizedir. Bu özellikleriyle granüloma annulare gibi diğer non-enfeksiyöz granülomatöz dermatitlerle histolojik olarak karışabilir.

Biz de burada daha önce granüloma annulare tanısı almış, oldukça yaygın tutulum gösteren nadir bir palizatlanan nötrofilik ve granülomatöz dermatit olgusu sunmaktayız.

OLGU:

76 yaşında kadın hasta, beş yıl önce sırttan başlayarak zamanla tüm vücuda yayılan döküntü nedeniyle tarafımıza başvurdu. Daha önce dış merkezde sırtından alınan biyopsi granüloma annulare ile uyumlu raporlanmış, bu tanıya yönelik topikal klobetazol propiyonat, sistemik metotreksat (15mg/hafta, 10 ay), azatiyoprin(1 hafta) ve DB-UVB (20 seans) fototerapi tedavisi almış ancak hiçbir tedaviden yanıt alınamayınca hastaya 1 ay önce hidroksiklorokin 400 mg/gün başlanmış. Hidroksiklorokin ile lezyonlarda yaygınlaşma olunca tarafımıza başvurmadan hemen önce bu ilacı da kestiğini belirtti.

Hastanın dermatolojik muayenesinde bilateral alt ve üst ekstremitelerde, gövdede keskin sınırlı, bazı alanlarda kenarları hafif eleve, yaygın eritemli plaklar izlendi. (Resim 1A-D)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Histopatolojisinde epidermiste hafif ortohiperkertoiz-hipergranüloz – düzensiz akantoliz ve nötrofiller görüldü. Dermisin üst yarısında proliferen damarlar etrafında yoğunlaşan nötrofillerden zengin histiyoit-lenfosit infiltrasyonu, palizadik dizilim oluşturan epiteloit histiyoitler, kollojen dejenerasyonu izlenmesi üzerine hastaya PNGD tanısı konuldu (Resim 2A-C) ve sistemik dapson tedavisi başlandı.

Laboratuvar değeriendirilmesinde, CEA 15.3 ve CA 19.9 düzeylerinde yükseklik ve Anti-Mi-2 antikor pozitifliği saptandı. Sistemik hastalık, maligniteler ve PNGD birlikteliğinin araştırılması için hasta Dahiliyeve Medikal Onkoloji bölümlerine konsülte edildi.

SONUÇ:

Olgumuz, klinik olarak Granüloma Annulare'yi taklit eden ancak histopatolojik olarak PNGD ile uyumlu nadir bir dermatozu temsil etmektedir. Literatürde PNGD olgularında romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, vaskülitler ve çeşitli maligniteler ile birliktelik gösterildiği için olguların ilişkili olabilecek sistemik hastalıklar açısından değeriendirilmesi gereklidir. Tanının doğruluğunda klinikopatolojik korelasyon büyük önem taşımakta olup, özellikle tedaviye dirençli veya atipik seyirli granüloma annulare olgularında PNGD gibi nadir tanılar göz önünde bulundurulmalı ve biyopsi tekrarlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: interstisyel granülomatoz dermatit, palizadlanan granülomatoz dermatit, reaktif granülomatoz dermatit

KAYNAKLAR: 1. Yang C, Tang S, Li S, Ying S, Zhu D, Liu T, Chu Y, Fang H, Qiao J. Underlying Systemic Diseases in Interstitial Granulomatous Dermatitis and Palisaded Neutrophilic Granulomatous Dermatitis: A Systematic Review. *Dermatology*. 2023;239(2):287-298. doi: 10.1159/000527461. Epub 2022 Dec 7. PMID: 36476409.

2. LeBoit PE. Noninfectious granulomas. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. *Dermatology*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2024. p. 390–406.

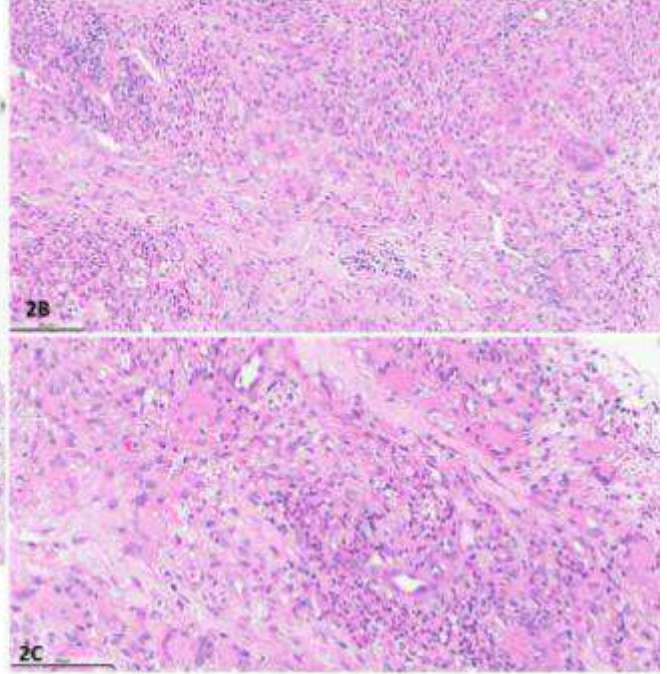
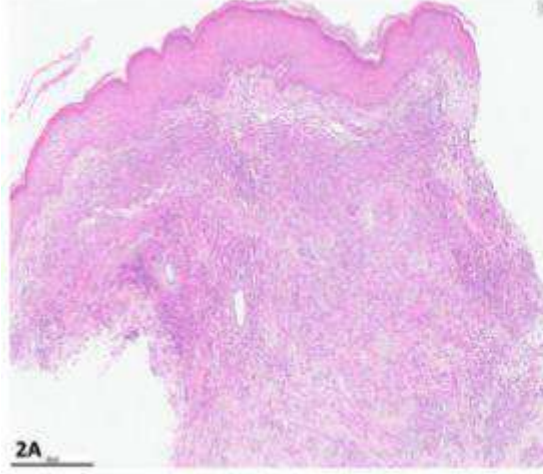
3. Huizenga T, Kado JA, Pellicane B, Borovicka J, Mehregan DR, Mehregan DA. Interstitial granulomatous dermatitis and palisaded neutrophilic granulomatous dermatitis. *Cutis*. 2018 May;101(5):E19-E21. PMID: 29894543.

DERMATOLOJİK BULGULAR:



Resim 1A: Bilateral üst ekstremitelerde eritemli, keskin sınırlı plaklar
Resim 1B: pektoral bölgede anüler, eritemli, sınırları hafif eleve plaklar
Resim 1C: bilateral alt ekstremitelerde anüler plak
Resim 1D: alt gövde yan yüzde eritemli anüler plak

HİSTOPATOLOJİK İNCELEME



Resim 2A: Dermisin üst yarısında nötrofillerden zengin, yer yer palizadık dizilim gösteren epiteloid morfolojide histiositler Resim 2B-2C: Nötrofiller ve çok çekirdekli dev hücreler içiçe. Vasküler proliferasyon da eşlik etmektedir



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-194][KABUL:POSTER]

OTOİMMÜNİTE VE OTOİNFLAMASYON ARASINDA BİR KÖPRÜ: NLRP12 MUTASYONU TAŞIYAN ATİPİK FCAS2 OLGUSU

Elif Kaya¹, Müzeyyen Gönül¹, Elifcan Taşdelen², Hanife Karataş¹, Murat Alper³, Selda Pelin Kartal¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği

³Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği

GİRİŞ

Otoinflamatuvar hastalıklar genetik geçişli doğal bağışıklık sisteminin anormal aktivasyonu ile karakterize, tekrarlayıcı inflamasyon atakları ile seyreden bir grup hastalıktır.1 Bu hastalıklar arasında yer alan Familial Cold Autoinflammatory Syndrome 2 (FCAS2), nadir görülen ve NLRP12 gen mutasyonu ile ilişkili bir sendromdur.1 Çok çeşitli ve değişken klinik özelliklerin varlığı klinik pratikte tanı konulmasını zorlaştırmaktadır. Burada pruritik ekzoriye lezyonlar ve ürtiker öyküsü ile başvuran, akut faz reaktanlarında yükseklik, proteinüri, yüksek titrede antinükleer antikor (ANA) pozitifliği ve NLRP12 gen mutasyonu tespit edilen istisnai bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

16 yaşında kız çocuk üç yıl önce başlayan tüm vücutta yaygın ve şiddetli kaşıntı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde myalji ve ekzarlayıcı kısa sürede kaybolan küçük kızarıklık kabarıklıklar tanımlıyordu. Çeşitli topikal tedaviler kullanmasına rağmen semptomlarda belirgin bir gerileme olmamıştı.

Dermatolojik muayenesinde, yüz ve boyun bölgesi hariç tüm vücutta belirgin kuruluk, kaşıntıya sekonder ekzoriyasyon alanları izlendi. Hastanın kendi çektiği fotoğraflardan değerlendirildiği kadarıyla olup kaybolan kırmızı kabarıklıkların ürtika papülleri olduğu görüldü. Dermatografizm bakıldı ve pozitif olarak saptandı. Lezyonlardan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste hafif derecede spongiyoz, üst dermiste çevresinde az sayıda lenfosit olan belirgin damarlanma artışı görüldü. Direkt immün floresan negatifti. Rutin laboratuvar tetkiklerinde idrarda proteinüri saptandığı için daha detaylı istenen tetkiklerinde akut faz reaktanlarında yükseklik ve 1/3200 titrede anti nükleer antikor pozitifliği bulunarak konnektif doku hastalıkları açısından araştırılırken otoinflamatuvar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

hastalıklar açısından da genetik test istendi. Sonuçlarla romatoloji bölümünce değerlendirilen olguda kriterleri sağlamadığı için konnektif doku hastalığı düşünülmedi. Atopik dermatit açısından istenen immünglobulin E seviyesi yüksekti. Hastanın topikal tedavilere yanısızlığı göz önünde bulundurularak sistemik steroid tedavisi başlandı ve bu tedavi ile kaşıntısı rahatladı proteinürisi kayboldu. Doz azaltımı sırasında inkomplet konnektif doku olasılığı düşünülerek hidrosiklorokin eklendi ancak kaşıntısı artarak devam edince atopik dermatit düşünülerek siklosporin başlandı ve kaşıntısı büyük ölçüde geriledi. Bu arada sonuçlanan genetik analizinde otozomal dominant geçişli patojenik NLRP12 (heterozigot c.350_353del p.(ser117Leufs*30) mutasyonu saptandı ve hastaya NLRP12 ilişkili otoinflatuar hastalık (FCAS2) tanısı konarak tedaviye kolşisin eklendi.

Sonuç

NLRP12 mutasyonuna bağlı olgularda en sık izlenen klinik bulgular periyodik ateş, ürtiker benzeri döküntü, artralji, artritis, miyalji ve lenfadenopati. Diğer eşlik edebilen bulgular diyare, konjonktivit, oral aftlar, eritema nodosum, baş ağrısı, akut faz reaktanlarında yükseklik, hemolitik anemi ve glomerülopati.4 Sendromun klinik bulgularının oldukça değişkenlik gösterdiği klasik bulguların görülmediği olguların bulunduğu da bildirilmiştir.2 Bizim olgumuzda bu bulgulardan ürtiker, myalji, glomerülopati, akut faz reaktanlarında yükseklik ve ANA pozitifliği bulunuyordu.

Normalde NLRP12 inflamasyonu baskılayıcı etki gösterir ancak, bazı patojenik mutasyonları inflamazom aktivitesinin artmasına neden olarak IL-1 β ve IL-18 gibi proinflatuar sitokinlerin düzeylerini yükselttiği gösterilmiştir. Bu sitokinler, sadece doğal bağışıklık sistemini değil, aynı zamanda T ve B hücre yanıtlarını da aktive ederek otoimmün süreçleri tetikleyebilmektedir.3 Olgumuzda da NLRP12 mutasyonunun neden olduğu otoinflatuar sürecin steroide yanıt veren proteinüri ve yüksek titrede ANA pozitifliği gibi otoimmünite düşündürülen bulgularla devam etmesi bu bilgilerle uyumludur.

Bu olgu nedeniyle spesifik klinik ve histopatolojik bulgu göstermeyen hastalarda özellikle akut faz reaktanlarında yükseklik ve inkomplet otoimmünite bulguları varsa otoinflatuar hastalıkların akla gelmesi gerektiğine dikkat çekmek ve genetik testlerin yaptırılması gerektiğini hatırlatmak istiyoruz.

ANAHTAR KELİMELEER: FCAS2, NLRP12 mutasyonu, otoimmünite, otoinflatuar hastalık

KAYNAKLAR: 1. Demir F, Sözeri B. NLRP12-associated autoinflammatory disease: much more than the FCAS phenotype. Clin Exp Rheumatol. 2023 Oct;41(10):2115-2121. doi: 10.55563/clinexprheumatol/kzgpp3. Epub 2023 Oct 9. PMID: 37877365.

2. Wang HF. NLRP12-associated systemic autoinflammatory diseases in children. Pediatr



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Rheumatol Online J. 2022 Feb 5;20(1):9. doi: 10.1186/s12969-022-00669-8. PMID: 35123508; PMCID: PMC8817530.

3. Sidiropoulos PI, Goulielmos G, Voloudakis GK, Petraki E, Boumpas DT. Inflammasomes and rheumatic diseases: evolving concepts. Ann Rheum Dis. 2008 Oct;67(10):1382-9. doi: 10.1136/ard.2007.078014. Epub 2007 Oct 5. PMID: 17921182.

4. Shen M, Tang L, Shi X, Zeng X, Yao Q. NLRP12 autoinflammatory disease: a Chinese case series and literature review. Clin Rheumatol. 2017 Jul;36(7):1661-1667. doi: 10.1007/s10067-016-3410-y. Epub 2016 Sep 16. PMID: 27633793.

HASTANIN BACAĞININ İLK BAŞVURU FOTOĞRAFI



Şiddetli kaşıntı ve kuruluğu olan hastanın ilk başvurusunda bacakta kserozis ve ekskoriye alanlar görülmekte

HASTANIN BACAĞININ TAKİPLERDEKİ FOTOĞRAFI



Sistemik tedaviler sonrasında lezyonların önemli ölçüde azaldığı görülüyor.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-195][KABUL:POSTER]

ANTİ TNF TEDAVİSİ ALTINDA PENİSTE İNVAZİV SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM TANISI ALAN PSORİASİS OLGUSU

Melisa Özay¹, Senad Kalkan², Cüyan Demirkese³, Özlem Su Küçük¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Özel Üroloji Polikliniği, İstanbul

³Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Sistemik inflamatuvar hastalıklar, uzun süreli inflamasyonun neden olduğu hücresel stres, sitokin aktivasyonu ve genetik değişiklikler yoluyla malignite gelişimi açısından da risk oluşturabilir. Kronik inflamasyonun, DNA hasarı ve epigenetik değişiklikler üzerinden tümör gelişimine zemin hazırladığı gösterilmiştir. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan immünsupresif ve biyolojik ajanlar da lenfoma ve melanom dışı deri kanserleri (NMSC) başta olmak üzere bazı malignitelerin görülme sıklığını artırmaktadır. Bu nedenle, psoriatik hastalığı olan bireylerin tedavi sürecinde sistemik açıdan yakından izlenmesi gerekmektedir. Burada, psoriasis nedeniyle biyolojik ajanlarla uzun süre tedavi gören ve invaziv penis skuamöz hücreli karsinomu gelişen bir olgu sunarak, kronik inflamatuvar deri hastalığı olan hastalarda ayrıntılı deri muayenesinin ve sistemik incelemenin önemine dikkat çekmeyi amaçlıyoruz.

OLGU:

53 yaşında, 10 yaşından itibaren psoriasisi olan 13 yıldır deri psoriasisi ve psoriatik artrit nedeniyle konvansiyonel ve biyolojik tedaviler alan hasta Ekim 2024 yılında polikliniğimize başvurdu. Hastanın özel bölge tutulumlarını sorguladığımızda genital bölgede 8 yıldır lezyonlarının olduğu, daha önce gittiği hekimler tarafından psoriasis olarak değerlendirildiği ve son 6 aydır buradaki lezyonlarında artış olmasına rağmen muayeneden çekindiği için bu yakınmasını hekimlere belirtmediği öğrenildi. Hastanın ek olarak DM ve hiperlipidemisi mevcuttu. Kullandığı tedaviler arasında 1 ay siklosporin, 78 ay etanercept ve 12 ay certolizumab mevcuttu. Certolizumab tedavisi alırken deri lezyonlarında kısmen artış olması üzerine polikliniğimize başvurduğu sırada genital muayenesinde, glans penis çevresinde hemorajik, papülonodüler lezyonlar ve maserasyon dikkat çekti. Klinik olarak bowenoid papüloz, plazma hücreli balanit, melanom ve skuamöz hücreli karsinom (SCC) ön tanıları ile



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

eksizyonel biyopsi için üroloji hekimine yönlendirildi biyopsinin histopatolojik değerlendirilmesinde hem in situ hem de invaziv SCC tanısı kondu. Kontrastlı pelvik MR incelemesinde her iki inguinal bölgede en büyüğü sağda 30×10 mm boyutlu yağlı hiluslu lenf nodları izlendi. Operasyon sırasında alınan frozen kesitlerde, glans penis ve sol ventrolateral plakta in situ karsinom izlendi. PET-BT'de glans penis derisinde yer yer artmış FDG tutulumu gösteren hipermetabolik deri kalınlaşmaları ve sağ inguinal bölgede 22×12 mm boyutunda, metastaz lehine değerlendirilen hipermetabolik lenf nodu tespit edildi. Bunun üzerine sağ ilioinguinal lenf nodu eksizyonu yapıldı. 2 ay sonraki kontrol PET-BT'de, Ekim 2024 çalışmasıyla karşılaştırıldığında penis derisindeki hipermetabolik kalınlaşmalarda tam/tama yakın regresyon saptandı, önceki hipermetabolik lenf nodları izlenmedi. Hasta opere olduktan 3 ay sonra malignitelerde daha güvenli bir seçenek olan iksekizumab tedavisi başlandı. Hasta 4 aydır iksekizumab tedavisine devam etmektedir. Güncel PASI:0 olup operasyon sonrası genital bölgede herhangi bir lezyonu bulunmamaktadır.

SONUÇ:

Psoriasisli hastalarda, özellikle keratinosit kanseri ve lenfomalar olmak üzere, kanser riskinin hafifçe arttığı görülmektedir. Özellikle anti-TNF ajanlarının uzun süreli kullanımının melanom dışı deri kanserleri (özellikle skuamöz hücreli karsinom) gelişme riskini artırabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Öte yandan, IL-17 ve IL-23 inhibitörleri, mevcut literatürde malignite açısından daha güvenli bir seçenek olarak kabul edilmekte, tedavi etkinliğinin yanı sıra hastaların yaşam kalitesini artırma potansiyeliyle de ön plana çıkmaktadır. Olgumuzda görüldüğü üzere, genital bölge gibi gözden kaçabilecek alanların her muayenede dikkatli bir biçimde değerlendirilmesi, malign lezyonların erken tanısı ve hastaya zamanında müdahale açısından kritik rol oynamaktadır. Uzun süreli tedavi gören hastalarda, hem tedaviye bağlı risklerin hem de altta yatan inflamatuvar sürecin olası etkilerinin göz önünde bulundurulması, multidisipliner ve dikkatli bir izlem gerektirir.

ANAHTAR KELİMELEER: biyolojik tedavi, psoriasis, skuamöz hücreli karsinom

KAYNAKLAR: 1.Wu WT, Chiang MC, Huang YC, Chen YT, Huang YH. The risk of malignancy in patients with psoriasis treated with long-term tumour necrosis factor-alpha inhibitors: a systematic review and meta-analysis. Clin Exp Dermatol. 2024 Apr;49(4):e161–9.
2.Strober B, Leonardi C, Elmets C, Caivano J, Pillai R, Shah M, et al. Risk of malignancy with systemic psoriasis treatment in the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). J Am Acad Dermatol. 2018 Jan;78(1):81–8.e5.
3.Egeberg A, Hamann CR, Gislason GH, Skov L, Kofoed K. Cancer risk in patients with psoriasis

treated with biologics: a nationwide cohort study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023 Dec;37(12):e1003–5.

ÖNCE



SONRA





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-196][KABUL:POSTER]

**SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM YANLIŞ TANISI ALAN POSTOPERATİF PİYODERMA
GANGRENOSUM: OLGU SUNUMU**

Gülfiye Selin İzgi¹, Ayris Öztürk², Banu Yaman³, Ayda Acar¹, Işıl Karaarslan¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-

AMAÇ:

Piyoderma gangrenozum (PG), etiyojisi tam olarak aydınlatılamamış, nötrofilik dermatozlar grubunda sınıflandırılan; klinik olarak ağırlı, hızla progresyon gösteren, düzensiz ve eritematöz-viyolase kenar yapısına sahip kutanöz ülserlerle tanımlanan nadir bir enflamatuvar deri hastalığıdır (1,2). İnsidansı yaklaşık 100.000 kişide 0,63 ve ortalama başlangıç yaşı 59 olarak bildirilmiş olup sıklıkla inflamatuvar bağırsak hastalığı, romatoid artrit, hematolojik maligniteler ve monoklonal immünoglobulin A gamopatisi gibi sistemik hastalıklar ile ilişkilidir (3,4). Patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olsa da nötrofillerin hastalık sürecindeki rolü kabul edilen en önemli temel mekanizmadır (2). Multifaktöriyel patogenezi nedeniyle tanımlanması ve tedavisi zordur (5). Tanısı, enfeksiyöz/malign nedenlerin histopatolojik olarak dışlanması dayanır. Sistemik olarak değerlendirilmiş tanısal yaklaşımların eksikliği ise yanlış tanı ve ciddi kutanöz komplikasyonlara yol açabilmektedir (6). Burada, başlangıçta skuamöz hücreli karsinom tanısı alan, postoperatif gelişen ve immünsupresif tedaviye dramatik yanıt veren bir PG olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

Altmış yaşında diyabet, hipertansiyon ve astım öyküsü olan kadın hasta, sağ aurikulada akneiform başlangıçlı ve zamanla ülser hale gelen lezyon nedeniyle dermatoloji kliniğine başvurmuş (Şekil 1a). Lezyondan shave biyopsi alınmış; aktinik keratoz olarak raporlanmış. Reçete edilen tedaviden fayda görmeyen hastaya konkal kartilajın tamamını içine alan insizyonel biyopsi yapılmış ve skuamöz hücreli karsinom (SHK) tanısıyla sağ auricula total eksizyonu, parotis ve boyun eksplorasyonu uygulanmış. Postoperatif 1. ayda hastanın saçlı derisi, yüzü, nazal dorsumu ve insizyon hattında pürülan akıntılı ülserler gelişmesi üzerine



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

hasta tarafımıza başvurdu (Şekil 1b-d).

Operasyon ile çıkarılan sağ aurikula eksizyonel biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde yüzey epitelinde psödoepitelyomatöz hiperplazi bulguları, dermada kıkırdak nekrozu, yer yer mikroabse odakları, epiteloid histiyosit ile karakterli granülom formasyon alanları ile karakterli kondrodermatitis helicis bulguları saptanmış. Grocott's GMS, gram, asit fast ve p53 histokimyasal incelemeler ile negatif saptanmış, frozen örneklerinde tümör izlenmemiş. Eksize edilen LAP ise reaktif lenf nodülü olarak değerlendirilmiş. Lezyondan daha önce insizyonel biyopsi ile alınan, SHK olarak raporlanan histopatoloji preparatı, patoloji birimimizce konsülte edildi. Ülseröz yangı zemininde az sayıda yabancı cisim tipi multinükleer dev hücreler izlendi, tümör izlenmedi.

Lezyondan alınan kültürde *Mucor circinelloides* üremesi saptandı, antifungal tedavi tamamlandı; ancak lezyonlar tedaviye rağmen progresyon gösterdi (Şekil 2a). Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde PG tanısı konuldu.

Mucor circinelloides üremesi mevcut olan hastaya 80 mg/gün metilprednizolon tedavisi ile birlikte intravenöz immünglobulin (IVIG) tedavisi başlandı. Tedavinin 1. haftasında lezyonlarda regresyon izlendi (Şekil 2b). Tedricen doz düşümü yapılarak 4 mg/gün metilprednizolon ile idame tedaviye geçilen hastada lezyonlar neredeyse tamamen geriledi ve nüks gelişmedi (Şekil 2c-d).

SONUÇ:

Bu olgu, PG'nin klinik ve histopatolojik olarak maligniteyi taklit edebilmesi nedeniyle gereksiz cerrahi riskini vurgulamaktadır. Literatürde PG'nin %26,31 olguda psödoepitelyomatöz hiperplazi gösterdiği, SHK ile karışabildiği ve postoperatif paterji ile progresyon gösterebileceği bildirilmiştir (7,8,9). Auriküler tutulum son derece nadir olmakla birlikte, benzer lokalizasyonlu olgular sunulmuştur (10,11).

PG tedavisinde IVIG, özellikle komorbiditesi bulunan veya enfeksiyon riski yüksek hastalarda etkin bir seçenektir (12). IVIG'nin, tek lezyonlu PG'de tam remisyon oranını artırdığı ve steroid dirençli olgularda güvenle kullanılabildiği bildirilmiştir (13). Olgumuzda da IVIG ve kortikosteroid kombinasyonu ile hızlı regresyon sağlanmıştır.

Olgumuz, PG'un klinik ve histopatolojik olarak maligniteyi taklit edebilmesi nedeniyle yanlış tanı, gereksiz cerrahi müdahale riskini, paterji fenomeninin tetiklediği hızlı progresyonu ve komorbiditeli hastalarda IVIG'in güvenli etkinliğini ortaya koymasından dikkat çekicidir.

ANAHTAR KELİMELE: paterji fenomeni, piyoderma gangrenosum, skuamöz hücreli karsinom



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1. Maronese CA, Pimentel MA, Li MM, Genovese G, Ortega-Loayza AG, Marzano AV. Pyoderma Gangrenosum: An Updated Literature Review on Established and Emerging Pharmacological Treatments. *Am J Clin Dermatol.* 2022 Sep;23(5):615-634. doi: 10.1007/s40257-022-00699-8. Epub 2022 May 24. PMID: 35606650; PMCID: PMC9464730.
2. Alavi A, French LE, Davis MD, Brassard A, Kirsner RS. Pyoderma Gangrenosum: An Update on Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2017 Jun;18(3):355-372. doi: 10.1007/s40257-017-0251-7. PMID: 28224502.
3. Langan SM, Groves RW, Card TR, Gulliford MC. Incidence, mortality, and disease associations of pyoderma gangrenosum in the United Kingdom: a retrospective cohort study. *J Invest Dermatol.* 2012 Sep;132(9):2166-70. doi: 10.1038/jid.2012.130. Epub 2012 Apr 26. PMID: 22534879.
4. Chevrant-Breton J, Logeais B, Pibouin M. Pyoderma gangrenosum (pyodermite phagédénique) [Pyoderma gangrenosum (phagedenic pyoderma)]. *Ann Dermatol Veneréol.* 1989;116(8):577-89. French. PMID: 2688518.
5. Braswell SF, Kostopoulos TC, Ortega-Loayza AG. Pathophysiology of pyoderma gangrenosum (PG): an updated review. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Oct;73(4):691-8. doi: 10.1016/j.jaad.2015.06.021. Epub 2015 Aug 5. PMID: 26253362.
6. F. Jockenhöfer, U. Wollina, K.A. Salva, S. Benson, J. Dissemond, The PARACELSUS score: a diagnostic tool for pyoderma gangrenosum, *British Journal of Dermatology*, Volume 180, Issue 3, 1 March 2019, Page e79.
7. Patel MS, Jotva DH, Dhinoja NV, Patel RP, Patel NM. Clinico-histopathological Features of Pyoderma Gangrenosum: A Case Series. *Natl J Lab Med.* 2022;11(1):PS01-PS05.
8. M. González-Sabín, E. Rodríguez-Díaz, P. Gonzalvo-Rodríguez, I. Astola-Hidalgo, Pioderma gangrenoso simulando un carcinoma epidermoide, *Actas Dermo-Sifiliográficas*, Volume 110, Issue 5, 2019, Pages 400-402, ISSN 0001-7310. doi: 10.1016/j.ad.2018.02.022
9. Wolfe CM, Green WH, Cognetta AB Jr, Baniahmad O, Hatfield HK. Atypical pyoderma gangrenosum of the dorsal hand mimicking squamous cell carcinoma. *J Hand Surg Am.* 2012 Sep;37(9):1835-8. doi: 10.1016/j.jhsa.2012.06.019. Epub 2012 Jul 31. PMID: 22854258.
10. Dos Santos Sousa MC, Lima Lemos EF, Oliveira De Moraes O, Silva Leite Coutinho AS, Martins Gomes C. Pyoderma gangrenosum leading to bilateral involvement of ears. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2014 Jan;7(1):41-3. PMID: 24563696; PMCID: PMC3930540.
11. Iijima S, Ogawa T, Nanno Y, Tsunoda T, Kudoh K. Pyoderma gangrenosum first presenting as a recalcitrant ulcer of the ear lobe. *Eur J Dermatol.* 2003 Nov-Dec;13(6):606-9. PMID: 14721788.
12. Kapetanovic I, Tanasilovic S, Lalošević J, Zivanovic D. Refractory steroid-resistant pyoderma gangrenosum successfully treated with intravenous immunoglobulins. *Dermatol*

Ther. 2020 Nov;33(6):e14322. doi: 10.1111/dth.14322. Epub 2020 Oct 1. PMID: 32965072.
13. Haag CK, Ortega-Loayza AG, Latour E, Keller JJ, Fett NM. Clinical factors influencing the response to intravenous immunoglobulin treatment in cases of treatment-resistant pyoderma gangrenosum. J Dermatolog Treat. 2020 Nov;31(7):723-726. doi: 10.1080/09546634.2019.1606888. Epub 2019 May 6. PMID: 30998080.

ŞEKİL 1.



a. Sağ aurikulada sınırları düzensiz, eritemli, ödemli, ülseratif lezyon ile seropürülan akıntı, hastanın tarafımıza başvurmadan önceki operasyon öncesi fotoğrafı b. Saçlı deri, frontal bölge ve nazal dorsum üzerinde eroziv ülsere nodüler lezyonlar c. Saçlı deride hızla genişleyen, kenarlı düzensiz ve viyolese renkte, pürülan akıntılı ülsere lezyon d. Sağ aurikula insizyon bölgesinde dehisans ve pürülan akıntılı ülsere lezyon

ŞEKİL 2.



a. Burun dorsumunda hızla progrese olan nekrotik dokuların görülebildiği, pürülan akıntılı, eritematöz, endüre nodüler lezyon b. Metilprednizolon tedavisinin ilk haftasında, burun dorsumunda yer alan, boyutunda belirgin regresyon izlenen lezyon c. Tedavi sonrası burun



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

dorsumu ve frontal bölgede gelişen skar dokusu d. Tedavi sonrası saçlı deride neredeyse tamamen gerileyen lezyon yerinde görülen eritemli alanlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-197][KABUL:POSTER]

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR SAĞLIK MERKEZİNDE KUTANÖZ AMİLOİDOZLARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülay Keyik Kodalak, Yusuf Can Edek, Berkay Temel, Murat Orhan Öztaş, Ahmet Burhan Aksakal, Nilsel İlter, Esra Adışen

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD

AMAÇ:

Primer lokalize kutanöz amiloidoz (PLKA) sistemik tutulum olmadan dermiste amiloid birikimi ile karakterize nadir bir deri hastalığıdır. PLKA'nın dört alt tipi tanımlanmıştır: liken amiloidoz (LA), maküler amiloidoz (MA), nodüler amiloidoz (NA) ve LA ile MA'nın birlikte görüldüğü bifazik amiloidozdur.

LA, PLKA'nın en sık görülen tipidir ve genellikle lokalize görülebilir. LA genellikle pretibial bölgede yerleşir ve genellikle hiperpigmente grube papüller olarak karşımıza çıkar. MA, genellikle kahverengi kaşıntılı maküller olarak karşımıza çıkar ve genellikle sırtta görülür. NA ise PLKA'nın en nadir görülen formudur.

Bu çalışmada, üçüncü basamak sağlık merkezinde PLKA'nın klinik özelliklerini incelemeyi, tanı ve tedavi yaklaşımlarını değerlendirmeyi ve literatürdeki güncel bilgileri derlemeyi amaçlamaktadır.

MATERYAL-METOD:

2018-2024 yılları arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı ve dış merkezde amiloidoz tanısı almış hastalar hastane veri tabanından retrospektif olarak taranmıştır. Çalışmanın etik onayı Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan alınmıştır. Verilerin istatistiği IBM SPSS ile yapılmıştır.

BULGULAR:

2018-2024 arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi'ne ve dış merkezde kutanöz amiloidoz tanısı almış hastalar retrospektif olarak taranmış ve 116 hasta hastane veri tabanı sistemi üzerinden bulunmuştur. 116 hastanın %80'i kadın, %20'si erkekti ve ortalama yaş 55.6'ydı.

Hastalarda en sık görülen komorbidite %17'inde Diabetes Mellitus, %16'sında hipertansiyon,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

%13'ünde tiroid hastalığıydı. Hastaların %75'i MA, %24'ü LA ve %0.8'i NA'ydı. Hastaların Fitzpatrick deri tipleri II-IV aralığındaydı ve ortalama hastalık süresi 39 aydı. Hastaların %61'inde şikayet başlangıcı ve tanı koyma süresi arasında gecikme vardı ve bu gecikme süresi ortalama 30 aydı. Hastaların %0.8'inde saçlı deride, %5'inde yüzde, %13'ünde göğüste, %14'ünde abdomende, %33'ünde sırtta, %14'sinde üst ekstremitede, %18'inde alt ekstremitede idi. 46 hastadan biyopsi alınmıştı ve ön tanımlar incelendiğinde en sık ön tanı hastaların %71'inde amiloidozdu. Biyopsi sonuçlarında ise; hastaların %60'ı MA, %38'i LA, %2'si NA'ydı.

Hastaların %95'ine topikal tedavi verilmişti. Hastalara verilen topikal tedavilere bakıldığında ise hastaların %22'sine klobetazol propionat, %21'ine metilprednizolon aseponat, %11'ine mometazon ve %5'ine takrolimus verilmişti.

Hastaların %30'una sistemik tedavi uygulanmıştı. Hastaların yüzde %47'sinde desloratadin, %32'sinde bilastin ve %8'inde betametazon kullanılmıştı. Hastaların %7'sine fototerapi verilmişti. Hastaların %4'üne dar bant UVB, %3'üne UVA1 tedavisi verilmişti.

Hastaların %63'üne sadece topikal tedavi, %33'üne sadece sistemik tedavi ve %32'sine topikal ve sistemik birlikte tedavi verilmişti.

SONUÇ:

PLKA ile ilgili daha önce yapılan 2645 hastalık vaka serisinde %57 LA, %28 MA görülürken bizim vaka serimizde en sık görülen alt tip MA olmuştur. Daha önce yapılan vaka serisinde LA için ortalama yaş 44 olarak saptanmış olup erkek/kadın oranı 1:1.8 gelmişti, MA için ortalama yaş 35 olup erkek/kadın oranı 1:4'dü. Bizim vaka serimizde erkek/kadın oranı 1:4.04 ve ortalama yaş 55.6 olarak gelmiştir ve önceki vaka serilerinde görülen ortalama yaşa göre daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmadaki hastalar Fizpatrick deri tipi II-IV arasındaydı. PLKA genellikle koyu ten fototiplerinde daha sık görülse de, açık tenli bireylerde de gelişebileceği görülmektedir.

Bizim vaka serimizde öncelikli olarak topikal tedaviler önceliklendirilmiş olup bunu sistemik tedavi ardından fototerapi izlemektedir. Çalışmada en başarılı tedavi yanıtı ise yüksek potent topikal kortikosteroid ile fototerapi kombinasyonunda görülmüştür. Topikal kortikosteroidler ile antihistaminik kombinasyonunda ise hastalıkların kaşıntı şikayetindeki azalma sadece topikal tedavi kullanan hastalara göre daha anlamlı olmuştur. Daha büyük hasta sayıları ile yapılacak olan çalışmalarla en iyi tedavi yanıtının bulunması ileri çalışmalarda amaçlanabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: kutanöz amiloidoz, biyopsi, kongo kırmızısı

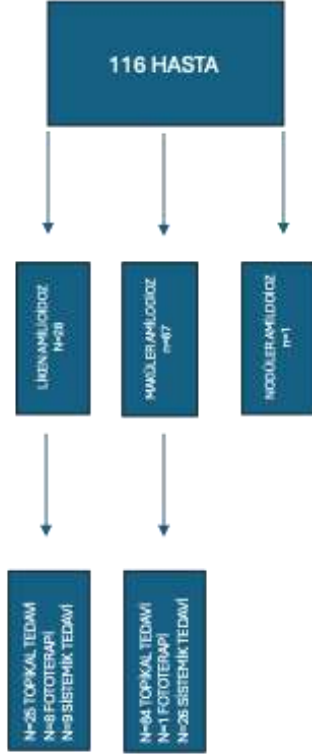


**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1. Breathnach SM. Amyloid and amyloidosis. *J Am Acad Dermatol.* 1988;18(1 Pt 1):1–16. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(88\)70001-8](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(88)70001-8). Pt 1
2. Tanaka A, Arita K, Lai-Cheong JE, Palisson F, Hide M, McGrath JA. New insight into mechanisms of pruritus from molecular studies on familial primary localized cutaneous amyloidosis. *Br J Dermatol.* 2009;161:1217–24. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09311.x>.
3. Weyers W, Weyers I, Bonczkowitz M, Diaz-Cascajo C, Schill WB. Lichen amyloidosis: a consequence of scratching. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:923–8. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(97\)70066-5](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(97)70066-5).
4. Jih MH. Biphasic cutaneous amyloidosis. *Dermatol Online J.* 2001;7(2):15. <https://doi.org/10.5070/d30kh3w51d>.
5. Schreml S, Szeimies RM, Vogt T, et al. Cutaneous amyloidoses and systemic amyloidoses with cutaneous involvement. *Eur J Dermatol.* 2010;20(2):152–60. doi:10.1684/ejd.2010.0842
6. Guillet, C. (2022). Primary localized cutaneous amyloidosis: A retrospective study of an uncommon skin disease in the largest tertiary care center in Switzerland. *Dermatology*, 238(5), 579–586. <https://doi.org/10.1159/000521174>
7. Aung, T., Noakes, R., Murrell, D. F., Daniel, B. S., & Kelati, A. (2023). Primary cutaneous amyloidosis: A review of the available studies and gaps in data. *Australasian Journal of Dermatology*, 64(1), e40–e46. <https://doi.org/10.1111/ajd.14012>
8. Tay CH, Dacosta JL. Lichen amyloidosis. Clinical study of 40 cases. *Br J Dermatol.* 1970;82(2):129–36. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1970.tb15003.x>.
9. Weidner, T., Illing, T. & Elsner, P. (2017) 'Primary localized cutaneous amyloidosis: A systematic treatment review', *American Journal of Clinical Dermatology*, 18, pp. 629–642. doi:10.1007/s40257-017-0278-9.
10. Oh, S.-M., Ahn, H.-J., & Shin, M. K. (2023). Clinical characteristics of lichen amyloidosis associated with atopic dermatitis: A single center, retrospective study. *Annals of Dermatology*, 35(6), 432–438. [https://doi.org/10.5021/ad.23.006:contentReference\[oaicite:7\]{index=7}](https://doi.org/10.5021/ad.23.006:contentReference[oaicite:7]{index=7})
-

ŞEKİL 1



TABLO

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	93	80.2
Erkek	23	19.8
Yaş ortalaması	55.6 (18-97)	
Komorbiditeler		
Diyabetes Mellitus	20	17
Hipertansiyon	18	16
Tiroid hastalığı	15	13
Alt Tip		
MA	87	75
LA	28	24
NA	1	0.9
Hastalık süresi ortalama (ay)	39	
Lokalizasyon		
Saçlı deri	1	
Yüz	6	5.2
Göğüs	13	11.2
Abdomen	15	12.9
Sırt	34	29.3
Üst ekstremité	15	12.9
Alt ekstremité	19	16.4
Generalize	1	0.9

Tablo 1

Tedavi Yöntemi	n	%
Topikal tedavi		
Klobeteazol	27	22
Metilprednisolon	26	21
Mometazon	13	11
Takrolimus	6	5
Sistemik tedavi		
Desloratadin	16	47
Bilastin	11	32
Betametazon	3	8
Fototerapi		
Dar bant UVB (dbUVB)	5	
UVA1	4	

Tablo 2



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-199][KABUL:POSTER]

COĞRAFİK STOMATİT: OLGU SUNUMU

Şeyma Demirel, Atiye Akbayrak, Ömer Kutlu

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi, Tokat

GİRİŞ:

Benign migratuar glosit(BMG), diğer adıyla coğrafik dil(CD), genellikle dilin lateral ve dorsal yüzeylerinde görülen, asemptomatik, eritematöz, yer değiştiren ve halka şeklinde lezyonlarla seyreden bir tablodur(1). Ekstralingual lezyonlar coğrafik stomatit(CS) olarak da adlandırılır; nadir olarak görülür ve esas olarak labial, bukkal mukozalar, dudaklar ve ağız tabanında yer alır(1,2). Burada coğrafik stomatit tanısı alan olgu nadir görülmesi sebebiyle sunuldu.

OLGU:

Kırk beş yaşında kadın hasta, 5 yıldır ara ara olan ve birkaç aydır devam eden ağızda yanma şikayetiyle başvurdu. Hastanın oral mukoza muayenesinde alt dudak mukozasında hafif kabarık, beyazımsı etrafı eritemli lezyonlar izlendi(Resim 1), dil ve oral mukozanın geri kalanı doğal görünümdeydi. Hastanın fizik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Ayrıca hastanın özgeçmişi ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hastadan oral kandidiyazisi dışlamak amacıyla KOH incelemesi yapıldı ve negatif olarak sonuçlandı. Hastaya mevcut klinik görünümü ve hikayesiyle coğrafik stomatit tanısı kondu. Hastaya hastalığın doğası hakkında bilgisi verildi, baharatlı gıdalardan uzak durması önerildi, yanma hissi nedeniyle sükralfat gargara reçete edildi.

SONUÇ:

Coğrafik stomatit; migratuar stomatit, ektopik coğrafik dil ya da migratuar mukozit gibi farklı adlarla da bilinmektedir. Genellikle asemptomatik seyretmekte olup, kadın ve erkeklerde görülme oranı eşittir(3). Lezyonların çoğu hastada asemptomatik olması ve hastaların ağız mukozasında mevcut bu lezyonların farkında olmaması, hastalığın gerçek prevalansını belirlemeyi güçleştirmektedir. Bununla birlikte, genel popülasyonda görülme sıklığı yaklaşık %1–2 olarak tahmin edilmektedir(4). CS'in en sık görüldüğü bölgeler sırasıyla; dil, ardından bukkal mukoza, alt labial mukoza, mukobukkal sulkus, vestibül, ağız tabanı, dudaklar ve yumuşak damak olarak bildirilmiştir(5). Bizim olgumuzda ise alt labial mukozada lezyonlar izlenmiştir. Hume sınıflamasına göre bu hasta Tip 4 grubuna dahil edilmiştir. CS, nükseden ve



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

yer değiştiren bir durumdur ancak lezyonların aktivitesine bağlı olarak, aynı anda birden fazla bölgede tutulum da görülebilir(4). CS'in etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Bazı ailelerde kalıtsal bir dağılım göstermesi, genetik faktörlerin olası bir etiyolojik ya da predispozan etken olduğunu düşündürmektedir(6). Ancak, bizim hastamızın aile bireylerinde CS veya CD öyküsü bulunmamaktadır. Literatürde bu duruma ilişkin sınırlı sayıda bildirim mevcuttur ve fissürlü dil, Reiter sendromu, atopik dermatit ve psöriazis gibi diğer oral ve kutanöz durumlarla ilişkisi öne sürülmüş olsa da, bu ilişki hala tartışmalıdır(7). En yaygın ilişki psöriazis iledir. Birkaç çalışma, psöriazis hastalarında kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında CD ve fissürlü dil insidansının önemli ölçüde arttığını bulmuştur(8). Bizim olgumuzun ek hastalığı bulunmamaktadır. Ayırıcı tanılar arasında; aftöz stomatit, liken planus, ve oral kandidiyazis yer almıştır. Olgumuzda lezyonların klinik görünümü diğer ayırıcı tanılarla uyum göstermemiştir ve KOH incelemesi negatif olarak saptanmıştır. Bu hastalığın etiyolojisi bilinmediği için tedavi stratejileri, semptomların varlığına ve şiddetine göre belirlenmektedir. Asemptomatik hastalarda, hastaya lezyonun iyi huylu karakterde olduğu bilgisi verilmesi yeterlidir. Ancak semptomatik hastalarda, semptom şiddeti tedavi seçiminde belirleyici rol oynamaktadır. Bu gibi durumlarda önerilen tedavi ajanları arasında; topikal analjezikler, antihistaminikler, anksiyolitikler ve kortikosteroidler bulunmaktadır. Ayrıca, A vitamini ve topikal takrolimus bu lezyonların tedavisinde etkili ajanlar olarak önerilmektedir(9).

Coğrafik dil yaygın bir durumdur, ancak ektopik yerleşimler muhtemelen yeterince teşhis edilmemiştir. Bu bağlamda alt dudak mukoza tutulumu nadirdir. Tanı, özellikle daha karakteristik dil tutulumu ile bir ilişki olmadığında zor olabilir. Oral mukoza muayenesinde klinisyenlerin ayırıcı tanısında CS bulunması faydalı olabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: coğrafik dil, coğrafik stomatit, migratuar stomatit

KAYNAKLAR: 1. Hume WJ. Geographic stomatitis: a critical review. J Dent. 1975;3:25–43. doi: 10.1016/0300-5712(75)90020-2.

2. Picciani B, Silva-Junior G, Carneiro S, Sampaio AL, Goldemberg DC, Oliveira J, Porto LC, Dias EP. Geographic stomatitis: an oral manifestation of psoriasis? J J Dermatol Case Rep. 2012;6:113–116.

3. Zadik Y, Drucker S, Pallmon S. Migratory stomatitis (ectopic geographic tongue) on the floor of the mouth. JAAD 2011; 65(2):459-60.

4. Glick M. Burket's oral medicine. PMPH USA; 2015.

5. Garma M, Hasni W, Hassouna M, Messaoud NB, Youssef SB, Boughzela A. Isolated Migratory Stomatitis: Report of A Rare Case. Int J Clin Dermatol Res 2018; 6(8):190-2.

6. Abbasi F, Sehatpour A, Sajedi SM, Bahadori P, Nouri M. Galen Med J. 2021 Aug 9;10:e2107.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

7. Netto JN, Dias MC, Garcia TR, Amaral SM, Miranda ÁM, Pires FR. J Clin Exp Dent. 2019 Sep 1;11(9):e845-e849
 8. Picciani BL, Domingos TA, Teixeira-Souza T, Santos Vde C, Gonzaga HF, Cardoso-Oliveira J, et al. Geographic tongue and psoriasis: clinical, histopathological, immunohistochemical and genetic correlation - a literature review. An Bras Dermatol. 2016;91:410–421.
 9. van der Wal N, van der Kwast WA, van Dijk E, van der Waal I. Geographic stomatitis and psoriasis. Int J Oral Maxillofac Surg. 1988;17:106–109.
-

RESİM 1



Alt dudak mukozasında hafif kabarık, beyazımsı etrafı eritemli lezyonlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-200][KABUL:POSTER]

ANETODERMA BENZERİ DERİ TUTULUMUNUN GÖRÜLDÜĞÜ DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOSUS (DLE) OLGU SUNUMU

Murat Özkan¹, Ahmet Emre Avcı¹, Faruk Emre Enikonu¹, Duygu Yamen¹, Cem Leblebici², Ayşe Esra Koku Aksu¹

¹İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, İstanbul Türkiye

²İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ:

Diskoid Lupus Eritematosus(DLE) kronik kutanöz lupus eritematosusun en yaygın formudur.Sıklıkla yanaklar, burun, alın, kulaklar ve boyun gibi güneşe maruz kalan bölgelerde gelişir. Genellikle 1-2cm çapında yuvarlak, oval veya düzensiz şekillerde, keskin sınırlı, eritemli, skuamli plaklarla karakterizedir. Merkezinde sıkıca yapışmış beyaz foliküler hiperkeratotik skuam bulunur. Kronikleşen DLE plakları atrofik hale gelir ve ortası depigmente,periferi hiperpigmente atrofik skar bırakır. DLE kıl folikülerini tutabildiğinde skatrisyel alopesi gelişir. Bazı olgularda DLE anetoderma benzeri görünüm gösterebilir.

OLGU:

: 2014 yılında şikayetleri başlayan 39 yaşındaki kadın hasta saçlarında dökülme her iki kolunda burun üzerinde deriden kabarık kızarıklık alanlar şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 2015 yılında dış merkezde sol önkol lateralinden alınan biyopsi sonucu DLE ile uyumluydu. Soy geçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde hastanın bilateral üst ekstremitte proksimallerinde, burunda çapları değişken en büyüğünün çapı yaklaşık 3 cm olan atrofik eritemli plak ve verteks bölgesinde skatrisyel alopesi ile uyumlu atrofik plak izlendi. (Resim 1 ve 2)

Videodermoskopik incelemede verteks bölgesinde skatrisyel alopesi ile uyumlu olacak şekilde kıl foliküllerinin kaybı, fibrozise sekonder olduğu düşünülen porselen beyazı görünüm ve bazı alanlarda yer yer damarlanma artışı saptandı. (Resim 3 ve 4)

Histopatolojik incelemede sol kol ekstansör yüzdeki lezyonda epidermiste retelerde kayıp, total hafif derecede bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, seyrek lenfosit ile yüzeysel ve derin dermiste damarların etrafını sıkıca saran yer yer perifoliküler alanda izlenen, yoğun lenfositik hücre infiltrasyonu, kollajen liflerin arasında belirgin Alcian Blue (+) münöz materyal saptandı. Biyopsi sonucu DLE ile uyumlu olarak raporlandı. (Resim 5, 6 ve 7)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Hastanın sol kol ekstansör yüzdeki eritemli zeminde atrofik plak klinik olarak anetoderma olarak değerlendirilmiş olup biyopsi sonucu DLE saptanması üzerine sol kol ekstansör yüzdeki eritemli zemindeki atrofik plak ANETODERMA BENZERİ DLE olarak yorumlanmıştır.

Hastanın Anetoderma benzeri DLE olarak kabul edilmesinin ardından hastadan hemogram, tam idrar tetkiki, spot idrar tetkiki, romatolojik belirteçler istendi. Hasta anemi saptanması nedeniyle dahiliyeye lupus antikoagülanı yüksek saptanması ve SLE açısından araştırılması amacıyla romatolojiye plaquenil planlanması nedeniyle göz hastalıklarına ve ilaç kullanım sırasındaki kontrasepsiyon açısından kadın doğum ve hastalıklarına yönlendirildi. Göz hastalıkları plaquenil başlanmasında kontrendike durum olmadığını belirtti.

SONUÇ:

: DLE kronik kutanöz lupus eritematosusun en sık görülen formu olup sıklıkla güneşle teması olan alanlarda görülen bir hastalıktır. DLE saçlı deride skatrisyel alopesiye, güneşle teması olan bölgelerde anetoderma benzeri görünüme yol açması nedeniyle ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. DLE şüphesi varlığında histolojik doğrulama tanısaldır ve saçlı deride skatrisyel alopesiye eşlik eden anetoderma benzeri deri lezyonlarında hasta DLE açısından araştırılmalıdır. DLE saptanması halinde gerekli dallara (romatoloji, dahiliye, göz hastalıkları, kadın doğum ve hastalıkları) yönlendirilmeli ve SLE gelişme potansiyeli açısından yakın takibe alınmalıdır

ANAHTAR KELİMELELER: Anetoderma, DLE, SLE

KAYNAKLAR: İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği Arşivi

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği Arşivi

Koku E., Gürel M., Durdu M., Erdemir A., Karadağ A, Temel Dermatoloji,(İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi,2023;509)

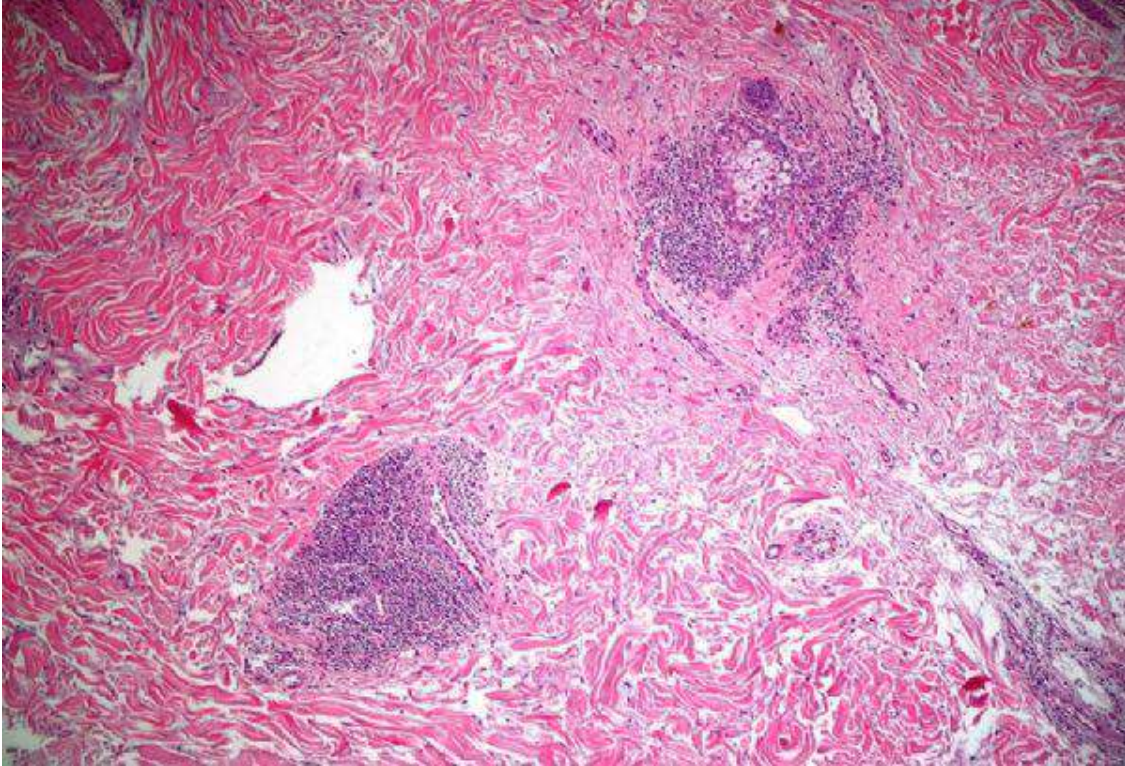
Bolognia J., Schaffer J.,Cerroni L., Dermatology International Edition 5th Edition (Elsevier Kitapevi,2024;665)

SOL KOL EKSTANSÖR YÜZDE YAKLAŞIK 2 CM ÇAPINDA LİVİDİ RENKLİ ATROFİK PLAĞIN KLİNİK GÖRÜNTÜSÜ



Anetoderma benzeri deri tutulumunun görüldüğü Diskoid Lupus Eritematosus (DLE) sendromu taşıyan hastada sol kol ekstansör yüzde yaklaşık 2 cm çapındaki lividi renkli atrofik plağın klinik görüntüsü

SOL KOL EKSTANSÖR YÜZDE YAKLAŞIK 2 CM ÇAPINDA LİVİDİ RENKLİ ATROFİK PLAĞIN HİSTOPATOLOJİK GÖRÜNTÜSÜ



Anetoderma benzeri deri tutulumunun görüldüğü Diskoid Lupus Eritematosus (DLE) sendromu taşıyan hastada sol kol ekstansör yüzde yaklaşık 2 cm çapındaki lividi renkli atrofik plağın histopatolojik görüntüsü



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-201][KABUL:POSTER]

**BİMEKİZUMAB TEDAVİSİ ALTINDAKİ PLAK PSORİASİS OLGULARINDA GERÇEK YAŞAM
VERİLERİ: KLİNİK YANIT VE ALT GRUP ANALİZLERİ**

Sera Nur Yücesoy Temiz, Güllü Gencebay, Didem Dizman, Melisa Özay, Özlem Su Küçük
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Psoriasis vulgaris, yaşam kalitesini belirgin düzeyde etkileyen, kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Tedaviye yanıt ve hastalık kontrolü açısından hedefe yönelik biyolojik ajanlar, son yıllarda terapötik yaklaşımlarda devrim yaratmıştır. Bimekizumab, hem interlökin-17A (IL-17A) hem de interlökin-17F (IL-17F)'i nötralize etmesiyle mevcut ajanlardan ayrılan, yeni nesil bir IL-17 inhibitörüdür. Faz 3 klinik çalışmalarda erken dönemde yüksek oranlı PASI90 ve PASI100 yanıtları ile dikkat çeken bu ajan, güncel kılavuzlarda etkili bir seçenek olarak yer almaktadır. Ancak, klinik araştırmalarda elde edilen verilerin gerçek yaşam koşullarındaki yansımaları sınırlı sayıda çalışmayla değerlendirilmiştir. Bu nedenle, bimekizumab tedavisi altındaki psoriasis vulgaris hastalarının gerçek yaşam verileriyle değerlendirilmesi, hem klinik pratiği yönlendirmek hem de hasta alt gruplarına göre yanıt farklılıklarını ortaya koymak açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, bimekizumab tedavisi başlanan plak tipi psoriasis hastalarında, tedavinin erken dönem etkinliği değerlendirilmiş; PASI90 ve PASI100 yanıt oranları incelenmiş ve tedavi yanıtını etkileyebilecek klinik-demografik faktörler alt grup analizleri ile karşılaştırılmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Etik Kurul onayı ile retrospektif ve tek merkezli olarak planlanan çalışmaya, 2024–2025 yılları arasında bimekizumab tedavisine başlanan ve en az 20 hafta takip edilen 27 erişkin hasta dahil edilmiştir. Hastalara ait demografik özellikler, hastalık süresi, sigara öyküsü, eşlik eden psoriatik artrit (PsA) varlığı, önceki biyolojik tedavi kullanımı ve yüz, skalp, genital bölge gibi zor bölgelerdeki tutulum durumu retrospektif olarak kaydedilmiştir. Klinik etkinlik, PASI (Psoriasis Area and Severity Index) skorları ile tedavi başlangıcı ve 4., 8., 12., 16. ve 20. haftalarda değerlendirilmiştir. PASI90 ve PASI100 oranları hesaplanmış; cinsiyet, biyolojik-naivlik, PsA varlığı ve zor bölge tutulumu gibi değişkenlere göre alt grup karşılaştırmaları yapılmıştır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 40 olup, hastaların %48'i kadın, %52'si erkekti. Ortalama hastalık süresi 17 yıl idi. Hastaların %70'i biyolojik tedavi deneyimliydi; en sık adalimumab, ustekinumab ve sekukinumab kullanım öyküsü mevcuttu. Hastaların %55'inde PsA tanısı da mevcut olup; yüz, genital ve skalp tutulumu sırasıyla %37, %30 ve %40 oranında gözlemlendi. Tedavi sonrası PASI skorlarında belirgin ve hızlı gerileme izlendi. PASI90 yanıt oranları 4. haftada %18.5, 8. haftada %59.3, 12. haftada %88.9, 16. ve 20. haftada %92.6 olarak hesaplandı. PASI100 yanıtları ise aynı haftalar için sırasıyla %7.4, %22.2, %48.1, %70.4 ve %85.2 idi.

Alt grup analizlerinde 20. haftada PASI100 yanıtı; erkeklerde %92.9, kadınlarda %76.9 ($p=0.53$), biyolojik-naiv hastalarda %100, biyolojik naiv olmayan olgularda %78.9 ($p=0.41$), PsA'sı olmayanlarda %100, PsA'lılarda %73.3 ($p=0.16$) olarak izlendi. Zor bölge tutulumu olan hastalar ile olmayan hastalar arasında tedavi yanıtı açısından anlamlı fark izlenmedi.

SONUÇ:

Çalışmamız bimekizumab tedavisinin plak tip psoriasisde erken dönemde yüksek oranda klinik yanıt sağladığını göstermektedir. Özellikle biyolojik-naiv olan ve PsA'sı olmayan hastalarda daha yüksek PASI100 oranları izlenmiştir.

ANAHTAR KELİMELEER: bimekizumab, biyolojik tedavi, plak psoriasis

KAYNAKLAR: 1.Megna M, Ruggiero A, Torta G, Martora F, Bianco M, Potestio L. Efficacy and safety of bimekizumab in real-world psoriasis management: data from patients who are biologic-naive vs. biologic-experienced. Clin Exp Dermatol. 2024;49(10):1186–9.

2.Potestio L, Ruggiero A, Martora F, Megna M. Long-term efficacy and safety of bimekizumab in real-world setting: a 52-week prospective study. Arch Dermatol Res. 2025;317:102.

3.Fratton Z, Bighetti S, Bettolini L, Maione V, Arisi M, Buligan C, et al. Real-world experience of bimekizumab in a cohort of 109 patients over 48 weeks and identification of predictive factors for an early super response and risk of adverse events. Psoriasis (Auckl). 2025;15:145–58.

BİMEKİZUMAB ÖNCESİ



BİMEKİZUMAB 4. HAFTA





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-202][KABUL:POSTER]

CHILBLAIN LUPUS ERİTEMATOZUS: DEMONSTRATİF BİR OLGU SUNUMU

Elif Orhan, Doç. Dr. Ezgi Aktaş, Uzm. Dr. Harbiye Dilek Canat, Doç. Dr. Göknur Özaydın Yavuz,
Doç. Dr. İbrahim Halil Yavuz, Prof. Dr. Zafer Türkoğlu

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ:

Chilblain lupus eritematozus (CHLE), kronik kutanöz lupus eritematozusun nadir görülen bir formudur. İlk olarak 1888'de Hutchinson tarafından tanımlanan bu hastalık, genellikle soğuğa maruz kalan el ve ayak parmakları, burun, kulak gibi vücudun akral bölgelerinde ortaya çıkan, eritemli-mor renkli, ödemli plaklar veya nodüller ile karakterizedir. CHLE'li hastaların yaklaşık %20'sinin ilerleyen dönemde sistemik lupus eritematozus (SLE) geliştirebilmesi, hastalığın erken tanısını ve takibini önemli kılmaktadır. Bu poster bildirisinde, kliniğimize başvuran ve CHLE tanısı konulan bir olguyu sunarak, hastalığın tanı ve tedavi süreçlerini literatür bilgileri ışığında gözden geçirmeyi ve hastalığa ilişkin farkındalık kazandırmayı amaçladık.

OLGU:

24 yaşında kadın hasta, parmaklarında yaklaşık iki haftadır devam eden ağrılı morluklar ve yaralar şikayetiyle Şubat 2025'te polikliniğimize başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde; bilateral el parmaklarının distali dorsal yüzünde, bazılarında tüm tırnağı çevreleyen bazılarında yalnızca proksimal tırnak kıvrımında görülen; düzensiz sınırlı, mor veya lividi eritemli olarak ifade edebileceğimiz plaklar mevcuttu. Özellikle sağ el 2. parmakta belirgin olmak üzere morumsu plaklar üzerinde yer yer ülserasyonlar da görülmekteydi. Lezyonlar dokunmakla ağrılıydı, eklem hareketleri sırasında hasta ağrı tarifliyordu, buna bağlı eklem hareketlerinde kısıtlılık da mevcuttu. El dermoskopu ile yaptığımız tırnak kıvrımı kapillerkopisinde; avasküler alanlar-kapiller dansitede azalma- fark edildi. Hastadan istenen hemogram, biyokimya, sedimentasyon hızı, CRP, C3, C4, RF, Anti-CCP, ANA, Anti-dsDNA, p-ANCA, c-ANCA ve kriyoglobulin testlerinin tümü normal sınırlardaydı. Hastanın anamnezinden; her gün işe 15'er dakika yürüyerek gidip geldiği ve soğuğa maruziyet sonrası şikayetlerinde artış, sıcak su teması ile rahatlama olduğu öğrenildi. Hastanın sol el 4. Parmaktaki lividi plaktan 4 mm punch biyopsi ve sol kolunda lezyonsuz alandan DIF için örnek alındı. Biyopsi mikroskobisinde; "epidermis yüzeyinde kompakt hiperkeratoz, epidermiste düzensiz



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

akantoz ve spongioza ek olarak diskeratotik keratinositler, bazal tabakada yaygın vakuolizasyon, papiller dermislerde ödem, yüzeysel ve derin dermiste; perivasküler ve ekrin glandlar çevresinde lenfositik infiltrasyon, yaygın ekstrasvaze eritrositler” görülmüş olup vakuoler interfaz dermatiti tablosu izlendi.

DİF negatif sonuçlandı.

Klinik ve histopatolojik verilerle birlikte hastaya 'Chilblain Lupus Eritematozus' tanısı kondu. Hastanın tedavisi için haftaiçi 5 gün akşam topikal takrolimus %0.1lik merhem, haftasonu 2 gün akşam mometozan furoat krem ve sabahları epitelizan krem verildi. Soğuktan korunma önerildi.

Hasta 1 ay sonra kontrole geldiğinde lezyonları tama yakın regrese olmuştu.

SONUÇ:

Özellikle soğuk mevsimlerde akral bölgelerde gelişen, ağrılı eritemli-ödemli plaklarla başvuran hastalarda Chilblain lupus eritematozus ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Tedavide ilk basamak, soğuktan korunma gibi konservatif önlemlerdir. Lokalize lezyonlarda topikal kortikosteroidler ve topikal kalsinörin inhibitörleri (takrolimus, pimekrolimus) etkili ve literatürde önerilen seçeneklerdir. Olgumuzun bu topikal tedavilere verdiği olumlu yanıt da literatür ile uyumludur.

Sizlere demonstratif bir olgu sunumuyla Chilblain Lupus Eritematozus için farkındalık oluşturmak ve hastalığın bir ay gibi kısa bir sürede iyileşebildiğini göstermek istedik.

ANAHTAR KELİMELEER: chillblain, lupus, perniyo

KAYNAKLAR: 1- Cappel JA, Wetter DA. Mayo Clin Proc. 2014;89(2):207-215

2-Hedrich CM et al. Clin Rheumatol. 2008; 27(8): 949-954

3- Vinister GV et al. Mediterr j Rheumatol. 2023; 34(2):269-270

4-Patel S, Hardo F. BMJ Case Rep.2013;2013: bcr2013201165

5- Dubey S et al. Rheumatology. 2022;00:1-12

İLK MUAYENE





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-203][KABUL:POSTER]

**ALOPEŞİ AREATA'DA DİFENSİPRON İMMÜNOTERAPİSİ: TEK MERKEZLİ 32 HASTALIK
DENEYİM**

Emel Hazinedar, Mert Akci, Pelin Ertop Doğan

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Zonguldak

AMAÇ:

Alopesi areata (AA), kronik, skar bırakmayan saç dökülmesine neden olan otoimmün bir hastalıktır. AA için hastaların yaşına, saçlı deri tutulumunun derecesine ve süresine bağlı olarak farklı tedavi rejimleri önerilmiştir. Difensipron ile topikal immünoterapi, bu hastalar için tedavi seçeneklerinden biridir. Çalışmamızda kliniğimizde difensipron tedavisi alan AA hastalarının demografik özellikleri ve tedavi yanıtlarını araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışmada Haziran 2015 ile Haziran 2025 tarihleri arasında kliniğimize başvuran AA tanılı ve difensipron tedavisi uygulanan 32 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Alopesi Şiddet Skoru(SALT Skoru) kaydedildi. Hastalar, SALT skorundaki değişiklik açısından altı aylık tedaviden sonra yeniden değerlendirildi. Ayrıca tedavi yanıtları, tedavi yanıt süreleri, yan etkiler ve nüksetme oranları açısından da incelendi.

BULGULAR:

Difensipron ile tedavi gören AA'lı 32 hastanın ortalama yaşı 21.6'dı. Bu hastaların %50'si erkekti. Otuz hastada eşlik eden hastalık yoktu. Eşlik eden hastalıklar arasında diyabetes mellitus(n=1) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu(n=1) bulunuyordu. Dört hastada aile öyküsü mevcuttu. Başvuru sırasında hastalığın ortalama süresi 52,9 aydı ve tüm hastalar diğer tedavi yöntemlerine dirençliydi. Hastaların daha önce kullandığı tedaviler arasında topikal kortikosteroid(n=30), sistemik kortikosteroid(n=15), intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonu(n=25), minoksidil(n=9), fototerapi(n=4) ve siklosporin(n=1) yer alıyordu. Hastalar kliniğe başvurularında alopesik yamalarının yaygınlığına göre sınıflandırıldı. İki hastada, alopesi universalis(SALT soru=100 ve vücut tutulumu), bir hastada alopesi totalis(SALT skoru=100), altı hastada subtotal saç kaybı(50<SALT skoru<100), sekiz hastada yaygın



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

yerleşimli alopesik yamalar($25 < \text{SALT skoru} < 50$), on beş hastada seyrek yerleşimli alopesik yamalar($0 < \text{SALT skoru} < 25$) tespit edildi. On üç hastada (%40,6) saçlı deri dışındaki bölgelerde de tutulum vardı. Bu bölgeler sakal ($n=7$), kaş ($n=6$), vücut kılları ($n=4$) ve kirpikti ($n=1$). Üç hastada tırnak tutulumu vardı ve dikkat çekici olarak iki tanesinde tedavi sonrasında terminal kıl çıkışı gözlenmedi. Çalışmaya dahil edilen 32 hastanın 13'ünde (%40,6) yan etki görüldü ve bu yan etkiler 7 hastada %0.1 difensipron konsantrasyonunda gözlemlendi. Yan etkiler arasında işlem bölgesinde ekzematize lezyon ($n=7$), servikal lenadenopati ($n=3$), işlem bölgesinde depigmentasyon ($n=3$), işlem bölgesinde büllöz lezyon ($n=2$) vardı. Altı hastanın tedavisi yan etki nedeni ile kesildi. Tedaviyi bırakmaya sebep olan en sık yan etki işlem bölgesinde depigmentasyondur ($n=3$). Ayrıca üç hasta kendi isteği ile, bir hasta saçta aktif dökülmelerin olması nedeni ile tedaviyi altı aydan kısa sürede bıraktı. En az altı ay difensipron tedavisi alan 22 hastanın tedavi yanıtları saç çıkışlarına göre gruplandırıldı. On bir hastada %100 oranında, iki hastada %90-99 oranında terminal kıl çıkışı mevcuttu. Dört hastanın terminal kıl çıkışı mevcuttu ancak kalıcı alopesik yamaları devam etmekteydi. Üç hastada yalnızca vellüs kıl çıkışı görüldü. İki hastada ise kıl çıkışı gözlenmedi. Alopesik tutulum alanı daha az olan hastaların yaygın tutulumu olan hastalara göre tedavi yanıtlarının daha iyi olduğu istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p:0.031$) Hastalar ortalama 4,9 ayda tedaviye yanıt vermeye başlayıp ortalama 7,4 ayda tam yanıt verdi. On bir hastanın (%50) lezyonları tedavi başlangıcından itibaren ortalama 11,4 ayda nüksetti.

SONUÇ:

Literatürde AA'dan etkilenen bireylerde saç yeniden uzamasıyla ilişkili prognozun saç dökülmesinin derecesiyle ters orantılı olduğu gösterilmiştir. Yaptığımız çalışmada da alopesi yaygınlığı ile tedavi yanıtlarının arasında literatürde olduğu gibi ters orantılı bir ilişki tespit edilmiştir. Tedaviye dirençli seyrek yerleşimli lezyonları bulunan hastalarda difensipron tedavisinin kullanılmasının tedavide elimizi güçlendirebileceği akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELELER: Alopesi areata, Difensipron, Topikal immunoterapi

KAYNAKLAR: 1. Nasimi, M., Abedini, R., Ghandi, N., Seirafi, H., Mehdizade, M. S., & Tootoonchi, N. (2020). Topical immunotherapy with diphenylcyclopropenone in patients with alopecia areata: A large retrospective study of 757 patients. *Dermatologic therapy*, 33(6), e13808. <https://doi.org/10.1111/dth.13808>

2. Esmaeili, F., Vahabi, S. M., Abdoli, M., Fazeli, P., Ghandi, N., Seddigh, L., Aryanian, Z., & Etesami, I. (2024). Topical immunotherapy with diphenylcyclopropenone in paediatric



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

patients with alopecia areata-A retrospective study of 97 patients. Skin health and disease, 4(5), e441. <https://doi.org/10.1002/ski2.441>

3. Varghese, S. A., Nair, S. S., George, A. E., & Yadev, I. (2023). Treatment Response to Diphenylcyclopropenone in Patients with Alopecia Totalis/Universalis. International journal of trichology, 15(4), 149–153. https://doi.org/10.4103/ijt.ijt_2_22

4. Lee, Y., Kim, K., Lew, B. L., Huh, C. H., Kang, H., Jang, Y. H., Kim, D. Y., Shin, H. T., Kim, M. B., Park, J., Kim, M. S., & Choi, G. S. (2024). Factors Affecting the Response and Patient Satisfaction of Topical Immunotherapy in Alopecia Areata: A Nationwide Study. Annals of dermatology, 36(4), 225–230. <https://doi.org/10.5021/ad.23.138>

5. Abedini, R., Abdshah, A., Ghandi, N., Janatalipour, A., Torabi, S., & Nasimi, M. (2022). Treatment satisfaction and response in patients with severe alopecia areata under treatment with diphenylcyclopropenone. Health science reports, 5(3), e602. <https://doi.org/10.1002/hsr2.602>

6. Mahasaksiri, T., Kositkuljorn, C., Anuntrangsee, T., & Suchonwanit, P. (2021). Application of Topical Immunotherapy in the Treatment of Alopecia Areata: A Review and Update. Drug design, development and therapy, 15, 1285–1298. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S297858>

7. Kutlubay, Z., Sevim, A., Aydın, Ö., Vehid, S., & Serdaroğlu, S. (2020). Assessment of treatment efficacy of diphenylcyclopropenone (DPCP) for alopecia areata. Turkish journal of medical sciences, 50(8), 1817–1824. <https://doi.org/10.3906/sag-1807-230>

RESİM 2



52 Hafta Difensipron Tedavisi Sonrasında



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-204][KABUL:POSTER]

PLANTAR YERLEŞİMLİ NADİR BİR JÜVENİL KSANTOGRANÜLOM

Muhammed Kerem Özkan¹, Sümeyre Seda Ertekin¹, Adil Özcanlı¹, Nazmiye Selin Salıcı¹,
Semih Bağhaki², Enes Çıgırkıcı², Nesimi Büyükbabani³, Esra Saraç¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Jüvenil ksantogranülom (JKG), çocukluk çağında sık görülen, benign, non-Langerhans hücreli histiyositik bir neoplazmdır. Klinikte, baş, boyun ve ekstremitelerde ekstansörlerinde, sarımsı-kahverengi papül ve nodüllerle karakterizedir. Literatürde dil, dudak, göz kapağı, penis, skrotum ve plantar bölgelerde nadiren bildirilen JKG olguları mevcuttur (1-3). Jüvenil Ksantogranülom nadiren de olsa nörofibromatosis tip 1 (NF-1) ve Jüvenil miyelomonositik lösemi (JMML) ile beraberlik göstermektedir (4). Atipik lokalizasyonlardaki JKG hem klinik tanı hem de tedavi süreci açısından zorluklara yol açmakta, sıklıkla farklı dermatolojik hastalıklarla karışarak yanlış ön tanılara neden olabilmektedir. Bu olgu sunumunda, plantar bölgede lokalize, ayırıcı tanıda güçlük yaratan bir JKG vakasını sunmaktayız.

OLGU:

Sekiz yaşında kadın hasta, sağ ayak tabanında iki aydır devam eden ağrılı kabarık bir lezyon ile başvurdu. Öncesinde dış merkezde üre ve salisilik asit içerikli topikal tedavi başlandığı, ancak gerileme olmadığı öğrenildi. Özgeçmişinde ek sistemik hastalık yoktu.

Dermatolojik muayenede, sağ plantar bölgede, 3. metatars hizasında yaklaşık 1 cm çapında, santrali eritemli, hiperkeratotik, keskin sınırlı, sert pembemsi bir nodül izlendi (Resim 1).

Jüvenil ksantogranülom, poroma, piyojenik granülom ön tanıları ile eksizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede kollaret olarak tanımlanabilecek hiperplazik epidermin hemen altında başlayan, derin dermise kadar devam eden ksantomatöz sitoplazmalı histiyositik görünümlü hücrelerin oluşturduğu lezyon saptandı. Tipik Touton tipi dev hücreler mevcuttu. Ancak bu lezyonlarda eşlik etmesi beklenebilecek eozinofil polimorflar gözlenmedi. Bu bulgularla hastaya JKG tanısı konuldu. Hasta birliktelik gösterebilecek sistemik hastalıklar açısından pediatrik hematoloji bölümüne yönlendirildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Plantar yerleşimli JKG literatürde son derece nadir bildirilmiştir (Tablo 1). Hastalık genellikle benign seyirli olmakla birlikte, atipik lokalizasyonlar tanıda gecikmelere, yanlış ön tanılara ve gereksiz tedavi yaklaşımlarına neden olabilmektedir. Kesin tanı, karakteristik histopatolojik bulguların gözlenmesiyle konmaktadır. Eksizyon tanısall amaçlı olmanın yanı sıra, küratif tedavi de sağlamaktadır. Juvenil ksantogranülom ile NF-1 ve JMML'nin birliktelik gösterebilmesi nedeniyle, olguların multidisipliner değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Histiositoz, Pediatrik dermatoloji, Plantar Juvenil Ksantogranülom

KAYNAKLAR: 1) Ebisudani S, Suzuki Y, Osugi I, Takasu M. Juvenile Xanthogranuloma on the Upper Lip. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021 Jul 19;9(7):e3712. doi:

10.1097/GOX.0000000000003712. PMID: 34290944; PMCID: PMC8288908.

2) Sánchez-Romero C, Cuenca Arriaga AI, Paes de Almeida O, Gutiérrez Cortés E. Oral juvenile xanthogranuloma in a child: Clinical, histological and immunohistochemical profile of a rare entity. *J Cutan Pathol*. 2018 Jul;45(7):515-521. doi: 10.1111/cup.13152. Epub 2018 May 9. PMID: 29624716.

3) Saraç E, Yücelten AD, Demirkesen C, Karadeniz Cerit K. Plantar yerleşimli bir juvenil ksantogranülom olgusu ve literatürdeki olgular. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol*. 2016;50(3):128-130. doi:10.4274/turkderm.16878.

4) Zvulunov A, Barak Y, Metzker A. Juvenile xanthogranuloma, neurofibromatosis, and juvenile chronic myelogenous leukemia. World statistical analysis. *Arch Dermatol*. 1995 Aug;131(8):904-8. PMID: 7632061.

5) Whittam LR, Higgins EH. Juvenile xanthogranuloma on the sole. *Pediatr Dermatol*. 2000 Nov-Dec;17(6):460-2. doi: 10.1046/j.1525-1470.2000.01822.x. PMID: 11123779.

6) Kim JH, Lee SE, Kim SC. Juvenile xanthogranuloma on the sole: dermoscopic findings as a diagnostic clue. *J Dermatol*. 2011 Jan;38(1):84-6. doi: 10.1111/j.1346-8138.2010.01012.x. Epub 2010 Oct 6. PMID: 21175761.

7) Cornelius PB, Wilson BB. Red eroded nodule on the foot. *Arch Dermatol*. 1999 Jun;135(6):707-8, 710-1. doi: 10.1001/archderm.135.6.707-a. PMID: 10376701.

8) Kolde G, Bonsmann G. Generalized lichenoid juvenile xanthogranuloma. *Br J Dermatol*. 1992 Jan;126(1):66-70. doi: 10.1111/j.1365-2133.1992.tb08406.x. PMID: 1536764.

9) Mervak J, Amadi U, Khandpur R, Ha Lan TT, Hristov A, Do TT, Maier L, Wang F. Case series of volar juvenile xanthogranuloma: clinical observation of a peripheral rim of hyperkeratosis.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

J Dermatol. 2014 Oct;41(10):933-6. doi: 10.1111/1346-8138.12617. Epub 2014 Sep 16.

PMID: 25227151.

10) Saoud S, Karich N, Belmaati Cherkaoui G, Eladak H, Zouaidia F, Oufkir AA. Congenital isolated juvenile xanthogranuloma of the sole - a unique case report in a newborn. Acta Chir Plast. 2024;66(1):27-30. English. doi: 10.48095/ccachp202427. PMID: 38704235.

11) Mehta N, McShane DB, Miedema J, Morrell DS, Nieman EL. An expanding violaceous lesion on the plantar surface. Int J Dermatol. 2024 Sep;63(9):1175-1177. doi: 10.1111/ijd.17142. Epub 2024 Mar 20. PMID: 38504622.

RESİM 1



Sağ plantar bölgede, 3. metatars hizasında yaklaşık 1 cm çapında, santrali eritemli, hiperkeratotik, keskin sınırlı, sert pembemsi nodül



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-205][KABUL:POSTER]

**REKÜRRENT AFTÖZ STOMATİT PATOGENEZİNDE İNTESTİNAL PERMEABİLİTE VE OKSİDATİF
STRES İLİŞKİSİ: SERUM CLAUDIN-1 VE SESTRIN-2 DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Oğuz Kaan Yılmaz¹, Gizem Arslan Belhan¹, Şevval Kocamış², Selda Pelin Kartal¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Kliniği

AMAÇ:

Rekürrent aftöz stomatit (RAS), oral mukozada tekrarlayan, ağrılı ülserlerle seyreden bir hastalıktır. Etiyolojisinde bağışıklık sisteminin aşırı yanıtı, genetik yatkınlık, oksidatif stres, vitamin eksiklikleri, hormonal değişiklikler ve artmış bağırsak geçirgenliği gibi birçok faktör rol oynar. Ghasemi ve ark. RAS'ta oksidatif stresin arttığını; Çakar ve ark. ise Behçet hastalarında antioksidan işlevi olan Sestrin-2'nin azaldığını bildirmiştir. Ayrıca çölyak ve inflamatuvar bağırsak hastalıklarında RAS sıklığının artması, bağırsak bütünlüğü ile sistemik inflamasyon arasında ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Bozbek ve ark., RAS'ta artmış Zonulin düzeyleri ile bağırsak geçirgenliğine dikkat çekmiştir. Claudin-1 gibi moleküller bu süreçte önemli olabilir. Morishima ve ark. da Behçet hastalarında artmış Anti-Claudin-1 düzeyleri göstermiştir. Bu bağlamda, Sestrin-2 ve Claudin-1 düzeylerinin RAS'ta incelenmesi, hastalığın patogeneze katkı sağlayabilir.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışmada, rekürrent aftöz stomatit (RAS) hastalarında serum Claudin-1 ve Sestrin-2 düzeylerinin sağlıklı bireylerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya, 18–65 yaş aralığında, dahil ve dışlama kriterlerine uygun RAS tanılı bireyler ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontroller dahil edilmiştir. Her iki gruptan alınan kan örnekleriyle serum Claudin-1 ve Sestrin-2 düzeyleri ölçülmüş, tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

BULGULAR:

Hasta grubu 26 kadın ve 14 erkekten oluşan 40 kişiden, kontrol grubu ise aynı sayıda bireyden oluşmaktadır. Yaş ortalamaları sırasıyla 35,3 ve 34,9'dur. Claudin-1 düzeyleri, hasta grubunda ortalama 4.86 ± 2.23 ng/mL, kontrol grubunda ise 5.70 ± 2.35 ng/mL olarak saptanmıştır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.014$). Bu sonuç, RAS hastalarında Claudin-1 düzeylerinin sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir. Hasta grubunda Claudin-1 düzeyleri ile klinik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde, aylık aft sıklığı ile Claudin-1 düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer klinik parametreler (cinsiyet, sigara kullanımı, otoimmün hastalık varlığı, genital/göz/cilt bulguları, paterji pozitifliği vb.) ile Claudin-1 düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sestrin-2 düzeyleri hasta grubunda 0.98 ± 0.65 ng/mL, kontrol grubunda 1.19 ± 1.02 ng/mL olarak bulunmuş; gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.384$). Sestrin-2 düzeyleri ile klinik değişkenler arasında da anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

SONUÇ:

Bu çalışmada, RAS hastalarında serum Claudin-1 düzeylerinin sağlıklı bireylere göre anlamlı derecede düşük bulunması, epitel bariyer bütünlüğündeki bozulmanın hastalık patogenezinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Claudin-1, sıkı bağlantıların temel bileşeni olarak hem bağırsak hem de oral mukozada antijen geçişini sınırlandıran bir bariyer görevi görür. Düşük düzeyleri, artmış intestinal permeabiliteye ve mikrobiyal ürünlerin dolaşıma geçerek bağışıklık sistemini uyarmasına neden olabilir. Nitekim romatoid artritli bireylerde dışkıdaki claudin-1 düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğu ve bu düşüklüğün bazı inflamasyon belirteçleriyle ters orantılı olduğu gösterilmiştir. RAS'ta benzer şekilde claudin-1 düşüklüğü sistemik inflamatuvar bir yükü yansıtır olabilir. Öte yandan, antioksidan savunma sistemiyle ilişkili Sestrin-2 düzeyleri RAS grubunda düşük bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildi. Sonuç olarak Claudin-1, RAS'ta mukozal bariyer işlev bozukluğunun potansiyel bir biyobelirteci olabilir.

ANAHTAR KELİMELELER: Claudin-1, İntestinal Permeabilite, Oksidatif Stres, Rekürrent Aftöz Stomatit, Sestrin-2

KAYNAKLAR: Ghasemi S, Farokhpour F, Mortezaagholi B, et al. Systematic review and meta-analysis of oxidative stress and antioxidant markers in recurrent aphthous stomatitis. BMC Oral Health. 2023;23(1):960. Published 2023 Dec 2. doi:10.1186/s12903-023-03636-1

Morishima A, Hirano T, Nishikawa H, Nakai K, Sakaguchi S, Kumanogoh A. Comprehensive exploration of autoantibody in Behçet's disease: a novel autoantibody to claudin-1, an



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

essential protein for tight junctions, is identified. Joint Bone Spine. 2014;81(6):546-548.
doi:10.1016/j.jbspin.2014.03.005

Bozbek GH. Rekürren aftöz stomatitli bireylerde zonulin ve intestinal permeabilitenin değerlendirilmesi [master's thesis]. Ankara, Turkey: Hacettepe University; 2023. Accessed June 4, 2025.

Tamer SA, Gürol G, Tekeoğlu İ, Harman H, Çiftçi İH. A New Explanation of Inflammation in Rheumatoid Arthritis Patients With Respect to Claudin-5, Matrix Metalloproteinase-9, and Neuroserpin. Arch Rheumatol. 2016;31(4):299-305. Published 2016 Aug 1.
doi:10.5606/ArchRheumatol.2016.5974

Lu C, Jiang Y, Xu W, Bao X. Sestrin2: multifaceted functions, molecular basis, and its implications in liver diseases. Cell Death Dis. 2023;14(2):160. Published 2023 Feb 25.
doi:10.1038/s41419-023-05669-4



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-206][KABUL:POSTER]

“CHERRY BLOSSOM” DESENİYLE AYIRT EDİLEN SKALP EKRİN POROMASI

Elif Özkul¹, Ozan Erdem¹, Hümeysra Özger Abdullahoğlu¹, Vefa Aslı Erdemir¹, Bengü Çobanoğlu Şimşek², Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar ABD

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Patoloji ABD

GİRİŞ-AMAÇ:

Ekrin poromalar, intraepidermal ekri kanal hücrelerinden köken alan, nadir görülen benign adneksal tümörlerdir. En sık palmoplantar bölgelerde lokalize olmakla birlikte, ekri bezlerin az sayıda bulunduğu vücut bölgelerinde, örneğin skalp gibi alanlarda, oldukça nadir olarak raporlanmıştır. Klinik ve dermoskopik görünimleri bazal hücreli karsinom ve porokarsinom gibi malign neoplazilerle benzerlik gösterebilir.

Dermoskopide tanımlanan “cherry blossom” (kiraz çiçeği benzeri) damar paterni, uçları yuvarlaklaşan dallanmış vasküler yapıları tanımlar ve literatürde az sayıda olguda bildirilmiştir. Tanımlanan bu patern, maligniteyi taklit eden lezyonlarda ayırt edici bir dermoskopik ipucu olarak değerlendirilebilir.

Bu bildiride, skalp yerleşimli, dermoskopide cherry blossom damar paterni gösteren ve histopatolojik olarak ekri poroma tanısı almış nadir bir olgu sunulmaktadır.

OLGU:

55 yaşında kadın hasta, 5 yıl önce dış merkezde eksize edilen, ancak histopatolojik incelemesi yapılmamış bir lezyonun yerinde gelişen yeni bir nodül nedeniyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde tiroid papiller karsinom ve meme kanseri tanıları mevcuttu. Dermatolojik muayenede lezyon; saçlı deride lokalize, yaklaşık 3 cm çapında, yüzeyi düzgün, eritemli ve belirgin vaskülarizasyon içeren, iyi sınırlı nodüler bir görünümdeydi.

Dermoskopik incelemede, homojen pembe zemin üzerinde, dallanarak ilerleyen ve uçları



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

yuvarlaklaşan damar yapıları izlendi. Bu vasküler morfoloji, literatürde tanımlanan cherry blossom damar paterni ile uyumlu bulundu.

Klinik ve dermoskopik bulgular doğrultusunda ekrin poroma, porokarsinoma ve pinkus tümörü ön tanıları ile lezyon eksize edildi.

Histopatolojik incelemede, epidermis ile bağlantılı, küçük duktal yapılar içeren, uniform epitelyal hücrelerden oluşan proliferasyon saptandı. Uygulanan immünohistokimyasal (İHK) analizde epitelyal membran antijeni (EMA) ve karsinoembriyonik antijen (CEA) ile pozitif immün boyanma izlendi. Hücrel proliferasyon belirteci Ki-67 ile yapılan değerlendirmede proliferatif aktivitenin sınırlı olduğu gözlemlendi. Bulgular, benign ekrin poroma ile uyumlu olarak raporlandı.

SONUÇ:

Ekrin poromalar, benign tümörler olmalarına rağmen klinik ve dermoskopik olarak malign neoplazileri taklit edebilir. Dermoskopik olarak, yapısız pembe-beyaz alanlar, periferik beyaz halo, retiküler beyaz çizgiler, polimorfik damar yapıları ve yer yer erozyon alanları gibi bulgular tanımlanmıştır.

Bu dermoskopik paternler arasında yer alan cherry blossom damar paterni; homojen pembe arka plan üzerinde, merkezden çevreye doğru dallanan, uçları yuvarlaklaşmış damar yapılarıyla karakterizedir. Bu görünümün, deri yüzeyine dik seyreden vasküler yapıların tümöral proliferasyonla yukarı doğru itilmesi sonucu oluştuğu ve bu nedenle “çiçeklenme” benzeri bir görsellik kazandığı literatürde bildirilmiştir. Bu histopatolojik korelasyon, paternin ayırıcı tanıdaki önemini artırmaktadır.

Skalp, ekrin poromalar için alışılmışın dışında bir anatomik lokalizasyondur ve literatürde nadiren tanımlanmıştır. Sunulan bu olgu, hem yerleşim yeri hem de özgün dermoskopik paterni ile tanısal açıdan dikkat çekicidir. Nadir bir lokalizasyonda izlenen ekrin poromanın karakteristik dermoskopik özellikleriyle birlikte tanımlanması, klinik farkındalığı artırmakta ve literatüre anlamlı bir katkı sunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Cherry blossom paterni, Dermoskopi, Ekrin poroma, Skalp



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1. Aydıngöz İ, Karagün E. A new vascular pattern in dermoscopy: “cherry blossom” vessels. J Am Acad Dermatol.2009;60(3):AB108.
2. Ferrari A, Buccini P, Silipo V, De Simone P, Mariani G, et al. Eccrine poroma: a clinical-dermoscopic study of seven cases. Acta Derm Venereol. 2009;89(3):271–275.
3. Minagawa A, Koga H, Takahashi M, Sano K, Okuyama R. Dermoscopic features of non-pigmented eccrine poromas in association with their histopathological findings. Br J Dermatol. 2010;162(3):534–538.
4. Sawaya JL, Khachemoune A. Poroma: a review of eccrine, apocrine and malignant forms. Int J Dermatol.2014;53(9):1044–1051.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-207][KABUL:POSTER]

**OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUĞA SEKONDER GELİŞEN PAKİDERMODAKTİLİ: NADİR BİR
ADÖLESAN OLGU**

Muhammed Yavuz¹, Elif Küçük², Kübra Öztürk², Vefa Aslı Erdemir¹, Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Pediatrik Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ AMAÇ:

Pakidermodaktili (PDD), proksimal interfalangeal (PIP) eklemlerin lateral yüzeylerinde asemptomatik doku ödemi ile karakterize nadir görülen benign bir dijital fibromatozistir. Etiyolojisinde tekrarlayan minör travmaların, özellikle parmakları ovuşturma gibi kompulsif alışkanlıkların rol oynadığı düşünülmektedir. Tanısı tipik klinik semptomlar, normal laboratuvar testleri, görüntüleme bulguları ve diğer potansiyel nedenlerin dışlanması ile konulur. Bu olgu sunumu, PDD tanısı alan ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile ilişkili tekrarlayıcı travmaların ön planda olduğu bir adölesan vakanın tanısall sürecini ve multidisipliner yönetimini sunmayı amaçlamaktadır.

OLGU:

Tarafımıza çocuk romatoloji tarafından yönlendirilen on beş yaşındaki erkek hasta, sağ el 3. ve 4. parmak PIP eklemlerinin lateral yüzeylerinde 10 ay önce başlayan şişlik şikayeti ile başvurdu. Şişliklerin başlangıçta sert olduğu zamanla yumuşadığı ifade ediyordu. Hastanın sabah tutukluğu veya ağrı şikayeti yoktu. Fizik muayenede ilgili eklemlerde parmak proksimal falankslarının ve proksimal interfalangeal eklemlerin lateralinde fusiform şişlik dışında kızarıklık, ısı artışı veya hareket kısıtlılığı saptanmadı. Özgeçmişinde 3 yıl önce inguinal herni ameliyatı dışında özellik yoktu. Soygeçmişinde romatizmal hastalık öyküsü bulunmamaktaydı. Laboratuvar testlerinde C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), tam kan sayımı, anti-nükleer antikor (ANA), romatoid faktör (RF) ve Brusella testleri normal sınırlardaydı. Sağ el direkt grafisinde 3. ve 4. parmak PIP eklemlerinde hafif ödemi mevcuttu. Çekilen el ultrasonografisinde (USG) sağ el 3. ve 4. parmak PIP eklemlerinde efüzyon görüldü. Sağ el kontrastlı manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde metakarpofalangeal eklemlerde



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

minimal eklem sıvısında belirginleşme izlendi ancak sinovit bulgusu saptanmadı. Tüm bu bulgular enflamatuvar bir eklem hastalığından uzaklaştırıyordu.

Dermatolojik muayenede ellerde bilateral kserozis ve iritan kontakt dermatit ile uyumlu bulgular izlendi. Ayrıca hastanın sık el yıkama öyküsü ve çocuk psikiyatrisi takibinde olan OKB tanısı mevcuttu. Bu durum, tekrarlayan mikrotravmalarla ilişkili olabilecek pakidermodaktili tanısını destekledi. Topikal kortikosteroid ve bariyer onarıcı kremler reçete edildi. Hastanın psikiyatrik takibine devam etmesi ve OKB tedavisinin düzenlenmesi önerildi. Hastanın topikal ilaçlarını düzenli kullanmaması ve psikiyatrik takibine kısmen uyumsuzluğu nedeniyle lezyonlarda tam gerileme sağlanamadığı gözlemlendi. Tedavide düzenli ilaç kullanımı ve psikiyatrik tedaviye uyumun önemi vurgulandı.

SONUÇ:

Pakidermodaktili, klinik görünümü nedeniyle sıklıkla juvenil idiyopatik artrit gibi enflamatuvar eklem hastalıklarıyla karışabilen ancak laboratuvar ve görüntüleme bulgularıyla ayırt edilebilen nadir bir durumdur. PDD tanısı tipik klinik bulgular, laboratuvar testleri ve histopatolojik inceleme ile diğer olası sebeplerin dışlanması ile konulur. Özellikle adölesan dönemde kompulsif davranışlar veya tekrarlayan travmalarla ilişkisi sıkça görülmektedir. Bu olguda, PDD tanısı, normal enflamatuvar belirteçler ve görüntüleme bulguları ile desteklenmiş, eşlik eden OKB'nin etiyojideki rolü vurgulanmıştır. PDD yönetiminde, sadece dermatolojik tedaviler değil, aynı zamanda altta yatan psikiyatrik durumun ele alınması ve hasta uyumunun sağlanması da kritik öneme sahiptir. Multidisipliner yaklaşım, bu tür kompleks olguların başarılı yönetimi için elzemdir.

ANAHTAR KELİMELEER: adölesan, obsesif kompulsif bozukluk, pakidermodaktili

KAYNAKLAR: 1. Dallos T, Oppl B, Kovács L, Zwerina J. Pachydermodactyly: a review. Curr Rheumatol Rep. 2014;16(9):442.

2. Cabanillas M, Monteagudo B, León-Muñíos E, Suárez-Amor O. Pachydermodactyly in a young girl: cutaneous manifestation of a psychiatric disorder. Pediatr Dermatol. 2010 May-Jun;27(3):306-8.

3. Beltraminelli H, Itin P. Pachydermodactyly--just a sign of emotional distress. Eur J Dermatol. 2009 Jan-Feb;19(1):5-13. Epub 2008 Dec 5.

4. Rukavina I, Frkovic M, Sestan M, Brnadac I, Gagro A, Ožanic Bulic S, Jelusic M. Pachydermodactily - the great imitator of arthritis: a case series. Croat Med J. 2025 May 7;66(2):164-172.

5. Avar-Aydın PÖ, Koyuncu EG, Aşıkhasan İ. Successful Resolution of Pachydermodactyly in an Adolescent Boy. Turk Arch Pediatr. 2024 Mar 7;59(3):328-329.
6. Falay, Tuğba; Ayşe Esra Koku Aksu; Erdemir, Vefa Aslı; Kiremitçi, Ümmühan; Leblebici, Cem. Pakidermodaktili. Turk Dermatoloji Dergisi: Turkish Journal of Dermatology; Istanbul Vol. 12, Iss. 1, (Mar 2018): 47-49.

HASTANIN SAĞ EL 3. VE 4. PARMAKTAKİ PIP EKLEMLERİN LATERALİNDEKİ DOKU ÖDEMİ



HASTANIN SAĞ EL DİREKT GRAFİSİNDE 3. VE 4. PARMAK PIP EKLEMLERİNDE HAFİF ÖDEM



33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-209][KABUL:POSTER]

BÜLLÖZ LEZYONLARIN AYIRICI TANISINDA SKABİYEZ: PEDİATRİK BİR OLGU

Mehmet Ali Duman¹, Mehmet Salih Gürel¹, Vefa Aslı Erdemir¹, Sümeyye Altıntaş Kakşı¹,
Hasan Aksoy¹, Ömer Sertaç İlaslan², Bengü Çobanoğlu Şimşek²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji AD., İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Büllöz skabiyez, klasik skabiyezden farklı olarak vezikülobüllöz lezyonlarla seyreden, nadir görülen bir klinik tablodur. Genellikle yaşlı erişkinlerde tanımlanmakla birlikte, bebeklik döneminde görülmesi oldukça nadirdir. Klinik olarak büllöz pemfigoid ile karışabildiğinden tanısız güçlük yaratabilir [1]. Bu olguda infant bir hastada izlenen ve başlangıçta büllöz pemfigoid ile ayırıcı tanıya giren büllöz skabiyez olgusu sunulmuştur.

OLGU:

38 haftalık miadında doğan, 1 yaş 5 aylık erkek hasta iki ay önce başlayan vücut döküntüleri nedeniyle öncelikle ekzema/dermatit tanısı almış, ardından skabiyez tedavisi görmüş; lezyonlarında gerileme olmaması üzerine polikliniğimize başvurmuştu. Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde sol alt göz kapağında eritemli zeminde gruplar hâlinde veziküller, periorbital bölgede vezikül artıklarına bağlı kurutlar, gövdede anüler-serpijinöz dağılımda birleşme eğilimi gösteren çok sayıda vezikül; bilateral ön kol proksimal ve distalinde, sırtta ve palmoplantar bölgede yoğun veziküller izlendi. Dermoskopik muayenede sağ eldeki bir bül içinde mite izlendi.

Büllöz skabiyez ve büllöz pemfigoid ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermiste dermoepidermal ayrışma, dermiste nötrofiller ve az sayıda eozinofil ile birlikte nükleer debris izlendi. Direkt immüno Floresan (DIF) incelemede bazal membran boyunca +3 şiddetinde lineer IgG ve C3 birikimi gözlemlendi; IgA, IgM negatifti.

Hastaya %10 Peru balsamı içeren topikal tedavi, sistemik kortikosteroid (metilprednisolon 4 mg) ve oral antihistaminik (setirizin) tedavisi başlandı. Klinik takipte lezyonların artışı ve remisyon dönemleri gözlemlendi. Aralıklı olarak topikal steroid (metilprednisolon aseponat) kullanımı da tedaviye eklendi. Lezyonların azalarak gerilediği tespit edildi. Sistemik steroid tedavisi 13 günde azaltılarak kesildi. Hastanın takipleri esnasında bazı dönemlerde



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

lezyonlarda artış tespit edilip, özellikle lezyon artışı sırasında hastada sillonlar izlendi, skabiyez tedavisi tekrarlandı. Hastanın takip ve tedavisi halen kliniğimizde devam etmektedir.

SONUÇ:

Büllöz skabiyez infantlarda nadir görülen, klinik ve histopatolojik olarak büllöz pemfigoidi taklit edebilen bir hastalıktır. DİF'te bazal membranda IgG ve C3 birikimi büllöz pemfigoide özgü gibi değerlendirilse de büllöz skabiyez olgularında da bu bulgular tariflenmiştir [2,3]. Skabiyez olgularında bül oluşumunun nedeni net olarak belirlenemese de skabiyez proteinlerine reaktivite gelişimi, süperenfeksiyonlar, kaşıntı esnasındaki friksiyon ve otoegzematizasyon gibi faktörlerin bazal membran bölgesi antijenleri ile etkileşiminin bu durumdan sorumlu olabileceği düşünülmektedir [4]. Bu olgu, çocuk hastalarda büllöz lezyonların ayırıcı tanısında büllöz skabiyezin de yer alması gerektiğini vurgulamakta; klinik, dermoskopik ve histopatolojik değerlendirmelerin birlikte yorumlanmasının tanı ve tedavi sürecinde belirleyici olduğunu göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Büllöz skabiyez, Pediatrik skabiyez, Vezikülobüllöz döküntü

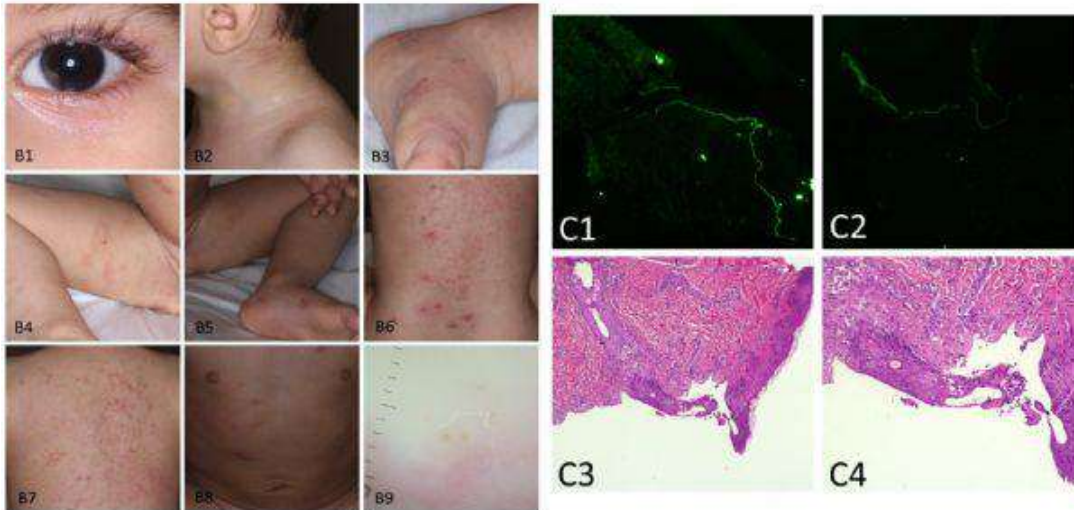
KAYNAKLAR: 1. Maan MA, Maan MS, Sohail AM, Arif M. Bullous scabies: a case report and review of the literature. BMC Res Notes. 2015 Jun 20;8:254. doi: 10.1186/s13104-015-1146-4. PMID: 26092057; PMCID: PMC4475611.
2. Li FZ, Jia M, Chen KJ, Ye Q, Fang S. Bullous Scabies: Clinical, Dermoscopic, and Pathologic Characteristics of Ten Patients. Am J Trop Med Hyg. 2021 Sep 7;105(6):1798-1802. doi: 10.4269/ajtmh.21-0516. PMID: 34491217; PMCID: PMC8641337.
3. Daim SUR, Ashraf MF, Ashraf A, Zubair R, Ahmed RU. Breaking the Bubble: Bullous scabies - A case report. IDCases. 2023 Apr 12;32:e01762. doi: 10.1016/j.idcr.2023.e01762. PMID: 37114209; PMCID: PMC10127114.
4. Arslan H, Gündüz Ö. Bullous scabies, the light shed on etiopathogenesis and treatment: report of five paediatric cases. Postepy Dermatol Alergol. 2023 Jun;40(3):432-436. doi: 10.5114/ada.2023.128976. Epub 2023 Jul 15. PMID: 37545831; PMCID: PMC10399664.

RESİM A1-A12



Resim A1-A9: Mart ayı polikliniğe ilk başvuru klinik fotoğrafları. Resim A10-A12: Mart ayı polikliniğe ilk başvuru dermoskopik ve mikroskopik silon-mite görünümü.

RESİM B1-B9, C1-C4



Resim B1-B9: Nisan ayı klinik ve dermoskopi fotoğrafları. Tedavi sonrası hastanın kliniğinde belirgin gerileme görülmekte. Resim C1-C2: Biyopsi DİF incelemede IgG: Bazal membran boyunca +3, C3: Bazal membran boyunca +3 olarak boyandı. Resim C3-C4: Biyopsi histopatoloji incelemesinde yüzeyde filekeratoz, epidermiste dermoepidermal ayrışma, dermiste nötrofiller, az sayıda eozinofiller, nükleer debris izlendi. (x10 ve x20 büyütme)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-211][KABUL:POSTER]

AKRAL YERLEŞİMLİ STEATOKİSTOMA MULTİPLEKS OLGU SUNUMU

Zeki Arıcı¹, Gökçe Nur Kaya¹, Buğra Burç Dağtaş¹, Vildan Manav¹, Cem Leblebici², Ayşe Esra Koku Aksu¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ:

Steatosistoma multipleks (SM), pilosebace kanalın hamartomatöz bir malformasyonu olup, genellikle ten renginde veya sarımsı, çok sayıda küçük papül ya da kutanöz kistlerle karakterizedir. En sık adolesan ve erken erişkin dönemlerde, sebace bez aktivitesinin arttığı dönemde ortaya çıkar. Klinik lezyonlar genellikle pilosebace ünitenin yoğun olduğu gövde, aksilla, inguinal bölge, skalp ve proksimal ekstremitelerde lokalize olur. Akral bölgelerde yerleşim ise oldukça nadirdir ve literatürde sınırlı sayıda olgu ile temsil edilmektedir.

OLGU:

Yirmi beş yaşındaki kadın hasta, yaklaşık beş yıldır her iki kol fleksör yüzünde cilt altında belirginleşen çok sayıda küçük şişlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın bilinen sistemik hastalığı veya eşlik eden dermatolojik semptomu yoktu. Dermatolojik muayenede, bilateral kol fleksör bölgelerinde derinin gerilmesiyle belirginleşen, milimetrik boyutlarda papüller saptandı (Resim 1). Vücudun diğer bölgelerinde patolojik bulguya rastlanmadı.

Tanısal amaçla alınan 4 mm'lik punch biyopsi materyalinde, kisti döşeyen çok katlı yassı epitelin ondulan, parlak eozinofilik yüzeyli olduğu ve granüler tabaka içermediği izlendi (Resim 2). Epitelin altında mantle hiperplazisi gösteren kıl folikülü yapıları dikkat çekiciydi. Ayrıca ekrin bez epiteli berrak görünümündü.

SONUÇ:

Steatosistoma multipleks, KRT17 gen mutasyonlarıyla ilişkili olup, pakionişi konjenitanın bir alt tipi olarak da karşımıza çıkabilir. Vakaların çoğu sporadik olmakla birlikte, otozomal dominant kalıtım gösteren formlar da tanımlanmıştır. SM'nin etiopatogenezi kesin olarak aydınlatılamamıştır; travma, enfeksiyon veya immünolojik mekanizmaların rol oynayabileceği



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

öne sürülmektedir. Ayırıcı tanıda multipl epidermoid kistler, eruptif vellus kıl kistleri, nörofibromatozis, lipomlar ve ksantomatozis gibi lezyonlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Tanı, genellikle klinik bulgularla birlikte histopatolojik inceleme ile konur.

Olgumuzda pakionişi konjenitayı destekleyecek tırnak distrofisi, palmoplantar keratoderma, oral mukoza veya saç anomalilerine rastlanmadı. Lezyonların akral yerleşimi nadir olmakla birlikte, bu klinik görünüm ektopik sebace folikül varlığı, olası keratinizasyon defekti ve çevresel faktörlerin birleşimiyle açıklanabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Steatokistoma Multipleks, Akral, Multiple

KAYNAKLAR: Temel Dermatoloji, Benign deri tümörleri S:667

Steatocystoma. Gordon Spratt EA, Kaplan J, Patel RR, Kamino H, Ramachandran SM

Dermatol Online J. 2013 Dec;19(12):20721.

Keratin 17 mutations cause either steatocystoma multiplex or pachyonychia congenita type

2. Covello SP, Smith FJ, Sillevs Smitt JH, Paller AS, Munro CS, Jonkman MF, Uitto J, McLean

WH

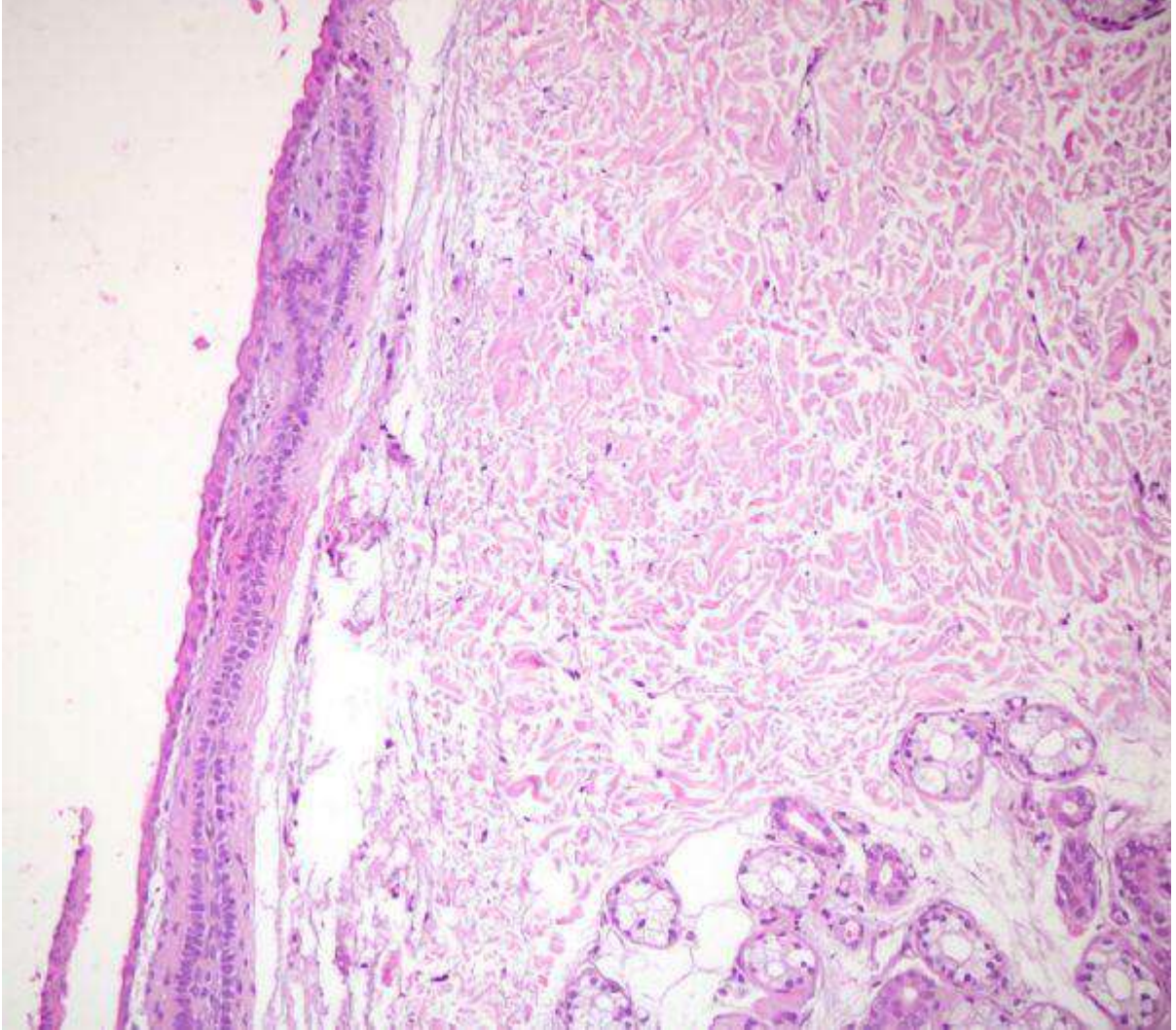
Br J Dermatol. 1998 Sep;139(3):475-80.

RESİM 1



Kol fleksörlerinde, derinin gerilmesi ile daha da belirginleşen, milimetrik boyutta papüller.

RESİM 2



Kisti döşeyen epitelin altında mantle hiperplazisi olan kıl folikülü yapısı seçilmektedir. Ayrıca ektrin gland epitelinde berrak görünüm dikkati çekmektedir. Kisti döşeyen çok katlı yassı epitelin yüzeyi ondulan olup parlak eozinofilik yüzeye sahiptir. Epitelde granüler tabaka izlenmemektedir (HE x200)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-213][KABUL:POSTER]

ATİPİK ERÜPTİF PSÖDOANJİOMATOZİS OLGUSU

Ayşe Yazkan Bolat¹, Ömer Kutlu¹, Atiye Akbayrak¹, Süleyman Özdemir², Sena Buse Özbek²

¹GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DERMATOLOJİ ANA BİLİM DALI,TOKAT

²GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANA BİLİM DALI,TOKAT

GİRİŞ-AMAÇ:

Erüptif psödoanjimatozis (EPA), kendiliğinden düzelen soluk bir hale ile çevrili küçük, asemptomatik anjiyom benzeri eritematöz papüllerin aniden ortaya çıkmasıyla karakterize, kökeni bilinmeyen kutanöz bir hastalıktır.(1,2) Geçici dermal kan damarı genişlemesi nedeniyle oluşur; viral enfeksiyonlar ve hematolojik bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Vakaların çoğu çocuklarda bildirilmiştir ve birkaç raporda bağışıklık sistemi bozukluklarıyla ilişkisi tanımlanmıştır. EPA tanısı klinik sunuma dayanmaktadır. Histopatolojik analizde patognomonik bulgular yoktur ve genişlemiş dermal kan damarları, perivasküler lenfositik infiltrasyon ve dolgun endotel hücreleri içerebilir. (3) Burada, yıllarca gerilemeyen atipik erüptif psödoanjimatozisli bir olguyu sunuyoruz.

OLGU:

24 yaşında kadın hasta ellerde, ayak bileklerinde ve yüzde kırmızı döküntü şikayeti ile polikliniğimize ayaktan başvurdu. (Resim 1) Bu kızarıklıkların 7 yıldır sebat ettiğini lezyonlarda dönemsel gerileme vb. herhangi bir değişiklik izlemediğini belirtti. Hasta sorgulandığında kronik hastalığı olmadığı, kullandığı ilaç olmadığı ve lezyonlar çıkmadan önce herhangi bir enfeksiyon, aşı öyküsünün olmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede bilateral üst ve alt ekstremitelerde ve yüzde eritemli, etrafında beyaz hale bulunan, basmakla solan papüller izlendi. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde EBV VCA IGG pozitif geldi, diğer tetkikler doğaldı. Yapılan histopatolojik incelemede yüzeyde epidermiste ortokeratoz, yüzeyel dermiste hafif genişlemiş bazılarında endotel hücreleri hafif belirginleşmiş kapiller yapılar saptandı. (Resim 2) Bu klinik ve histopatolojik bulgularla hastaya EPA tanısı konuldu.

SONUÇ:

Erüptif psödoanjimatozis, asemptomatik veya hafif kaşıntılı, eritematöz papüllerle karakterize, vitro basınçta soluk (1-4 mm) ve yüz, boyun, ekstremiteler ve gövdede bulunan soluk bir perilezyonel hale ile çevrili nadir bir deri hastalığıdır. Hale yüzde görünmeyebilir.(4,5)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Bizim vakamızda da ekstremitelerde papüllerin çevresinde hale izlenirken yüzde izlenmedi. EPA 1969'da Cherry ve arkadaşları tarafından enterovirüs-enterik sitopatik insan yetim virüsü (ECHO) enfeksiyonu olan dört çocukta tanımlanmış ve ilk olarak 1993'te Prose ve arkadaşları tarafından adlandırılmıştır.(2,3) Daha sonra, 2000 yılında, ilk yetişkin vaka, Epstein Barr virüsü (EBV) enfeksiyonunun klinik kanıtlarına sahip 37 yaşında bir kadında bildirilmiştir.(6) EBV dışında EPA'yı sitomegalovirüs, ECHO virüs, adenovirüs enfeksiyonları, Culex pipiens sivrisinek ısırığı vb. ile ilişkilendiren raporlar vardır. Yetişkinlerde, böbrek nakli, hematolojik maligniteler ve yaşlı hastalar gibi bağışıklık sistemi baskılanmış durumlarla güçlü bir şekilde ilişkilidir.(7) EPA, COVID-19 enfeksiyonlu hastalarda hastalığın paraviral bir tezahürü olarak bildirilmiştir.(4) Bu olgumuzda altta yatan kesin bir tanı olmamakla birlikte geçirilmiş Epstein virüs öyküsü mevcuttu. Ayrıca hastamızda döküntüler COVID enfeksiyonu ve aşı öyküsünden çok önce başlamıştı.

Erişkinlerde lezyonlar daha sıklıkla asemptomatiktir, ancak EPA'nın daha yaygın olduğu çocuklarda, karakteristik lezyonlardan önce prodromal semptomlar ortaya çıkabilir.(4,5) Çocuklarda 2-18 gün içinde ve yetişkinlerde 1-3 ay içinde herhangi bir kalıntı yara izi veya pigmentasyon olmaksızın kendiliğinden iyileşir. Bununla birlikte, tekrarlayan ataklar bildirilmiştir. Tablo spesifik bir tedavi gerektirmez ve lezyonlar genellikle bir-iki hafta içinde kendiliğinden geriler.(1) Ancak bizim vakamız yıllardır sabit seyreden ve gerilemeyen lezyonlarla seyretmekte idi. Sonuç olarak, Erüptif psödoanjyomatozis yaygın olarak bilinmeyen ve muhtemelen kendiliğinden sınırlı olması nedeniyle yeterince teşhis edilmeyen bir patolojidir. Hastalık bazen kendiliğinden gerileyebilse de bu olgumuzdaki gibi yıllarca sebat edebilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Erüptif psödoanjyomatozis, eritemli papüller, viral egzantem

KAYNAKLAR: 1) ang JH, Kim JW, Park HS, ve diğerleri. Eruptif psödoanjyomatozis. J Dermatol 2006;33:873-6. [DOI] [PubMed] [Google Akademik]

2) Cherry JD, Bobinski JE, Horvath FL, Comerci GD. ECHO viral enfeksiyonlarıyla ilişkili akut hemanjiyom benzeri lezyonlar. Pediatrics 1969; 44: 498–502. [PubMed] [Google Akademik]

3) Prose NS, Tope W, Miller SE, Kamino H. Eruptif pseudoanjyomatozis: benzersiz bir çocukluk çağı döküntüsü mü? J Am Acad Dermatol 1993; 29: 857–859. [DOI] [PubMed] [Google Akademik]

4) Alonzo Caldarelli A, Barba P, Hurtado M. Erüptif psödoanjyomatozis ve SARS-CoV-2 (COVID-19) enfeksiyonu. Int J Dermatol 2021; 60: 1028–1029. [DOI] [PMC ücretsiz makale] [PubMed] [Google Akademik]

5) Chopra D, Sharma A, Kaur S, Singh R. Perilezyonel haleli erüptif psödoanjyomatozis-kiraz

anjyiomları. Hint J Dermatol Venereol Leprol. 2018; 84 (4): 424-30.

PubMedBilim Ağı®Google Akademik

6) Navarro V, Molina I, Montesinos E, Calduch L, Jorda E. Bir yetişkinde erüptif psödoanjyomatozis. Uluslararası J Dermatol 2000; 39: 237–238. [DOI] [PubMed] [Google Akademik]

7) Gonzalez Saldana S, Mendez Flores RG, Lopez Gutierrez AF ve diğerleri. Bağışıklık sistemi bozuklukları olan yetişkinlerde erüptif psödoanjyomatozis: iki vaka raporu. Dermatol Raporları 2020; 12: 8836. [DOI] [PMC ücretsiz makale] [PubMed] [Google Akademik]

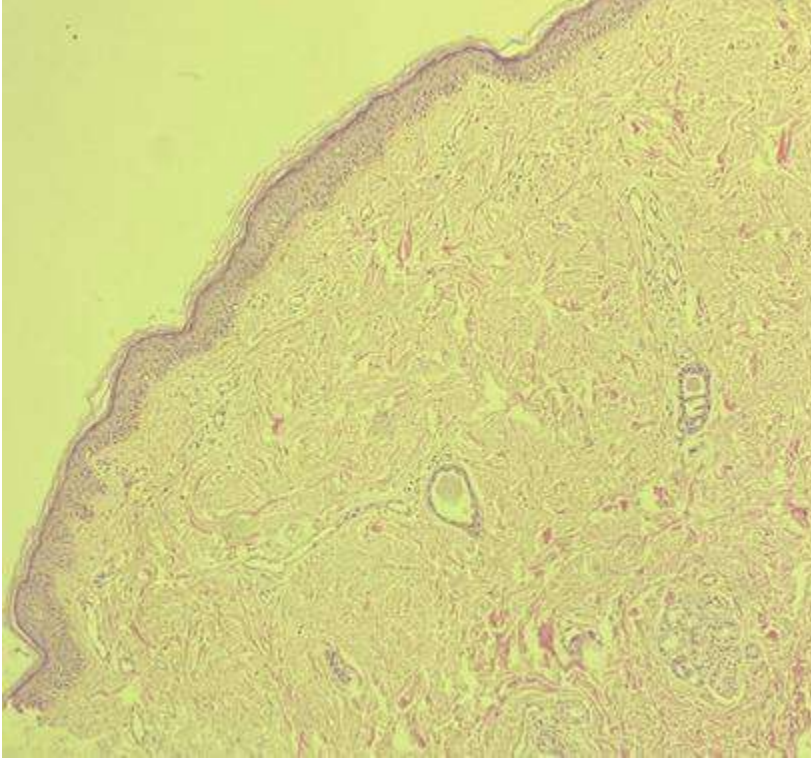
8) Gresham LM, Marzario B, Dutz J, Kirchhof MG. Dermatolojide immünoterapi gören hastalarda SARS-CoV-2 aşılmasına yönelik kanıta dayalı bir kılavuz. J Am Acad Dermatol 2021; 84: 1652–1666. [DOI] [PMC ücretsiz makale] [PubMed] [Google Akademik]

RESİM 1



El dorsallerinde eritemli papüller etrafında beyaz hale izlendi.

RESİM 4



Epidermiste ortokeratoz, yüzeysel dermiste hafif genişlemiş bazılarında endotel hücreleri hafif belirginleşmiş kapiller yapılar H/E X100



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-215][KABUL:POSTER]

FARKLI DERMOSKOPIK ÖZELLİKLERİ İLE İNVERTED FOLİKÜLER KERATOZ

Selen Oktar¹, Vefa Aslı Erdemir¹, Melek Aslan Kayıran¹, Behiye Begüm Önlen¹, Turgut Boycu¹,
Bengü Çobanoğlu Şimşek², Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Patoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

İnverted foliküler keratoz (IFK), ekzo-endofitik büyüme ile karakterize, foliküler infundibulumun nadir görülen benign tümörüdür. Etiyopatogenezi bilinmemektedir. Verruka vulgaris veya seboreik keratozla ilişkili olabileceği bildirilmiş olsa da bazı yazarlar inverted foliküler keratozun farklı bir antite olduğunu düşünmektedir. Genellikle orta yaşlı bireylerin baş boyun bölgesinde boyutu 1 cm'nin altında, asemptomatik, soliter, yüzeyi verrüköz papül olarak görülür. İnverted foliküler keratozu klinik olarak diğer benign ve malign kutanöz lezyonlardan ayırt etmek zor olabildiğinden genellikle tanısı histopatolojik olarak yapılır. Histolojik olarak periferde bazaloid hücrelerden ve merkeze doğru skuamöz girdaplarla skuamöz keratinize hücrelerden oluşan dermise uzanan büyük lobüller ile karakterizedir. Ek olarak, ara sıra keratinöz tkaçlarla birlikte hiperkeratoz ve parakeratoz görülebilir. Son yıllarda dermoskopi, IFK'nın ayırıcı tanısında giderek artan bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte IFK'ya özgü dermoskopik bulgular sınırlı olgu sunumları dışında literatürde yeterince tanımlanmamıştır. Bu nedenle dermoskopik ve histopatolojik korelasyonun değerlendirilmesi ayırıcı tanıda kritik önem taşımaktadır. Burada IFK tanısı alan 3 hastada lezyonların dermoskopik özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

OLGU:

Birinci olgu 26 yaş kadın hasta burun sağ kanadında 2 yıldır var olan deri rengine asemptomatik yaklaşık 0.2 cm çaplı yüzeyi verrüköz papül şikayetiyle başvurdu. Dermoskopisinde yer yer noktasal ve telenjektazik damarlar ve merkezde, ortasında hemoraji izlenen sarı kurut mevcuttu. Hastadan verrü, inverted foliküler keratoz ve trikilemmom ön tanılarıyla 1 adet punch biyopsi alındı. İkinci olgumuz 37 yaş kadın hasta sağ kulak helix dış yüzeyde yaklaşık 2 senedir olduğunu ifade ettiği multiple papüller ile başvurdu. Dermoskopisinde firkete benzeri damarların periferde sıralandığı, bazılarının ortası ülsere bazılarında keratin bulunan papüler lezyonlar görüldü. Hastadan bazal hücreli karsinom ön



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

tanısıyla punch biyopsi alındı. Üçüncü olgumuz 46 yaşında erkek hasta 3 aydır var olup giderek büyüdüğünü ifade ettiği alt dudak orta hattının yaklaşık 1 cm inferiorunda 0.5cm çaplı papül ile başvurdu. Dermoskopisinde yer yer lineer, noktasal ve virgül şeklinde polimorfik damarlanmanın görüldüğü ortası hafif keratotik pembemsi papül görüldü. Hastadan verruka vulgaris, squamöz hücreli karsinom, seboreik keratoz ve dermal nevüs ön tanılarıyla punch biyopsi alındı. Olguların histopatolojisinde birbirine benzer olarak endofitik foliküler epidermal hiperplazi, çok sayıda squamöz edge yapıları görüldü ve inverted foliküler keratoz ile uyumlu bulundu.

SONUÇ:

Inverted foliküler keratoz, benign histolojisine rağmen klinik ve dermoskopik açıdan malignite ile yüksek oranda karışabilen bir epidermal tümördür. IFK, hem klinik hem de patolojik olarak bening lezyonlardan verrü ve seboreik keratozu, malign lezyonlardan özellikle skuamöz hücreli karsinomu(SHK), keratoakantomu ve bazal hücreli karsinom(BHK) taklit edebilir. Bu lezyonun dermoskopik bulguları hakkında az sayıda olgu bulunmaktadır. IFK'da tanımlanan paternler arasında firkete benzeri damarlarla çevrili merkezi keratinden oluşan keratoakantom (KA) benzeri patern, radyal bir düzenlemde vasküler yapılarla çevrili sarımsı beyaz amorf bir merkezi alan, dallanan damarlar, doğrusal düzensiz damarlar, turbişon damarlar ve milky-red globüller yer almaktadır. Ancak dermoskopik bulgular henüz kesin tanı koydurucu düzeyde değildir ve IFK'nin alt tiplerine göre değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle, her şüpheli lezyonda olduğu gibi IFK'de de tanı mutlaka histopatolojik inceleme ile doğrulanmalıdır. Sunumumuzda ele alınan üç olgu, IFK'nin heterojen dermoskopik yansımasını göstermesi açısından önemlidir. Giderek yaygınlaşan dermoskopik değerlendirme, benign-malign ayrımında önemli bir araç olmakla birlikte, IFK gibi sınırlı literatüre sahip lezyonlarda dikkatli yorumlanmalıdır. Gelecekte daha büyük hasta serileri ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Dermoskopi, histopatoloji, keratinöz lezyonlar, polimorfik damar yapısı

KAYNAKLAR: 1)Arch Dermatol Res. 25 Şubat 2025;317(1):485. doi: 10.1007/s00403-025-04046-9.PMID: 39998656

2)Clin Exp Dermatol. 2016 Temmuz;41(5):468-73. doi: 10.1111/ced.12832. Epub 2016 Mart 28.PMID: 27018237

3)Dermatoloji. 2013;227(1):62-6. doi: 10.1159/000351715. Epub 2013 24 Ağu.PMID: 23988627

RESİM 1



(A-B) OLGU 1: Burun sağ kanatta deri renginde asemptomatik yaklaşık 0.2 cm çaplı yüzeyi verrüköz papül dermoskopisinde yer yer noktasal ve telenjektazik damarlar ve merkezde, ortasında hemoraji izlenen sarı kurut mevcut. (C-D) OLGU 2: Sağ kulak heliks dış yüzeyde multiple papüller dermoskopide firkete benzeri damarların periferde sıralandığı, bazılarının ortası ülserle bazılarında keratin bulunan papüler lezyonlar mevcut. (E-F) OLGU 3: Alt dudak orta hattının yaklaşık 1 cm inferiorunda 0.5cm çaplı papül dermoskopisinde yer yer lineer, noktasal ve virgül şeklinde polimorfik damarlanmanın görüldüğü ortası hafif keratotik pembemsi papül mevcut.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-216][KABUL:POSTER]

**KERATOAKANTOM VE SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM TÜMÖR MİKROÇEVRESİNDEKİ
FOXP3+ REGÜLATUVAR T LENFOSİTLERİN VE TÜMÖRAL PROGRANÜLİN EKSPRESYONUN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Yeşim Dede Yumru¹, Vefa Aslı Erdemir¹, Bengü Çobanoğlu Şimşek², Mehmet Saih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Deri ve Zührevi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Keratoakantom (KA), kendiliğinden gerileyen klinik seyriyle benign bir deri tümörü olarak bilinse de malign süreçler gösterebilen kutanöz skuamöz hücreli karsinom (kSHK) ile klinik ve histopatolojik olarak birbirinden ayıran sınırlar net olmayabilir. KA'nın regresyon göstermesinde immün sistemin rolü ise tartışmalı bir konudur (1,2). Tümöral mikroçevrede yer alan CD8+ ve CD4+ T lenfositler, tümörü tanıyıp yok ederek baskılayıcı rol oynayabildiği; FOXP3+ regülatör T lenfositler (Treg) gibi immünsüpresif hücreler de tümör gelişimine katkı sağlayabileceği öne sürülmektedir (3,4). Öte yandan, tümörogenezde rol oynadığı bilinen bir büyüme faktörü olan progranulin (PRGN) de T lenfosit çoğalmasını baskıladığı ve Treg oluşumu uyararak immünosüpresif özellikler taşıyabilmektedir (5,6). Bu çalışmanın amacı, KA ve kSHK'nin immün çevresindeki T lenfosit hücre profilleri ile tümöral PRGN ekspresyonu arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve KA'nın regresyonundaki potansiyel mekanizmaları ayrıntılı bir şekilde incelemektir.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya, hastanemiz dermatoloji kliniğinde 2017-2024 yılları arasında klinik ve histopatolojik olarak tanısı almış 30 KA ve 33 kSHK olgusu dahil edildi. Tümörlerin biyopsi/eksizyon doku örneklerine immünohistokimyasal olarak CD4, CD8, FOXP3 ve PRGN boyaları uygulandı.

BULGULAR:

Çalışmamızda, KA olgularının %30'unda (n=9) tanısal biyopsi yapılmış ve bu olgulardan 4'ünde biyopsi sonrası regresyon gözlenmişken, kSHK olgularının %63,6'sına (n=21) tanısal



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

biyopsi yapılmış ve hiçbirinde regresyon meydana gelmemiştir. Her iki tümörün immün çevresinde CD8+ hücrelerin, CD4+ hücrelerden daha baskın olduğu tespit edildi (kSHK $p=0.018$, KA $p=0.014$). Bunun yanı sıra, kSHK ile KA olguları arasında CD4+ ve CD8+ hücreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlenmedi ($p=0.109$) (Şekil-1). Her iki tümörün stromasını infiltre eden CD8+ ile FOXP3+ hücre sayısı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($p=0.000$). KA olgularının büyük çoğunluğunda (%96,7) zayıf ile orta düzeylerde tümöral PRGN ekspresyonu gözlenirken, kSHK olgularının çoğunluğunda (%78,5) orta ile güçlü düzeylerde PRGN ekspresyonu tespit edilmiştir, ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.240$) (Şekil 2). Ayrıca, orta ile güçlü düzeylerde PRGN ekspresyonu gösteren KA olgularında, infiltre FOXP3+ hücre sayısının, zayıf düzeyde PRGN ekspresyonu gösteren KA olgularından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p=0.007$). kSHK olgularında ise, PRGN ekspresyonu ile CD4+, CD8+, FOXP3+ hücre sayıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

SONUÇ:

Sonuç olarak, KA'nın stromasındaki CD8+ lenfositlerin CD4+ lenfositlere baskın olması, regresyonun CD8+ hücre aracılı immün çevrede gerçekleştiğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra, KA lezyonlarında PRGN ekspresyonunun, immünsüpresif FOXP3+ Treg hücrelerinin artışı tetikleyen bir faktör olarak rol oynayabileceği dikkat çekmektedir. FOXP3+ hücre sayısı ile CD8+ hücre sayısı arasında pozitif korelasyon bulunması ise, Treg hücrelerinin immün çevredeki bilinen baskılayıcı etkisinin, sitotoksik CD8+ hücrelerinin sayısal olarak azalmasına neden olmadan, bu hücrelerin fonksiyonlarını etkisiz hale getirdiğini düşündürmektedir. Ayrıca, kSHK lezyonlarında, KA gibi benign süreçler izleyen tümörlere göre daha fazla PRGN eksprese edildiği ortaya konulmuştur. Ancak, KA ile ayırımında biyobelirteç olarak kullanılabilmesi için daha fazla incelenmesi gereklidir.

ANAHTAR KELİMELE: FOXP3+ T lenfosit, Keratoakantom, Progranülin, Skuamöz Hücreli Karsinom

KAYNAKLAR: 1. Ko CJ. Keratoacanthoma: Facts and controversies. Clin Dermatol. 2010;28(3):254–61.

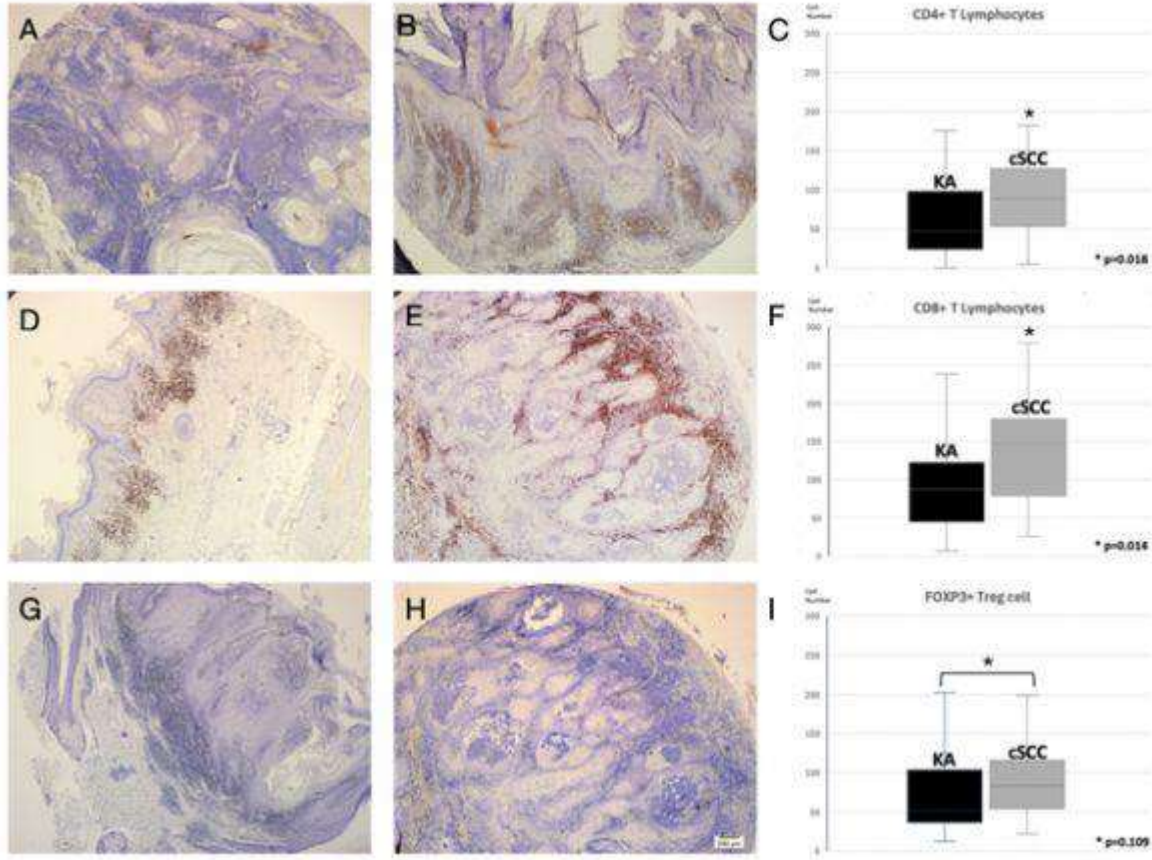
2. Schwartz RA. Keratoacanthoma. J Am Acad Dermatol. 1994;30(1):1–19.

3. Arneith B. Tumor microenvironment. J Medicina. 2020;56(15).

4. Fontenot JD, Gavin MA, Rudensky AY. Foxp3 programs the development and function of CD4+CD25+ regulatory T cells. J Immunol. 2017;198(3):986–92.

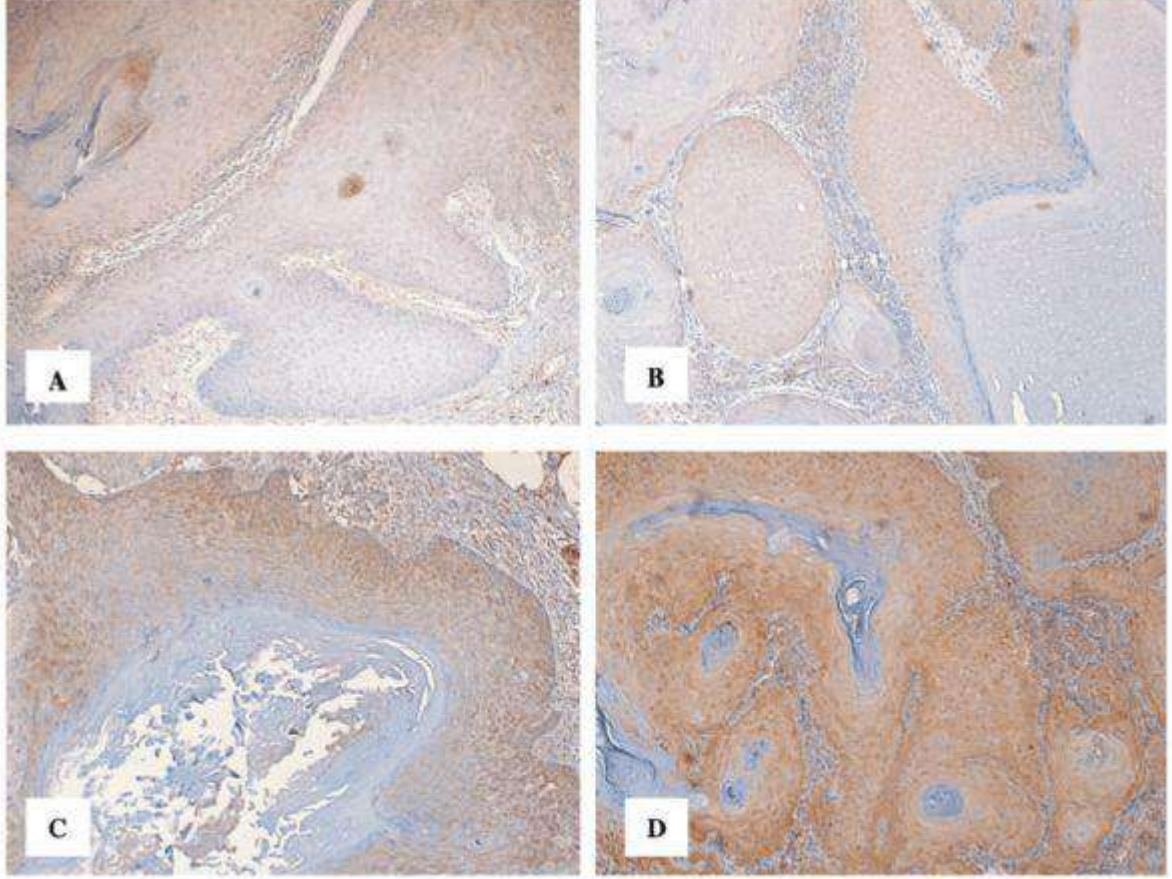
5. Kwack KH, Lee HW. Progranulin Inhibits Human T Lymphocyte Proliferation by Inducing the Formation of Regulatory T Lymphocytes. *Mediators Inflamm.* 2017;2017.
6. Ventura E, Ducci G, Benot Dominguez R, Ruggiero V, Belfiore A, Sacco E, et al. Progranulin Oncogenic Network in Solid Tumors. *Cancers (Basel).* 2023;15(6).

ŞEKİL-1: KERATOAKANTOM (KA) VE KUTANÖZ SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM (KSHK) ÖRNEKLERİNE AİT İMMÜNOHİSTOKİMYASAL BOYAMA.



Keratoakantom (KA) ve kutanöz skuamöz hücreli karsinom (KSHK) örneklerinde CD4⁺, CD8⁺ ve FOXP3⁺ hücrelerin immünohistokimyasal boyamaları gösterilmektedir. KA (A, D, G) ve KSHK (B, E, H) örnekleri anti-CD4, anti-CD8 ve anti-FOXP3 antikorları ile boyanmıştır. İlgili hücre sayıları (C, F, I) ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur. Orijinal büyütme: ×40. (KA: n = 30, KSHK: n = 33)

ŞEKİL-2: KUTANÖZ SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM (KSHK) ÖRNEKLERİNDE PROGRANULİN EKSPRESYONUNA YÖNELİK İMMÜNOHİSTOKİMYASAL BOYAMA.



(A) Negatif boyanma, (B) zayıf pozitif (+1), (C) orta derecede pozitif (+2) ve (D) güçlü pozitif (+3) progranulin immünreaktivitesi görülmektedir. Orijinal büyütme: ×400.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-217][KABUL:POSTER]

OMALİZUMAB İLE TEDAVİ EDİLEN WELLS SENDROMU OLGUSU

Şeyma Nur Demirci¹, İjlal Erturan¹, Fatma Aksoy Khurami², Mehmet Yıldırım¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Isparta

GİRİŞ-AMAÇ:

Wells sendromu veya eozinofilik selülit, ilk kez 1971'de tanımlanmış nadir görülen bir inflamatuvar bir dermatozdur. Hastalığın etyopatogenezi net olarak bilinmemekle birlikte; enfeksiyonlar, maligniteler, aşılar ve ilaçlar tetikleyiciler olabilir. Tedavisine ilişkin yeterli veriler olmadığından; literatüre katkı sağlayabileceğini düşündüğümüz omalizumab ile başarılı bir şekilde tedavi edilen Wells sendromu tanılı olguyu sunuyoruz.

OLGU:

Yetmiş yaşında kadın hasta, yaklaşık üç yıldır devam eden yaygın kaşıntı ve kızarıklık şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde romatoid artrit, diyabetes mellitus, hipertansiyon ve osteoporoz tanıları mevcut olup bu hastalıklar nedeniyle kolşisin, nebivolol-hidroklorotiyazid, kolekalsiferol, ramipril, leflunomid, lansoprazol, metformin ve metilprednizolon (4 mg) tedavileri aldığı öğrenildi. Ayrıca hastanın yaklaşık üç yıl süreyle tosilizumab tedavisi aldığı ve bu ilacın üç hafta önce kesildiği öğrenildi. Dermatolojik muayenede bilateral üst ve alt ekstremitelerde papüller ile egzematöz görünümlü eritemli plak lezyonlar izlendi. Oral ve genital mukozalar olağandı. Total IgE düzeyi belirgin şekilde artmış olup 2500 IU/mL idi. ANA, CRP, WBC, komplemanlar ve sedimentasyon testleri olağan sınırlarda değerlendirildi. Gaitada parazit bakısı negatif olarak sonuçlandı. Hastanın bacak derisinden Wells sendromu, ürtikeriyal vaskülit, kontakt dermatit ve mikozis fungoides ön tanılarıyla biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede, dermiste perivasküler ve interstisyel alanlarda, ayrıca yer yer ekrin ter bezleri çevresi ile subkutan yağ dokusunda yoğun eozinofil infiltrasyonu izlendi. Yüksek IgE düzeyi ve eozinofili nedeniyle olası hematolojik hastalıkları dışlamak amacıyla hasta hematoloji kliniğine yönlendirildi. Yapılan kemik iliği biyopsisi ve protein elektroforezi sonucunda hematolojik malignite saptanmadı. Klinik bulgular, laboratuvar verileri ve histopatolojik inceleme birlikte değerlendirildiğinde hastaya Wells



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

sendromu (eozinofilik selülit) tanısı konuldu. Hastanın şikayetlerinin uzun zamandır devam etmesi, sistemik immünsupresif kullanması ve topikal tedaviye cevap vermemesi nedeniyle omalizumab 300mg/ayda bir kez tedavisine başlandı.

SONUÇ:

Wells sendromu genellikle ekstremitelerde yerleşim gösteren ani başlangıçlı pruritik eritemli plaklar ile karakterizedir. Ek olarak papülonoduler, granüloma anulare benzeri, papüloveziküler, büllöz, ürtiker benzeri lezyonlar izlenebilir. Aynı hastada farklı lezyonlar bir arada görülebileceğinden tanı zorlaşabilir. Deri bulgularına ateş, halsizlik ve artralji gibi sistemik semptomlar eşlik edebilir. Histopatolojik bulgular, subkutan yağ dokusuna uzanabilen eozinofilik dermal infiltratı (alev figürleri) içerir. Tedavi yönetimi için bir fikir birliği mevcut olmayıp seçenekler arasında orta ila yüksek potent topikal kortikosteroidler, sistemik kortikosteroidler, antihistaminikler, dapson, kolşisin, siklosporin mevcuttur. Literatürde Wells sendromu için omalizumab kullanımına dair az sayıda vaka bildirilmiştir. Bildirdiğimiz olgu sunumunda hasta halihazırda prednol, kolşisin, antihistaminik kullanmakta olduğundan ve topikal tedavilere cevap vermediğinden endikasyon dışı omalizumab kullanımı gerekli görülmüştür. Farklı klinik sunumlarda ortaya çıkabilen, tanı kriterleri ve tedavi yönetimi için bir fikir birliği olmayan Wells sendromunda omalizumabın iyi bir seçenek olabileceğinin akılda tutulmasını vurgulamak ve nadir görülen Wells sendromunun literatürüne katkı sağlamak amacıyla bu olgu sunulmaya değer bulundu.

ANAHTAR KELİMELEER: Wells Sendromu, omalizumab, ürtiker, eozinofili

KAYNAKLAR: 1. Wells sendromunun büllöz sunumu: Olgu sunumu ve literatür taraması. J Am Acad Dermatol. 2012;66(4):AB44.

2. Weins AB, Biedermann T, Weiss T, Weiss JM. Wells syndrome. J Dtsch Dermatol Ges. 2016;14(10):989–993.

3. Sinno H, Lacroix JP, Lee J, Izadpanah A, Borsuk R, Watters K, et al. Diagnosis and management of eosinophilic cellulitis (Wells syndrome): A case series and literature review. Can J Plast Surg. 2012;20(2):91–97.

4. Aberer K, Konrad K, Wolff K. Wells' syndrome is not a histologic diagnosis but a distinctive disease entity. J Am Acad Dermatol. 1988;18(1 Pt 1):105.

5. Surjanto K, Rensch G, Vick G, Murina A. Wells syndrome with sustained response to omalizumab. Skin (Los Angeles). 2022;6(2):138–142.

6. Sinno H, Lacroix JP, Lee J, Izadpanah A, Borsuk R, Watters K, Gilardino M. Diagnosis and

treatment of eosinophilic cellulitis (Wells syndrome): A case series and literature review.
Aesthetic Plast Surg. 2012;20(2):91–97.

RESİM 1



Bacak yerleşimli eritemli plaklar

RESİM 3



Omalizumab tedavisi sonrası lezyonlarda tama yakın gerileme



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-218][KABUL:POSTER]

**PSORİASİS HASTALARINDA MİKROVASKÜLER PATOLOJİLERİN KAPİLLEROSKOPIYİLE
ARAŞTIRILMASI**

Zeki Taşdemir¹, Mualla Polat²

¹Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kırklareli

²Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Bolu

AMAÇ:

Psoriasis, patogeneğinde keratinosit hiperproliferasyonu, immün aracılı inflamasyon, anjiyogenezde disregülasyonun rol oynadığı kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Psoriasis hastalarında kronik sistemik inflamasyonun büyük damar ateroskleroza birlikte mikrovasküler değişiklikleri de indükleyebileceği düşünülmektedir. Kapilleroskopiyle tırnak yatağı mikrovasküler değişikliklerin incelendiği çalışmalar azdır. Önceki çalışmaların verileri sınırlıdır ve psoriasis komorbiditeleri ile ilişkisi araştırılmamıştır. Bu çalışmada amacımız psoriasis hastalarının kapiller paternlerini sistematik olarak araştırmak ve gözlenen paternleri hastalık özellikleri, hastalık aktivitesi/süresi, tırnak tutulumu, psoriatik artrit ve olası psoriasis komorbiditeleri ile ilişkisini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamıza psoriasis grubuna 67 kişi ve kontrol grubuna inflamatuvar hastalığı bulunmayan 68 kişi dahil edildi. Hasta ve kontrol grubunun demografik verileri incelendi. Başparmak dışındaki el parmaklarının her birinden Dino-lite Edge dijital videokapilleroskopi x200 büyütme ile 8 görüntü alındı. Kapiller yoğunluk, kapiller yoğunluk skoru, kapiller dağılım, kapiller morfoloji, kapiller patern, mikrohemoraji, avasküler alan ve neovaskülarizasyon değerlendirildi. Her bir parmak tırnak kıvrımında kapiller dizilimin distal sırasında bulunan 1 mm'lik alandaki kapiller sayılıp aritmetik ortalaması alınarak kapiller yoğunluk hesaplandı. Kapiller yoğunluk puanı, değerlendirmeye alınan her parmak için izlenen kapiller yoğunluğa göre (0 puan= >9 kapil/mm, 1 puan= 7-9 kapil/mm, 2 puan= 4-6 kapil/mm, 3 puan= <4 kapil/mm) şeklinde puanlandırıldı ve aritmetik ortalaması alınarak hesaplandı. Hastalık süresi, şiddeti, tutulumu ve psoriasis komorbiditelerinin kapilleroskopi bulguları üzerindeki etkisi incelendi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Çalışmaya psoriasis tanılı 32 kadın, 35 erkek, kontrol grubuna 35 kadın, 33 erkek olmak üzere 135 kişi dahil edildi. Hasta grubu yaş ortalamasının $43,15 \pm 13,95$ yıl, kontrol grubu yaş ortalamasının ise $41,81 \pm 12,49$ yıl idi. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmadı. Psoriasis hastalarının 13'ünde psoriatik artrit, 28'inde tırnak tutulumu vardı. Ortalama tırnak yatağı kapiller yoğunluk psoriasis hastalarında $8,06 \pm 0,95$, psoriatik artrit olanlarda $7,85 \pm 0,86$, tırnak tutulumu olanlarda $8,095 \pm 0,99$ ve kontrol grubunda $9,65 \pm 1,00$ saptanmış olup üç grupta da kontrol grubuna göre azalmış kapiller yoğunluk tespit edildi. Avasküler alanlar, neovaskülarizasyon ve mikrohemoraji istatistiksel olarak psoriasis hastalarında daha yüksek oranda saptandı. Psoriasis hastalarının %17,6'sında normal kapilleroskopik patern, %82,4'ünde nonspesifik kapilleroskopik patern saptandı. Skleroderma paterni hiçbir hastada tespit edilmedi. Minör (tortiyoz, çaprazlaşan, elonge, dilate kapiller) ve majör (meandering, çalı, dallanmış kapiller) morfolojik değişiklikler psoriasis grubunda daha yüksek oranda saptandı. Hastalık şiddeti ve süresi ile kapilleroskopik değişiklikler arasında ilişki saptanmadı. Psoriasis komorbiditeleri ve kapilleroskopik bulgular arasındaki ilişki incelendiğinde diyabet hastalarında artmış dilate kapiller, hipertansiyon hastalarında artmış elonge kapiller saptanırken metabolik sendrom ile kapilleroskopik bulgular arasında ilişki saptanmadı.

SONUÇ:

Psoriasis hastaları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kapiller yoğunlukta azalmayla beraber artmış kapiller düzensizlik, avasküler alanlar, neoanjiyogenez, mikrohemoraji, dilate kapiller, çalı kapiller, dallanmış kapiller ve meandering kapillerin meydana gelmesi psoriasisde artmış mikrovasküler hasara işaret etmektedir. Psoriasisli hastaların tırnak yatağı kapiller bulgularını değerlendirmek, hastalık aktivitesi, süresi ve psoriasis komorbiditeleri ile ilişkisini incelemek için geniş çaplı prospektif kohort çalışmalarına ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Psoriasis, Kapilleroskopi, Anjiyogenez, Mikrovasküler hasar

KAYNAKLAR: 1. Armstrong EJ, Harskamp CT, Armstrong AW. Psoriasis and major adverse cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis of observational studies. J Am Heart Assoc 2013; 2: e000062.
2. Sankar L, Arumugam D, Sudha Boj PP. Expression of angiogenic factors in psoriasis vulgaris. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2017;11(3):EC23.
3. Sivasankari M, Arora S, Vasdev V, Mary EM. Nailfold capillaroscopy in psoriasis. Med J Armed Forces India. 2021;77(1):75-81.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

4. Zaric D, Clemmensen OJ, Worm A-M, Stahl D. Capillary microscopy of the nail fold in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Dermatology*. 1982;164(1):10-4.
5. Riberio CF, Siqueira E.B., Holler A.P., Fabricio L., Skare T.L. Periungual capillaroscopy in psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2012;87:550–553.
6. Bardehle F, Sies K, Enk A, Rosenberger A, Fink C, Haenssle H. Nailfold videocapillaroscopy identifies microvascular pathologies in psoriasis vulgaris: Results of a prospective controlled study. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2021;19(12):1736-1744.
7. Hern S, Mortimer O,S. In vivo quantification of micro vessels in clinically uninvolved psoriatic skin and in normal skin. *Br J Dermatol*. 2007;156:122.
8. Kalkan G. Psoriazisde komorbiditeler: Psoriazisin sistemik hastalık olarak kabul edilmesi ve güncel yaklaşım. *Turkderm-Arch Turk Dermatol Venerology*. 2017;51(3).
9. Türsen Ü. Psoriasis etyolojisi. *Dermatoz*. 2010;1(2):91-108.
10. Cutolo M, Sulli A, Smith V. How to perform and interpret capillaroscopy. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2013; 27:237–48.
11. Gülekon A. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. In: Tüzün Y,Gürer MA, Serveroğlu S, Sungur O, Aksungur LA (eds). *Dermatoloji*. 3. Baskı, İstanbul, Nobel tıp kitapevi 2008;745-60.
12. Aykol C, Mevlitoğlu İ, Özdemir M, Unal M. Konya Yöresindeki Psoriasis Hastalarının Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi *Türk J Dermatol* 2011; 5: 71-4.
13. Brito-Luna MJ, Villanueva-Quintero DG, Sandoval-Talamantes AK, Fafutis-Morris M, GracianoMachuca O, Sanchez-Hernandez PE, vd. Correlation of IL-12, IL-22, and IL-23 in patients with psoriasis and metabolic syndrome. Preliminary report. *Cytokine* 2016;85:130-136.
14. Angelis, RD, The Most Important Capillaroscopic Parameters in Normal and Pathological Conditions. *Atlas of Capillaroscopy in Rheumatic Diseases*, ed. M. Cutolo. Vol. 9. 2010, Milan. 61-69.
15. Zaric D, Worm AM, Stahl D, Clemmensen OJ. Capillary microscopy of the nailfold in psoriatic and rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*. 1981;10(3):249-252.
16. Yuksel EP, Yuksel S, Soylu K, Aydin F. Microvascular abnormalities in asymptomatic chronic smokers: A videocapillaroscopic study. *Microvasc Res*. 2019;124:51-53.
17. Stinco G, Lautieri S., Valent F., Patrone P. Cutaneous vascular alterations in psoriatic patients treated with cyclosporine. *Acta Derm Venereol*. 2007;87:152–154.
18. Ingegnoli F, Smith V, Sulli A, Cutolo M. Capillaroscopy in routine diagnostics: potentials and limitations. *Curr Rheumatol Rev* 2018; 14: 5–11.
19. Mugii N, Hasegawa M, Matsushita T et al. Association between nail-fold capillary findings and disease activity in dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford)* 2011; 50: 1091–8.
20. Graceffa D, Amorosi B, Maiani E, et al. Capillaroscopy in psoriatic and rheumatoid arthritis: a useful tool for differential diagnosis. *Arthritis*. 2013;2013:957480.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-219][KABUL:POSTER]

KONJENİTAL ERÜPTİF VELLÜS KIL KİSTİ TANISI KONULAN PEDIATRİK OLGU

Merve Güneş, Melisa Öklü, İlkay Can

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AnaBilim Dalı, Balıkesir

GİRİŞ-AMAÇ:

Erüptif vellus kıl kistleri (EVKK'ler), etyolojisi bilinmeyen, asemptomatik, deri renginden kahverengiye değişen milimetrik (1-3 mm) papüller lezyonlarla karakterize durumdur. En sık etkilenen anatomik bölgeler gövde ve ekstremitelerdir. Her ne kadar sıklıkla ilk üç dekatta ortaya çıksa da, herhangi bir yaşta görülebilir. Ayrıca konjenital olarak da gelişebilir. Bu bildiride, sternal bölge inferiorunda sarı-kahverenkli milimetrik papülleri olan konjenital EVKK tanısı konulan 5 yaşındaki erkek hastayı sunuyoruz. Bu olgu sunumuyla, tanıda histopatolojik inceleme altın standart olarak kabul edilmekle birlikte, tanının klinik ve mikroskopik direkt bakı bulgularıyla da konulabileceğini vurgulamak ve konjenital EVKK olgularının nadir görülmesi nedeniyle literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

OLGU:

İnflamatuvar Barsak Hastalığı araştırılan 5 yaşındaki erkek hasta kliniğimize Pediatri kliniğinden gövdedeki papüller lezyonlar nedeniyle yönlendirildi. Hastanın annesi, mevcut lezyonların doğuştan itibaren var olduğunu ve sıcak su maruziyeti sonrasında kızardığını belirtti. Hastanın kliniğimize başvurusundan önce birçok sağlık kuruluşuna başvurduğu, lezyonların alerjik döküntü olarak değerlendirildiği ve bu doğrultuda çeşitli tetkik ve tedavilerin yapıldığı öğrenildi. Ekstrakutanöz başka bulguya rastlanılmadı. Aile öyküsü ve tıbbi geçmişinde özellik saptanmadı. Dermatolojik muayenede sternal bölgede dağınık yerleşimli 1-3 mm arasında değişen boyutta çok sayıda soluk kahverenkli-sarı renkli papüller lezyonlar izlendi (Resim1). Lezyonların dermoskopisinde açık sarı homojen dairesel yapılar görüldü. Göğüs ön yüzdeki birkaç kistik lezyon minimal kesi sonrası ekstakte edildi. Çıkarılan materyal direkt lam üzerine yerleştirildi. Lezyon üzerine hafif bası sonrası yapılan mikroskopik değerlendirmede, çok sayıda vellus kıl izlendi (Resim 2).

Tanı, histopatolojik incelemeye gerek kalmaksızın bu basit ve hızlı yöntemle netleştirilip ve aynı zamanda tedavi sürecinin bir parçası oldu. Dolayısıyla EVKK tanısı; klinik, dermoskopik ve mikroskopik olarak doğrulandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Erüptif vellus kıl kisti, vellus kıl foliküllerinin foliküler gelişimsel anormalliğidir. EVKK'nin kesin nedeni bilinmemektedir. Sporadik veya otozomal dominant olarak ortaya çıkabilir, nadir görülür. Cinsiyete bağlı bir yatkınlık bildirilmemiştir. Lezyonlar genellikle asemptomatikler, nadiren kaşıntı veya hassasiyet gibi belirtilere yol açabilir. Klinik olarak, en sık göğüs, karın ve ekstremitelerde görülürken, bazen yüz, boyun, kasıklar ve aksilla gibi bölgelerde de lezyonlar oluşabilir.

Tanıda biyopsi altın standart olmasına rağmen, alternatif tanı yöntemi olarak kist içeriğinin 10% potasyum hidroksitle tespiti sonrası mikroskopik incelenmesinde vellus kıllarının görülmesi tanı yöntemi olarak önerilmiştir. Vakamızın lezyonlarından çıkarılan materyal potasyum hidroksit kullanmadan mikroskopik direkt bakıyla değerlendirildi. Yine lezyonların dermoskopisinde foliküler açıklıkların yanında kuyruklu yıldız benzeri bulanık mavi-gri çizgiler veya açık kahverengi ile eritemli halelerle çevrili homojen sarı-beyaz alanlar görülmesi tanıya yardımcı olur.

Sonuç olarak, klinik, dermoskopik ve mikroskopik değerlendirmeler ışığında Konjenital EVKK tanısı alan 5 yaşındaki vakamızda, alternatif tedavi yöntemlerinin yanı sıra tanının bu yöntemlerle de doğrulanabileceği vurgulanmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: eruptif vellus kıl kisti, konjenital, mikroskopi, pediatri

KAYNAKLAR: 1.Patokar AS, Holani AR, Khandait GH, Khatu SS. Eruptive Vellus Hair Cysts: An Underdiagnosed Entity. Int J Trichology. 2022;14(1):31-33.

2.Rao R, Balachandran C. Asymptomatic papular lesions on the trunk. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2009;75(2):217-19.

3.Zhu, Q., Huang, Y., Cui, X., Du, X., & Zhu, J. (2021). Eruptive vellus hair cysts diagnosed using dermatological imaging technique. The Australasian journal of dermatology, 62(1), 86–88.

4. Kaya, T. I., Tataroglu, C., Tursen, U., & Ikizoglu, G. (2006). Eruptive vellus hair cysts: an effective extraction technique for treatment and diagnosis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV, 20(3), 264–68.

5. Jerdan, K., St Claire, K., & Bain, M. (2018). Eruptive vellus hair cysts in identical triplets with dermoscopic findings. Cutis, 102(5), 367–69.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-220][KABUL:POSTER]

FOTOHASARIN ATİPİK YÜZÜ: SAÇLI DERİ TUTULUMLU FAVRE-RACOUCHOT SENDROMU VE SİSTEMATİK MUAYENE İLE SAPTANAN MALİGNİTE OLGUSU

Özge Sevil Karstarlı Bakay, Fadime Man Sözer, Burak Çelik, Mahmut Anıl Karataş

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ:

Favre-Racouchot Sendromu (FRS), kronik güneş maruziyeti ve sigara kullanımı gibi etyolojik faktörlerle ilişkili, özellikle ileri yaş erkeklerde sık görülen, komedon ve kist içeren nodüler kutanöz elastoz olarak da bilinen bir heliodermatozudur. Hastalık, genellikle alın, burun dorsumu, malar, periorbital ve temporal bölgeler gibi güneşe maruz kalan alanlarda geniş ağzılı, siyah-kahverengi komedonlar ile deride kalınlaşma ve derin kıvrımlar şeklinde solar hasara bağlı değişikliklerle karakterizedir. Literatürde, FRS'nin saçlı deri tutulumu nadiren bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda, Favre-Racouchot Sendromu'nun atipik bir prezentasyonu olan saçlı deri tutulumunu vurgulamak ve aynı zamanda hastanın şikayeti olmamasına rağmen yapılan rutin dermatolojik tam vücut muayenesinin tanı ve malignite taramasındaki kritik önemini irdelemek amaçlanmıştır. FRS'nin sıklıkla deri kanserleri gibi diğer güneş hasarı ilişkili durumlarla birlikte görülebilmesi, tam vücut muayenesini daha da gerekli kılmaktadır.

OLGU:

Seksen yedi yaşında erkek hasta, 2-3 aydır saçlı deride artan kaşıntı ve vücutta gece artan kaşıntı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, 2011-2012 yıllarında kolorektal kanser nedeniyle kemoradyoterapi alma öyküsü mevcuttu. Anamnezinde gençlik döneminde yoğun güneş maruziyeti öyküsü de bulunmaktaydı. Radyoterapi, yoğun güneş maruziyeti ve sigara kullanımı FRS'nin bilinen etyopatogenetik faktörleri arasında yer almaktadır. Dermatolojik muayenede, yüzde, özellikle alında ve periorbital bölgede, ayrıca oksipital bölge başta olmak üzere saçlı deride multipl püstüller, yaygın, dağınık, siyah/kahverengi, dev, açık komedonlar ile deride belirgin hipertrofi izlendi. Ense de cutis rhomboidalis nuchae görünümü mevcuttu; bu bulgu FRS'ye sıklıkla eşlik eden bir durumdur. Tam vücut muayenesinde ise, hastanın şikayeti olmamasına rağmen, sol inguinal bölgede bazal hücreli karsinom (BCC) şüphesi taşıyan pigmente bir makül saptandı. Saçlı derideki püstüllerden kültür örnekleri alındı. Sol inguinal bölgedeki lezyonlardan biyopsiler alındı. Patoloji sonucu, sol inguinal bölgedeki lezyonun bazal hücreli karsinom olduğunu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

doğruladı. Hastaya klinik olarak Favre-Racouchot Sendromu tanısı konuldu ve oral asitretin tedavisi planlandı.

SONUÇ:

Bu olgu, Favre-Racouchot Sendromu'nun, literatürde nadir bildirilmiş saçlı deri tutulumu ile prezente olduğunu göstermesi açısından klinik öneme sahiptir. Hastanın ileri yaşı, uzun süreli güneş maruziyeti ve kolorektal kanseri için aldığı radyoterapi öyküsü, FRS gelişimindeki bilinen risk faktörleriyle uyumluluk arz etmektedir. Ayrıca, bu olgu sunumu, hastanın ana şikayetiyle ilişkili olmayan bir bölgede (sol inguinal) bazal hücreli karsinom tespit edilmesiyle, dermatolojik pratikte tam vücut deri muayenesinin kritik rolünü ve malignite taramasının elzemliğini bir kez daha vurgulamaktadır. Özellikle FRS gibi kronik güneş hasarına bağlı dermatolojik durumları olan ve sigara kullanımı gibi ek risk faktörleri taşıyan hastalarda, deri kanserlerinin eşlik etme riski nedeniyle dikkatli ve kapsamlı bir muayene yaklaşımı hayati önem taşımaktadır. Bu vaka, çok faktörlü kronik deri hasarının bir örneği olarak, hastaların kapsamlı değerlendirilmesinin ve eğitiminin holistik yönetimdeki anahtarlar olduğunu göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Bazal hücreli karsinom, Dermatolojik muayene, Favre-Racouchot Sendromu, Güneş hasarı, Saçlı deri tutulumu

KAYNAKLAR: Ibad, S., & Tahir, M. (2021). FAVOURE RACOUCHOT SYNDROME WITH SCALP INVOLVEMENT: A CASE REPORT. *Pak Armed Forces Med J*, 71(1), 373-374.

Khouna, A., Zerrouki, N., Dikhaye, S., & Zizi, N. (2018). An Unusual Association of Favre and Racouchot Syndrome with Basal Cell Carcinomas of the Face. *J Med - Clin Res & Rev*, 2(6), 1-2.

Krajewski, P. K., Chlebicka, I., Stefaniak, A. A., & Szepietowski, J. C. (2021). Coexistence of Favre-Racouchot disease, cutis rhomboidalis nuchae and skin neoplasms. *Advances in Dermatology and Allergology*, XXXVIII(5), 906–908.

Melikoğlu, B., Tabanlıoğlu Onan, D., & Allı, N. (n.d.). Favre-Racouchot Sendromu; Olgu Sunumu.

Sonthalia, S., Arora, R., Chhabra, N., & Khopkar, U. (2014). Favre Racouchot syndrome. *Indian Dermatology Online Journal*, 5(Supplement Issue 2), S128-S129.

FAVRE-RACOUCHOT SENDROMU SKALP TUTULUMU



İNGUİNAL BÖLGEDE BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-221][KABUL:POSTER]

SEMPTOMATİK DERMOGRAFİZM VE KRONİK SPONTAN ÜRTİKERLİ HASTALAR ARASINDAKİ KLİNİK VE LABORATUVAR FARKLILIKLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Anahita Sadidi Heris¹, Prof. Dr. Erdem Karabulut, Phd.², Prof. Dr. Sibel Doğan Günaydın, M.d.,
M.sc.¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Kronik ürtiker (KÜ), altı haftadan uzun süren, ürtiker, anjioödem (AÖ) veya her ikisinin ortaya çıkmasıyla karakterize, yaşam kalitesini bozan heterojen bir hastalıktır. KÜ, kronik spontan ürtiker (KSÜ) ve kronik indüklenabilir ürtiker (KiÜ) olarak ikiye ayrılırken, KiÜ'nün en yaygın alt tipi semptomatik dermografizm (SD) olarak tanımlanır.

AMAÇ:

SD, SD+KSÜ ve KSÜ tanılı hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerini, kötüleştirici faktörlerini ve eşlik eden hastalıklarını karşılaştırmak; özellikle SD'nin kendine özgü özelliklerini ve bu iki durumun bir arada görüldüğünde KSÜ'nün klinik seyrine etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

MATERYAL-METOD:

Bu gözlemsel kesitsel çalışma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda 18 yaş ve üzeri hastalarla gerçekleştirilmiştir. Üç hasta grubu oluşturulmuştur: FricTest ile SD tanısı konulan hastalar (Grup 1), hem SD hem de KSÜ tanısı olan hastalar (Grup 2) ve yalnızca KSÜ tanısı almış olup KiÜ öyküsü bulunmayan hastalar (Grup 3). Tüm hastaların demografik verileri, klinik özellikleri, kötüleştirici faktörleri, laboratuvar parametreleri (CBC, ESR, CRP, total IgE, anti-TPO, TSH, ANA, C3 ve C4) ile tedavi bilgileri kaydedilmiş; hastalık aktivitesi UAS7 ve total Fric score kullanılarak ölçülmüştür.

BULGULAR:

Toplamda 138 hasta (SD: 38, SD+KSÜ: 46, KSÜ: 54) çalışmaya dahil edildi. Tüm KÜ alt tiplerinde kadın predominansı (%84,1) gözlemlendi. SD grubu, KSÜ grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük ortalama yaşa ($35,0 \pm 12,5$ vs. $44,7 \pm 12,9$, $p = 0,002$) ve daha erken hastalık başlangıç yaşına ($29,37 \pm 13,98$ vs. $38,09 \pm 13,93$, $p = 0,009$) sahipti. AÖ öyküsü en sık SD+KSÜ grubunda (%78,3, $p < 0,001$) gözlemlendi; SD grubundaki hastaların %18,4'ünde AÖ



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

öyküsü vardı ve bu hastaların çoğu (%60) tedavisizdi. Atopi oranı en yüksek (%58) olarak SD grubunda tespit edilirken, alerjik rinit de bu grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık görüldü (44.7%, $p = 0,042$). Tiroid hastalıkları (özellikle otoimmün tiroidit), en sık komorbidite olarak izlendi (%18,8) ve tüm gruplarda benzer sıklıkta bulundu. Psikolojik stres ise en yaygın kötüleştirici faktör olarak bildirildi; özellikle SD+KSÜ grubunda bu oran %91,3'e ulaştı ($p = 0,005$). İlaç kaynaklı ürtiker alevlenme oranı tüm gruplarda yüksek bulundu; en sık tetikleyiciler steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar (NSAID) ve antibiyotiklerdi. NSAID'ler en sık tetikleyici ilaç olup, KSÜ grubunda en yüksek oranda (%33,3, $p = 0,006$) raporlandı. Enfeksiyona bağlı ürtiker alevlenmesi %27,5 oranında bulundu. KSÜ grubunda en yaygın tedavi omalizumab ile antihistaminikler (AH) kombinasyonuydu (%63.0), SD hastalarının çoğu ise tedavisizdi (%60,5). Kontrol altındaki hastalık durumu (UAS7 < 6), KSÜ ve SD+KSÜ hastalarında omalizumab ile AH kombinasyonu ile anlamlı ilişkilendirildi ($p < 0,001$). Total IgE düzeyleri gruplar arasında benzer dağılım gösterdi. ANA pozitiflik oranı KSÜ grubunda (%46,4) SD'ye (%39,5) kıyasla daha yüksekti; ancak ANA pozitifliği ile anti-TPO antikorları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamadı. SD+KSÜ grubunda hastalık aktivitesi ile ESR ($p = 0,030$) ve CRP ($p = 0,037$) düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulundu.

SONUÇ:

SD+KSÜ grubu, KSÜ'ye kıyasla daha yüksek AÖ, atopi oranı ve hastalık aktivitesi ile farklı bir kombine endotip profili gösterdi; ancak komorbidite ve lezyon süresi açısından anlamlı fark izlenmedi. SD grubunda AÖ'nün sorgulanmasının önemi ile birlikte, alevlenmelerde ilaç öyküsünün dikkatle değerlendirilmesi gerektiği bu çalışmada vurgulanmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Semptomatik dermografizm, Kronik spontan ürtiker, Komorbidite, Tetikleyici faktörler, Hastalık aktivite skoru

KAYNAKLAR: 1. Bologna J, Scha0er JV, Cerroni L. Dermatology. Fifth edition. ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2024.

2. Zuberbier T, Altrichter S, Bauer S, Brehler R, Brockow K, Dressler C, et al.

S3 Guideline Urticaria. Part 1: Classification and diagnosis of urticaria - German-language adaptation of the international S3 Guideline. J Dtsch Dermatol Ges. 2023;21(1):81-93.

3. Ornek Ozdemir S, Kuteyla Can P, Degirmentepe EN, Cure K, Singer R, Kocaturk E. A comparative analysis of chronic inducible urticaria in 423 patients: Clinical and laboratory features and comorbid conditions. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024;38(3):513-20.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

4. Magerl M, Borzova E, Gimenez-Arnau A, Grattan CE, Lawlor F, Mathelier-Fusade P, et al. The definition and diagnostic testing of physical and cholinergic urticarias--EAACI/GA2LEN/EDF/UNEV consensus panel recommendations. *Allergy*. 2009;64(12):1715-21.
5. Zhang L, Peng C, Li J. Shedding light on dermographism: a narrative review. *Int J Dermatol*. 2024;63(8):999-1006.
6. Maurer M, Fluhr JW, Khan DA. How to Approach Chronic Inducible Urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018;6(4):1119-30.
7. Magerl M, Altrichter S, Borzova E, Gimenez-Arnau A, Grattan CE, Lawlor F, et al. The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias - The EAACI/GA(2) LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. *Allergy*. 2016;71(6):780-802.
8. Sanchez J, Amaya E, Acevedo A, Celis A, Caraballo D, Cardona R. Prevalence of Inducible Urticaria in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria: Associated Risk Factors. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017;5(2):464-70.
9. Kovalkova E, Fomina D, Borzova E, Maltseva N, Chernov A, Serdoteckova S, et al. Comorbid Inducible Urticaria Is Linked to Non-Autoimmune Chronic Spontaneous Urticaria: CURE Insights. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024;12(2):482-90 e1.
10. Zuberbier T, Abdul Latif AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. The international EAACI/GA(2)LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022;77(3):734-66.
11. Powell RJ, Leech SC, Till S, Huber PA, Nasser SM, Clark AT, et al. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. *Clin Exp Allergy*. 2015;45(3):547-65.
12. Kocatürk E, Aktan Ş, Atakan N, Başkan E, Erdem T, Koca R, et al. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016. *Turkderm*. 2016;2016:82-98.
13. Schoepke N, Mlynek A, Weller K, Church MK, Maurer M. Symptomatic dermographism: an inadequately described disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(4):708-12.
14. Bizjak M, Kosnik M. Key differences between chronic inducible and spontaneous urticaria. *Front Allergy*. 2024;5:1487831.
15. Chinese Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Urticaria: 2018 Update. *International Journal of Dermatology and Venereology*. 2020;3(1):8-13.
16. Antia C, Baquerizo K, Korman A, Bernstein JA, Alikhan A. Urticaria: A



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

comprehensive review: Epidemiology, diagnosis, and work-up. J Am Acad Dermatol. 2018;79(4):599-614.

17. Reshef A, Buttgereit T, Betschel SD, Caballero T, Farkas H, Grumach AS, et al. Definition, acronyms, nomenclature, and classification of angioedema (DANCE): AAAAI, ACAAI, ACARE, and APAAACI DANCE consensus. J Allergy Clin Immunol. 2024;154(2):398-411 e1.

18. Ciaccio CE. Angioedema: an overview and update. Missouri medicine. 2011;108(5):354-7.

19. Pampura AN, Zakharova IN, Varlamov EE, Simakova MA. Acute urticaria: Differential diagnosis and treatment. Meditsinskiy Sovet. 2021;2021(1):187-92.

20. Łukaszyk M, Łukaszyk E, Kozłowska D, Klimek M, Ziętkowski Z, Flisiak I, et al. Clinical characteristics and causes of angioedema prevalence among patients hospitalized in a University Clinic. Alergia Astma Immunologia. 2015;20(2):101-5.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-222][KABUL:POSTER]

FOX-FORDYCE HASTALIĞINI TAKLİT EDEN AKSİLLER SİRİNGOMA OLGUSU

Emine Mutlu, Kaan Bağrul

İzmir Şehir Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ:

Ekrin ter bezi duktusunun intraepidermal bölümünden köken alan benign deri eki tümörü olan siringoma; daha çok göz kapaklarında kümelenmiş halde bulunmakla beraber yüzde başka herhangi bir noktada; daha nadiren aksilla, umblicus, üst göğüs bölgesi veya vulvada da oluşabilir.^{1,2} Deri renginde veya bazen sarımtırak renkte, küçük, kümelenmiş papüller ile karakterizedir. Siringomalar sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde görülür ve kadınlarda daha sıktır.^{1,2} Siringoma tanısı klinik olarak konur. Yüz yerleşiminde verruka plana, milyum, akne vulgaris, ekrim hidrokistoma, senil sebase hiperplazi, liken planus ayırıcı tanıya girmekteyken, aksiller yerleşimde ise başlıca Fox-Fordyce hastalığı nadiren de Darier hastalığı ve Hailey-Hailey hastalığı ile karışabilmektedir.³ Klinik olarak papüllerin yerleşimi siringomada daha dağınıktır. Histopatolojik incelemede iç içe geçmiş küboidal veya poligonal hücreler, iki veya daha çok sıralı küboidal hücrelerle kaplı tubuloalveolar yapılar, tek veya iki sıralı küboidal hücrelerden oluşmuş duktal yapılar dikkat çeker. Keratin birikimi, hiperkeratoz eşlik edebilir, inflamasyon bulguları yoktur.⁴ Siringoma tedavisinde CO2 lazer, elektrokoter ve küretaj başlıca yöntemlerdir.⁵

Fox-Fordyce hastalığı ise apokrin ter bezlerinin duktuslarında tıkaç formasyonu oluşumu, duktusların genişlemesi, inflamasyonu ve ter salgısı retansiyonuyla gelişen yoğun kaşıntılı papüler erüpsiyonlarla karakterize daha çok puberte sonrası kadınları etkileyen nadir bir hastalıktır.⁶ Apokrin miliaria olarak da adlandırılan bu hastalık apokrin bezlerin bulunduğu aksilla, areola ve anogenital bölgeyi etkileyebilir.⁷ Tanı genellikle anamnez ve klinik muayene ile konabilir, ayırıcı tanıya giren bir dizi hastalıktan, burada paylaşılan siringoma olgusundaki gibi, ayırımı için bazen biyopsi gerekebilir.³ Biyopside apokrin bezlerin kıl foliküllerine açılma noktalarında oluşan hiperkeratotik infundibular tıkaçlar, tıkaçların proksimalinde apokrin salgının biriktiği bölgede spongiotik veziküller, duktus çevresinde inflamasyondan sorumlu lenfositlerin ve köpüksü histiyositlerin infiltrasyonu göze çarpar.⁸



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

OLGU:

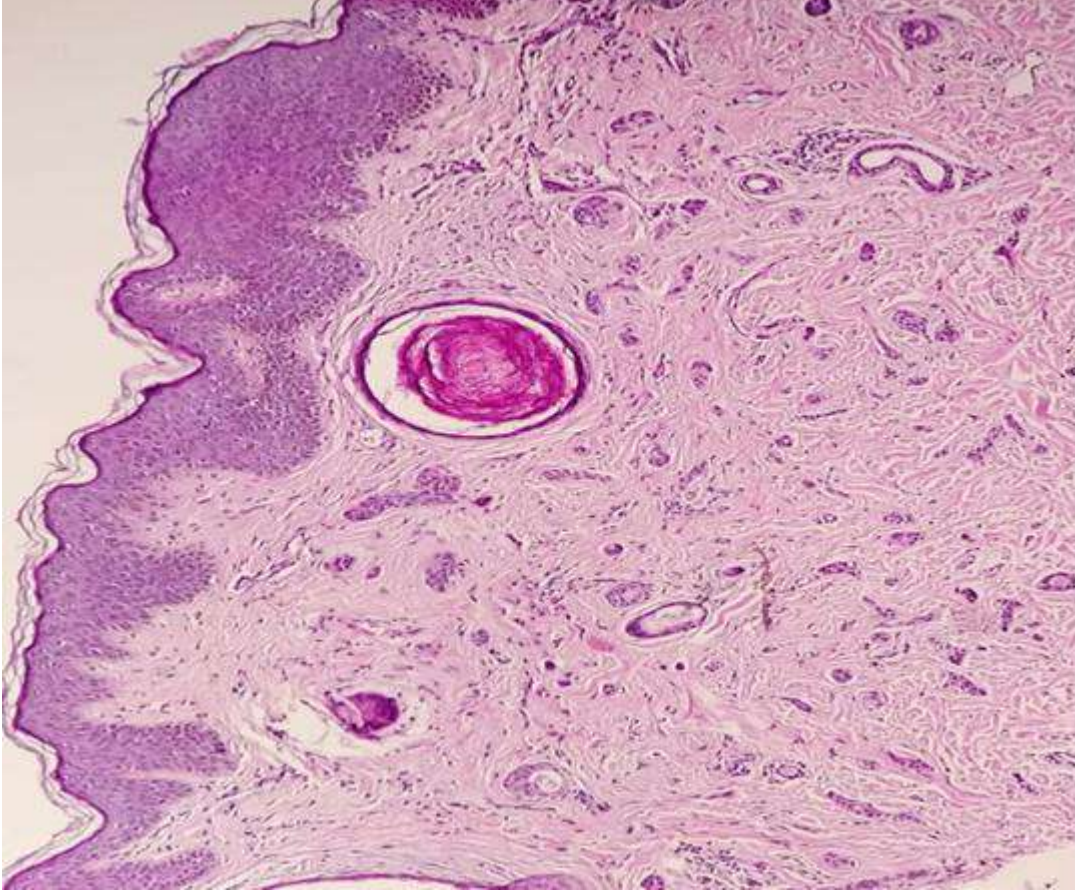
21 yaşında kadın hasta 8 yıldır her iki koltukaltında bulunan, zamanla artan ciltten kabarık döküntüler yakınması ile başvurdu. Fizik muayenede bilateral aksiller bölgede ten renginde-sarımtırak küçük kubbemsi papüller izlendi. Yaş, cinsiyet ve klinik prezentasyon göz önüne alınarak Fox-Fordyce hastalığı ön tanısıyla sağ aksilladan biyopsi alındı. Ayırıcı tanıda bu bölgede Fox-Fordyce ile karışabilecek siringom da düşünüldü ve ön tanılara eklendi. Histopatolojik incelemede çift katlı küboidal epitel kaplı tipik duktus formasyonları ve “tadpole” görünümü saptandı ve tanı siringoma olarak kesinleşti. Hastamıza malign dönüşüm riskinin olmadığı açıklandı ve tedavi seçenekleri arasında olan elektrokoter, kriyoterapi, cerrahi küretaj ve CO2 lazer hakkında bilgilendirme yapıldı.

SONUÇ:

Fox-Fordyce hastalığı, apokrin bezlerin tıkanması ve inflamasyonu ile karakterize edilirken, siringoma ise ektrin bezlerin benign tümörleridir. Bu iki durumun klinik bulguları karışabilmektedir.^{2,3,7} Bu çalışma, aksiller bölgede yerleşen papüler dermatozlarda Fox-Fordyce hastalığı ile siringoma arasında önemli benzerlikler bulunduğunu ve bu lezyonların ayırıcı tanısında histopatolojik incelemenin kritik rolü olduğunu vurgulamaktadır. İki hastalık da sıklıkla olgumuzda olduğu gibi genç erişkin kadınları etkilemektedir. Fox-Fordyce hastalığı için tipik olan aksiller bölge tutulumu, olgumuzda Fox-Fordyce hastalığını siringomadan daha ön planda düşünmemize neden olmuştur. Tanı histopatolojik inceleme ile doğrulanmış ve uygun tedavi yöntemi belirlenmiştir. Bu çalışma ile; her ne kadar aksiller bölge siringoma açısından tipik bir yerleşim yeri olmasa da bu bölgede gelişen papüler dermatozların ayırıcı tanısında akılda tutulması gerektiği vurgulanmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Fox-Fordyce, Siringoma, Aksilla

PATOLOJİ



Bazıları virgül benzeri kuyruğa(yıldız) sahip olan iki katlı epitel ile kaplı ekrin duktus yapıları ve intraduktal eozinofilik materyal

RESİM



Hastanın her iki koltuk altında birden fazla sayıda, 1 ila 3 mm boyutlu, açık kahverengi papüller.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-223][KABUL:POSTER]

FOLİE À DEUX AND FOLİE À TROIS

Hanife Karataş¹, Gökçe Işıl Kurmuş¹, Müzeyyen Gönül¹, Elif Erdem², Süheyla Doğan Bulut²

¹Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Sanrılı parazitoz, hastanın cildinde parazitler gezdiğine dair güçlü bir inanç taşıdığı, ancak hiçbir tıbbi ya da mikrobiyolojik kanıt bulunmayan nadir bir bozukluktur. Genellikle dermatologlara başvurulur, çünkü hasta sorununun psikiyatrik değil, fiziksel olduğuna inanır. Bazen bu sanrılar yakın çevredeki bireylere de bulaşabilir. Aynı evde yaşayan bireyler arasında sanrının paylaşılması folie à deux, üç kişiye yayılması ise folie à trois olarak adlandırılır. Bu tür olguların tanısı zor, tedavisi ise dirençlidir.

OLGU:

Folie à Deux

Yetmiş yaşında kadın hasta, altı ay önce tedavi edilen uyuz enfeksiyonu sonrası başlayan ve giderek artan kaşıntı, uyku bozuklukları, cildinde ve çevresinde böceklerin gezdiğini hissetme ve görme şikayetleri ile başvurdu. Dermatolojik değerlendirmelerde parazitik enfestasyon saptanmadı. Aşırı temizlik davranışları (sık yüz ve saç yıkama, vücudu silme, saç kesme) mevcuttu. Muayenede ekstremitelerde lineer ekzoriyasyonlar görüldü. Getirdiği kapta parazit olduğunu düşündüğü materyallerin mikroskopik incelemesinde deri artıkları ve tekstil lifleri dışında patolojik bulgu yoktu.

Şikayetlerin başlamasından yaklaşık bir ay sonra, hastanın eşi de benzer taktıl halüsinasyonlar ve kaşıntı tariflemeye başladı. Her iki bireyde de psikiyatrik hastalık veya madde kullanımı öyküsü yoktu. Ancak kadın hastada işlevsellik daha fazla bozulmuştu.

Psikiyatrik değerlendirmede Mini Mental Durum Testi kadın hastada 27/30, eşinde 28/30 idi. MMPI testinde kadın hastada hipokondriasis ve anksiyete, eşinde ise histeri skorları yüksekti. Laboratuvar ve beyin MRG bulguları normaldi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Kadın hastaya önce aripiprazol başlandı; yan etki gelişmesi üzerine trifluoperazine geçildi. Eşi sadece davranışçı terapi ile takip edildi ve şikayetleri geriledi.

Olgu 2 – Folie à Trois

Elli dokuz yaşında evli ve iki çocuk annesi kadın hasta, bir yıldır süren kaşıntı ve ciltte gezinme hissi şikayetleriyle başvurdu. Şikayetleri, oğlunun cezaevinden yeni çıkan bir arkadaşını eve getirmesinin ardından başlamıştı. Bit enfestasyonu kapıldığını düşünerek defalarca dermatoloğa başvurmuş ve çok sayıda antiparaziter tedavi almış, ancak herhangi bir parazite rastlanmamıştı.

Hasta, evini sürekli dezenfekte ediyor, kıyafetleri titizlikle ütülüyor ve sık banyo yapıyordu. Psikiyatrik değerlendirme önerilerine öfkeyle tepki veriyordu. Bir hafta önce kendisini ziyaret eden kız kardeşi benzer semptomlar (gezinme hissi, saç kesme, aşırı yıkanma) geliştirdi. Ardından yeğeni de aynı şikayetlerle başvurdu; bu tablo folie à trois olarak değerlendirildi. Hasta, içinde parazit olduğunu iddia ettiği bir mendil getirdi; mikroskobide zararsız bir sinek (Psychodidae) dışında bulgu yoktu.

Üç hastanın da psikiyatrik ya da madde kullanım öyküsü yoktu. Hastanın PANSS skoru 69'du, bu da belirgin psikotik belirtilere işaret ediyordu. Tüm bireylerin laboratuvar ve beyin MRG bulguları normaldi.

Trifluoperazin 5 mg/gün başlandı, doz zamanla 15 mg/güne çıkarıldı. Kaşıntı azalsa da, bulaştırma korkusu sürdü. Ekstrapiramidal semptomlar gelişince biperiden başlanarak semptomlar kontrol altına alındı. Kız kardeş ve yeğen davranışçı terapi ile düzeldi. Dördüncü haftada PANSS skoru 50'ye düşen hasta, psikiyatri takibi ve aile psiko-eğitimi ile taburcu edildi.

SONUÇ:

Paylaşılan sanrısız parazitoz, birden fazla bireyin benzer parazitik sanrılara sahip olduğu nadir fakat önemli bir tablodur. Dermatologlar, bu durumu gerçek parazit enfestasyonlardan ayırt edebilmeli ve uygun yönlendirme yapabilmelidir. Bu olgular, dermatoloji ve psikiyatri arasındaki iş birliğinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Tedavide antipsikotik ilaçlar, davranışsal terapiler, psikoeğitim programları birlikte kullanılmalıdır. Ayrıca olguların çoğunda tetikleyici bir psikososyal stres faktörünün varlığı dikkat çekicidir. Erken tanı, uygun müdahale ve yakın hastaların iyilik halini artırmak, nüksü önlemek açısından önemlidir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELEER: Sanrısıl parazitoz, Paylaşılan psikotik bozukluk, Folie à deux, Folie à trois, Matchbox belirtisi

KAYNAKLAR: References

1. Bewley AP, Lepping P, Freudenmann RW, Taylor R. Delusional parasitosis: time to call it delusional infestation. Br J Dermatol. 2010;163(1):1-2. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.09841.x.
2. Reich A, Kwiatkowska D, Pacan P. Delusions of Parasitosis: An Update. Dermatol Ther (Heidelb). 2019;9(4):631-638. doi: 10.1007/s13555-019-00324-3.
3. Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O. Delusional Parasitosis: Diagnosis and Treatment. Isr Med Assoc J. 2018;20:456-460.
4. Kim C, Kim J, Lee M, Kang M. Delusional parasitosis as 'folie a deux'. J Korean Med Sci. 2003;18(3):462-5. doi: 10.3346/jkms.2003.18.3.462.
5. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. Clin Exp Dermatol. 2008;33:113-7. doi: 10.1111/j.1365-2230.2007.02635.
6. Szepietowski JC, Salomon J, Hrehorów E, Pacan P, Zalewska A, Sysa-Jedrzejowska A. Delusional parasitosis in dermatological practice. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007;21(4):462-5. doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01900.x.
7. Al-Imam AML. A systematic literature review on delusional parasitosis. Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery. 2016; 20(1):5-14.
8. Jerrom R, Mortimer H, Martin K, Siddiquee R, Bagchi D, Goulding JMR. A case series of shared delusional infestation: folie à deux revisited. Clin Exp Dermatol. 2020;45(4):414-416. doi: 10.1111/ced.14138.
9. Giam A, Tung YL, Tibrewal P, Dhillon R, Bastiampillai T. Folie à deux and Delusional Parasitosis. Asian J Psychiatr. 2017;28:152-153. doi: 10.1016/j.ajp.2017.04.027.
10. Campbell EH, Elston DM, Hawthorne JD, Beckert DR. Diagnosis and management of delusional parasitosis. J Am Acad Dermatol. 2019;80(5):1428-1434. doi: 10.1016/j.jaad.2018.12.012.
11. Ahmad K, Ramsay B. Delusional parasitosis: lessons learnt. Acta Derm Venereol. 2009;89(2):165-8. doi: 10.2340/00015555-0587.
12. Gajbhiye A, Ali T, Aziz S, Singh P, Gandhi S, Chaudhury S, Patil J. Delusional parasitosis: A case series. Ind Psychiatry J. 2023;32(Suppl 1):S258-S261. doi: 10.4103/ipj.ipj_240_23.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-224][KABUL:POSTER]

DERMATOLOJİ ASİSTANLARININ PSÖRIAZİS YÖNETİMİNDE BİYOLOJİK AJAN TEDAVİLERİNE YÖNELİK TUTUM VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fahamettin Can Birol, Mehmet Fatih Ünlü, Elif Bal Avcı

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Edirne

AMAÇ:

Psöriazis toplumda yaygın görülen, kronik ve inflamatuvar bir hastalıktır(1). Biyolojik ajan tedavileri geleneksel sistemik tedavilerle yeterli yanıt alınamayan, yan etkileri nedeniyle bu tedavileri tolere edemeyen veya eşlik eden komorbiditeler nedeniyle tedaviye uygun olmayan hastalarda yüksek potansiyelli bir tedavi seçeneğidir(2). Bu çalışmanın amacı deri ve zührevi hastalıklar uzmanlık eğitimi almakta olan hekimlerin psöriazis yönetiminde kullanılan biyolojik ajan tedavilerine ilişkin bilgi düzeylerini ve klinik uygulamalarını değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamız 15.05.2025-25.06.2025 tarihleri arasında çevrim içi platformlar üzerinden anket çalışması olarak yapılmıştır. Anket katılımcıların demografik bilgileri, psöriazis hastalarında biyolojik ajan tedavisi bilgi düzeyi, tedaviye başlama kriterleri, tedavi takibi, yan etki yönetimi, biyolojik ajan tercihi, tedavi kesilme nedenleri ve klinik uygulamalarını kapsayan sorulardan oluşturuldu. SPSS 28.0 programı kullanılarak istatistiksel analizler yapıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya K/E oranı yaklaşık 1.29 olmak üzere toplam 131 dermatoloji asistanı katıldı. Katılımcıların %67,9'u üniversite hastanesinde çalışmakta olup %81,7'sinin çalıştığı kurumda psöriazis takip polikliniği mevcuttu. Katılımcıların %93,1'i IL-17 inhibitörleri ve TNF-Alfa inhibitörlerini, %85,5'i IL-12/IL-23 inhibitörlerini, %81,7'si IL-23 inhibitörlerini ait oldukları ilaç gruplarıyla doğru eşleştirdi. Katılımcıların biyolojik ajan kullanma endikasyonlarında %96,2 ile konvansiyonel tedaviye direnç, tedavi kontrendikasyonlarında ise %95,4 ile aktif enfeksiyonlar ve malignite birinci sıradaydı. Katılımcıların %98,5'i tüberküloz testi ve hepatit B/C serolojisini, %97,7'si hemogram ve biyokimya testlerini, %95,4'ü HIV serolojisini biyolojik ajan tedavisi öncesi en sık istenen tetkikler olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %11,4'ü biyolojik ajanların konvansiyonel tedaviyle kombine edilebileceğini bilmiyordu. Psöriatik artrit varlığında %69,5 ve psöriazise eşlik eden tırnak tutulumunda %59,5 ile iksekizumab, gebelik



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ve laktasyonda %76,3 ile sertolizumab, pediatrik yaş grubunda %55 ile adalimumab en çok tercih edilen biyolojik ajanlardı. Katılımcılar psöriatik artrit, psöriazis tırnak tutulumu, püstüler psöriazis gibi özel durumlarda tercih ettikleri biyolojik ajanlar açısından değerlendirildiğinde kıdem yılı arttıkça ortalama bilgi düzeyinin arttığı gözlemlendi ($p<0.05$). Katılımcıların %19,8'i biyolojik ajan kullanımı sırasında tüberküloz gelişimi açısından takip gerektiğini bilmiyordu. En sık beklenen yan etkiler %93,1 ile enfeksiyonlar ve %67,2 ile cilt reaksiyonlarıydı. Katılımcıların %22,1'i biyolojik ajanların aralıklı kullanımı ile ilgili bilgisi olmadığını ifade etti. Katılımcıların %65,4'ü psöriazis hastalarında majör cerrahi girişim öncesi biyolojik ajanların geçici olarak kesilmesi gerektiğini, %69,2'si minör cerrahi girişim öncesi biyolojik ajanları kesmenin genellikle gereksiz olduğunu bildiğini ifade etti. Katılımcıların %93,9'u biyolojik ajan tüberküloz profilaksisi tedavisinde izoniazid kullanım süresi hakkında bilgili, %80,2'si biyolojik ajan hepatit b profilaksisi tedavi süresi hakkında bilgisizdi. Katılımcıların psöriazis hastalarında biyolojik ajan tedavisi öncesi en sık önerdikleri üç aşı sırasıyla %79,4 ile hepatit b aşısı, %58 ile pnömokok aşısı, %53,4 ile influenza aşısı oldu. Katılımcıların %35,1'i biyolojik ajan tedavisi kullanan psöriazis hastalarının tedavi esnasında canlı aşılar ile aşılammaması gerektiğini bilmiyordu.

SONUÇ:

Anket çalışmasında dermatoloji asistanlarının psöriazis tedavisinde kullanılan biyolojik ajanlar ve bu ajanların klinik kullanımı ile ilgili bilgi seviyesinin iyi olduğu fakat bazı uygulama alanlarında ve bilgi düzeylerinde eksiklik ve farklılıklar olduğu ortaya konmuştur. Sonuç olarak dermatoloji asistanı hekimlerin biyolojik ajan tedavisi seçimini etkileyecek bilgi düzeyi, tutum ve davranışlarını geliştirme amaçlı eğitim programları ve çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Psöriazis, Biyolojik Ajan, IL-17 İnhibitörleri, TNF-Alfa İnhibitörleri, IL-23 İnhibitörleri

KAYNAKLAR: KAYNAKLAR:

- 1-Adışen E, Koç E, Akyol M, Alper S, Atakan N, Borlu M, et al. Türkiye Psöriasis Tedavi Kılavuzu 2021.
- 2-Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnosis and management of psoriasis. Can Fam Physician. 2017 Apr;63(4):278-285. PMID: 28404701; PMCID: PMC5389757.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-225][KABUL:POSTER]

LUPUS VULGARIS VE SKROFULODERMA BİRLİKTELİĞİNİN GÖRÜLDÜĞÜ NADİR BİR OLGU

Ebrar Selen Bayramoğlu, Erkan Alpsoy

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Birçok organı tutabilen mikobakteri enfeksiyonu olan tüberküloz hastaların yaklaşık %2'sinde deriyi tutar. Deri tüberkülozlarının çoğu endojen, daha küçük bir bölümü ise ekzojen yolla ortaya çıkar. Lupus vulgaris, önceden duyarlanmış bireylerde basillerin bilinen bir odak veya klinik olarak inaktif bir tüberküloz odağından hematogen veya lenfatik yayılım ile deriye gelmesiyle oluşur. Türkiye'de en sık görülen deri tüberkülozu formu olan lupus vulgaris en sık yüze yerleşim gösterir. Zengin klinik bulguları bulunan lupus vulgaris sıklıkla kırmızı-kahverengi soliter bir papül olarak başlar. Papüller sayıca artıp bir araya gelerek deriden hafif kabarık, keskin sınırlı ve düzgün yüzeyli plakları oluşturur. Diaskopi muayenesi ile elde edilen elma jölesi görünümü tanıya yardımcıdır. Skrofuloderma Türkiye'de lupus vulgaristen sonra ikinci sıklıkta görülen deri tüberkülozu kliniğidir ve genellikle sert, serbestçe hareket ettirilebilen, ağrısız subkutan nodül veya deriye infiltre plak şeklinde başlar. Zamanla yumuşayarak fluktuasyon verir. Üzerindeki deri morumsu-kırmızı bir renk alan lezyon bir süre sonra sonra direne olur ve zamanla kronik ülsera dönüşür.

Deri tüberkülozu nadir görülmesi ve zengin klinik bulgularla ortaya çıkabilmesi nedeniyle tanıda zorluklara neden olur. Dermatoloğun doğru tanıya ulaşabilmesi için öncelikle şüphelenmesi ve deri tüberkülozu tanısını akla getirmesi gerekir. Klinik bulguların tanı testleriyle doğrulanması önemlidir. Literatürde skrofulodermayı lupus vulgaris ile birlikte tanımlayan sadece birkaç olgu bulunmaktadır. Burada lupus vulgaris ve skrofulodermanın nadir birlikteliği bir olguda bildirilmekte ve ülkemizde hala önemli bir morbidite nedeni olan deri tüberkülozlarına dikkat çekilmektedir.

OLGU:

65 yaşında kadın hasta dermatoloji polikliniğine yüzde 4 aydır bulunan döküntü ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sağ zigoma bölgesinde düzgün yüzeyli, sınırları belirgin yaklaşık 2x2 cm çapında kırmızı, kahverengi bir plak ve preaurikular alanda merkezinden direne olmuş mor renkte bir nodül saptandı. Sağ servikal alanda 1 adet yaklaşık 1cm çapında, palpasyonla sert lenfadenopati palpe edildi. Sporotrikoid layşmanyazis açısından tzank yayması yapıldı ve



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

negatif sonuçlandı. Lupus vulgaris ve skrofuloderma birlikteliği düşünülerek yapılan ppd testi 14 mm ve istenen Kuantiferon testi pozitif sonuçlandı. Hastanın kliniği ile birlikte yapılan lenf nodu ve deri biyopsileri sonucunda hastaya lupus vulgaris ve skrofuloderma birlikteliği tanısı konuldu. Yapılan ek incelemeler ve görüntülemelerde iç organ tutulumu saptanmadı ve HIV testi negatif sonuçlandı.

Hastaya 4'lü antitüberküloz tedavisi başlatıldı ve hasta 2 ay 4'lü antitüberküloz tedavisi aldıktan sonra lezyonlarda klinik olarak belirgin iyileşme gözlemlendi. Hasta tedavisine ikili antitüberküloz tedavisi ile (izoniazid ve rifampisin) devam etmektedir.

SONUÇ:

Deri tüberkülozları nadir görülen tüberküloz kliniklerindendir ve deri lezyonlarının diğer hastalık tablolarıyla benzerliği nedeniyle tanıda zorluk yaşanabilmektedir. Ağrısız, uzun süreli, ülserleşen lezyonlarda tüberküloz hatırlanmalı, buna yönelik incelemeler yapılmalıdır. Literatürde lupus vulgaris ve skrofuloderma birlikteliği 3 olguda bildirilmiştir (Tablo 1). Bizim olgumuzun literatürde bildirilen diğer olgulardan farkı lezyonların yerleşim yeri ve lupus vulgaris ve skrofuloderma kliniklerinin aynı anda ortaya çıkmasıdır. Burada sunulan olgu, lupus vulgaris ve skrofulodermanın birlikte görüldüğü nadir bir olguyu tanımlamakta, ülkemizde hala önemli bir morbidite nedeni olan deri tüberkülozlarına dikkat çekmektedir. Lenfadenopati ile birlikte ülser nodül ve plak ile başvuran hastalarda klinisyenin ayırıcı tanı yelpazesinde deri tüberkülozlarına yer vermesi gerekliliği açısından yol göstericidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Deri tüberkülozu, lupus vulgaris, skrofuloderma

KAYNAKLAR: 1.Sabbadini, Chiara, et al. "A rare case of scrofuloderma along with lupus vulgaris." *Dermatology Reports* 13.3 (2021): 8993.

2.Aliagaoglu, Cihangir, et al. "Rapidly developing giant sized lupus vulgaris on the chest associated with bilateral scrofuloderma on the neck." *The Journal of Dermatology* 33.7 (2006): 481-485.

3.Tuli, Isha Preet, et al. "Lupus vulgaris associated with Scrofuloderma." *Sahel Medical Journal* 17.1 (2014): 34-36.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-226][KABUL:POSTER]

VİTİLİGO HASTALARINDA SİSTEMİK İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİNİN ROLÜ: RETROSPEKTİF ANALİZ

Gülcan Saylam Kurtipek¹, Rumeysa Feyza Gül¹, Hanife Beyza Diken¹, Cahit Yavuz¹, Fatma Tunçez Akyürek¹, Hüsamettin Vatansev², Nilüfer Alpaslan²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, Konya

GİRİŞ-AMAÇ:

Çalışmamızda, 2020–2025 yılları arasında kliniğimizde tanı alan vitiligo hastaları ile kontrol grubunda sistemik inflamasyon biyobelirteçlerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Vitiligo hastalarında hastalığın etiyopatogenezini daha iyi anlamak amacıyla inflamasyon belirteçlerine odaklanılmıştır.

Yöntem:

Bu retrospektif tanımlayıcı çalışmaya, 2020–2025 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalında vitiligo tanısı alan 148 hasta ile 149 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 297 katılımcı dahil edilmiştir. Komorbiditesi olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Katılımcıların cinsiyet, yaş ve inflamatuvar parametreleri; sistemik immün inflamasyon indeksi (SII), sistemik inflamatuvar cevap indeksi (SIRI), sistemik inflamasyon toplam indeksi (AISI), nötrofil/lenfosit oranı (NLR), platelet/lenfosit oranı (PLR) ve monosit/lenfosit oranı (MLR) hastane kayıtlarından elde edilmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics (sürüm 27.0) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Vitiligo ve kontrol grupları arasındaki farklılıklar Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyumu Shapiro-Wilk testi ile, varyansların homojenliği ise Levene testi ile kontrol edilmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelenmiş, sonuçlar $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir. Ayrıca, inflamatuvar belirteçlerin tanısal yararlılığını değerlendirmek amacıyla ROC eğrileri oluşturulmuştur.

BULGULAR:

Vitiligo ve kontrol grupları arasında yaş dağılımları benzer toplanmıştır. Vitiligo grubunda %38,5 erkek ve %61,5 kadın, kontrol grubunda ise %30,8 erkek ve %69,2 kadın katılımcı yer almaktadır. PLR indeksi vitiligo grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). SIRI ve AISI indeksleri ise vitiligo grubunda kontrol grubuna kıyasla



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

anlamli düzeyde daha düşük saptanmiştir (sırasıyla $p = 0,034$; $p = 0,023$). NLR, MLR ve SII değerlerinde ise gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. ROC analizine göre, PLR'nin ayırt ediciliği orta düzeyde ($AUC = 0,626$) iken, SIRI ve AISI indekslerinin ayırt edicilikleri zayıf düzeydedir (sırasıyla $AUC = 0,429$ ve $0,424$). Üç belirtecin birlikte analizinde AUC değeri $0,671$ olarak bulunmuştur. Spearman korelasyon analizinde, PLR; WBC, HGB ve HCT gibi parametrelerle negatif yönde korelasyon gösterirken; SIRI ve AISI birçok lökosit parametresiyle pozitif korelasyon sergilemiştir. Ayrıca, PLR ile SIRI ($p = 0,212$) ve AISI ($p = 0,380$) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar belirlenmiştir.

SONUÇ:

Bu çalışmada, vitiligo hastalarında bazı sistemik inflamatuvar indekslerin kontrol grubuna kıyasla inflamasyonu öngörme becerisi değerlendirilmiştir. İndeksler arasında PLR indeksinin inflamasyonu öngörmeye orta düzeyde olduğu, SIRI ve AISI indekslerinin ise düşük düzeyde olduğu görüldü. Yapılan literatür taramasında hastalar yaş, cinsiyet, komorbidite durumu ve hastalık şiddetine göre ayrıştırılmış olup inflamatuvar indeksler ile ilişkisi değerlendirilmiştir (1,2). Başka bir çalışmada ise vitiligo hastaları lokalize ve generalize olarak gruplandırılmış, bu grupların inflamatuvar indeksler ile ilişkisi araştırılmıştır ve bazı indeksler anlamlı bulunmuştur (3). Ancak çalışmamızda bu indekslerin, bütün vitiligo hastaları ile sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmada bile yeterli ayırt edebilme becerisinin olmadığı görülmüştür. Bu nedenle elde ettiğimiz verilere dayanarak vitiligonun şiddetinin belirlenmesinde veya alt gruplara ayrılmasında belirteç olarak bu indekslerin yeterli olmayacağı kanaatindeyiz. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

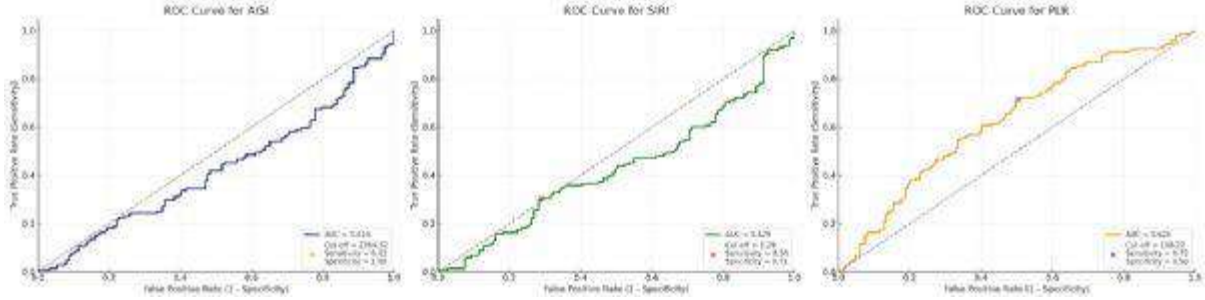
ANAHTAR KELİMELEER: Vitiligo, sistemik inflamasyon, SIRI, AISI, PLR

KAYNAKLAR: 1) Weissmann S, Babyev AS, Gordon M, Golan-Tripto I, Horev A. Decreased Neutrophil-to-lymphocyte Ratio in Patients with Vitiligo: National Data Analysis. Acta Derm Venereol. 2024 Oct 15;104:adv35406. doi: 10.2340/actadv.v104.35406. PMID: 39404178; PMCID: PMC11491662.

2) Demirbaş, A., Elmas, Ö.F., Atasoy, M. et al. Can monocyte to HDL cholesterol ratio and monocyte to lymphocyte ratio be markers for inflammation and oxidative stress in patients with vitiligo? A preliminary study. Arch Dermatol Res 313, 491–498 (2021).

3) Temel B, Orenay O, Karaosmanoglu N. An Evaluation of the Hematological Markers of Systemic Inflammation and Oxidative Stress in Vitiligo: A Case-Control Study. Cureus. 2024 Mar 12;16(3):e56034. doi: 10.7759/cureus.56034. PMID: 38606245; PMCID: PMC11008697.

AISI, SIRI, PLR - ROC EĞRİLERİ



İNFLAMASYON İNDEKSLERİ P DEĞERLERİ

Tablo 1. İnflamasyon Göstergeleri/ İndeksleri

	Kontrol Grubu (n=149)	Vitiligo Grubu (n=148)	p değeri
NLR	1,74 [1,39-2,18]	1,93 [1,59-2,36]	0,104
PLR	108,72 [84,66-139,43]	131,86 [99,94-164,81]	<0,001*
MLR	0,23 [0,2-0,29]	0,22 [0,17-0,29]	0,378
SII	485,58 [367,44-660,64]	510,51 [377,92-700,67]	0,445
SIRI	1,03 [0,79-1,43]	0,91 [0,59-1,33]	0,034*
AISI	288,03 [202,42-410,76]	236,82 [164,45-364,94]	0,023*

Not: Sayısal değişkenler için veriler medyan IQR[Q1-Q3] olarak ifade edildi. Cinsiyet ise gruplardaki yüzde dağılımı olarak verildi.

*Mann Whitney U Test

p<0,005 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-227][KABUL:POSTER]

NİCOLAU SENDROMU:İNTRAVENÖZ UYGULAMAYA BAĞLI NADİR BİR OLGU

Fatma Zorlu, Ezgi Aktaş, Zafer Türkoğlu

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Nicolau sendromu, Embolia cutis medicamentosa olarak da bilinen, sıklıkla intramüsküler ilaç uygulamalarının ardından gelişen nadir bir kutanöz komplikasyondur. Daha nadir olarak subkutan ve intravenöz ilaç uygulamaları sonrasında da geliştiği bildirilmiştir.

Sendromun patogenezi tam olarak açıklığa kavuşmamış olsada, perivasküler inflamasyon, vazospazm ve embolizasyon gibi mekanizmaların etkili olduğu düşünülmektedir.

Histopatolojik olarak, retiküler dermiste damarların primer veya sekonder trombozu karakteristiktir.

Klinik olarak, enjeksiyon bölgesinde ani vazospazma bağlı solukluk ve şiddetli ağrı ile başlar; bu tabloyu saatler içinde livide, dendritik uzantılara sahip hemorajik maküller izler. Lezyonlar zamanla nekrotik hale gelir. Birkaç hafta içerisinde kas dokusunu da içeren nekrotik eskar gelişebilir. Nekroz kendini sınırlar ve iyileşme sürecinde adneks yapılarından yoksun atrofik skar bırakır.

Bu yazıda, intravenöz ilaç uygulamasına bağlı gelişen nadir Nicolau sendromu olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU:

Altı aylık, Down sendromlu bir erkek bebek, sol ayak sırtında yara nedeni ile dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Aile öyküsü ve epikriz bilgilerinden, hastanın yaklaşık bir ay önce pnömoni tanısıyla yoğun bakım ünitesinde takip edildiği, bu süreçte sol ayak dorsumuna damar yolu açılarak seftriakson, ampisilin-sülbaktam ve antipiretik ajanların intravenöz olarak uygulandığı öğrenildi. Tedavinin ikinci haftasında damar yolu açılan bölgede eritemli, lividi bir ülseratif lezyonun fark edilmesi üzerine hastaya topikal gümüş sülfadiazin ve sodyum fusidat reçete edildiği, ancak sekiz günlük tedaviye rağmen lezyonda gerileme olmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede, sol ayak dorsumunda yaklaşık 2x3 cm boyutlarında, üzeri sert ve fibrotik krutla kaplı ülseratif lezyon izlendi. Lezyon çevresinde belirgin inflamasyon saptanmadı. Periferik nabızlar palpabl idi ve kapiller dolum normaldi; vasküler yetmezliği düşündürecek herhangi bir bulguya rastlanmadı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Bu klinik tablo ve öykü birlikte değerlendirildiğinde, hastaya intravenöz uygulamaya bağlı gelişen Nicolau sendromu tanısı konuldu.

SONUÇ:

Nicolau sendromu, klasik olarak intramüsküler enjeksiyonlara bağlı gelişsede, nadiren intravenöz ilaç uygulamaları sonrasında da ortaya çıkabilmektedir. Damar yolu girişimi yapılan bölgede, iyileşmeyen ülseratif lezyonlarla karşılaşıldığında Nicolau sendromu mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Nicolau Sendromu için korunma dışında spesifik bir tedavi yoktur. Sendromun progresyonu tahmin edilemez. Doku hasarının geri dönüşümsüz olduğu takip edilen hastalarda gözlenmiştir. Antikoagülan tedavisi (heparin), vazoaktif ilaçlar, arteriyotomi, pıhtının ekstraksiyonu, hiperbarik oksijen tedavisi, lokal yara bakımı hastalığın ilerleyişini ve komplikasyonları sınırlar. Erken tanı ve uygun destekleyici tedavi, sekellerin önlenmesi açısından önemlidir.

ANAHTAR KELİMELEER: intravenöz, iskemi, nekroz, vazospazm

KAYNAKLAR: 1.Gulseren, D, Sahin, EB, Bozdogan, O, and Artuz, F. An avoidable adverse drug reaction: Nicolau syndrome. Int Wound J. (2017) 14:440–1.

doi: 10.1111/iwj.12663

2.Srivastava, P, Someshwar, S, and Jerajani, H. Nicolau's syndrome. Indian Pediatr. (2015) 52:356.

3. Agarwal, A, Kabra, A, Jain, R, and Bhargava, G. Nicolau's Syndrome (Embolia Cutis Medicamentosa). J Assoc Physicians India. (2018) 66:85.

4. Tierce, ML, Schultz, SM, and Lanier, BQ. Tissue loss with subcutaneous immunotherapy--Nicolau syndrome. J Allergy Clin Immunol Pract. (2016) 4:154–5. doi:

10.1016/j.jaip.2015.07.014



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-228][KABUL:POSTER]

VİTİLİGO HASTALARINDA İŞİTSEL DEĞERLENDİRME VE BUNUN OKSİDATİF STRESLE İLİŞKİSİ

Hatice Büşra Karaman¹, Emine Tamer², Burak Hazır³, Özcan Erel⁴

¹Sincan Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği

⁴Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Biyokimya Kliniği

AMAÇ:

Vitiligo melanositlerin kaybıyla karakterize edinsel kronik depigmente deri hastalığıdır. Patogenezinde oksidatif stres, inflamatuvar mediatörler, otoimmünite gibi birçok mekanizma yer almaktadır. Yapılan çalışmalar vitiligonun yalnızca cildi etkileyen bir hastalık olmadığını aynı zamanda iç kulaktaki melanositlerin kaybıyla işitsel anormalliklere sebep olduğunu göstermiştir. Melanositler, işitme için önemli metabolik fonksiyonlara sahip bölgelerde bulunurlar ve kohleadaki tüy hücre fonksiyonu için elektriksel potansiyele katkıda bulunurlar. Oksidatif stres tüy hücrelerine doğrudan zarar vererek işitme kaybına neden olabilir. Bu çalışma ile aralarındaki benzer patogenezden yola çıkarak vitiligo hastalarında eşlik eden işitsel bozuklukların değerlendirilmesi ve işitsel bozukluk patogenezinin oksidatif stres açısından araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya 80 vitiligo hastası ile yaş ve cinsiyet uyumlu 80 gönüllü kontrol dahil edildi. Hastalara ve kontrol grubuna konvansiyonel saf ses ve yüksek frekans odyometri testi yapıldı. Saf ses odyometri için 0,25-8 kHz frekanslar, yüksek frekans odyometri için 9-12,5 kHz frekanslardaki eşik değerleri değerlendirildi. Hasta ve kontrol grubunda serum total süperoksit dismutaz (SOD) enzim aktivitesi, tiyol disülfid dengesi, iskemi modifiye albümin (IMA) düzeylerine bakıldı.

BULGULAR:

Vitiligo hastalarının 34'ünde (%42,5) işitme kaybı saptanırken, kontrol grubunun 17'sinde (%21,3) işitme kaybı mevcuttu. Vitiligo grubunda işitme kaybı varlığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak yüksek saptandı ($p=0,017$). Vitiligo hastalarında yaş ve başlangıç yaşı arttıkça işitme kaybının arttığı bulundu. Oksidatif stres biyobelirteçlerinden tiyol disülfid



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

dengesini gösteren değerler ve IMA düzeyi açısından hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Total SOD aktivitesi medyan ve çeyrekler arası değerleri hasta grubunda 5,5 (4,37-7,86), kontrol grubunda 4,66 (2,62-6,11) U/L bulundu. Total SOD aktivitesi hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı daha yüksekti ($p=0,013$). Total SOD aktivitesi değerinin $>4,51$ U/L olması vitiligo için %71 duyarlı ve %50 özgül bulundu. Vitiligo hastalarında işitme kaybı olan ve olmayanlar arasında oksidatif stres belirteçleri açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

SONUÇ:

Çalışmamız vitiligo hastalarında işitme kaybı ve olası işitme kaybının oksidatif stres belirteçleri ile olan ilişkisini değerlendiren ilk çalışmadır. İleri yaştaki vitiligo hastaları ve/veya ileri yaş başlangıçlı vitiligo hastaları sensörinöral işitme kaybı gelişimi açısından risk altındadır. Bu çalışmada vitiligo hastalarında işitme kaybının patogenezi ve biyobelirteci olabilecek bir parametre tespit edilemedi ancak daha geniş çaplı ve patogeneizde rol alabilecek diğer yolları ele alan araştırmalar bu konuya ışık tutacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: İşitme Kaybı, Oksidatif Stres, Vitiligo

KAYNAKLAR: . Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N. Vitiligo. Lancet. 2015; 386: 74-84.

2. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: A Review. Dermatology. 2020; 236: 571-92.

3. Picardo M, Dell'Anna ML, Ezzedine K, et al. Vitiligo. Nat Rev Dis Primers. 2015; 1: 15011.

4. Iannella G, Greco A, Didona D, et al. Vitiligo: Pathogenesis, clinical variants and treatment approaches. Autoimmunity Reviews. 2016; 15: 335-43.

5. Roberts DS, Linthicum FH, Jr. Distribution of melanocytes in the human cochlea. Otol Neurotol. 2015; 36: e99-100.

6. Tachibana M. Cochlear melanocytes and MITF signaling. J Investig Dermatol Symp Proc. 2001; 6: 95-8.

7. Ma SH, Ang MD, Chang YT, Dai YX. Association between vitiligo and hearing loss. J Am Acad Dermatol. 2021; 85: 1465-72.

8. Khaitan BK, Sindhuja T. Autoimmunity in vitiligo: Therapeutic implications and opportunities. Autoimmun Rev. 2022; 21: 102932.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-229][KABUL:POSTER]

**BİR CİLT ÜLSERİ GÖRÜNDÜĞÜNDEN FAZLASINI SAKLAYABİLİR: EKSTRANODAL NK/T
HÜCRELİ LENFOMA, NAZAL TİP'İN MASKESİNİ DÜŞÜRMEK**

Semih Arslan¹, İrem Eğri¹, İlknur Kıvanç Altunay¹, Pınar Özdemir Çetinkaya¹, Cem Leblebici²,
Aslı Aksu¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji ve Veneroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Ekstranodal NK/T hücreli lenfoma (ENKTL), nazal tip, genellikle Epstein-Barr virüsü (EBV) enfeksiyonu ile ilişkili nadir bir malignitedir ve en sık yüzün orta hattındaki yapıları tutar (1). Deri, yumuşak doku, gastrointestinal sistem, testis, böbrek, üst solunum yolları ve nadiren göz-orbita tutulumu da görülebilir (1-4). Nazal dışı tutulumlarda hastalık daha agresif seyretmekte ve tedaviye yanıt düşüktür (3,5). ENKTL, nazal tipin tedavisinde radyoterapi ve sistemik kemoterapi uygulanmasına rağmen prognoz halen kötüdür (2-5). Bu yazıda, deri lezyonları ile başvuran bir ENKTL, nazal tip olgusu sunulurken, deri ülserlerinin değerlendirilmesinde lenfomanın ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmasının önemi vurgulamayı amaçlamaktayız.

OLGU:

39 yaşındaki erkek hasta, sol ayağında yara şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. İki ay önce, sol ayağın lateral kısmında kaşıntısız, ağrısız, parlak, livedoid papüller ortaya çıkmış; 20 gün sonra benzer papüller plantar bölgede de gözlenmiş ve 10 gün içinde ağrılı, eksüdatif ülserlere dönüşmüş (Resim 1,2). Dış merkezdeki ilk değerlendirmesinde oral amoksisilin-klavulanat ve topikal mupirosin reçete edilmesine rağmen klinik iyileşme sağlanamamış. Travma öyküsü olmamakla birlikte hasta, çıplak ayakla futbol oynadığını belirtmekte. Kişisel ve aile öyküsünde anlamlı özellik yoktu.

Dermatolojik muayenede sol ayağın lateral kısmında 2.5 × 1.5 cm boyutunda, keskin sınırlı, eksüdatif, eritemli-morumsu kenarlı ülser ve üçüncü-dördüncü parmakların plantar ve dorsal yüzüne uzanan 3 × 1.5 cm çapında benzer özellikler gösteren ülser saptandı. Lenfadenopati ve hepatosplenomegali yoktu.

Yatışı yapılan hastanın laboratuvar tetkiklerinde CRP: 19.3 mg/L, ESR: 25 mm/s, LDH: 172 U/L



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

idi. Tam kan sayımı ve biyokimya değerleri normaldi. HIV, HBV ve HCV için yapılan serolojik testler negatifti. Fungal doku kültürü ve mikobakteriyel doku PCR/kültür sonuçları negatifti. Bakteriyel doku kültüründe metisiline dirençli *S. epidermidis* ve *S. haemolyticus* izole edildi ve trimetoprim-sülfametoksazol tedavisi başlandı.

Ülser kenarından alınan biyopside epidermiste hafif akantoz ve dermiste atipik lenfoid hücre infiltrasyonu izlendi. İmmünohistokimyasal çalışmada CD2, CD3, CD4 (fokal), CD7 ve CD56 pozitif; CD5, CD8, CD10, CD21, CD30, PD1, CXCL13, PAX5, CD79a negatifti. EBER in situ hibridizasyon ile az sayıda hücrede pozitif saptandı. Bulgular ENKTL, nazal tip ile uyumlu olarak değerlendirildi. PET/BT'de sol nazofarenks, sağ retromolar bölge, GIS, sol testis ve sol ayak 3. falanksta tutulum saptandı ve hasta evre 3 ENKTL olarak sınıflandırıldı. EBV DNA düzeyi 469 kopya/mL olup, CHOEP rejimi ve radyoterapi başlandı.

SONUÇ:

ENKTL, WHO-EORTC sınıflamasına göre kutanöz T hücreli lenfoma başlığında sınıflandırılan ve neredeyse her zaman EBV pozitifliği ile ilişkili nadir bir malignitedir. Atipik tümör hücreleri genellikle CD2, CD3 ve CD56 pozitifdir; ayrıca EBER pozitifliği de gözlenir (6,7). Nazal bölge en sık tutulan alan olmakla birlikte, deri ikinci en sık tutulum yeridir. Histopatolojik olarak, dermis ve subkutan dokuda düzensiz nükleuslu, atipik lenfosit infiltrasyonu, anjiosentrik ve anjiodestrüktif patern ile nekroz izlenir (6). Klinik olarak papül, plak, nodül, tümöral, vezikül ya da ülseratif lezyonlar görülebilir (1,8,9). Kutanöz ENKTL primer ya da sekonder olabilir ve erkeklerde daha sık rastlanır. Literatürde ayak ülseriyle başvuran, sistemik semptomu olmayan başka olgular da bildirilmekle beraber olgumuzda travma öyküsü tanıyı zorlaştırmış, ancak biyopsi ile lenfoma tanısı koyulmuştur (9-13). Bu olgu, kutanöz ülserlerin değerlendirilmesinde lenfoma olasılığının da göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır. Tanıda klinik öykü, laboratuvar bulguları ve histopatolojik değerlendirme birlikte ele alınmalı, immünohistokimya ve EBER analizi yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Ekstranodal NK/T hücreli lenfoma, Kutanöz lenfoma, Kutanöz ülser

KAYNAKLAR: 1. Chavez Davila YN, Pinos Leon VH, Tello Astudillo S et al. Extranodal nk/t-cell lymphoma, nasal type, extranasal and ulcerative blister variant, case report. Ann Dermatol. 2023;35:S304-S9.

2. Sanchez-Romero C, Bologna-Molina R, Paes De Almeida O et al. Extranodal nk/t cell lymphoma, nasal type: An updated overview. Crit Rev Oncol Hematol. 2021;159:103237.

3. Akbar M, Clasen-Linde E, Specht L. Extranodal nk/t-cell lymphoma, nasal type, with extranasal presentation - a case report and a review of the literature. Acta Oncol.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2020;59:1480-7.

4. Rahal A, Reddy PS, Alvares C. Extranodal nk/t-cell lymphoma, nasal type, presenting as a breast mass. *Cureus*. 2015;7:e408.

5. Au WY, Weisenburger DD, Intragumtornchai T et al. Clinical differences between nasal and extranasal natural killer/t-cell lymphoma: A study of 136 cases from the international peripheral t-cell lymphoma project. *Blood*. 2009;113:3931-7.

6. Willemze R, Jaffe ES, Burg G et al. Who-eortc classification for cutaneous lymphomas. *Blood*. 2005;105:3768-85.

7. Gomes PS, Caselhos S, Vide AT et al. Extranodal natural killer/t cell lymphoma, nasal type: A diagnostic challenge. *BMJ Case Rep*. 2019;12:

8. Vasconcelos P, Ferreira C, Soares-Almeida L et al. Multifocal primary cutaneous extranodal nk/t lymphoma nasal type. *An Bras Dermatol*. 2016;91:219-21.

9. Ngamdarmongkiat P, Sukpanichnant S, Chairatchaneeboon M et al. Cutaneous involvement of extranodal nk/t cell lymphoma, nasal type, a clinical and histopathological mimicker of various skin diseases. *Dermatopathology (Basel)*. 2022;9:307-20.

10. Jiang L, Li P, Quan Q et al. Cutaneous extranodal natural killer (nk) / t - cell lymphoma: A comprehensive clinical features and outcomes analysis of 71 cases. *Leuk Res*. 2020;88:106284.

11. Liaw TY, Hu SC. Nasal-type extranodal natural killer/t-cell lymphoma presenting as a solitary non-healing lower leg ulcer. *Australas J Dermatol*. 2016;57:e17-9.

12. Emanuel PO, Mercer SE. Angiocentric nk/t-cell lymphoma mimicking pyoderma gangrenosum. *Indian J Cancer*. 2011;48:113-5.

13. Chia HY, Tey HL, Tan KB et al. Nasal-type extranodal natural killer/t-cell lymphoma presenting with extensive leg ulcers. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34:e693-5.

RESİM 1



Ayak lateral kısımda keskin sınırlı, çevresi eritemli-morumsu ülser

RESİM 2



Ayak plantar yüzde keskin sınırlı ülser



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-230][KABUL:POSTER]

UPADACİTİNİB TEDAVİSİNE HIZLI KLİNİK YANIT VEREN REFRAKTER EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA PRURİGİNOSA

Zeynep Utlu, Zeynep Arslan, Zeynep Karaca Ural

erzurum atatürk üniversitesi tıp fakültesi deri ve zührevi hastalıklar ana bilim dalı

GİRİŞ-AMAÇ

Epidermolizis bülloza pruriginosa(EBP), COL7A1 genindeki mutasyonlar sonucu oluşan otozomal dominant veya resesif kalıtlılabilen genodermatozlar grubunun bir üyesi olan distrofik epidermolizis büllozanın(DEB) nadir görülen bir alt tipidir(1).

Günümüzde upadacitinibin EBPde etkinliği ve güvenliği için yeterli veri bulunmamaktadır. Öncesinde birçok tedavi denenmiş fakat yanıt alınamamış EBP hastamızın upadacitinib tedavisine verdiği hızlı cevabı sunuyoruz. Vakamızı dirençli EBP olguları için upadacitinibin alternatif bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmesini teşvik etmek amacıyla paylaşıyoruz.

OLGU

Kliniğimize 1,5 yıldır mevcut döküntü ve kaşıntı şikayetleriyle başvuran 37 yaşındaki kadın hastaya yapılan genetik incelemede Col7a1 mutasyonuna bağlı EBP teşhisi konulmuş.

Hastanın bilinen bir cilt veya ek kronik hastalığı bulunmuyordu.

Dermatolojik muayenede; sakral bölge ve ekstremitelerin ekstansör yüzeyleri gibi travmaya yatkın bölgelerde yoğunlaşan, eritemli zeminde vezikülobüllöz lezyonlar ve tırnak distrofisi mevcuttu. Bu lezyonlara krutlanma ve erozyon eşlik ediyor; kronikleşmeleri veya iyileşmeleri ise skar ve milia gelişimine neden oluyordu. Hastalık yüz ve palmar bölgeler hariç, hastanın vücut yüzeyinin %75'ini kaplamaktaydı. Proksimal özofageal darlık ile birlikte mukozal tutulum da kaydedilmiştir. Deri lezyonlarına şiddetli pruritus eşlik ediyordu.

Hastaya dış merkezlerde sistemik steroid, hidroklorokin, dapson, omalizumab, siklosporin ve baricitinib tedavileri uygulanmış ancak hiçbirine yanıt alınamamıştı.

Servisimize başvurduğunda 15 gündür sistemik tedavi almamaktaydı. Yatışında laboratuvar tetkikleri şu şekildeydi: hemoglobin: 6,3 g/dL, sedimentasyon hızı (ESH): 111 mm/sa (referans aralığı 0-25), C-reaktif protein (CRP): 147 mg/L (referans aralığı 0-5). Yatışı sırasında pruritus sayısal derecelendirme skalası (NRS) on olup kaşıntının kontrolü için antihistaminik kombinasyonu başlandı. İntravenöz antibiyotik, sistemik antihistaminik, topikal steroid ve epitelizanları içeren bir aylık semptomatik tedavi ardından kaşıntıda azalma gözlenmedi, yeni lezyon çıkışı devam etti.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

40 kg ağırlığındaki hastaya 15 mg/gün dozunda upadacitinib başlandı. Tedavinin ikinci gününde kaşıntı azaldı. Onuncu günde hastanın NRS skoru 2'ye geriledi. Yeni lezyon çıkışı gözlenmezken mevcut lezyonlar hızla geriledi

SONUÇ

EBP'deki kaşıntının kesin patogenezi henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Tedavi hedeflerimiz kaşıntıyı ortadan kaldırmak ve yeni lezyonların oluşumunu önlemektir.

Janus kinazlar (JAK'lar) inflamatuvar yanıt, hematopoez ve bağışıklık sistemi işlevi gibi çeşitli hücrel süreçlerde sitokinlerin ve büyüme faktörlerinin sinyal iletiminde rol oynayan hücre içi enzimlerdir. JAK1 inhibisyonu atopik dermatitteki deri lezyonları ve kaşıntı gibi semptomlara katkıda bulunan çoklu sinyal yollarını bloke eder.(7) Daha önce JAK inhibitörleri olan baricitinib(1) ve tofasitinib(8) kullanılarak iyi tedavi sonuçları alınan EBP olguları bildirilmiştir. Ayrıca literatürde upadacitinibin endikasyon dışı kullanımı ile başarı sağlanan iki EBP olgusu mevcut.(5,7) Bu olgulardan birinde(5) on haftalık upadacitinib kullanımından sonra kaşıntı ve yeni lezyonlarda anlamlı bir azalma olduğu bildirilmiştir.

Bizim hastamızın upadacitinibe verdiği klinik yanıt ise atopik dermatitte görülen etki süresine benzer şekilde çok daha süratliydi. 10. güne gelindiğinde hastanın kaşıntısı neredeyse tamamen ortadan kalkmıştı. Yeni lezyonlar gözlenmezken, mevcut lezyonlar hızla geriledi EBP hastalarında kronik kaşıntı ve eroziv lezyonlar yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürerek uyku bozukluklarına, anksiyeteye ve depresyona yol açar.(9) Semptomların hızla hafifletilmesi hastanın fiziksel durumunu iyileştirmiş ve takip muayenelerinde de gözlemlendiği gibi ruhsal iyilik halini olumlu yönde etkilemiştir. Sonuç olarak vakamız upadacitinibin, tedaviye dirençli EBP için yeni ve etkili bir tedavi olarak potansiyel rolünü vurgulamaktadır. Bu tedavi yaklaşımı, hastalığın hem inflamatuvar hem de pruritik bileşenlerini ele almakta ve geleneksel tedavilere yanıt vermeyen hastalar için umut vadeden bir alternatif sunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: epidermolizis bülloza pruriginosa, JAK inhibitörleri, upadacitinib

KAYNAKLAR: 1. Jiang X, Wang H, Lee M, Lin Z. Epidermolysis bullosa pruriginosa treated with baricitinib. JAMA Dermatol. 2021;157(10):1243-1244.

2. Clawson RC, Duran SF, Pariser RJ. Epidermolysis bullosa pruriginosa responding to dupilumab. JAAD Case Rep. 2021;16:69-71.

3. Kim WB, Alavi A, Pope E, Walsh S. Epidermolysis bullosa pruriginosa: case series and review of the literature. Int J Low Extrem Wounds. 2015;14(2):196-199.

4. Issa CJ, Hong AC, Lio PA. Treatment of dystrophic epidermolysis bullosa pruriginosa: a systematic review of clinical outcomes after initiation of dupilumab therapy. Dermatologic Therapy. 2023;1:e3863357.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

5. Kim N, Jue MS, Huh YJ, Sung KJ, Kim H, Kim JE, Ko JY. Epidermolysis bullosa pruriginosa with extensive truncal involvement treated with upadacitinib. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;37(2):e215-e217.
 6. Taha SA, Al-Nesf MA, Al-Obaidli AM. Successful treatment of epidermolysis bullosa pruriginosa with anti-IgE therapy (omalizumab): a case report and four years follow up. J Clin Exp Dermatol Res. 2020;11(3):1-3.
 7. Zhang Z, Lin Z. Epidermolysis bullosa pruriginosa treated with upadacitinib. JAMA Dermatol. 2024;160(10):1124-1125.
 8. Chen KJ, Fang S, Ye Q, Jia M. Successful use of tofacitinib in epidermolysis bullosa pruriginosa. Clin Exp Dermatol. 2022;47(3):598600.
 9. Erturk IE, Arican O, Omurlu IK, Sut N. Effect of the pruritus on the quality of life: a preliminary study. Ann Dermatol. 2012;24(4):406-412.
-

UPADACİTİNİB ÖNCESİ KLİNİK FOTOĞRALLARI



UPADACİTİNİB TEDAVİSİNİN 10. GÜNÜNDEKİ KLİNİK FOTOĞRALARI





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-231][KABUL:POSTER]

KONJENİTAL KUTANÖZ MASTOSİTOZ: NADİR BİR OLGU

Yunus Emre Yıldız¹, Melis Gönülal², Duygu Ayaz³, Çayan Can Ergün⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir

GİRİŞ:

Mastositoz, çeşitli dokularda mast hücrelerinin proliferasyonu ile karakterizedir. Çocuklukta en sık kutanöz mastositoz gözlemlenmektedir. Deri ile sınırlıdır ve iyi prognoza sahiptir. En sık görülen tipi makülopapüler kutanöz mastositoz formudur. Genellikle çok sayıda küçük, makülopapüler, monomorfik lezyonlarla karakterizedir. Kutanoz mastositoz tanısı genellikle klinik olarak yapılır. Bebeklik döneminde tipik morfoloji ve dağılım, patognomonik 'Darier' işareti tanıya yardımcıdır. Tanıya yardımcı ek olarak mast hücre infiltrasyonunu doğrulayan deri histolojisi de kullanılabilir. Tedavide esas olarak tetikleyen faktörlerden hastanın kaçınması gerekmektedir. Hastanın klinik bulgularına yönelik semptomatik tedaviler de verilebilir.

OLGU:

6 aylık erkek bebek, polikliniğimize gövde ve ekstremitelerinde yaygın eritemli makülopapüler döküntü şikayetiyle başvurdu. Hastanın bu şikayetleri doğuştan beri vardı. Hastamızın hemogram, biyokimya, tam idrar tetkiki ve total IgE değerleri normaldi. Hastadan kutanöz mastositoz ve büllöz impetigo ön tanılarıyla biyopsi alındı. Patoloji sonucunda hastaya klinik bulgular eşliğinde konjenital kutanöz mastositoz tanısı konuldu. Aile öyküsünde herhangi bir özellik mevcut değildi. Hasta yakınlarına bebeğin aşırı sıcak ve soğuktan korunması ve tetikleyicilerden uzak tutulması gerektiği iletilti. Pediatrik açıdan değerlendirilmesi için hasta pediatri kliniğine kontrol amaçlı yönlendirildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Konjenital kutanöz mastositoz, nadir görülen bir deri hastalığıdır. Bu hastalığın nadir görülmesi sebebiyle olgumuzu literatüre kazandırmayı uygun bulduk.

ANAHTAR KELİMELEER: Mastositoz, Konjenital, Kutanöz

KAYNAKLAR: 1.Emma Porter, Cynthia Heffron, Lesley Ann Murphy, Cathal O'Connor, et al.Congenital cutaneous mastocytosis mistaken for non-accidental injury.Pediatr Investig. 2023;7(3):218–219,2.Hanna Wassmer, Karin Hartmann, et al.Mastocytosis in children.Dermatologie (Heidelb).2023;74(5):323-329, 3. Virgil Pătraşcu, Andreea Oana Enache, Raluca niculina ciurea,Corneliu Cristian Georgescu, Alina Maria Vîlcea, Loredana Elena Stoika,Marius Eugen Ciurea, et al.Cutaneous mastocytosis, problems of clinical diagnosis of four cases.Rom J Morfol Embriol.2014; 55(3):965-71.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-232][KABUL:POSTER]

**ÜRTİKER GRUBU HASTALIKLARDA OMALİZUMAB TEDAVİSİNİN İNFLAMATUAR
PARAMETRELER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Kübra Aydoğan Temizel, Güliz İkizoğlu

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin

AMAÇ:

Kronik spontan ürtiker (KSÜ) ve Ürtikeryal vaskülit (ÜV) tanılı hastalarda 3 doz omalizumab tedavisi sonrasında omalizumabın hematolojik ve inflammatuar parametreler üzerindeki etkilerini incelemek

MATERYAL-METOD:

Mersin Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğinde Haziran 2022–Haziran 2024 tarihleri arasında takipli olan tüm Kronik Spontan Ürtiker ve Ürtikeryal Vaskülit hastalarının dosya arşivleri retrospektif olarak tarandı, çalışmaya 67 KSÜ ve 13 ÜV hasta dahil edildi. KSÜ Ve ÜV tanısı dışında herhangi bir kronik inflammatuar hastalığı ve dermatolojik ek hastalığı olmayan, 18-80 yaş aralığındaki, tedavi öncesi ve tedavinin üçüncü ayında tam kan sayımı parametreleri, CRP değerleri kayıtlı olan çalışma kriterlerine uygun toplam 80 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalarda tedavi öncesinde ve 3 doz omalizumab tedavisi sonrasında lökosit, nötrofil, monosit, lenfosit, eozinofil, bazofil, nötrofil-lenfosit oranı (NLO), nötrofil-monosit oranı (NMO), lenfosit-monosit oranı (LMO), trombosit-lenfosit oranı (TLO), Eritrosit dağılım genişliği (RDW), ortalama trombosit hacmi (OTH), C-reaktif protein (CRP) parametrelerine bakıldı. Ek olarak tüm bu parametrelerin birbiriyle olan korelasyon analizi de incelendi.

BULGULAR:

KSÜ hastalarında tedavi ile nötrofil, NLO, TLO, NMO ve CRP düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı, lenfosit sayısının ise anlamlı olarak arttığı bulundu ($p<0,05$). Lökosit, monosit sayısı, trombosit sayısı, eozinofil sayısı, bazofil sayısı, OTH, RDW, LMO değerlerinde 12 hafta omalizumab tedavisi ile anlamlı bir değişiklik izlenmedi. ÜV hastalarında ise 12 hafta omalizumab tedavisi sonrasında NLO’da anlamlı bir azalma tespit edildi ($p<0,05$). CRP düzeyinde ise düşüş izlendi ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Nötrofil,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

lenfosit, monosit, trombosit, eozinofil, bazofil, TLO, NMO, LMO, OTH ve RDW düzeylerinde ise belirgin bir değişiklik saptanmadı ($p>0,05$).

SONUÇ:

Çalışma sonucunda KSÜ grubunda, 12 haftalık omalizumab tedavisi sonrasında NLO, TLO, NMO, CRP ve nötrofil değerlerinde anlamlı düşüşler saptanmış; buna karşın lenfosit sayısında anlamlı bir artış gözlenmiştir. Bu durum, tedavi öncesinde inflamasyonun artmasıyla birlikte NLO, TLO, NMO ve CRP’de yükselme yaşandığını, tedavi sonrasında ise bu değerlerin gerilediğini göstermektedir. Bu bulgular, omalizumabın KSÜ’de inflamatuvar yanıtı baskılayıcı etkisini ve tedaviye olumlu yanıtını ortaya koymaktadır.

ÜV grubunda ise 12 haftalık omalizumab tedavisi sonrasında yalnızca NLO değerinde anlamlı bir azalma gözlemlendi. CRP’de düşüş gözlemlendi ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. ÜV’deki örneklem büyüklüğünün sınırlı olması, tedavi sonrası gözlenen bazı farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı bulunamamasına neden olmuş olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda elde edilen veriler literatürle büyük ölçüde uyumludur ve omalizumabın özellikle KSÜ’de inflamasyonun kontrol altına alınmasında etkili bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir. ÜV’de ise tedaviye verilen yanıtın incelenmesi için daha geniş hasta popülasyonlarını kapsayan, uzun dönemli çalışmalar gerekmektedir. Sonuç olarak, NLO, NMO, TLO ve CRP gibi parametrelerin, omalizumab tedavisinin etkinliğini takip etmede yardımcı olabileceği; RDW ve OTH gibi göstergelerin ise her zaman anlamlı değişiklik göstermediği görülmüştür.

Çalışmamız KSÜ hastalarında omalizumab tedavisi öncesi ve sonrasında tam kan sayımı ve inflamatuvar parametrelerin geniş kapsamlı incelendiği bir çalışma olup, literatürde ÜV hastalarında omalizumab tedavisiyle inflamatuvar parametrelerin değişiminin incelendiği ilk çalışmadır. Bu çalışma, omalizumabın inflamatuvar mekanizmalar üzerindeki etkilerini daha iyi anlamaya yönelik literatüre katkı sağlarken, gelecekte yapılacak çalışmalarda tedavi etkinliğinin ve mekanizmalarının daha detaylı ortaya konulmasına ışık tutacağını düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELE: C-reaktif Protein, Kronik Spontan Ürtiker, lenfosit-monosit oranı, nötrofil-lenfosit oranı, omalizumab

KAYNAKLAR: 1- Önder S, Ozturk M. How does omalizumab affect the immunoinflammatory response in patients with chronic spontaneous urticaria? Cutan Ocul Toxicol 2020;39(1):31-5.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

2- Sjöwall C, Mandl T, Skattum L, et al. Epidemiology of hypocomplementaemic urticarial vasculitis (anti-C1q vasculitis). *Rheumatology (Oxford)* 2018;57(8):1400-7.

3-Kasperska-Zajac A, Sztylec J, Machura E, et al. Plasma IL-6 concentration correlates with clinical disease activity and serum C-reactive protein concentration in chronic urticaria patients. *Clin Exp Allergy* 2011;41(10):1386-91.

4- Özer İ. Effects of Omalizumab Treatment on Hematological Parameters and Total IgE Levels in Patients with Chronic Idiopathic Urticaria. *Mev Med Sci* 2021;1(2): 37-41

5- Tamer F. Omalizumab does not lead to a distinct alteration in hematological parameters and complete blood count-derived inflammation biomarkers except for basophil count. *Cutan Ocul Toxicol* 2020;39(3):229-232.

6-Tat TS. Kronik ürtikerli hastalarda troid otoimmünitesi ve artmış nötrofil lenfosit oranı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory* 2019;10(1):52-6.

7- Ertaş R, Özyurt K, Karakükçü Ç, et al. Evaluation of platelet parameters and neutrophil/lymphocyte ratio during omalizumab treatment in patients with severe chronic spontaneous urticaria. *Turk J Med Sci* 2018;48(6):1255-62.

8- Ataseven A, Durmaz K, Temiz SA, et al. Clinical and laboratory assessment for the inflammation role in chronic spontaneous urticaria: A clinical study. *Dermatol Ther* 2020;33(6).

9- Chang TW, Chen C, Lin CJ, et al. The potential pharmacologic mechanisms of omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135(2):337-342.e2.

10- Balta S, Demirkol S, Kucuk U. The platelet lymphocyte ratio may be useful inflammatory indicator in clinical practice. *Hemodialysis International* 2013;17(4):668-669.

11-Davis MDP, Daoud MS, Kirby B, et al. Clinicopathologic correlation of hypocomplementemic and normocomplementemic urticarial vasculitis. *J Am Acad Dermatol* 1998;38(6):899-905.

12- Acer E, Kaya Erdoğan H, Yüksel Çanakçı N, et al. Comment on "The effect of omalizumab

on hematological and inflammatory parameters in patients with chronic spontaneous urticarial”: reply from authors. Cutan Ocul Toxicol 2020;39(2):171.

KSÜ HASTALARINDA OMALİZUMAB TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI KAN PARAMETRELERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 1: KSÜ hastalarında omalizumab tedavi öncesi ve sonrası kan parametrelerinin incelenmesi

		Önce n=67(ortess)	Sonra n=67(ortess)	p
Grup=1 (KSÜ)	Lökosit (10 ³ /µL)	7.90±1.89	7.69±1.84	0.314
	Netrofil (10 ³ /µL)	4.90±1.84	4.33±1.31	0.001
	Lenfosit (10 ³ /µL)	2.76±0.70	2.56±0.73	<0.001
	Monosit (10 ³ /µL)	0.53±0.20	0.54±0.18	0.486
	Trombosit (10 ³ /µL)	291,12±75,38	285,28±61,08	0.224
	Eozinofil (10 ³ /µL)	0.18±0.13	0.19±0.14	0.169
	Bazofil (10 ³ /µL)	0.05±0.07	0.05±0.06	0.873
	NLO	2.37±1.13	1.79±0.71	<0.001
	TLO	141.50±63.82	120.56±44.11	<0.001
	NMO	16.84±7.40	8.36±2.87	0.007
	LMO	4.66±1.68	4.92±1.51	0.239
	OTH (dL)	10.29±1.18	10.39±1.17	0.520
	RDW (%)	13.54±1.60	13.39±1.39	0.174
	CRP (mg/dL)	5.03±8.37	3.51±5.11	0.025

ÜV HASTALARINDA OMALİZUMAB TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI KAN PARAMETRELERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 2: ÜV hastalarında omalizumab tedavi öncesi ve sonrası kan parametrelerinin incelenmesi

		Önce n=13(ortası)	Sonra n=13(ortası)	p
Grup=2 (ÜV)	Lökosit (10 ³ /µL)	8.13±2.41	7.67±1.53	0.433
	Nötrofil (10 ³ /µL)	5.05±1.96	4.34±1.07	0.120
	Lenfosit (10 ³ /µL)	2.34±0.51	2.49±0.58	0.422
	Monosit (10 ³ /µL)	0.56±0.16	0.58±0.20	0.624
	Trombosit (10 ³ /µL)	281.62±81.68	273.38±72.97	0.676
	Eozinofil (10 ³ /µL)	0.22±0.28	0.21±0.23	0.901
	Bazofil (10 ³ /µL)	0.03±0.02	0.04±0.04	0.128
	NeO	2.14±0.61	1.78±0.45	0.046
	TLO	125.50±34.35	112.56±31.72	0.190
	NMO	9.50±2.92	7.70±1.99	0.063
	LMO	4.64±1.39	4.59±1.79	0.914
	OTH (fL)	10.35±1.01	10.78±0.81	0.072
	RDW (%)	13.88±1.06	13.96±1.00	0.521
	CRP (mg/L)	7.57±6.27	4.25±4.41	0.097



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-233][KABUL:POSTER]

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDE SON 10 YILDA BAŞVURAN PİYODERMA GANGRENOZUM VAKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Nagihan Özdemir, Gülhan Gürel

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi
Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

AMAÇ:

Piyoderma gangrenozum (PG), hızlı ilerleyen, ağrılı, eritematöz-mor renkli ve altı oyuk görünümlü kenarlarla karakterize kutanöz ülserlerle seyreden, nadir görülen bir nötrofilik dermatozdur. Yıllık insidansının yaklaşık olarak 1 milyon kişide 10 vaka civarında olduğu, kadınlarda biraz daha sık görüldüğü ve genellikle üçüncü ile altıncı dekatlar arasında başladığı bildirilmektedir. PG'nin patogeneze dair bilgiler sınırlı olmakla birlikte, genellikle otoinflamatuvar bir hastalık olarak değerlendirilir. En sık ilişkilendirilen sistemik hastalıklar arasında inflamatuvar bağırsak hastalıkları, hematolojik maligniteler, romatoid artrit ve vaskülitler yer almaktadır. PG lezyonları en sık alt ekstremiteleri tutmakla beraber, baş, boyun, gövde ve genital bölgede de görülebilir. Hastalar sıklıkla yanlış ve geç tanı alırlar. Bu çalışmanın amacı son 10 yıllık süreçte hastanemizde tanı ve takibi yapılan PG vakalarının sosyodemografik, klinik, tedavi ve prognozu ile ilgili özellikleri değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışma, Ocak 2015 ile Mayıs 2025 tarihleri arasında Dermatoloji polikliniğinde PG tanısı almış olguları değerlendiren tek merkezli, retrospektif ve gözlemsel bir araştırmadır. Ayırıcı tanıda yer alabilecek enfeksiyöz hastalıklar, vaskülitler ve maligniteler dışlandıktan sonra PG tanısı doğrulanan toplam 9 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Her hasta için yaş, cinsiyet, hastalık süresi, lezyonların yerleşim yeri ve sayısı, eşlik eden sistemik hastalıklar, paterji testi sonuçları, uygulanan tedaviler ve hastalığın prognozu ile ilgili veriler analiz edilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya 4'ü (%44,4) kadın, 5'i (%55,6) erkek olmak üzere toplam 9 hasta dâhil edildi. Katılımcıların ortalama yaşı 65 (dağılım: 28–96) olup, tanı anındaki ortalama yaş 52,4 yıldır (dağılım: 26–84). Hastaların ortalama takip süresi 13 ay olarak saptanırken, takip süreleri 2 ila 126 ay arasında değişmekteydi. Hastaların 6'sında (%66,6) multipl lezyon mevcutken, 3



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

hastada (%33,3) tek lezyon izlendi. Klinik alt tip açısından değerlendirildiğinde, 8 olguda (%88,9) klasik ülseratif tip, 1 olguda (%11,1) ise püstüler tip PG saptandı. Lezyonların en sık lokalize olduğu bölge alt ekstremitelerdi (n = 4). Bir hastada yanlış tanı ile yapılan debridman sonrası lezyon oluşumu mevcut iken, bir hastada ise tru-cut biyopsi sonrası işlem bölgesinde gittikçe büyüyen yeni lezyon çıkışı mevcuttu. Hastaların ikisinde paterji testi pozitif saptanırken, altı hastada negatifti. Sistemik hastalıklarla olası ilişkiler değerlendirildiğinde, 3 hastada romatoid artrit, 1 hastada ise ülseratif kolit tanısı mevcuttu. Tedavide ilk basamakta topikal yara bakımı ile birlikte 9 hastada sistemik metilprednisolon tedavisi başlandı. Bunlardan 4'ünde sadece metilprednisolon tedavisi ile hastalık kontrol altına alınabilirken; yanıt alınamayan 5 hastada kolşisin, dapson, azatioprin, metotreksat, siklosporin gibi tedaviler uygun hastalar seçilerek tek başına ya da metilprednisolon ile kombine edilip tedaviye eklendi. Beş hastanın 2'sinde bu tedaviler yeterli olurken 3 hastada adalimumab tedavisi başlandı. Bir hasta adalimumab tedavisi altında remisyonda izlenirken 2 hastada infliksimab tedavisine geçildi. Tedavilere oldukça dirençli olan bu iki PG vakasında, infliksimab tedavisinden de yanıt alınamaması üzerine bir hastada apremilast, diğer hastada ise sekukinumab tedavisine geçildi. Takip sürecinde hastaların dört tanesinde klinik remisyona sağlanırken, bir hastada nüks gelişti, bir hasta eksitus oldu ve iki hasta takipten çıktığı için prognozları hakkında bilgi edinilemedi.

SONUÇ:

Bu çalışmada biyolojik ajanlar ve küçük moleküller gibi inovatif ajanlar ile dirençli PG hastalarında bile yüz güldürücü sonuçlar elde edilebileceği görülmüştür. PG nadir görülen ve pek çok hastalıkla karışabilen bir durum olduğundan bu konuda daha geniş çaplı çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: pyoderma gangrenozum, prognoz, tedavi, ülser

KAYNAKLAR: 1-Caldarola, G., Traini, D. O., Falco, G. M., Chiricozzi, A., De Luca, E., Mannino, M., & De Simone, C. (2024). Clinical, epidemiological, and therapeutic hallmarks of pyoderma gangrenosum: a case series of 35 patients. *International Journal of Dermatology*, 63(9), 1185-1192.

2- Maronese, C. A., Pimentel, M. A., Li, M. M., Genovese, G., Ortega-Loayza, A. G., & Marzano, A. V. (2022). Pyoderma gangrenosum: an updated literature review on established and emerging pharmacological treatments. *American journal of clinical dermatology*, 23(5), 615-634.

3-Gastroenteroloji, G., & BERKMEN, S. OLGU SUNUMU.

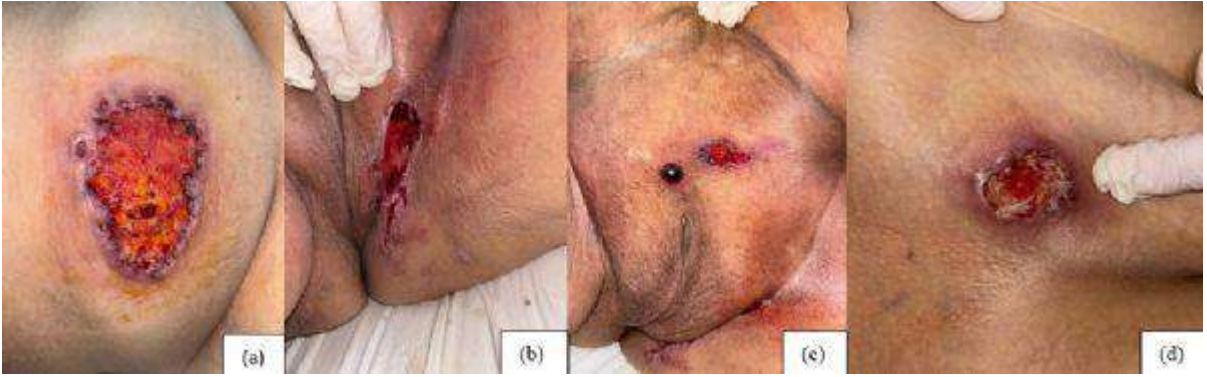
4- Weiss, E. H., Ko, C. J., Leung, T. H., Micheletti, R. G., Mostaghimi, A., Ramachandran, S. M., & Nelson, C. A. (2022). Neutrophilic dermatoses: a clinical update. Current Dermatology Reports, 11(2), 89-102.

RESİM 1 A, B, C



Beşinci olgunun apremilast tedavisi öncesi (a), 3. ay (b) ve 6. ay (c) klinik fotoğrafları

RESİM 2 A, B, C, D



Dördüncü olgunun klinik fotoğrafları

TABLO-1: PİYODERMA GANGRENOZUMLU VAKALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

N o	Ya ş	Cinsiy et	Hastalık süresi/ Ay	Lezyon Bölgesi	Lezyon sayısı	Komorbiditeler	Paterji	Tedavi	Prognoz
1	28	Erkek	5	Omuz	Tek	Mental Retardasyon	Negatif	Metilprednisolon	Remisyon
2	61	Kadın	90	Meme Altı	Tek	Romatoid Artrit, Diyabetes Mellitus, Hiperkolesterolemi, Hipertansiyon, Aort ve Karotis Anevrizması	Negatif	Metilprednisolon, Azatioprin	Remisyon
3	68	Kadın	126	Bilateral Tibial Arka Yüz	Multipl	Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon, Hipotiroidi, Primer Hiperparatiroidi, Nefrolitiazis, Kronik Venöz Yetmezlik, Romatoid Artrit	Negatif	Metilprednisolon, Siklosporin, Kolşisin, Dapson, Metotreksat, Adalimumab, İnfliksimumab, Sekukinumab	Relaps
4	65	Kadın	4	Gövde Ön Yüz, Genital Bölge, Kol	Multipl	Sjögren, Hipertansiyon, Astım, Romatoid Artrit, Diyabetes Mellitus	Pozitif	Metilprednisolon, Kolşisin, Adalimumab	Remisyon

5	65	Erkek	30	Bilater al Glutea l Bölge, İnguinal Bölge	Multipl e	Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon, Astım, Hepatit B, Depresyon, Obezite	Pozitif	Metilprednisol on, Adalimumab, İnfliksimab, Apremilast	Remisyo n
6	56	Kadın	180	Tibia Arka Yüz, Ayak Bileği	Multipl e	Yok	Negatif	Metilprednisol on, Dapson, Kolşisin	Bilinmiy or
7	40	Erkek	168	Tibia Distali	Tek	Yok	Bilinmiy or	Metilprednisol on	Bilinmiy or
8	66	Erkek	120	Omuz ve Gövde	Multipl e	Ülseratif Kolit, Temporal Arterit, Ülseratif Kolit Nedenli Kolektomi	Negatif	Metilprednisol on	Remisyo n
9	96	Erkek	144	Bilater al Tibia Arka Yüz	Multipl e	İnguinal Herni, Koroner Arter Hastalığı	Negatif	Metilprednisol on	Exitus



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-235][KABUL:POSTER]

**BACAK ÜLSERİ İLE BAŞVURAN OLGUDA GRANÜLOMATÖZ POLİANJİİTİS TANISI: OLGU
SUNUMU**

Yasin Yıldız, Ömer Faruk Marangoz, Harbiye Dilek Canat, Zafer Türkoğlu

S.B.Ü. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Bacak ülserleri, erişkinlerin %1'inde, 65 yaş üzerindekiilerin ise %3,6'sında görülen yaygın bir klinik tablodur. Kronik bacak ülserleri altta yatan sistemik hastalıkların belirtisi olabilir. En sık etiyolojiler arasında venöz yetmezlik, arteriyel hastalık, diyabet ve nöropati yer alır. Ayrıca vaskülitler, nötrofilik dermatozlar ve granülomatöz hastalıklar da ülser gelişiminde rol oynayabilir. Granülomatöz polianjiitis (GPA), nekrotizan granülomatöz inflamasyon, glomerülofrit ve sistemik vaskülit triadıyla karakterize, PR3-ANCA pozitifliğiyle tanınan, hızlı seyirli bir hastalıktır. Deri bulguları hastalığın ilk belirtisi olabilir. En sık palpabl purpura izlenmekte olup bunu sırası ile oral ülserler, papülonekrotik lezyonlar, subkutan nodüller ve ülserler izlemektedir. Ülserler klinik olarak piyoderma gangrenozum lezyonlarına büyük benzerlik gösterir. Bu sunumda, başlangıçta piyoderma gangrenozum ön tanısı alan ancak ileri tetkiklerle GPA tanısı konan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

46 yaşında kadın hasta, sol bacak iç yüzdeki ülserle lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Üç ay önce aynı bölgede kızarıklık, ağrı ve şişlik ile acile başvuran hastaya apse ön tanısıyla drenaj uygulanmış, ancak yara hızla büyüyerek ülserleşmişti. Oral ve topikal antibiyotik tedavilerine rağmen iyileşme gözlenmeyince dış merkezde piyoderma gangrenozum ön tanısıyla metilprednizolon ve siklosporin başlanmıştı. Şikayetlerinin devamı üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla tarafımızca yatırıldı.

Dermatolojik muayenesinde tibianın ön yüzünden mediale uzanan, 10x5 cm boyutunda, çevresi livid eritemli, kenarları dekole, komşuluğunda peteşiyal ve purpurik maküllerle birlikte ülserle plak lezyon tespit edildi. Piyoderma gangrenozum ön tanısıyla geniş laboratuvar paneli (ANA, ANCA, kriyoglobulin, protein C-S, koagülasyon parametreleri, ACE, quantiferon vb.) ve vasküler görüntüleme istendi. Derin mantar, atipik mikobakteri ve deri tüberkülozu açısından kültür ve ülserle lezyon kenarından piyoderma gangrenozum, ANCA ilişkili vaskülit, poliarteritis nodoza, sarkoidoz, atipik mikobakteri, deri tbc, derin mikoz enfeksiyonu ile punch



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

biyopsi ve yine ülser komşuluğundaki peteşiyal maküllerden aynı ön tanıları ile direkt immünfloresan (DIF) alındı.

Tedaviye 80 mg metilprednizolon (10 günde bir azaltılacak şekilde) ve 300 mg siklosporin ile devam edildi. PR3-ANCA pozitifliği saptanan hastada diğer testler normaldi. Biyopside damar duvarında fibrinoid nekroz saptandı ve toraks BT’de kaviter nodüller görüldü. Tüm bulgular Wegener granülomatozu (Granülomatöz Polianjitis) ile uyumlu değerlendirildi. Tedavi planı doğrultusunda immünsüpresifler kesilerek 6 ayda bir 2 gr Rituksimab başlandı. Dördüncü ayda ülser tamamen epitelize oldu. Üçüncü ayda akciğer lezyonlarında progresyon görülmesi üzerine metilprednizolon 4 mg ve mikofenolat mofetil 2x500 mg tedaviye eklendi. Altıncı ayda cilt bulguları stabil seyreden hastanın takip ve tedavisine multidisipliner yaklaşımla devam edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

GPA, nadiren deri bulguları ile başlayabilir ve piyoderma gangrenozum ile karışabilir. PR3-ANCA pozitifliği, cilt biyopsisinde vaskülit bulguları ve sistemik incelemelerde akciğer tutulumunun saptanması tanı açısından yol göstericidir. Tedavide, sistemik glukokortikoidlere rituksimab veya siklofosfamid eklenerek remisyon sağlanabilir. Bu olguda rituksimab ile başarılı sonuç elde edilmiş ve idame tedavisi mikofenolat mofetil ile sürdürülmüştür. GPA, ülseratif deri lezyonlarıyla başvuran hastalarda mutlaka akılda tutulması gereken ciddi bir sistemik vaskülitir.

ANAHTAR KELİMELEER: ANCA ilişkili vaskülit, Granülomatöz polianjiitis, PR3-ANCA, Ülseratif deri lezyonları

KAYNAKLAR: Cutaneous Deep Ulcerations as Initial Presentations of Granulomatosis with Polyangiitis: Two Case Reports and Differential Diagnosis Jiandan Qian, Jiawen Li, Jun Li, Guiqiang Wang, Hong Zhao

Cutaneous Ulcers as Initial Presentation of Localized Granulomatosis with Polyangiitis: A Case Report and Review of the Literature Noreen Nasir, Syed Ahsan Ali, Hafiz Mohammed Mehmood Riaz

Efficacy of Rituximab for Refractory Pyoderma Gangrenosum-Like Ulcers in Granulomatosis With Polyangiitis Associated to Antiphospholipid Antibodies Julia Riera, Jorge Musuruana, Cecilia Costa, Javier Cavallasca

RESİM 1. HASTANIN TARAFIMIZA BAŞVURUSUNDAKİ FOTOĞRAFI



RESİM 2. HASTANIN TEDAVİSİNİN 4. AYINDAKİ FOTOĞRAFI





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-236][KABUL:POSTER]

XERODERMA PIGMENTOSUM OLMAYAN BİR ÇOCUKTA ATİPİK FİBROKSANTOMA: NADİR VE BEKLENMEDİK BİR TANI

Aslıhan Çiçekli¹, Selami Aykut Temiz¹, Hanife Müberra İnal², Hacı Hasan Esen², Recep Dursun¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, KONYA

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, KONYA

Atipik fibroksantom (AFX), genellikle yaşlı erkeklerin fotohasarlı cildinde, hızlı büyüyen, ekzofitik, kubbe şeklinde, ülserasyon ve serohemorajik krutlanma gösterebilen papül veya nodüller olarak görülür. Dünya Sağlık Örgütü'nün Yumuşak Doku ve Kemik Tümörleri Sınıflandırması'na göre AFX, farklılaşması belirsiz, deri kaynaklı bir mezenkimal neoplazm olarak tanımlanmaktadır. Literatürde çocuk olguları son derece nadir bildirilmektedir ve bunların çoğu Kseroderma Pigmentosum (XP) tanılı hastalarda saptanmıştır. Biz burada, sağ burun alar kanadında 5 aydır mevcut olan üzeri hemorajik krutlu ülsere nodül ile başvuran, ek hastalığı olmayan 11 yaşında erkek bir olguyu sunuyoruz. Eksize edilen lezyonun histopatolojik incelemesinde, epitel altında sınırları düzgün, nodüler büyüme paterni gösteren ve iğsi hücrelerden oluşan tümöral proliferasyon izlendi. Tümör içerisinde dev hücre yapıları ile birlikte tipik ve atipik mitozlar gözlemlendi. Atipik fibroksantom (AFX) bir dışlama tanısıdır; olgumuzda da kapsamlı immünohistokimyasal inceleme sonucunda diğer maligniteler ve mezenkimal tümörler dışlanmış, tanı AFX ile uyumlu bulunmuştur. Bu olgu, XP'siz çocuklarda AFX'in de ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamakta ve literatüre bu nadir sunumun tanısız önemine katkı sağlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Atipik fibroksantom, Çocuk, Kseroderma Pigmentosum, Deri tümörleri

KAYNAKLAR: 1.Chappell, A. G., Chase, E. P., Chang, B., Cunningham, E., Mihm, F., Calame, A., & Cunningham, B. (2016). Atypical Fibroxanthoma in a 13-Year-Old Guatemalan Girl with Xeroderma Pigmentosum. *Pediatric dermatology*, 33(3), e228-e229.

2.Patterson, J. W., & Jordan, W. P. (1987). Atypical fibroxanthoma in a patient with xeroderma pigmentosum. *Archives of dermatology*, 123(8), 1066-1070.

3.DAVID R, B. E. R. K., ANNE C, L. I. N. D., Beatriz, T., ALEX A, K. A. N. E., & Bayliss, S. J. (2007). Atypical fibroxanthoma in a child without xeroderma pigmentosum. *Pediatric dermatology*,

24(4), 450-452.

4.Youssef, N., Vabres, P., Buisson, T., Brousse, N., & Fraitag, S. (1999). Two unusual tumors in a patient with xeroderma pigmentosum: atypical fibroxanthoma and basosquamous carcinoma. *Journal of cutaneous pathology*, 26(9), 430-435.

5.Dilek, F. H., Akpolat, N., Metin, A., & Ugras, S. (2000). Atypical fibroxanthoma of the skin and the lower lip in xeroderma pigmentosum. *British Journal of Dermatology*, 143(3), 618-620.

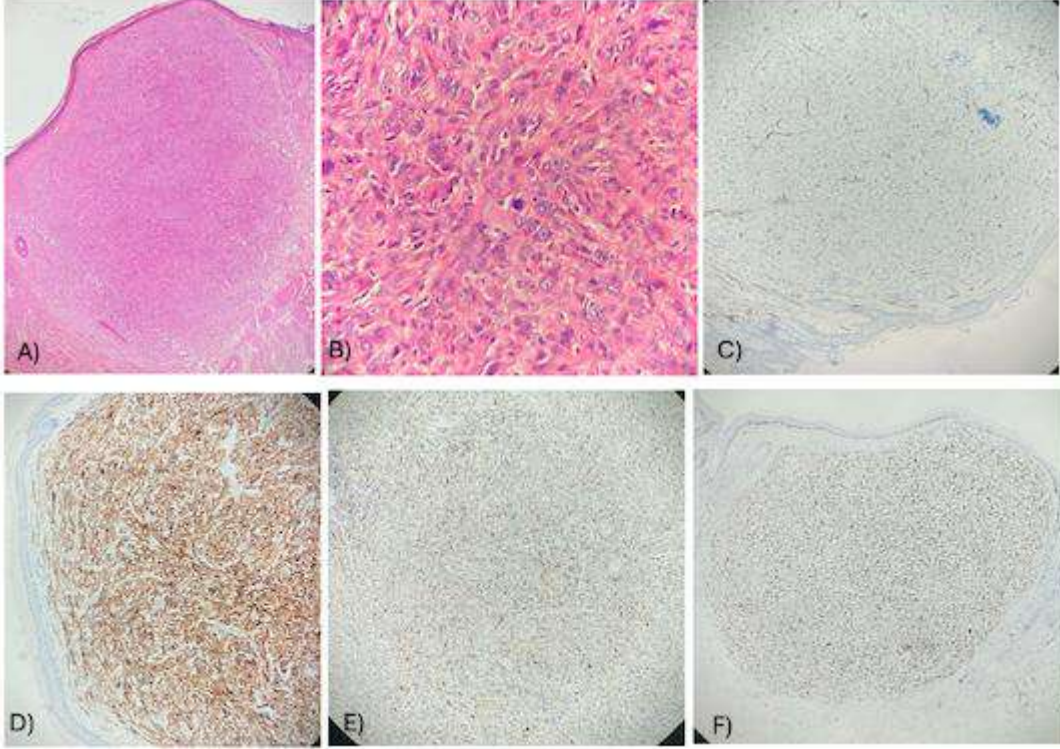
6.Liegl-Atzwanger, B., & Kutzner, H. H. (2024). Fibroblastic, myofibroblastic, and “fibrohistiocytic” proliferations and neoplasms of the skin. In J. L. Bolognia, J. V. Schaffer, & L. Cerroni (Eds.), *Dermatology* (5th ed., pp. 2110–2111). Elsevier.

RESİM 1



Sağ burun alar kanadında üzeri hemorajik krutlu ülsere nodül

RESİM 2



H&E boyama; (A) Epitel altında içsi hücrelerden oluşan tümöral yapı (B) Tümör içerisinde dev hücre yapıları ile tipik ve atipik mitozlar İmmünohistokimyasal boyama; (C) CD34 negatif (D) CD10 diffüz kuvvetli pozitif (E) CD68 fokal pozitif (F) Ki67 indeksi yaklaşık olarak %60-70 arasında



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-237][KABUL:POSTER]

ORAL İVERMEKTİN İLE ALEVLENEN PSORİAZİS OLGUSU

Rale Karaca, Ömer Kutlu, Atiye Akbayrak

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilimdalı, Tokat

GİRİŞ-AMAÇ:

Psoriasis, çeşitli klinik belirtiler gösterebilen kronik inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. En yaygın form olan plak psoriasis, eritemli skuamli plaklarla karakterizedir. Sistemik, dünya çapında bir inceleme, psoriasisin yaygınlığının yetişkinlerde %0,5 ila %11,4 ve çocuklarda %0 ila %1,4 arasında değiştiğini bulmuştur(1). Psoriasis için çeşitli risk faktörleri bulunur, biz burada oral ivermektin tedavisi ile alevlenen bir psoriasis olgusu sunacağız.

OLGU:

62 yaşında erkek hasta, polikliniğimize yaklaşık 1 aydır olan ve zamanla artan tüm vücutta kaşıntı ve döküntü şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde gövdede, kollarda, bacaklarda ve kalçada eritemli skuamli papül ve plaklar izlendi. Hastanın özgeçmişinde bilinen psoriasis (8 yıldır), diyabet, hipertansiyon ve benign prostat hiperplazisi (bph) bulunmaktaydı. Psoriasis için daha önce dar band uvb ve metotreksat kullanmış olup tarafımıza başvurduğunda herhangi bir tedavi almıyordu. Diyabet için uzun yıllardır metformin, insülin, dapaglifozin, glikazid; hipertansiyon için doksazosin, benidipin, irbesartan + hidroklorotiyazid ve bph için de tamsulosin kullanıyordu. Hastanın anamnezinden döküntüler başlamadan önce skabiye için oral ivermektin kullandığı ve sonrasında döküntülerinin başladığı öğrenildi. Hastadan psoriasis vulgaris ön tanısı ile 4 mm punch biyopsi alındı. Biyopsi de psoriasis vulgaris ile uyumlu gelen hastaya sekukinumab tedavisi planlandı.

SONUÇ:

Psoriasis, görülme sıklığı toplumlar arasında büyük farklılıklar göstermesine karşın, immün aracılı kronik inflamatuvar hastalıklar arasında en sık görülen hastalıktır. Psoriasis için birden fazla risk faktörü vardır. Genetik yatkınlık önemli bir katkıda bulunan olarak kabul edilir ve çevresel ve davranışsal faktörler de rol oynayabilir (2). Özellikle, psoriasis olan bireylerde



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

sigara içme, obezite ve alkol kullanımında artış oranları bulunmuştur. İlaçlar ve enfeksiyonlar da psoriasis için potansiyel tetikleyici veya kötüleştirici faktörler olarak tanımlanmıştır. Birden fazla ilaç, psoriasis veya psoriasis benzeri ilaç döküntülerinin kötüleşmesiyle ilişkilidir. En sık suçlanan ilaçlar beta blokerler, lityum ve anti malaryal ilaçlardır. Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar ve antifungal ilaçlar (terbinafin) da psoriasis alevlenmesine sık neden olan diğer ilaçlardandır. Bağışıklık kontrol noktası inhibitörleri, psoriaze neden olabilen veya onu kötüleştirebilen daha yeni bir ilaç sınıfıdır (3,4). Paradoksal olarak, psoriasis tedavisinde kullanılan ilaçlar olan TNF inhibitörleri, zaman zaman psoriasis benzeri döküntülerin gelişimiyle ilişkilendirilir (5-8). Bizim olgumuzda ise psoriasis alevlenmesine neden olan ajan ivermektin olup daha önce literatürde psoriasis alevlenmesi ile ilişkili bulunmamıştır. Psoriasis alevlenmesine ise hangi mekanizma ile neden olduğu şu an için bilinmemektedir ve ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Olgumuz ivermektinin neden olduğu ilk psoriasis alevlenmesi olması nedeni ile önem taşımaktadır

ANAHTAR KELİMELEER: psoriasis, ivermektin, ilaç reaksiyonları

- KAYNAKLAR:** 1. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31:205.
2. O'Rielly DD, Jani M, Rahman P, Elder JT. The Genetics of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. J Rheumatol Suppl 2019; 95:46.
3. Mullangi S, Ponnamp S, Lekkala MR, Koya S. A Case of De Novo Psoriasis Secondary to Nivolumab in a Patient With Metastatic Renal Cell Carcinoma. Cureus 2021; 13:e15703.
4. Cutroneo P, Ingrassiotta Y, Isgrò V, et al. Psoriasis and psoriasiform reactions secondary to immune checkpoint inhibitors. Dermatol Ther 2021; 34:e14830.
5. Cullen G, Kroshinsky D, Cheifetz AS, Korzenik JR. Psoriasis associated with anti-tumour necrosis factor therapy in inflammatory bowel disease: a new series and a review of 120 cases from the literature. Aliment Pharmacol Ther 2011; 34:1318.
6. Pugliese D, Guidi L, Ferraro PM, et al. Paradoxical psoriasis in a large cohort of patients with inflammatory bowel disease receiving treatment with anti-TNF alpha: 5-year follow-up study. Aliment Pharmacol Ther 2015; 42:880.
7. Eickstaedt JB, Killpack L, Tung J, et al. Psoriasis and Psoriasiform Eruptions in Pediatric Patients with Inflammatory Bowel Disease Treated with Anti-Tumor Necrosis Factor Alpha Agents. Pediatr Dermatol 2017; 34:253.
8. Famenini S, Wu JJ. Infliximab-induced psoriasis in treatment of Crohn's disease-associated ankylosing spondylitis: case report and review of 142 cases. J Drugs Dermatol 2013; 12:939.

RESİM 1



Vücutta gövdede, kollarda eritemli skuamlı papül ve plaklar izlenmekte

RESİM 2



Vücutta gövdede, kollarda eritemli skuamlı papül ve plaklar izlenmekte



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-238][KABUL:POSTER]

OMALİZUMAB İLE TEDAVİ EDİLEN OTOİMMÜN PROGESTRON DERMATİTİ VAKASI

Muhammet Orhan Soyugüzel¹, Sevda Edis Çınar², Şule Gökşin¹, Mahmut Anıl Karataş¹

¹Pamukkale Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

²Servergazi Devlet Hastanesi, Dermatoloji, Denizli

GİRİŞ-AMAÇ:

Otoimmün Progesteron Dermatit (OPD), özellikle adet döngüsü sırasında progesterona karşı gözlenen nadir bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Bu durum en sık doğurganlık çağındaki kadınları etkiler ve özellikle menstürasyonun luteal fazındaki kadınları etkiler.[1] Klinik prezentasyon çok çeşitli olabilmekle birlikte genelde ürtiker, eritema multiforme, anjiyoödem, Stevens-Johnson benzeri sendrom ve egzama şeklindedir.[3] Hastalık belirtilerinin başlaması ile tanı konulması arasında gecikme yaşanabilir; bir çalışmada bu gecikmenin ortalama 3.9 yıl olduğu bulunmuştur.[3] Bu nedenle bu vaka sunumunun amacı OPD dermatitinin tanısal süreci ve tedavisinin vurgulanması ile birlikte omalizumab tedavisinin refrakter hastalıktaki potansiyel rolüdür.

OLGU:

Pamukkale Üniversitesi dermatoloji polikliniğine başvuran 39 yaşındaki kadın hasta yaklaşık 15 yıldır devam eden; her ayın belli zamanlarında vücudunun farklı bölgelerinde prezente olan deri lezyonları ile başvurdu. Ayrıca endometriyosiz ile takipli olan hasta kombine oral kontraseptif tedavisi almaktaydı. Uzun yıllar atopik dermatit ve numuler dermatit olarak takip edilen hastaya sistemik steroid ve topikal steroid ile kalsinorin inhibitörleri verilmiş ancak tüm bu tedavilere rağmen her ayın belirli günlerinde şikayetleri persiste olup tarafımıza başvurmuştur.

Hasta menstürasyon kanamasından 5-7 gün önce vücudunun çeşitli yerlerinde lezyonları olduğu, fizik muayenesinde yer yer ürtikeryal, egzamatize plakları olduğu görülmüştür.[Şekil 1]. Çeşitli tedavilere rağmen hastanın şikayetlerinin menstürasyonda gerilediği ve bir sonraki luteal fazda şikayetlerinin tekrarladığı görülmüştür. Tarafımızca OPD düşünülen hastaya tanı amaçlı intradermal progesteron testi planlandı.

Hastanın ön kol fleksör yüzüne sırasıyla 50mg/ml derivasyonunda progesteron, 5 mg/ml derivasyonunda progesteron, serum fizyolojik ve histamin intradermal enjekte edildi.

Enjeksiyonun 5.dakikasında hastanın 50mg/ml progesteron ve histamin tarafında eritema tespit



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

edildi.[şekil 2] Hastanın 15.dakikasında sonucuna bakıldığında negatif kontrol Serum fizyolojinin negatif, histaminin 2cmx2cm, 5mg/ml progesteron 6 mm ve 50mg/ml progesteron 13mm kabarıklık ölçüldü.[Şekil 2]Test sonucunda progesterona duyarlı olduğu gösterilmekle hastaya OPD tanısı konuldu.

Hastanın endometriyosizi nedeniyle kombine oral kontraseptif alması üzerine hormonal tedavi planlanamadı. Hasta ooforektomi istemesi üzerine literatür taranarak omalizumab 300mg/ay olarak başlandı. İlk enjeksiyonu takiben aylık kontrole çağırılan hastada 3 ay boyunca tam remisyon elde edilmiştir.

SONUÇ:

OPD nadir görülen bir hastalık olmakla literatürde 200'den az vaka bildirilmiştir.[1] Lezyonlar genellikle adet döngüsünün başlangıcından yaklaşık 3-10 gün önce ortaya çıkar ve belirtiler adet başlangıcından birkaç gün sonra genellikle düzelir.[1-4] Bizim vakamızda da bu şekildeydi.[1] Altta yatan mekanizmalar tam olarak bilinmemekle birlikte yüksek progesteron seviyelerinin desensitizan etki göstermesi ya da immün yanıtın zayıflaması olması üzerinde durulmaktadır.[1]

Ana mekanizmanın, endojen ve eksojen progesterona maruz kalmanın neden olduğu bir aşırı duyarlılık reaksiyonu(ADR) olduğu düşünülmektedir. Bu reaksiyonlar Tip 1 ADR (IgE aracılı), gecikmiş aşırı duyarlılığı, immün kompleks aracılı reaksiyonları veya G proteinine bağlı reseptör modülasyonunu içerebilir.[1-2-3-4] Omalizumab, serbest IgE'ye yüksek afiniteyle bağlanır ve alerjene spesifik IgE'nin FcεRI reseptörlerine bağlanmasını engeller.[6] Omalizumab, teorik olarak progesterona karşı oluşan IgE antikorlarına bağlanarak bunların serbest halde dolaşımını azaltabilir. Serbest IgE seviyelerinin düşmesi, mast hücreleri ve bazofiller üzerindeki IgE reseptörlerinin(FcεRI) sayısının azalmasına yol açar. Bu durum, mast hücrelerinin veya bazofillerin, progesteron-spesifik IgE aracılığıyla progesterona karşı verdiği yanıtı azaltabilir. Bizim vakamızda da omalizumaba yanıt alınması OPD'nin IgE aracılı olabileceği ve omalizumabın etkili olabileceğini göstermektedir.

Literatür incelendiğinde çeşitli refrakter vakalarda omalizumab tedavisinin başarılı bulunduğu; uzun süreli remisyonlar sağlandığı gözlenmiştir.[5]Biz de vakamızda omalizumab kullanarak 3 aylık tam remisyon elde ederek, OPD'de omalizumab tedavisinin OPD'de etkili olabileceğini göstermek istedik.

ANAHTAR KELİMELEER: Otoimmün Progesteron Dermatiti, Omalizumab, Progesteron Dermatiti



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

KAYNAKLAR: Referanslar:

1. Irshad S, Haider MS, Master MF, Asif N, Khalil A. Autoimmune Progesterone Dermatitis. *Cureus*. 2021 Nov 2;13(11):e19217. doi: 10.7759/cureus.19217. PMID: 34877200; PMCID: PMC8642151. Ohata C, Ishii N, Koga H, Fukuda S, Tateishi C, Tsuruta D, Furumura M, Hashimoto T. Coexistence of autoimmune bullous diseases (AIBDs) and psoriasis: A series of 145 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2015 Jul;73(1):50-5. doi: 10.1016/j.jaad.2015.03.016. Epub 2015 Apr 18. PMID: 25896671.
2. Banwaith T, Acharya J. Autoimmune progesterone dermatitis mimicking eczematous dermatitis. *Br J Hosp Med*. 2022. <https://doi.org/10.12968/hmed.2021.0384> Phan K, Goyal S, Murrell DF. Association between bullous pemphigoid and psoriasis: Systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Australas J Dermatol*. 2019 Feb;60(1):23-28. doi: 10.1111/ajd.12899. Epub 2018 Aug 23. PMID: 30141189.
3. Aghazadeh N, Berry NA, Torgerson RR, Park MA, Davis DMR. Autoimmune progesterone dermatitis: a retrospective case series. *Int J Womens Dermatol*. 2022 Jul 8;8(3):e009. doi: 10.1097/JW9.000000000000009. PMID: 35822192; PMCID: PMC9270595.
4. Huang Y, Ye S, Bao X, Yang R, Huang J. Whole course of treatment of autoimmune progesterone dermatitis that had spontaneously resolved during pregnancy: A case report and review of the literature. *Front Immunol*. 2022 Sep 7;13:939083. doi: 10.3389/fimmu.2022.939083. PMID: 36159858; PMCID: PMC9490548.
5. Varghese, A., Paul, T., Kim, H. et al. Effect of omalizumab for autoimmune progesterone dermatitis refractory to bilateral oophorectomy: a case report. *Allergy Asthma Clin Immunol* 17, 58 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13223-021-00561-2>
6. Kaplan AP, Giménez-Arnau AM, Saini SS. Mechanisms of action that contribute to efficacy of omalizumab in chronic spontaneous urticaria. *Allergy*. 2017 Apr;72(4):519-533. doi: 10.1111/all.13083. Epub 2017 Jan 4. PMID: 27861988; PMCID: PMC5915348.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-239][KABUL:POSTER]

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE SON 2 YILDA YAPILAN DERİ PRİCK TESTİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Öykü Erik, Gülhan Gürel

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı,
Afyonkarahisar

AMAÇ:

Deri prick testi (DPT), atopik dermatit, alerjik rinit, alerjik astım, alerjik konjonktivit, kronik ürtiker, pruritus gibi hastalıkların tanı ve takibinde alerjen maddeler kullanılarak yapılan bir testtir. Bu çalışmada ilimizde görülen alerjenlerin sıklığı, başvuru tanısı, yaşı, atopi öyküsüne göre dağılımı incelemeyi, DPT pozitiflik oranını değerlendirmeyi, ilimize ait alerji haritası oluşturmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

2023-2025 yılları arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversite Hastanesi Dermatoloji polikliniğine atopik dermatit, alerjik rinit, alerjik astım, alerjik konjonktivit, kronik ürtiker ve pruritus tanılarıyla başvuran ve DPT yapılan 6-77 yaş arası 123 hastanın sosyodemografik ve klinik özellikleri, DPT sonuçları restrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR:

Çalışmaya katılan 123 hastanın %63,4'ü kadın %36,6'sı erkek hastalardan oluşmaktaydı. DPT yapılan hastaların 55'inde (%44,7) alerjik rinit en sık endikasyondur. Atopik dermatit 46 hasta (%37,4) ile 2. sık endikasyondur. Alerjik konjonktivit 13 hasta (%13,8) ile bu tanıları takip etti. Test yapılan kişilerde atopi öyküsü %82,1, ailede atopi öyküsü %56,9, gıda alerjisi %67,5 ilaç alerjisi ise %10,6 olarak tespit edilmiştir. Yapılan 28 alerjen etkenlerinin pozitiflik oranları latex (%57,7) Dermatophagoides farinae (%54,5), kavak (%53,7), kedi (%48), buğday (%48), ağaç mix (%47,2), yer fıstığı (%45,5), soya (%44,7), Cladosporium herbarum (%43,9), Dermatophagoides pteronyssinus (%43,9), yapışkan otu (%41,5), ıhlamur (%39,8), çimen (%39), meşe (%38,2), Alternaria alternate (%37,4), huş (%37,4), köpek (%34,1), Aspergillus fumigatus (%33,3), balık karışımı (%32,5), ceviz (%31,7), susam (%30,9), yabancı ot (%30,1), yumurta beyazı (%28,5), inek sütü (%27,6), pulbiber (%27,6), üzüm otu (%27,6), pelin otu (%26,8), hamam böceği (%26) sıklıkta pozitif izlenmiştir. Başvuru şikayetlerinin mevsimsel



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

artışı değerlendirildiğinde %58,5 oranında mevsimden bağımsız şikayetleri olan, mevsime bağlı olanlardan da en sık ilkbaharda %26,8 oranında semptom artışı eşlik etti. Alerjik rinit tanısı atopi öyküsü ile ilişkisi anlamlı olarak değerlendirilmiştir ($p < 0.05$). Çocuklarda yapılan deri testi pozitifliklerinin atopik dermatit tanısındaki oranı yetişkinlere göre daha yüksek izlenmiştir. Total IgE değerlerinin cinsiyet, yaş, atopi öyküsü ile arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir ($p > 0.05$). Gıda alerjisi olan bireylerin Total IgE düzeyleri, olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olarak saptandı ($p < 0.001$). *Alternaria alternate* pozitifliği ($p=0.012$), *Aspergillus fumigatus* ($p=0.016$) ile alerjik konjonktivit arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Kavak ile alerjik rinit arasında güçlü sayılabilecek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu izlendi ($p=0.002$).

SONUÇ:

Çalışmamızın sonucunda dermatoloji polikliniğimizde en sık DPT endikasyonunun alerjik rinit ve atopik dermatit olduğu ve bu hastaların en sık test pozitifliklerinin latex'e karşı olduğu gözlemlendi. Hastaların semptomlarının en sık ilkbaharda artışı gözlemlense de büyük çoğunluğunun semptomlarının mevsimsel ilişkisi olmadığı gözlemlenmiştir. İlimize ait DPT testi sonuçlarını destekleyecek geniş hasta popülasyonlarıyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Alerjik rinit, atopik dermatit, deri prick testi, ürtiker

KAYNAKLAR: 1. Baykan A, Balevi A, Balevi Ş. Atopik dermatitli hastalarda deri prick test ve spesifik IgE sonuçlarının değerlendirilmesi. Selçuk Tıp Derg 2012;28(2):87-90

2. Belloni B, Andres C, Ollert M, Ring J, Mempel M. Novel immunological approaches in the treatment of atopic eczema. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2008;8(5):423-7.

3. Özyurt K, Ertaş R, Özlü E, Akkuş M. R, Avcı A, Atasoy M. Dermatoloji kliniği alerji ünitesinde yapılan deri prick testi sonuçları. Konuralp Tıp Dergisi 2020;12(1):50-54

4. Lewis T, Grant R. Vascular reactions of the skin to injury. Heart 1924;11:209-65.

5. Özkaya E. Alerjik Deri Hastalıklarında Tani Testleri. Turk Dermatoloji Dergisi. 2015;9:113.

6. Usmani N, Wilkinson SM. Allergic skin disease: investigation of both immediate- and delayed-type hypersensitivity is essential. Clin Exp Allergy. 2007;37:1541-6.

7. Ece A, Ceylan A, Saraçlar Y, et al. Prevalence of asthma and other allergic disorders among school children in Diyarbakır, Turkey. Turk J Pediatr 2001; 43(4): 286-92.

8. Saraçlar Y, Kuyucu S. Alerjik rinitte klinik bulgular, tanı ve tedavi. Katkı Pediatri Dergisi. 1997; 18(6): 680-91.

9. Heinzerling L, Mari A, Bergmann KC, Bresciani G, Darsow U, Durham S. The skin prick test- European standards. Clin Transl Allergy 2013; 3(1): 3.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

10. Ayvaz A, Baki A, Gedik Y. Doğu Karadeniz Bölgesindeki Çocuklarda Allerji Deri Testi (Skin Prick Test) Sonuçları. Türkiye Klinikleri Journal of Allergy & Asthma 2003; 5 (2):80-4.
11. Çölgecen E, Özyurt K, İntepe Y, Gencer ZK, Özkırış M, Ede G, Karaçavuş S. Yozgat yöresinde atopik semptomlu hastalarda deri prick testi sonuçları. Journal of Clinical and Experimental Investigations 2014;5(1): 64-8.
12. Şekerel BE, Mısırlıgil Z, Orhan F, Mundan D, Büyüktiryaki B. Allerji Deri Testleri: Nerede, Ne Zaman, Nasıl ve Ne Kadar? Asthma Allergy Immunology 2017;15(1): 1-6
13. Ceylan E, Gencer M, San I, İyinen I. Allerjik rinitli olgularımızda prick testlerde saptanan aeroallerjenlerin dağılımı. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006; 26(4): 370-4.
14. Talay F, Goksugur N, Yılmaz F, Kurt B. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesinde Uygulanan Deri Prick Testlerinin Sonuçları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 1:11-6
15. Caubet JC, Eigenmann PA. Allergic triggers in atopic dermatitis. Immunol Allergy Clin North Am 2010; 30(3): 289-307.
16. Kulthanan K, Jiamton S, Rutnin NO, Insawang M, Pinkaew K. Prevalence and relevance of the positivity of skin prick testing in patients with chronic urticaria. Journal of Dermatology 2008; 35(6): 330-5.
17. Taşkan O. Atopik Dermatitte Deri Testlerinin Yeri. Turkish Journal of Dermatology 2013; 7(4): 236-41.
18. Simon-Nobbe B, Denk U, Poll V, Rid R, Breitenbach M. The Spectrum of Fungal Allergy. Int Arch Allergy Immunol 2007; 145(1): 58-86.
19. Kayabaşı S, Kemeriz F, Çayır S. Bölgesel deri prick testi sonuçlarının retrospektif analizi. KBB-Forum 2019;18(2).

TABLO 1. ALERJİ DERİ TESTİ POZİTİF OLAN HASTALARIN ALERJEN EKSTRELERİNE GÖRE DAĞILIMI

Alerjen Adı	Alerjen Pozitif Hasta Sayısı	Alerjen Pozitif Hasta Yüzdesi
Dermatophagoides farinae	64	%54,5
Dermatophagoides pteronyssinu	57	%43,9
Alternaria alternate	46	%37,4
Aspergillus fumigatus	41	%33,3



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Cladosporium herbarum	54	%43,9
Ağaç mix	58	%47,2
Huş	46	%37,4
İhlamur	49	%39,8
Meşe	47	%38,2
Kavak	66	%53,7
Çimen mix	48	%39
Yabani Ot mix	37	%30,1
Pelin otu	33	%26,8
Üzüm otu	34	%27,6
Yapışkan otu	51	%41,5
Kedi	59	%48
Köpek	42	%34,1
Hamam böceği	32	%26
Yerfıstığı	56	%45,5
Ceviz	39	%31,7
Pulbiber	34	%27,6
Susam	38	%30,9
Soya	55	%44,7
Buğday	59	%48
İnek sütü	34	%27,6



33

ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Yumurta beyazı	35	%28,5
Balık karışımı	40	%32,5
Latex	71	%57,7

Ki-kare Testi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-240][KABUL:POSTER]

AKUT İNFANTİL HEMORAJİK ÖDEM: BİR OLGU SUNUMU

Zeynep Sena Ataman, Ayşenur Botsalı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Akut İnfantil Hemorajik Ödem (AİHÖ), genellikle 4–24 ay arası çocuklarda görülen, ani başlangıçlı, ateş, yaygın purpurik döküntü ve ödem ile karakterize nadir ve benign seyirli bir lökositoklastik vaskülitir. Klinik tablo ağır ve alarm verici görünebilse de hastalığın seyri genellikle benign ve kendini sınırlayıcıdır. Klinik olarak meningokoksemi, purpura fulminans, Henoch-Schönlein purpurası ve eritema multiforme gibi ciddi ve tedavi gerektiren tablolarla karışabileceği için tanınması büyük önem taşır. Bu bildiri özetinde, enfeksiyon ve ilaç kullanım öyküsünü takiben gelişen ve tipik klinik seyir gösteren AİHÖ tanılı bir olgu sunulmuştur.

OLGU:

14 aylık erkek hasta; iki gündür olan ateş, yaygın döküntü ve yürüyememe şikayetleriyle acil servise başvurdu. Yaklaşık bir hafta önce geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu (influenzaya bağlı) ve bir gün süreyle kullanılan enfluvir oral süspansiyon öyküsü mevcuttu. İlacın kusma nedeniyle kesildiği öğrenildi. Hastanın döküntüleri yaklaşık iki gün önce bacaklardan başlayıp ardından tüm vücuda yayılmıştı. Döküntü ile eş zamanlı olarak hastada ayakları üzerine basamama şikayetinin gelişmiş olduğu öğrenildi.

Vital bulguları; ateş 38,1°C, kan basıncı 90/60 mmHg, nabız 118/dk, solunum sayısı 28/dk idi. Dermatolojik muayenede sol periorbital, bilateral malar ve mandibular bölgelerden başlayarak aurikuları tutan, servikal ve oksipital alanlara uzanım gösteren, gövde, sırt ve ekstremitelerde de izlenen basmakla solmayan, targetoid görünümlü ve birleşme eğilimli purpurik plaklar izlendi. Bilateral ayak dorsumlarında ödem mevcuttu. Nikolsky negatif, oral ve genital mukozalar doğaldı. Laboratuvar sonuçlarında inflamatuvar belirteçlerde hafif artış (CRP: 9,8 mg/L, IL-6: 8,86 ng/L) mevcuttu. Diğer biyokimya parametreleri, tam kan sayımı, koagülasyon testleri ve venöz kan gazı tetkikleri normal olarak değerlendirildi.

13 kg olan hastaya tarafımıza danışılmadan önce acil serviste 1 mg/kg dozunda intravenöz feniramin maleat ve metilprednizolon uygulanmıştı. Hastanın 2 yaş altında olması,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

karakteristik purpurik döküntülerin varlığı, ayak dorsumunda ödem saptanması, hafif ateş dışında sistemik bulgu izlenmemesi, genel durumunun iyi olması nedeniyle tanı AİHÖ olarak düşünüldü. Tedavi olarak oral antihistaminik damla ve orta potent topikal kortikosteroid losyon başlandı. Aileye aciller anlatıldı ve takip süreci hakkında bilgi verildi.

Çocuk romatoloji konsültasyonunda ek sistemik tutulum düşünülmeydi. İlk hafta kontrolünde lezyonlarda belirgin gerileme, ikinci haftada ise tam klinik iyileşme izlendi. Hastalığın tipik klinik seyri nedeniyle biyopsi alınmadı. Dört aylık takipte nüks gözlenmedi. Takip sürecinde tablonun 2 hafta içinde tamamen gerilemesi ve nüks gözlenmemesi de AİHÖ tanısının klinik doğruluğunu pekiştirmiştir.

SONUÇ:

AİHÖ, benign seyirli olmasına rağmen klinik olarak hayatı tehdit eden tabloları taklit edebilir. Tanının doğru ve zamanında konulması, gereksiz tetkik ve tedavilerin önüne geçilmesini sağlar. Özellikle 4–24 ay arası çocuklarda ateş, purpurik döküntü ve ödem ile başvuran olgularda AİHÖ mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu olgu, hastalığın erken ve doğru tanısının; etkin hasta yönetimi sağlanmasında ve hem aile bireylerinin hem de hekimlerin kaygılarının azaltılmasında kritik bir öneme sahip olduğunu göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Akut infantil hemorajik ödem, ayırıcı tanı, lökositoklastik vaskülit, pediatrik dermatoloji, purpurik döküntü

KAYNAKLAR: 1. Chuh A, Chan H, Zawar V. Infantile acute hemorrhagic edema of the skin: study of ten cases. J Am Acad Dermatol. 1991;24(1):17–22. doi:10.1016/0190-9622(91)70002-j

2. Serna MJ, Leache A, Sola MA, Robledo C, Quintanilla E. Targetlike lesions in an infant. Infantile acute hemorrhagic edema (AHE). Arch Dermatol. 1994;130(10):1276–1278. doi:10.1001/archderm.1994.01690080123021

3. Çaksen H, Odabaş D, Kösem M, Arslan Ş, Öner AF, Ataş B, Akçay G, Ceylan N. Report of eight infants with acute infantile hemorrhagic edema and review of the literature. J Dermatol. 2002;29(6):342–348. doi:10.1111/j.1346-8138.2002.tb00265.x

4. Leducq S, Maruani A, Bodemer C, Biscardi S, Boccara O, Chinazzo MF, et al. Accurate diagnosis of acute hemorrhagic edema of infancy: a French multicenter observational study. Eur J Pediatr. 2023;182(9):4133–4141. doi:10.1007/s00431-023-05098-7

5. Jari M. Coronavirus Disease 2019 and Acute Hemorrhagic Edema of Infancy. Case Rep Infect Dis. 2022;2022:7610402. doi:10.1155/2022/7610402



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-241][KABUL:POSTER]

BİR HASTA ÜÇ BULGU: KEMOTERAPÖTİKLERİN KUTANÖZ YAN ETKİLERİ

Mehmet Uğur Çankaya, Caner Göllü, İlkay Can

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Bleomisin, etoposid ve sisplatin içeren BEP protokolü, testis kanserlerinin kemoterapi tedavisinde sıkça kullanılan etkili bir rejimdir. Bununla birlikte, özellikle bleomisine bağlı gelişen dermatolojik yan etkiler arasında flagellat eritem ve nadiren sklerodermoid reaksiyonlar tanımlanmıştır. Bu kutanöz yan etkiler genellikle tek başına bildirilmiş olup, aynı hastada birden fazla cilt bulgusunun bir arada görülmesi son derece nadirdir. Vakamızda, BEP kemoterapisi sonrası gelişen tromboflebit, flagellat eritem ve morfea olmak üzere üç ayrı kutanöz bulgu ile başvuran genç bir testis kanseri hastası sunulmaktadır.

OLGU:

Yirmi altı yaşındaki erkek hasta, insidental olarak miks germ hücreli testis tümörü (%95 embriyonel karsinom, %5 teratom) tanısı alması nedeniyle sol orşiektomi sonrası üç kür BEP protokolü ile kemoterapi almıştır. İlk iki kürün ardından kemoterapi uygulanan venlerde belirgin lineer eritem ve hassasiyet ile seyreden tromboflebit gelişmiş, bu nedenle antikoagülan ve antibiyotik tedavileri uygulanmıştır. Her iki durumda da bleomisin dozu 1 hafta ertelenmiştir. Üçüncü kürden bir ay sonra yapılan görüntüleme sonrası hasta remisyonda değerlendirilmiş ve takibe alınmıştır. Ancak iki hafta sonra, karın bölgesinde sert sarı lezyon ve gövde ile ekstremitelerde lineer hiperpigmente yamalar fark etmesi üzerine tarafımıza başvurmuştur. Klinik muayenede umblikus üstünde sert sklerotik plak ile birlikte, gövde ve ekstremitelerde flagellat tarzda yayılmış hiperpigmente çizgiler gözlenmiştir. Umbilikus üstündeki plaktan alınan biyopsi sonucu morfea ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Klinik ve histopatolojik bulgular, bleomisine bağlı morfea ve flagellat eritem olarak değerlendirilmiştir. Hastaya topikal yüksek potent kortikosteroid tedavisi başlanmıştır.

SONUÇ:

Olgumuz, tek bir hastada Bleomisin, etoposid ve sisplatin kemoterapisine bağlı tromboflebit, flagellat eritem ve morfea olmak üzere üç ayrı dermatolojik yan etkinin eşzamanlı olarak



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

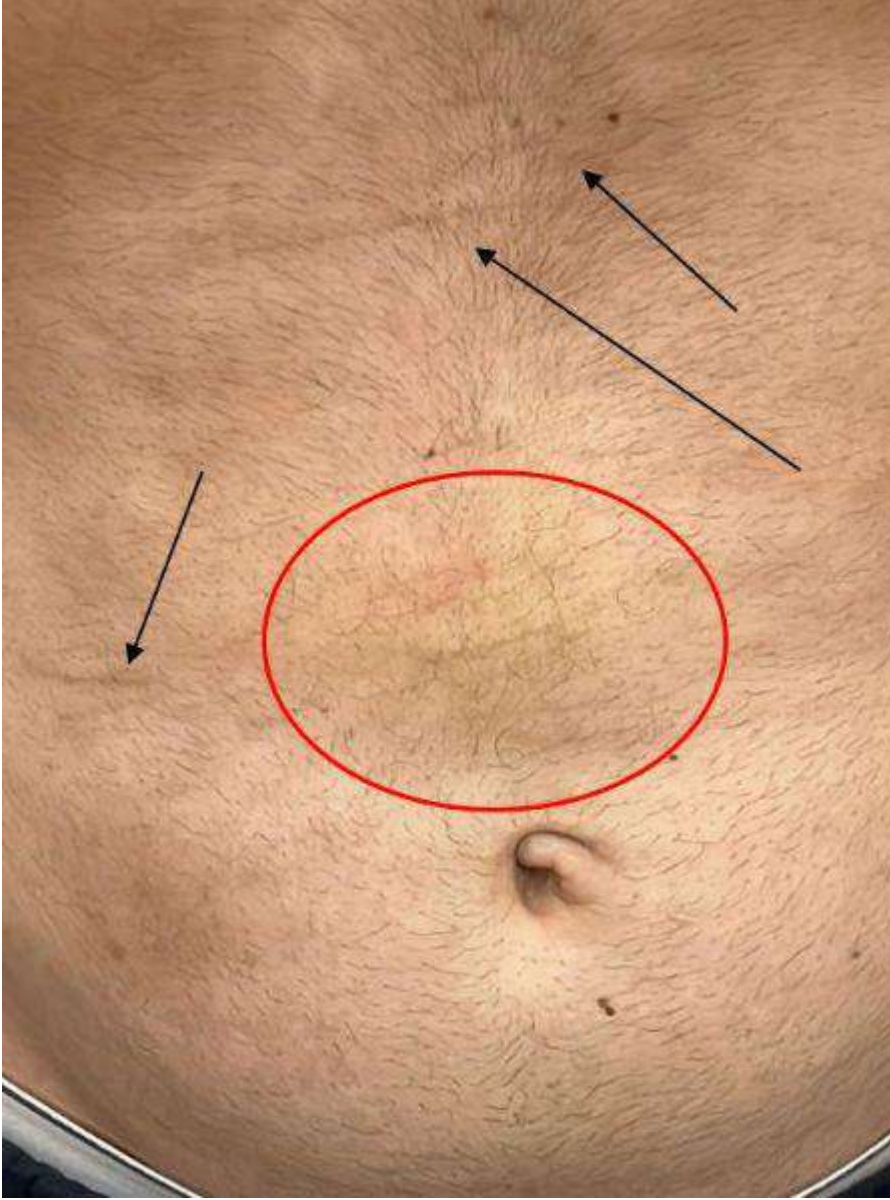
www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

geliştiği nadir bir klinik tabloyu temsil etmektedir. Bleomisin gibi kemoterapötik ajanların ciltte hem inflamatuvar hem de fibrotik yan etkilere neden olabileceği göz önüne alındığında, bu tür yan etkilerin farkındalığı dermatologlar ve onkologlar için önem arz etmektedir. Deri bulguları bazen geç dönemlerde ortaya çıkabileceğinden, tedavi sonrası dönemde de hastaların dermatolojik açıdan dikkatle izlenmesi gereklidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Bleomisin, Flagellat eritem, Morfea, Tromboflebit

- KAYNAKLAR:** 1.Weston GK, Chang MW. Disorders of Hyperpigmentation. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. Dermatology. 5th ed. Elsevier; 2024. p. 1137.
- 2.Camilleri MJ, Beattie TJ, Burrows NP. Bleomycin-induced sclerodermoid reaction: a case report and review of the literature. Clin Rheumatol. 2000;19(5):375–378.
- 3.Lee JH, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Localized scleroderma induced by bleomycin therapy in a patient with testicular cancer. J Dermatol. 1996;23(8):552–555.
- 4.Kim HJ, Choi KC, Ahn SK. Bleomycin-induced scleroderma-like lesions in a Korean patient. Int J Dermatol. 1996;35(11):829–832.
- 5.Smith L, Garcia R, Dierckman E. Bleomycin-induced morphea: a case report and review of the literature. J Am Acad Dermatol. 1997;36(6):986–989.
- 6.Tanaka M, Koga T, Ueda T, et al. Histopathological features of bleomycin-induced scleroderma-like lesions. Pathol Int. 1999;49(4):302–307.
- 7.Smith TJ. The pathogenesis of bleomycin-induced pulmonary fibrosis. Curr Opin Rheumatol. 2000;12(1):3–9.
- 8.Gupta M, Singh N, Das P. Genetic predisposition to bleomycin-induced skin toxicity: a review. Pharmacogenomics J. 2010;10(3):209–215.
- 9.Hasegawa M, Sato S, Fujimoto M, Takehara K. Treatment of bleomycin-induced localized scleroderma with systemic corticosteroids and methotrexate. Br J Dermatol. 2003;149(6):1236–1238.
- 10.Feldmann R, Goerge T. Management and prognosis of bleomycin-induced skin toxicities. Dermatol Ther. 2017;30(1):e12422.

RESİM 2



Hastanın ilk başvurusunda olan, Siyah ok: Transvers uzanan hiperpigmente yamalar (flagellat eritem), Kırmızı çember umblicus üstünde sert sklerotik plak (morfea)

RESİM 3



Sağ uyluk lateralde vertikal seyreden lineer hiperpigmente yamalar. (flagellat eritem)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-243][KABUL:POSTER]

MULTİPL MİNUTE DİGİTATE HİPERKERATOZİS: NADİR BİR KERATİNİZASYON BOZUKLUĞU

Esra Nur Pınar Topbaş, Sera Nur Yücesoy Temiz, Özlem Su Küçük

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Multipl Minute Digitate Hiperkeratozis (MMDH), oldukça nadir görülen, gövde ve ekstremitelerde parmak benzeri çok sayıda ince keratotik papüllerle karakterize bir dermatozdur. Etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır [1,2]. Otozomal dominant geçişli kalıtsal formunun yanı sıra, inflamatuvar hastalıklar veya maligniteler sonrası gelişen edinsel formu da tanımlanmıştır [3,4]. Lezyonlar sıklıkla non-foliküler özellik gösterir, gövde lateralinde, üst ekstremitelerde ve antekübital fossalarda simetrik dağılım izlenir. Palmar, plantar ve mukozal tutulum nadirdir. Klinik olarak keratosis pilaris, lichen spinulosus, trikoepitelioma gibi keratotik dermatozlarla benzerlik gösterdiğinden ayırıcı tanı önemlidir [5]. Bu bildiride, histopatolojik olarak doğrulanmış edinsel MMDH tanısı almış bir olgu sunulur, literatürle karşılaştırmalı olarak tanı ve tedavi süreci tartışılmaktadır.

OLGU:

Otuz dokuz yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır süren, kaşıntı ve ağrı yapmayan fakat kozmetik rahatsızlık oluşturan deri lezyonları nedeniyle başvurdu. Tıbbi özgeçmişinde sistemik hastalık, düzenli ilaç kullanımı veya benzer aile öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede her iki antekübital fossada ve gövde lateral yüzeylerinde, birkaç milimetre çapında, sivri uçlu, çok sayıda ince keratotik papül izlendi. Lezyonlar non-folikülerdi; palmar, plantar ve mukozal tutulum saptanmadı. Sistemik muayene ve laboratuvar bulguları normaldi.

Ayırıcı tanıda keratosis pilaris, lichen spinulosus, trikoepitelioma, verruca plana ve foliküler egzema değerlendirildi. Lezyonların simetrik, non-foliküler yerleşimi ve filiform morfolojisi MMDH'yi düşündürdü. Tanıyı doğrulamak amacıyla gövde lateralinden punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede ortokeratoz, epidermal tenting ve granüler tabakada keratohyalin granül azalması izlendi. Bulgular MMDH ile uyumlu bulundu [7]. Topikal tedavide üre içeren keratolitik ajan başlandı.



SONUÇ:

MMDH ilk kez 1967 yılında tanımlanmış olup, bugüne kadar literatürde 70'ten az vaka bildirilmiştir [1,2]. Nadirliği nedeniyle tanı gecikebilmekte ve sık görülen dermatozlarla karıştırılabilmektedir [6]. Ancak non-foliküler yapısı, simetrik dağılımı ve karakteristik histolojik bulgular tanıda önemlidir [3]. Histopatolojik olarak kompakt ortokeratoz, epidermal invaginasyon, granüler tabakada azalmış keratohyalin granüller ve Odland cisimciklerinde azalma ile karakterizedir [7]. MMDH hem kalıtsal hem de edinsel formlarda görülebilir; bazı vakalarda paraneoplastik ilişki bildirilmiştir [5,7]. Tedavi çoğunlukla semptomatiktir. Topikal keratolitikler (üre, salisilik asit, glikolik asit), retinoidler ve oral asitretin sık kullanılan ajanlardır [8]. Dirençli olgularda %5 fluorourasil ve %10 salisilik asit kombinasyonunun etkili olduğu bildirilmiştir [9]. Bu olgu, edinsel MMDH'yi desteklemekte ve ayırıcı tanıdaki önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Digitate papül, Multipl Minute Digitate Hiperkeratozis, Keratotik Dermatoz

KAYNAKLAR: 1. Goldstein DJ. Familial disseminated filiform hyperkeratosis. Arch Dermatol. 1967;96(2):177–82.

2. Balus L, Kocsard E, Wilkinson B. Multiple minute digitate hyperkeratosis: a clinical and ultrastructural study. J Cutan Pathol. 1988;15(4):203–7.

3. Ramselaar CG, Toonstra J. Multiple minute digitate hyperkeratosis: two subtypes? Br J Dermatol. 1999;140(3):566–7.

4. Takagawa S, Nagao K, Urabe K, Miyagawa S, Furue M, Tamaki K. Familial digitate hyperkeratosis: report of a case and review of the literature. Clin Exp Dermatol. 2000;25(6):453–5.

5. Ensslin C, Schilling L, Wollenberg A. Multiple minute digitate hyperkeratosis: a rare genodermatosis. J Am Acad Dermatol. 2013;68(4 Suppl 1):AB54.

6. Yoon TY, Gibbs RC. Filiform keratosis. Arch Dermatol. 1975;111(5):660–2.

7. Benoldi D, Sala F, Caputo R, Gelmetti C. Multiple minute digitate hyperkeratosis: clinical and histological study of three cases. Dermatology. 1993;186(4):217–21.

8. Caccetta T, Dessauvage B, Vincent A. Multiple minute digitate hyperkeratosis: review and proposed diagnostic algorithm. Australas J Dermatol. 2010;51(3):163–7.

9. Prados-Carmona L, Krämer M, Zutt M. Multiple minute digitate hyperkeratosis: 10 Jahre nach Caccettas Algorithmus. Fallbericht und narrative Übersicht. Hautarzt. 2023. doi:10.1007/s00105-023-05107-7.

ŞEKİL 1



Gövde lateralinde keratotik papüller

ŞEKİL 2



Antekübital fossada keratotik papüller



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-246][KABUL:POSTER]

MULTİPL METASTAZLI RENAL HÜCRELİ KANSER HASTASI: İHMAL EDİLMİŞ BİR OLGU

Enes Kirik, Tunçay Ağkurt

Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi, Erzurum Şehir Hastanesi, Erzurum, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ:

Renal hücreli kanser yetişkinlerde böbreğin en sık görülen malign tümörü olup 50-70 yaş grubunda ve erkeklerde daha sık görülür. Renal hücreli kanser sıklıkla kemik ve iç organ metastazı yaparken deri metastazı görülme sıklığı ise tüm hastaların %2,8-6,8'indedir.

OLGU:

Kemik metastazı öyküsü bulunan, 75 yaşında erkek hastada, sağ el 3. parmak distalinde yaklaşık 1 aydır mevcut olan livedolu mor renk değişikliği ve ısı artışı ile karakterize plak lezyon izlendi. Hastanın öyküsünde Mart 2024'te sol total nefrektomi sonrası, Mayıs 2024'te sarkomatoid tip berrak hücreli renal hücreli karsinom tanısı olduğu öğrenildi. Görüntüleme yöntemleriyle çok odaklı vertebral metastazlar saptanan hastaya radyoterapi uygulanmıştı. Enfeksiyon ve osteomyelit ön tanılarıyla çeşitli antibiyotik tedavileri ve değerlendirmeler sonrası dermatoloji kliniğimize yönlendirilen hastadan alınan deri biyopsisinde, renal hücreli karsinom metastazı ile uyumlu bulgular saptandı.

SONUÇ:

Renal hücreli karsinomlu hastalarda, zamanında yapılmayan takip ve görüntüleme tetkikleri metastaz gelişme riskini artırmakta ve sağkalım süresini olumsuz etkilemektedir. Sunulan olguda, enfeksiyöz etiyoloji ön tanısıyla değerlendirilen ve tedaviye yanıtızsızlık gösteren cilt lezyonu, ileri histopatolojik incelemeler sonucunda metastatik renal hücreli karsinom olarak tanımlanmıştır. Bu durum, bilinen malignite öyküsü olan hastalarda gelişen ve konvansiyonel tedavilere dirençli seyreden cilt lezyonlarında kutanöz metastaz olasılığının mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiğini ortaya koymaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: renal hücreli kanser, deri metastazı, ayırıcı tanı, ihmal



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1. Pandey J, Syed W. Renal Cancer. [Updated 2024 Oct 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558975/>
2. Kanwal, R. (2023). Metastasis in renal cell carcinoma: Biology and treatment. *Advances in Cancer Biology - Metastasis*, 7, 100094. <https://doi.org/10.1016/j.adcanc.2023.100094>
3. Ferhatoglu, M. F., Senol, K., & Filiz, A. I. (2018). Skin Metastasis of Renal Cell Carcinoma: A Case Report. *Cureus*, 10(11), e3614. <https://doi.org/10.7759/cureus.3614>
4. Alfaraj, D., Alkenany, S., Busbaih, Z., Fita, A., Subaih, A., Alibrahim, E., & Alammari, M. (2025). Renal cell carcinoma presenting as cutaneous metastases: A case report. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 1. <https://doi.org/10.24911/ijmdc.51-1734551558>
5. Bujons, A., Pascual, X., Martínez, R., Rodríguez, O., Palou, J., & Villavicencio, H. (2008). Cutaneous metastases in renal cell carcinoma. *Urologia Internationalis*, 80(1), 111–112. <https://doi.org/10.1159/000111742>
6. Bonsib SM, Bhalodia A. Renal neoplasms: an update on immunohistochemical and histochemical features. *Connection* 2010:178-86.
-

RESİM1



Lezyonlu parmağın fotoğrafı.

RESİM2



Lezyonlu parmağa ait direkt grafi fotoğrafı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-247][KABUL:POSTER]

VİTİLİGODA OKSİDATİF STRESİ GÖSTERMEDE BİLİRUBİN VE ÜRİK ASİT SEVİYELERİ BİYOBELİRTEÇ OLABİLİR Mİ?

Tuğcan Yüksek¹, Simge Ünal Işık²

¹Girne Dr. Akçiçek Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Girne, KKTC

²Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Uşak, Türkiye.

AMAÇ:

Oksidatif stresin vitiligo patogeneğinde merkezi bir rol oynadığı bilinmektedir. Endojen antioksidanlar arasında yer alan bilirubin ve ürik asit (UA), sistemik oksidatif stresin belirteçleri olarak değerlendirilse de, vitiligodaki rolleri net değildir. Bu çalışmada, vitiligo hastalarında serum total bilirubin (Tbil), direkt bilirubin (Dbil) ve ürik asit düzeylerini inceleyerek, bu parametrelerin hastalık şiddeti, aktivitesi, süresi ve anti-TPO pozitifliği ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem:

Çalışmaya, non-segmental vitiligo tanısı almış 44 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından benzer 45 sağlıklı birey kontrol grubu olarak dahil edildi. Hastalık şiddeti Vitiligo Extent Score (VES) ve Vitiligo Area Scoring Index (VASI) ile değerlendirildi. Hastalığın aktif ya da stabil olup olmadığı, son 12 ay içinde yeni veya genişleyen lezyon varlığına göre belirlendi. Katılımcılardan alınan açlık kan örneklerinde Tbil, Dbil ve UA düzeyleri ölçüldü. İstatistiksel analizde grup karşılaştırmaları, korelasyon analizleri, ANCOVA ve ROC eğrisi analizleri uygulandı.

BULGULAR:

Vitiligo hastaları ile sağlıklı kontroller arasında Tbil ($p=0.070$), Dbil ($p=0.978$) ve UA ($p=0.311$) düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı. ANCOVA analiziyle yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi gibi olası karıştırıcı değişkenler kontrol edildiğinde de fark anlamlı değildi. Alt grup analizlerinde, bilirubin ve ürik asit düzeylerinin hastalık aktivitesi, şiddeti (VES), süresi ya da Anti-TPO pozitifliği ile anlamlı ilişkisi görülmedi ($p>0.05$). Korelasyon analizleri, bu biyobelirteçlerin VASI skoru, hastalık süresi ve Anti-TPO ile anlamlı bir ilişki göstermediğini doğruladı. ROC eğrisi analizine göre, bilirubin ve ürik asit düzeylerinin vitiligo hastalarını ayırt etme gücü düşüktü ($AUC < 0.7$).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Çalışmamız, vitiligo hastaları ile sağlıklı bireyler arasında bilirubin ve ürik asit düzeyleri açısından anlamlı fark olmadığını ve bu parametrelerin hastalık şiddeti, aktivitesi, süresi veya Anti-TPO varlığı ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Bulgularımız, vitiligoda oksidatif stresin sistemik değil, lokalize bir süreç olabileceğini düşündürmektedir. Gelecek çalışmalarda, lezyon içi doku düzeyinde antioksidan parametrelerin araştırılması, vitiligodaki oksidatif stresin mekanizmasını aydınlatmak adına önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Vitiligo, oksidatif stres, bilirubin, ürik asit, antioksidan

- KAYNAKLAR:** 1. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: A Review. *Dermatology*. 2020;236(6):571–92.
2. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Jones H, Bibeau K, Kuo FI, Sturm D, et al. Psychosocial Effects of Vitiligo: A Systematic Literature Review. *Am J Clin Dermatol*. 2021;22(6):757–74.
3. Okamura K, Suzuki T. Genetics and epigenetics in vitiligo. *J Dermatol Sci*. 2025 Jan;
4. Xuan Y, Yang Y, Xiang L, Zhang C. The Role of Oxidative Stress in the Pathogenesis of Vitiligo: A Culprit for Melanocyte Death. *Oxid Med Cell Longev*. 2022;2022:8498472.
5. Li S, Dai W, Wang S, Kang P, Ye Z, Han P, et al. Clinical Significance of Serum Oxidative Stress Markers to Assess Disease Activity and Severity in Patients With Non-Segmental Vitiligo. *Front cell Dev Biol*. 2021;9:739413.
6. Kassab A, Khalij Y, Ayed Y, Dar-Odeh N, Kokandi AA, Denguezli M, et al. Serum Inflammatory and Oxidative Stress Markers in Patients with Vitiligo. *J Clin Med*. 2023;12(18).
7. Schallreuter KU, Moore J, Wood JM, Beazley WD, Gaze DC, Tobin DJ, et al. In vivo and in vitro evidence for hydrogen peroxide (H₂O₂) accumulation in the epidermis of patients with vitiligo and its successful removal by a UVB-activated pseudocatalase. *J Investig dermatology Symp Proc*. 1999;4(1):91–6.
8. Yang Y, Li S, Zhu G, Zhang Q, Wang G, Gao T, et al. A similar local immune and oxidative stress phenotype in vitiligo and halo nevus. *J Dermatol Sci*. 2017;87(1):50–9.
9. Speeckaert R, Speeckaert M, De Schepper S, van Geel N. Biomarkers of disease activity in vitiligo: A systematic review. *Autoimmun Rev*. 2017;16(9):937–45.
10. Mathachan SR, Khurana A, Gautam RK, Kulhari A, Sharma L, Sardana K. Does oxidative stress correlate with disease activity and severity in vitiligo? An analytical study. *J Cosmet Dermatol*. 2021;20(1):352–9.
11. Pisoschi AM, Pop A. The role of antioxidants in the chemistry of oxidative stress: A review. *Eur J Med Chem*. 2015;97:55–74.
12. Tomaro ML, Batlle AMDC. Bilirubin: Its role in cytoprotection against oxidative stress. *Int J*



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Biochem Cell Biol. 2002;34(3):216–20.

13. Stocker R, Yamamoto Y, McDonagh AF, Glazer AN, Ames BN. Bilirubin is an antioxidant of possible physiological importance. *Science*. 1987;235(4792):1043–6.

14. Sedlak TW, Saleh M, Higginson DS, Paul BD, Juluri KR, Snyder SH. Bilirubin and glutathione have complementary antioxidant and cytoprotective roles. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2009;106(13):5171–6.

15. Hediger MA. [Physiology and biochemistry of uric acid]. *Ther Umsch*. 2004 Sep;61(9):541–5.

16. Albuja-Quintana N, Chisaguano-Tonato AM, Herrera-Fontana ME, Figueroa-Samaniego S, Alvarez-Suarez JM. Relationship between plasma uric acid levels, antioxidant capacity, and oxidative damage markers in overweight and obese adults: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2025;20(1):e0312217.

17. Li WC, Mo LJ, Shi X, Lin ZY, Li YY, Yang Z, et al. Antioxidant status of serum bilirubin, uric acid and albumin in pemphigus vulgaris. *Clin Exp Dermatol*. 2018;43(2):158–63.

18. Su Q, Li X, Mo W, Yang Z. Low serum bilirubin, albumin, and uric acid levels in patients with Crohn's disease. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(19):e15664.

19. Chen Z, Su Z, Pang W, Huang Y, Lin J, Ding Z, et al. Antioxidant status of serum bilirubin and uric acid in patients with polymyositis and dermatomyositis. *Int J Neurosci*. 2017;127(7):617–23.

20. Böhm M, Schunter JA, Fritz K, Salavastru C, Dargatz S, Augustin M, et al. S1 Guideline: Diagnosis and therapy of vitiligo. *J der Dtsch Dermatologischen Gesellschaft = J Ger Soc Dermatology JDDG*. 2022;20(3):365–78.

21. Türkmen D, Altunışık N. Serum Bilirubin, uric acid and albumin antioxidant levels in patients with vitiligo. *Türkiye Klin Dermatoloji*. 2018;28(2):63–8.

22. Turkmen D. Serum bilirubin and uric acid antioxidant levels in rosacea patients. *J Cosmet Dermatol*. 2020;19(10):2717–20.

23. Rahimi H, Mirnezami M, Yazdabadi A. Bilirubin as a new antioxidant in melasma. *J Cosmet Dermatol*. 2022;21(11):5800–3.

24. Zhou Z-X, Chen J-K, Hong Y-Y, Zhou R, Zhou D-M, Sun L-Y, et al. Relationship Between the Serum Total Bilirubin and Inflammation in Patients With Psoriasis Vulgaris. *J Clin Lab Anal*. 2016;30(5):768–75.

25. Solak B, Dikicier BS, Erdem T. Impact of Elevated Serum Uric Acid Levels on Systemic Inflammation in Patients With Psoriasis. *Angiology*. 2017;68(3):266–70.

26. Houshang N, Reza K, Sadeghi M, Ali E, Mansour R, Vaisi-Raygani A. Antioxidant status in patients with psoriasis. *Cell Biochem Funct*. 2014;32(3):268–73.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-248][KABUL:POSTER]

SÜLFASALAZİNİN DERMATOLOJİK KULLANIM ALANLARI: 5 OLGU SERİSİ

Beyza Sevim, Ömer Kutlu, Atiye Akbayrak

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Sülfasalazin öncelikle romatoid artrit ve ülseratif kolit tedavisinde kullanılan bir aminosalisilat olsa da immünomodülatör, antienflamatuar ve antiproliferatif özellikleri onu çeşitli dermatolojik bozukluklar için potansiyel bir terapötik seçenek haline getirir. Geniş etki yelpazesi nedeniyle, alopesi areata, psöriazis, liken planus, büllöz pemfigoid, pemphigus, morfea gibi dermatolojik hastalıklarda sıklıkla etiket dışı kullanılır. Bununla birlikte, dermatolojide etkinliğini ve güvenliğini destekleyen kanıt seviyesi sınırlıdır. Sülfasalazinin tam potansiyelini ortaya çıkarmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (2). Bu çalışmada, sülfasalazinin dermatolojik kullanım alanları ile ilgili literatür incelemesi yaparak bununla ilgili beş olgumuzu sunduk.

OLGU:

Olgu 1:69 yaşında kadın hasta, gövdesinde leke şikayetiyle polikliniğimize başvurdu.Klinik ve histopatolojik olarak morfea tanısı konan ve çeşitli tedaviler verilmesine rağmen fayda görmeyen hastaya sülfasalazin başlandı ve hastanın lezyonlarında iyileşme oldu,aktif kaşıntı şikayeti geriledi.

Olgu 2: 67 yaşında kadın hasta, ellerinde ve bacaklarında kızarıklık ve kaşıntı şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Dış merkezde alınan punch biyopsi ile liken planus tanısı olduğu olduğu öğrenildi.Çeşitli tedavilere yanıtız olan hastaya sülfasalazin verildi ve klinik iyileşme gözlemlendi.

Olgu3:65 yaşında erkek hasta, vücutta yaygın su dolu kabarcıkların olması ve kaşıntı şikayetiyle tarafımıza başvurdu.Dış merkezde alınan biyopsinin direk immunfloresan inceleme sonucunun büllöz pemfigoid olarak değerlendirildiği öğrenildi. Çeşitli tedavilere yanıtız olan hastaya sülfasalazin başlandı ve tedaviden tam yanıt alındı. Tüm lezyonlarda iyileşme gözlemlendi. Kaşıntı şikayeti tama yakın geriledi.

Olgu 4:71 yaşında kadın hasta, sağ bacakta kızarıklık ve kaşıntı şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Şikayetin yaklaşık 1 yıldır olduğu zaman zaman yanma kaşınma kızarıklık semptomlarının arttığı önerildi.Histopatolojik inceleme ve klinik durumu değerlendirilerek Wells Sendromu tanısı kondu ve çeşitli tedaviler verildi. Ancak tam klinik yanıt alınamayan



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

hastaya sülfasalazin başlandı ve lezyonlar postinflamatuar hiperpigmentasyon bırakarak iyileşti.

Olgu 5:41 yaşında kadın hasta, bacaklarda döküntü şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Lezyonların yaklaşık 5 yıldır olduğu öğrenildi. Hasta klinik, laboratuvar tetkikleri ve punch biyopsi ile değerlendirilerek palpabl migratuar arkiform eritem olarak tanı kondu. Hastanın lezyonları çeşitli tedavilere olduğu gibi sülfasalazin kullanımına da klinik yanıt vermedi.

SONUÇ:

Çeşitli skleroderma formlarının sülfasalazin ile başarılı tedavisi raporlarının ardından, seçilen 13 hasta, 8'i akroskleroz, biri sklerodermatomyozit ve dördü genelleşmiş morfoea ile tedavi edildi. Sunduğumuz olgu (olgu 1), jenerelize morfea olarak değerlendirilmiş olup sülfasalazin tedavisinden büyük oranda fayda gördü.

LP'nin sülfasalazin ile başarılı bir şekilde tedavi edildiği ilk olarak Bauzá ve arkadaşları tarafından 20 hastada bildirilmiştir. 13 hastada tam yanıt, yedi hastada ise kısmi yanıtlar görüldü. Bizim olgumuz da (olgu 2), liken planus tanılı olup sülfasalazin ile hem lezyonlarda hem kaşıntı semptomunda belirgin iyileşme gösterdi.

Akkiz epidermolizis büllöza hastalarından büllöz pemfigoid benzeri fenotipleri olan 3 hastanın 2'sinde karışık nötrofiller ve eozinofiller tespit edildi. 1 hastaya talidomid ve sülfasalazin uygulandı. Tüm hastalar bu tedavilere yanıt verdi (10). Bizim olgumuz (olgu 3) ileri yaşta, komorbiditelere sahip, otoimmün büllöz hastalıklardan olan büllöz pemfigoid tanılı olup sülfasalazin ile başarılı şekilde tedavi olmuştur.

Wells sendromu için çeşitli tedavi seçenekleri bildirilmiştir (13). Sunduğumuz vakada (olgu 4) eozinofilik selülit tanılı hastanın sülfasalazin ile aktif şikayetlerinde azalma ve klinik iyileşme olduğunu bildirdik.

PMAE'de lezyonların tam spontan regresyonu, yalnızca yıllarca kalıcılıktan sonra izole vakalarda tanımlanmıştır. Tedaviler topikal steroidler, penisilin ve sefalosporinleri içerse de tedavi konusunda net bir klavuz yoktur. Bizim olgumuzda da (olgu 5) sülfasalazin tedavisini kullanıp yeterli yanıt alamadığımızı sunduk.

ANAHTAR KELİMELEER: ilaç, Klinik yanıt, Sülfasalazin

KAYNAKLAR: KAYNAKÇA

1-Short-Term Efficacy and Adverse Effects of Sulfasalazine in the Management of Axial Spondyloarthritis. Deshpande G, Sonawale A, Mulkalwar A, Jain H, Goyal A. Cureus. 2023 Dec 5;15(12):e49978. doi: 10.7759/cureus.49978. eCollection 2023 Dec. PMID: 38179353



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- 2- Sulfasalazine in dermatology: A less researched drug with broad therapeutic potential. Sabha Muştac, Rashmi Sarkar PMID: PMC7330441 PMID: 32637543
- 3- Sulfasalazine. Choi J, Patel P, Fenando A. 21 March 2024. In: StatPearls [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Yayıncılık; 2025 January PMID: 32491741
- 4- Localized scleroderma: clinical spectrum and therapeutic update. Careta MF, Romiti R. An Bras Dermatol. 2015 Jan-Feb;90(1):62-73. doi: 10.1590/abd1806-4841.20152890. PMID: 25672301
- 5- Micalizzi C., Parodi A., Rebora A. Generalized bullous morphoea. Efficacy of salazopyrin. Clin Exp Dermatol. 1996;21:246–247. doi: 10.1111/j.1365-2230.1996.tb00080.x.
- 6- Salazopyrin in the treatment of scleroderma ZDENĚK Š?ÁVA, MILOSLAVA KOBÍKOVÁ British Journal of Dermatology, Volume 96, Issue 5, 1 May 1977, Pages 541–544, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1977.tb07159.x>
- 7- Successful treatment of lichen planus with sulfasalazine in 20 patients. Bauzá A, España A, Gil P, Lloret P, Vázquez Doval FJ. Int J Dermatol. 2005 Feb;44(2):158-62. doi: 10.1111/j.1365-4632.2005.02070.x. PMID: 15689219
- 8- Efficacy of sulfasalazine in the treatment of generalized lichen planus: a randomized double-blind clinical trial in 52 patients M Omidian, A Ayoobi, M A Mapar, A Feily, B Cheraghian PMID: 20158586 doi.org/10.1111 j.1468-3083.2010.03583.x
- 9- Bullous pemphigoid. Miyamoto D, Santi CG, Aoki V, Maruta CW. An Bras Dermatol. 2019 Mar-Apr;94(2):133-146. doi: 10.1590/abd1806-4841.20199007. Epub 2019 May 9. PMID: 31090818
- 10- Clinical Features of Paediatric Inflammatory Epidermolysis Bullosa Acquisita: A Case Series Study. Zhang Y, Dang J, Li R, Chen X, Zhu X, Wang M. Acta Derm Venereol. 2024 Jan 25;104:adv11917. doi: 10.2340/actadv.v104.11917. PMID: 38270257
- 11- Successful treatment of a case of idiopathic linear IgA bullous dermatosis with oral sulfasalazine. Yang Z, Liu ZH, Sun CQ, Shen H. Dermatol Ther. 2020 Mar;33(2):e13210. doi: 10.1111/dth.13210. Epub 2020 Jan 14. PMID: 31895494
- 12- Sulfasalazine and pentoxifylline, a new adjuvant in young pemphigus patients: A pilot study. Dogra D, Dogra NK, Gupta N, Gupta V. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2015 Nov-Dec;81(6):640-2. doi: 10.4103/0378-6323.168341. PMID: 26515856
- 13- Treatment of eosinophilic cellulitis (Wells syndrome) - a systematic review. Răşler F, Lukács J, Elsner PJ Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Sep;30(9):1465-79. doi: 10.1111/jdv.13706. Epub 2016 Jun 29. PMID: 27357601
- 14- Recurrent episodes of palpable migratory arciform erythema associated with IVIg

infusions. Johnson N, Rush P, Holliday A. Dermatol Online J. 2021 Apr

15;27(4):13030/qt7xg2k983. PMID: 33999580

15- Uncommon Non-Infectious Annular Dermatoses. Maurelli M, Colato C, Gisondi P, Girolomoni G. Indian J Dermatol. 2022 May-Jun;67(3):313. doi: 10.4103/ijd.ijd_743_21.

PMID: 36386081

RESİM 5



Büllöz pemfigoid tanılı hastanın sülfasalazin tedavisi öncesi lezyonları

RESİM 6



Büllöz pemfigoid tanılı hastanın sülfasalazin tedavisi sonrası lezyonlarında iyileşme



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-249][KABUL:POSTER]

**ERKEK HASTADA NODULER MELANOMU TAKLİT EDEN MEMENİN PİGMENTE PAGET
HASTALIĞI**

Pınar Ünveren Büyükarıslan¹, Anıl İsmail Basa¹, Meltem Uslu¹, Münevver Güven¹, İbrahim Meteoglu²

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

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Aydın

GİRİŞ-AMAÇ:

Memenin Paget Hastalığı(MPH), nadir görülen bir meme kanseri formu olup genellikle postmenapozal kadınlarda görülür. Çok büyük oranda altta yatan meme kanseriyle birlikte olan bu tablo, inflamatuvar veya enfeksiyöz deri hastalıklarını taklit eder. Memenin Pigmente Paget hastalığı(MPPH) ise klinik, dermoskopik, konfokal mikroskopik ve histopatolojik olarak melanomla ve diğer pigment lezyonlarla karışabilen nadir bir MPH varyantıdır. Burada hem klinik hem de dermoskopik bulgularla melanomu taklit eden, erkek hastada saptanmış MPPH vakasını sunuyoruz.

OLGU:

34 yaşında, 30 paket/yıl sigara içme öyküsü olan erkek hasta, bir yıldır sol meme başını kaplayan siyah-mor renk değişikliği ve içe çekilme şikayeti ile başvurdu(Resim 1). Muayenede sol meme başını kaplayan, eritemli, yüzeysel erode ve kanamalı, siyah-mor renkli, konumu nedeniyle papülaritesi ayırt edilemeyen alan görüldü. Dermoskopisinde sütlü kırmızı zemin rengi; eğik-kıvrımlı-yaprak benzeri çoklu ilmik oluşturmuş ve dallanan formlarda tümü çizgisel olan polimorf damarlar, koyu kahverengi-gri düzensiz biçimli topaklar, dallanan çizgiler, beyaz-gri-mavimsi alanlar izlendi(Resim 2). Breslow'u kalın melanom özellikleri sergilediği düşünülen lezyon, MPPH ayırıcısı ile birlikte eksize edildi. Patolojik incelemede epidermiste pagetoid yayılım içeren ve epidermis altında en büyük boyutu 0,8 cm olan, yer yer duktus yapıları yapan çoğu alanda solid gelişimli, taban cerrahi sınırdan devam eden tümör izlendi. İmmunohistokimyasal olarak uygulanan sitokeratin, ER (%90), Gata-3, PR (%70), CerbB2 +2 pozitif görülerek invaziv meme karsinomu ve MPH tanısı kondu. Aksiller lenf nodu tutulumunun eşlik ettiği tümör nedeniyle hastaya neoadjuvan kemoterapi sonrası total mastektomi ve lenfadenektomi uygulandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Tüm meme kanserlerinin %1'i erkeklerde görülür ve bunların da ancak %1.45'i, MPH formundadır. Literatürde bilindiği kadarıyla erkekte MPPH'nin saptandığı 5 olgu bildirisi mevcuttur. MPPH morfolojisi kinik, dermoskopik, konfokal mikroskopik ve hatta histopatolojik düzeyde melanomdan ayırt edilemeyebilir ve bu noktada immunhistokimyasal değerlendirme ayırıcı tanıda yardımcıdır. Deri bulgusundan yola çıkılarak %90 oranda invaziv meme karsinomu tanısına ulaşılan hastalığın erken tanı ve tedavisi önem taşır. Dermoskopi bulgularına dair olgu bildirileri mevcut olup ön planda düzensiz hiperpigmentasyon/atipik topaklar/atipik çizgiler, pembe-kırmızı yapısız alan, polimorf damarlar, mavi-beyaz tül/yapı, krizalid çizgiler saptanmaktadır. Olgumuzu sıradışı görünüm ve cinsiyet özelliği nedeniyle sunmak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: Melanom, Memenin Paget Hastalığı, Pigmente Paget Hastalığı

KAYNAKLAR: 1. Petersson F, Ivan D, Kazakov DV, Michal M, Prieto VG. Pigmented Paget disease--a

diagnostic pitfall mimicking melanoma. Am J Dermatopathol. 2009 May;31(3):223-6

2. Requena L, Sanguenza M, Sanguenza OP, et al. Pigmented mammary Paget disease and pigmented epidermotropic metastases from breast carcinoma. Am J Dermatopathol. 2002;24:189-198.

3. Adams SJ, Kanthan R. Paget's disease of the male breast in the 21st century: A systematic review. Breast. 2016 Oct;29:14-23.

4. Kenny MG, Nguyen M, Modi M, Eilers D, Souchik A. Melanoma Mimicker: Pigmented Mammary Paget Disease in a Man. Am J Dermatopathol. 2024 Jan 1;46(1):46-49.

5. Lopes Filho LL, Lopes IM, Lopes LR, et al. Mammary and extramammary Paget's disease. An Bras Dermatol. 2015;90:225-231.

6. Giudice L, Vidali S, Antonini P, Nucci E, Naro FD, Incardona LA, Vezzosi V, De Giorgi V, Nori J. Primary nipple melanoma in a patient with breast cancer: A diagnosis to consider. Radiol Case Rep. 2024 Sep 25;19(12):6359-6364.

7. Akay BN, Demirdag HG, Tasolar MK, Serel S, Kirmizi A. Pigmented mammary Paget disease mimicking cutaneous melanoma. Int J Dermatol. 2018 Aug;57(8):e49-e52.

8. Li HM, Huang TY, Chang TH, Wen TN. Paget's disease of the nipple with underlying occult invasive carcinoma detected by magnetic resonance imaging and second-look ultrasound: Case report. Int J Surg Case Rep. 2024 Jan;114:109139.

RESİM 1



Sol meme başını kaplayan siyah-mor renk değişikliği ve içe çekilme

RESİM 2





ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025

Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Dermoskopide sütlü kırmızı zemin rengi; eğik-kıvrımlı-yaprak benzeri çoklu ilmik oluşturmuş ve dallanan formlarda tümü çizgisel olan polimorf damarlar, koyu kahverengi-gri düzensiz biçimli topaklar, dallanan çizgiler, beyaz-gri-mavimsi alanlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-250][KABUL:POSTER]

FRONTAL FİBROZAN ALOPESİYE EŞLİK EDEN GRAHAM-LİTTLE-PİCARDİ LASSEUR SENDROMU

Musa Harun Göçmen, Meltem Türkmen, Selcen Kundak, Elif Günay, Hanife Şeyda Erenel,
Fatih Mehmet Şimşek

TC SBÜ İzmir Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Graham-Little-Picardi Lassuer sendromu(GLPLS) nadir görülen ve karakteristik olarak saçlı deride skar bırakan alopesi, keratotik foliküler erüpsiyon ve aksiller ile pubik bölgenin hipotrikozu triadı görülen bir hastalıktır.

Frontal fibrozan alopesi(FFA) ise Liken Pilanopilaris(LPP)'in frontotemporal bölgeyi tuttuğu özel bir alt tipidir.

Bu nadir görülen frontal fibrozan alopesinin eşlik ettiği Graham-Little-Picardi-Lassuer sendromunun bir örneğini bu vakamızda hidroklorokinon ile tedavi edilen 42 yaşında hasta üzerinden bildiriyoruz.

OLGU:

42 yaşında kadın hasta 1 aydır devam eden kaşlarda ve saçının ön taraflarını tutan saç dökülmesi şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Fiziksel muayenesinde frontotemporal saç hattı boyunca multifokal alopesik yamalar gözlemlendi. Alopesik yamaların dermoskobisinde yaygın perifoliküler skuam ve viyolase eritem görüldü. Sistemik fiziksel muayene yapılan hastanın yüzünü ve boynunu tutan deri renginde milimetrik keratotik papüller gözlemlendi. (Resim 1) Geçmiş hikayesinden son aylarda aksiller bölgede de istenmeyen saç kaybı olduğu öğrenildi. Frontal fibrozan alopesi ön tanısıyla hastanın saçlı derisinden 0.4 mm punch biyopsi planlandı. Biyopsi sonucu ortokeratotik epidermis, perivasküler ve periadneksiyel lenfositik infiltrasyon ve dermal fibrozis gözlemlendi. Bu bulgular Liken pilanopilaris ile uyumlu görülüp hastaya günde 1 defa 200 mg hidrosiklorokin ve günde 1 defa topikal potent kortikosteroid başlandı. Tedavinin 1 ay sonunda hastada yeni alopesik yama çıkışı ve dermoskobisinde aktif hastalığı belirten perifoliküler skuam veya eritem gözlemlenmedi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Graham-Little-Picardi-Lassuer sendromu(GLPLS) 30-70 arası erişkinlerde ve kadınlarda 4 kat daha fazla görülen Liken pilanopilaris(LPP)'in alt tipidir.(1)

LPP üç alt tipe ayrılabilir; klasik LPP, frontal fibrozan alopesi(FFA) ve Graham-Little-Picardi Lassuer sendromu.(2)

Frontal Fibrozan Alopesi genellikle postmenopozal kadınlarda görülür. Bizim vakamızdaki gibi premenopozal kadınlarda görülmesi oldukça nadirdir.(2)(3)

Mevcut literatürde FFA'ya eşlik eden GLPS sendromu oldukça nadir olup bilgimize göre daha önce sadece 2 adet benzer vaka raporlanmıştır.(4)

GLPS'nin patofizyolojisi hakkında kesin bilgi olmamasına rağmen INCENP proteinine karşı otoantikor geliştirildiğini gösteren bir çalışma mevcuttur.(5) GLPS'yi androjen insensitivite sendromuyla ve Hepatit B aşısıyla ilişkili olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur.(6)(7)

LPP tipleri Liken Planusa göre özellikle geç aşamada tedaviye daha dirençlidir. LPP skar bırakan bir alopesi hastalığı olduğu için tedavideki asıl amaç skar gelişmesini engellemektir.(8) PUVA, intralezyonel kortikosteroid, topikal kortikosteroid, retinoidler, siklosporin ve antimalaryal ilaçlar gibi çeşitli tedaviler denenmiştir.(8)

Bizim vakamızda erken dönemde yakalanması ile beraber hidroklorokin ve topikal kortikosteroid tedavisinden fayda görmüş ve herhangi bir yan etki gözlemlenmemiştir. Sonuç olarak FFA'ya eşlik eden GLPS olgusunu oldukça nadir olması ve LPP'ye eşlik edebilen diğer potansiyel deri- mukozal tutulumlar açısından geniş bir fiziksel muayene yapılması gerekliliği üzerine bildirmiş bulunmaktayız.

ANAHTAR KELİMELEER: Frontal Fibrozan Alopesi, Graham-Little-Picardi Lasseur Sendromu, Skastrisyel Alopesi, Hidroksiklorokin, Liken Pilanopilaris

KAYNAKLAR: 1.Odom, R. B., James, W. D., & Berger, T. G. (Eds.). (2000). Andrews' diseases of the skin (9th ed., pp. 274–275). WB Saunders.

2.Assouly, P., & Reygagne, P. (2009). Lichen planopilaris: Update on diagnosis and treatment. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery, 28, 3–10.

3.Vañó-Galván, S., Molina-Ruiz, A. M., Serrano-Falcón, C., Arias-Santiago, S., Rodrigues-Barata, A. R., Garnacho-Saucedo, G., et al. (2014). Frontal fibrosing alopecia: A multicenter review of 355 patients. Journal of the American Academy of Dermatology, 70, 670–678.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

4.Griffiths, A. A. C., Sancho, M. I., & Plaza, A. I. (2017). Piccardi-Lassueur-Graham-Little syndrome associated with frontal fibrosing alopecia. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 92(6), 867–869.

5.Rodríguez-Bayona, B., Ruchaud, S., Rodríguez, C., Linares, M., Astola, A., Ortiz, M., et al. (2007). Autoantibodies against the chromosomal passenger protein INCENP found in a patient with Graham Little-Piccardi-Lassueur syndrome. *Journal of Autoimmune Diseases*, 4, 1.

6.Vega Gutiérrez, J., Miranda-Romero, A., Pérez Milán, F., & Martínez García, G. (2004). Graham Little-Piccardi-Lassueur syndrome associated with androgen insensitivity syndrome (testicular feminization). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 18(4), 463–466.

7.Bardazzi, F., Landi, C., Orlandi, C., Neri, I., & Varotti, C. (1999). Graham Little-Piccardi-Lassueur syndrome following HBV vaccination. *Acta Dermatologica et Venereologica*, 79, 93.

8.Pai, V. V., Kikkeri, N. N., Sori, T., & Dinesh, U. (2011). Graham Little-Piccardi-Lassueur syndrome: An unusual variant of follicular lichen planus. *International Journal of Trichology*, 3(1), 28–30.

YÜZDE PAPÜLLER VE TEMPORAL BÖLGEDE ALOPESİK YAMALAR



Hastanın yüzünde ve boynunda görülen yaygın deri renginde papüler döküntü ve temporal bölgede alopesik yamalar.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-252][KABUL:POSTER]

PEDİATRİK KONDRODERMATİTİS NODÜLARİS HELİSİS: NADİR BİR OLGU

Pelin Ertop Doğan¹, Aleyna Demirel¹, Ali Alhammod¹, Ali Can Önal², Emel Hazinedar¹

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ-AMAÇ:

Kondrodermatitis Nodularis Helicis (KDNH), sıklıkla ileri yaş erkeklerde görülen ve kulak bölgesinde yerleşim gösteren, ağrılı, nodüler lezyondur. Biz de posterimizde kondrodermatitis nodularis helicis tanısı koyulan pediatrik olgumuzu sunmaktayız.

OLGU:

On üç yaş erkek hasta, tarafımıza sağ kulakta 4-5 aydır bulunan, ağrılı ve ele gelen kabarıklık nedeni ile başvurdu. Lezyon oluşumundan önce, bölgenin yüzücü bonesi kullanımı nedeniyle travmatize olduğu aynı zamanda hastanın, sıklıkla sağ tarafına yattığı öğrenildi. Hastanın ek şikayet veya bulgusu yoktu. Aile öyküsü bulunmamaktaydı. Yapılan dermatolojik muayenede; sağ kulak antiheliksinde, yaklaşık 0,5x0,5 cm çaplı, santralinde sarımsı, milimetrik krut bulunan pembe renkli, palpasyonla ağrılı, papüler lezyon mevcuttu (Makroskopik fotoğrafı). Dermoskopik muayenedeyse; krut etrafında, ışınal tarzda, beyaz kalın çizgilenmeler ve lineer kapiller damarlar görüldü (Dermoskopik fotoğrafı). Topikal tedavi ve travmadan kaçınılma önerilen hastaya KDNH ön tanısıyla total eksizyon planlandı. Histopatolojisi; kondrodermatitis nodularis helicis ile uyumlu gelen hasta, takibe alındı.

SONUÇ:

KDNH, sıklıkla dış kulağın heliks veya antiheliks bölgesinde yerleşen, merkezinde sarı-kahverengi krut bulunan, 4-6 mm çaplı, ağrılı ve iyi huylu, soliter nodül veya papüler lezyonlardır (1-2). Predileksiyon bölgesi olarak sağ kulak, sol kulağa göre daha sık etkilenmektedir (4). Literatürde, bu durum kişilerin sıklıkla sağ tarafına yatmasıyla ilişkilendirilmiştir. Nadiren, kulak dışı yerleşim de literatürde bildirilmiş olup Mohs cerrahisiyle kartilaj greft uygulanması sonrası nazal vestibülde gelişen KDNH olgusu mevcuttur (5). Lezyon nadir gözlenmekte olup, sıklıkla orta-ileri (40-80) yaş grubunda görülmektedir. Erkek/kadın oranı yaklaşık 10:1'dir. Genellikle tek taraflıdır ancak %3-7 oranında bilateral tutulum bildirilmiştir (6). Patogenezinde genetik geçişin rol alabildiği düşünülmekte olup literatürde



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

erkek monozigotik ikizlerde gelişen KDNH olgusu bildirilmiştir (3). Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır ancak tekrarlayan travma, aktinik ve soğuk hasarı, uyku sırasında oluşan veya sık cep telefonu kullanımına bağlı basınç gibi tetkleyici faktörler KDNH'e neden olabilmektedir (7-8-9). Lezyon gelişiminde tekrarlayan kıkırdak travmasına bağlı ortaya çıkan lokal vasküler kompresyon ve kanlanma bozukluğu suçlanmaktadır. Bu iki durum basınç nekrozu ve lokal inflamasyona yol açarak lezyon oluşumuna neden olmaktadır (1). Eşlik eden ağrı ise bölgesel sinir hiperplazisi ile ilişkilendirilmiştir (10) ve uykudan uyandıracak karakterde olup, yaşam kalitesinin bozulmasına yol açabilmektedir. Her yaşta görülebilmesine rağmen, pediatrik popülasyonda oldukça nadir olup literatürde kısıtlı sayıda olgu bildirilmiştir (11-12). Literatürde, pediatrik KDNH'nin, romatoid nodül (12), dermatomiyozit (13), SLE gibi çeşitli hastalıklarla birlikteliği gösterilmiş olup Beckwith Wiedemann Sendromuna eşlik eden olgu sunumu da mevcuttur (14-15). Akne, kist veya travmatik nodüllerin pediatrik grupta sık gözlenmesi ve KDNH ile karışabilmesi tanı gecikmesine veya yanlış tanıya neden olabilmektedir. Kulakta elastik nodül, kalsinozis kutis, gut tofusu ve glomus tümörü de ayırıcı tanısında yer almaktadır (4). Spontan regresyon oldukça nadir olup (16) malign dönüşüm beklenmemektedir ancak nüks sık bildirilmiştir (17). Tedavide cerrahi dışı yöntemlerden; topikal-intralezyonel steroid enjeksiyonları, kriyoterapi, karbondioksit lazer gibi tedaviler kullanılabilmektedir(18). Diğer bir seçenek ise sıklıkla önerilen cerrahi rezeksiyondur. Cerrahi dışı tedavilerin yüksek nüks oranları nedeni ile, erken cerrahi girişim önerilmektedir (19). Pediatrik KDNH oldukça nadir olup ayırıcı tanıda akılda tutulması; hastanın bilgilendirilmesi ve uygun tedavi seçimi açısından önem arz etmektedir. Biz de bu konuda farkındalık oluşturmak açısından olgumuzu paylaşmaktayız.

ANAHTAR KELİMELEER: helisis, kondrodermatitis, nodularis, pediatrik, travma

KAYNAKLAR: 1) Lehmer LM, Roseman VM, Lundquist KF. Chondrodermatitis nodularis helicis in an adolescent boy: Not just for old men. *Cutis*. 2019 Nov;104(5):E6–E8

2) Wettlé C, Keller F, Will F, Lefebvre F, Cribier B. Nodule douloureux de l'oreille: étude descriptive de 99 cas [Chondrodermatitis nodularis chronica helicis: a descriptive study of 99 patients]. *Ann Dermatol Venerol*. 2013 Nov;140(11):687-92. French. doi: 10.1016/j.annder.2013.07.002. Epub 2013 Oct 22. PMID: 24206803.

3) Chan HP, Neuhaus IM, Maibach HI. Chondrodermatitis nodularis chronica helicis in monozygotic twins. *Clin Exp Dermatol*. 2009 Apr;34(3):358-9. doi: 10.1111/j.1365-2230.2008.02915.x. Epub 2008 Oct 29. PMID: 19175786.

4) Zhang LW, Li L, Li CH, Wang WJ. Pediatric chondrodermatitis nodularis chronica helicis. *An Bras Dermatol*. 2020 May-Jun;95(3):393-395. doi: 10.1016/j.abd.2019.06.014. Epub 2020



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Mar 19. PMID: 32278630; PMCID: PMC7253923.

5) Darragh CT, Om A, Zwerner JP. Chondrodermatitis Nodularis Chronica Helicis of the Right Nasal Vestibule. *Dermatol Surg*. 2018 Nov;44(11):1475-1476. doi:

10.1097/DSS.0000000000001515. PMID: 30359339.

6) Salah H, Urso B, Khachemoune A. Review of the etiopathogenesis and management options of chondrodermatitis nodularis chronica helicis. *Cureus*. 2018;10:e2367.

7) Santa Cruz DJ. Chondrodermatitis nodularis helicis: a transepidermal perforating disorder. *J Cutan Pathol* 1980;7: 70-6.

8) Trompson LD. Chondrodermatitis nodularis helicis *Ear Nose Throat J* 2007; 86:734–5.

9) Elgart ML. Cell phone chondrodermatitis. *Arch Dermatol* 2000; 136: 1568.

10) Rogers NE, Farris PK, Wang AR. Juvenile chondrodermatitis nodularis helicis: case report and literature review. *Pediatr Dermatol*. 2003;20:488-490.

11) Grigoryants V, Qureshi H, Patterson J, et al. Pediatric chondrodermatitis nodularis helicis. *J Craniofac Surg*. 2007;18:228-231.

12) Tsai TH, Lin YC, Chen HC. Infantile chondrodermatitis nodularis. *Pediatr Dermatol*. 2007;24:337-339.

13) Sasaki T, Nishizawa H, Sugita Y. Chondrodermatitis nodularis helicis in childhood dermatomyositis. *Br J Dermatol*. 1999;141:363-365.

14) Fix WC, Cornejo C, Duffy KA, et al. Pediatric chondrodermatitis nodularis helicis (CNH) in a child with Beckwith-Wiedemann syndrome (BWS). *Pediatr Dermatol*. 2019;36:388-390.

15) Magro CM, Frambach GE, Crowson AN. Chondrodermatitis nodularis helicis as a marker of internal disease associated with microvascular injury. *J Cutan Pathol*. 2005;32:329-333.

16) Zito PM, Scharf R. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Aug 8, 2023. Keratoacanthoma. [PubMed]

17) Gupta G, Hohman MH, Kwan E. Chondrodermatitis Nodularis Helicis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Jan 2025. [Updated Jan 11 2024]

18) Flynn V, Chisholm C, Grimwood R. Topical nitroglycerin: a promising treatment option for chondrodermatitis nodularis helicis. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65:531-536

19) Yin Q, Houwing RH. Chondrodermatitis nodularis helicis [Chondrodermatitis nodularis helicis: a practical overview with treatment recommendations for the primary and secondary care]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2021 Aug 24;165:D5644. Dutch. PMID: 34523849.

DERMOSKOPIK FOTOĞRAFI



MAKROSKOPİK FOTOĞRAFI





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-253][KABUL:POSTER]

DİRENÇLİ SUBKORNEAL PÜSTÜLER DERMATOZDA İNFLİKSİMAB TEDAVİSİ

Himmet Yalabık, Meltem Türkmen, Çağrı Biçer

İzmir Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Subkorneal püstüler dermatoz (SPD) daha çok 40-60 yaş arası kadınları etkileyen, ataklarla seyreden, nadir görülen kronik bir nötrofilik dermatozdur. Fleksural bölgelerden başlayan anüler ya da polisiklik yüzeyel steril püstüller ve gerileyen püstüllerin yerinde gelişen skuamlarla karakterizedir. Lezyonlar simetrik olup sıklıkla aksiller, inguinal, abdominal, submammarian bölgelerle ekstremitelerin fleksural yüzlerini tutar. Yüz ve müköz membranlar ise korunur. Püstüller üstte berrak, altta pürülan içeriklidir ve bu görünüm "yarı-yarıya püstül" olarak adlandırılır.

Hastalığın etyopatogenezi net olarak aydınlatılamamış olmakla beraber reaktif nötrofilik dermatozlar arasında olduğu öne sürülmektedir. Kanda ve püstül içeriğinde TNF-Alfa, IL-8, C5a gibi nötrofil kemotaksisini sağlayan ajanların artmış içeriği patogeneizde etkili olduklarını düşündürmektedir.

Histopatolojisinde subkorneal yerleşimli, nötrofiller ve nadiren eozinofilleri içeren steril püstüller bulunur. Spongiyoz ve akantoliz görülmez ancak eski lezyonlarda nötrofillerden salınan proteolitik enzimler nedeniyle akantolitik hücreler gözlenebilir (sekonder akantoliz). Direkt immunfloresan incelemede (DIF) birikim saptanmaz.

Birinci basamak tedavisi dapsondur. Diğer tedavi seçenekleri arasında retinoidler, kortikosteroidler, tetrasiklin, kolşisin ve metotreksat, siklosporin ve Anti-TNF ajanlar gibi immünsupresanlar bulunmaktadır.

Bu olgu sunumunda asitretin, metilprednisolon ve kolşisin tedavilerine dirençli SPD tanılı hastanın Anti-TNF etkili ajan olan infliksimab ile tedavisinin sonuçları paylaşılacaktır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

OLGU:

Yetmiş üç yaşında bilinen hipertansiyon ve hashimoto tiroiditi olan kadın hasta, altı yıl önce başlayan, ataklar halinde seyreden döküntüleri nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde gövde, aksilla ve bacak ön yüzlerinde hafif kaşıntılı püstüller lezyonlar ve yer yer erode alanlar mevcuttu. Hasta daha önce benzer şikayetlerle dış merkeze başvurmuş, lezyonlardan IgA pemfigus, SPD, pemfigus foliaceus ve pemfigus herpetiformis ön tanılarıyla histopatolojik ve DIF inceleme için biyopsi alınmış. Deri biyopsisi “yüzeyde subkorneal geniş püstül alanı görülmüştür. Püstülün tabanındaki epidermisin üst tabakalarında akantolitik keratinositler saptanmıştır. Epidermiste hafif düzensiz akantoz ve yer yer nötrofil ekzositozu görülmüştür. Dermiste mikst yangısal hücre infiltrasyonu ve endotelial belirginleşme izlenmiştir. DIF incelemede birikim saptanmamıştır. Bulgular SPD ön tanısıyla uyumludur” olarak raporlanmıştır.

SPD tanısıyla dış merkezde asitretin 25mg/gün ve metilprednisolon 16mg/gün başlanan hastada, 6 aylık tedaviyle remisyona sağlanmış ancak asitretin yan etkileri nedeniyle ilaç dozu 10mg/güne düşürülmüş ve lezyonları tekrar alevlenmiştir. Kliniğimizde, önce hastanın mevcut 10mg/gün asitretin tedavisine kolşisin 0.5mg/gün eklenmiş ancak yeterli yanıt alınamadığı için bu tedavilerin yerine 5mg/kg dozdan 300mg infliximab ile doksisisiklin 100mg/gün başlanmış; 2 haftada lezyonlarda ve kaşıntı şikayetinde tam remisyona sağlanmıştır. Tedavi süresince herhangi bir advers reaksiyon ve 3 aylık takip süresince relaps gözlenmemiştir.

SONUÇ:

SPD, nadir, kronik ve tekrarlayıcı bir dermatoz olup dapson başta olmak üzere sistemik tedavilere yanıt verir. Bazı hastalarda konvansiyonel tedavilere karşı yetersiz yanıt veya intolerans gelişebilir. Bu durumda immün sistemin patogenezdaki rolünü hedefleyen biyolojik ajanlar, özellikle TNF- α inhibitörleri alternatif tedavi seçeneği olarak gündeme gelmektedir.

Bu olgu sunumunda, klasik tedavi yaklaşımlarına yanıtız seyreden SPD hastasında infliksimab kullanımıyla belirgin klinik düzelme sağlanmıştır. Tedavinin erken döneminde lezyonlarda gerileme, tek doz uygulamayla tam remisyona gözlenmiştir.

Literatürde infliksimab kullanımına dair sınırlı sayıda vaka bildirilmiş olup, bu olgu mevcut verileri destekler niteliktedir. İnflamatuvar süreçte TNF- α ’nın baskılanmasının hastalık kontrolünde etkili olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, tedavi süresi, idame dozu ve uzun



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

dönem güvenliği gibi konular halen netlik kazanmamıştır. Bu nedenle, infliksimab ve benzeri biyolojik ajanların SPD tedavisindeki yerini daha iyi belirleyebilmek için çok merkezli, kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Anti-TNF, İnfliksimab, Subkorneal Püstüler Dermatoz

KAYNAKLAR: Griffiths, C., Barker, J., Bleiker, T., Chalmers, R., & Creamer, D. (Eds.). (2024). Rook's textbook of dermatology (10th ed., Vol. 2, pp. 49.17–49.19). Wiley-Blackwell.

Kretschmer, L., Maul, J. T., Hofer, T., & Navarini, A. A. (2017). Interruption of Sneddon-Wilkinson subcorneal pustulation with infliximab. Case Reports in Dermatology, 9(1), 140–144. <https://doi.org/10.1159/000468917>

Kang S, & Amagai M, & Bruckner A.L., & Enk A.H., & Margolis D.J., & McMichael A.J., & Orringer J.S.(Eds.), Fitzpatrick's Dermatology, 9e. McGraw-Hill Education.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-254][KABUL:POSTER]

**ENTEROVİRUS ENFEKSİYONUNU TAKİBEN GELİŞEN PİTRİYAZİS LİKENOİDES KRONİKA:
PEDİATRİK BİR OLGU**

Şule Güneş Güven¹, Özlem Apti Sengkioun¹, Pelin Yıldız²

¹Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Acıbadem Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Acıbadem Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Pitriyazis likenoides kronika (PLK), genellikle genç erişkinlerde görülen, nadir ve kronik seyirli papüloskuamöz bir dermatozdu. (1) Etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte, enfeksiyonlara karşı gelişen anormal bir T-hücre yanıtı veya klonal lenfosit proliferasyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. (2) Klinik olarak hiperpigmente veya hipopigmente makülopapüller lezyonlarla seyreder ve pityriasis likenoides spektrumunun indolent ucunda yer alır. Bazı olgularda kutanöz T-hücreli lenfoma ile ilişkili bulunmuştur.

Bu bildiride, Fas seyahati sonrasında enterovirus enfeksiyonu geçiren pediatrik bir hastada gelişen ateş ve sistemik bulguların ön planda olduğu, jeneralize eritemli ve viyolese renkte papüloskuamöz lezyonlarla seyreden PLK olgusu sunulmakta; olgu, enfeksiyon ilişkili PLK patogenezinde enterovirüs enfeksiyon birlikteliğini vurgulamayı amaçlamaktadır.

OLGU:

16 yaşında erkek hasta on gündür olan gövde ağırlıklı olup tüm vücuda yayılan kızarıklıklar şikâyeti ile başvurdu. Lezyonların Fas seyahati sonrası geliştiği, öncesinde subfebril ateş ve halsizlik semptomları olduğu belirtildi. Dermatolojik muayenesinde; gövde anteroposteriorda predominans gösteren, üst ve alt ekstremitelerde eritemli morbiliform, yer yer likenifiye görünümde lezyonlar, oral mukozada sol bukkal bölgede gri-beyaz plak, sağ el bileğinde eritemli viyolese papüller izlenmekteydi. Viral seroloji istenen hasta, oral antihistaminik ve emollient sonrası kontrolde değerlendirildi. Lezyonlarda regresyon mevcut olması ve Enterovirus IgM pozitif saptanması üzerine viral ekzanem olarak değerlendirilen hasta 2 hafta sonra kontrole çağırıldı. Kontrolde lezyonlarında artış görülmesi ve postinflamatuar pigmentasyon ile gerileyen likenifiye plaklar gelişmesi üzerine sol koldaki infiltrate plaktan



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

punch biyopsi alındı. Biyopsi sonucunda ektravaze eritrositler ve bol apoptotik hücrelerin eşlik ettiği, PLK ile uyum gösteren interfaz dermatiti görüldü. Topikal kortikosteroid, oral azitromisin, oral tetrasiklin tedavilerine yanıtız ve lezyonların 8 hafta sebat etmesi üzerine fototerapi önerilen hasta tedaviye uyum sağlayamayacağından metilprednizolon 0,5 mg/kg/gün başlandı. Sistemik steroid sonrası lezyonlar 10.günde post-inflamatuvar hiperpigmentasyon (PIH) ile geriledi.

SONUÇ:

Pitriyazis likenoides kronika (PLK), genellikle benign seyirli olmakla birlikte, etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen, kronik ve tekrarlayıcı papüloskuamöz bir dermatozdur. Literatürde, PLK'nin viral enfeksiyonlara (özellikle Epstein-Barr virus, HIV, varisella-zoster, toxoplasma gondii, herpes simpleks virüs, parvovirus B19) karşı gelişen anormal T-hücre yanıtıyla tetiklenebileceği bildirilmiştir. (3) Enterovirüs sonrası bildirilen vaka olmamakla birlikte, bu durum hastalığın bir immün disregülasyon sonucu ortaya çıkan, klonal T-hücre proliferasyonu özelliği taşıyan inflamatuvar bir süreç olabileceğini düşündürmektedir. Tanı, klinik bulgular ve histopatolojik inceleme ile konur; tedavide topikal ajanlar ve fototerapi öne çıkarken, dirençli olgularda sistemik steroid düşünülebilir. Sunulan olguda, Fas seyahati sonrası oral bulaş sonucu geliştiği düşünülen ateşin eşlik ettiği gastrointestinal semptomlarını takiben enterovirus enfeksiyonu geçiren bir hastada gelişen yaygın, viyolese-eritemli, asemptomatik papüloskuamöz lezyonlarla seyreden PLK tablosu izlenmiştir. Klinik tablo enfeksiyon sonrası immün yanıtı düşündürmüş ve bu nedenle viral serolojiler değerlendirilmiştir. Sonuçta enterovirus pozitifliği saptanmış ve döküntülerin bu enfeksiyonla ilişkili olduğu değerlendirilmiştir. Lezyonlar, sistemik antibiyotikler ve topikal kortikosteroidlere yanıtız kalmış; bu da enfeksiyon sonrası gelişen persistan immün yanıtın tedaviye dirençte rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu vaka, enteroviral enfeksiyonların da PLK'yi tetikleyebileceğine dair literatüre katkı sunmakta; özellikle seyahat öyküsü olan pediatrik hastalarda etiyolojide viral faktörlerin önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Pitriyazis likenoides kronika, enterovirus, papüloskuamoz dermatoz, enfeksiyon ilişkili dermatoz

KAYNAKLAR: 1.Bowers S, Warshaw EM, Pityriasis lichenoides and its subtypes, J Am Acad Dermatol. 2006 Oct;55(4):557-72;

2.Hennig, S. J, Pityriasis lichenoides chronica, Dermatology Online Journal, 2004 Nov 30;10(3):8.

3.Klein P. A., Jones E. C., Nelson J. L., and Clark R. A., Infectious causes of pityriasis lichenoides: a case of fulminant infectious mononucleosis, Journal of the American Academy of Dermatology. (2003) 49, no. Supplement 2, 151–153.

4.Tsai K. S., Hsieh H. J., Chow K. C., Lin T. Y., Chiang S. F., and Huang H. H., Detection of cytomegalovirus infection in a patient with febrile ulceronecrotic Mucha-Habermanns disease, International Journal of Dermatology. (2001) 40, 694–698

ŞEKİL 1:



Gövdede ve üst ekstremitelerde yaygın yerleşimli, 2–5 mm çapında, eritemli, yüzeysel, papüloskuamöz lezyonlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-255][KABUL:POSTER]

STERNOTOMİ SKARI ÜZERİNDE GELİŞEN SRİNGOKİSTADENOMA PAPİLLİFERUM; BİR OLGU BİLDİRİMİ

Ömer Açıkgoz, İlateriş Oğuz Topal

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul.

GİRİŞ-AMAÇ:

Stringokistadenoma papilliferum (SKAP); apokrin ve ekrin ter bezlerinden kaynaklanan, pembe, tüysüz papül, nodül ve üzeri verrüköz olabilen plaklarla karakterize, nadir görülen benign, hamartamatöz ve adneksiyal bir tümördür.

Histopatolojisinde; dermise doğru uzanan ve çift hücre tabakasıyla kaplı infundibular epitelin kistik invajinasyonları ile karakterizedir. Bu yapıların en içteki tabakası kolumnar hücrelerden, en dış tabaka papiller çıkıntılara sahip kübik hücrelerden oluşur. Merkezde ise yoğun lenfosit ve plazma hücresi bulunur. Bu kistik invajinasyonlar makroskopik görünümde değişen boyutlardaki krater yapılarına, merkezi ülserasyonlara ve kurutlanmalara karşılık gelebilir. Sıklıkla erken çocukluk döneminde, yüz ve saçlı deride yerleşmekle birlikte; vakaların %25'inde başka bölgelerde ve ileri yaşta ortaya çıkabilir. Atipik yerleşim yerleri olarak; kalça, vulva ve skrotum, kulak kepçesi, göz kapağı, dış kulak kanalı, ameliyat sonrası yara izi, meme ucu, uyluk, aksilla, sırt ve karın vaka raporları bildirilmiştir. Baş boyun bölgesi yerleşimli olanların nevus sebaceus ile birlikteliği sıktır.

SKAP'ın plak, lineer ve soliter nodüler olmak üzere üç klinik tipi tanımlanmıştır. Plak tipi ergenlik döneminde büyüyerek nodüler, verrüköz veya kabuklu hale gelebilen, kafa derisinde alopesik bir yama olarak görülür. Lineer tip genellikle yüz ve boyunda görülen, 1-10 mm boyutlarında, çok sayıda kırmızimsı pembe sert papül veya göbekli nodüllerden oluşur. Soliter nodüler tip ise gövde, omuz ve aksillada yerleşme eğiliminde olup, 5-10 mm boyutlarında, kubbeli, saplı nodüllerdir.

OLGU:

Bu vakamızda göğüs ön yüzde, sternotomi skarı üzerinde soliter nodüler tip SKAP gelişen 72 yaşındaki erkek hastamızı sunuyoruz.

SONUÇ:

Soliter nodüler tip SKAP'ın gövde yerleşimi sık olsa da; postoperatif skar üzerinde gelişimi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-257][KABUL:POSTER]

PSORİASİS HASTALARINDA IL-17 VE IL-23 İNHİBİTÖRLERİNİN İLAÇTA KALIM SÜRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: 10 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Beria Başak Türk, Başak Yalıcı Armağan, Leyla Hüseynova Terzi, Neslihan Akdoğan, Duygu Gülseren, Sibel Doğan Günaydın, Sibel Ersoy Evans

Hacettepe Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ:

İlaçta kalım, ilacın etkinliği, etkinin sürdürülebilirliği, güvenliliği ve hasta uyumu gibi durumların hepsinin tek bir parametreyle değerlendirilmesini sağlayan değerli bir veridir. Orta ve şiddetli kronik plak psoriasis tedavisinde biyolojik ajanların etkinlik ve güvenilirlikleri çok sayıda faz çalışmasıyla gösterilmiştir ancak ilaçta kalımla ilgili gerçek yaşam verileri sınırlıdır.

AMAÇ:

Bu çalışmada Türkiye’de orta ve şiddetli kronik plak psoriasis tedavisinde onaylı IL-17 ve IL-23 inhibitörlerinin ilaçta kalım sürelerinin, ilaçta kalım süresi ile ilişkili prediktör faktörlerin ve tedavi kesilme nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Çalışmaya 01.01.2014-01.09.2024 tarihleri arasında kronik plak psoriasis tanısı ile bölümümüzde takipli IL-17 (Sekukinumab – İksekizumab) veya IL-23 inhibitörü (Guselkumab – Rizankizumab) tedavisi almış/almakta olan hastalar dahil edildi. Elektronik dosya verileri üzerinden hastaların tedaviye başlama ve tedaviyi bırakma zamanları tespit edilmiş, ilaçta kalım süreleri belirlenmiştir. İlaçta kalım süresini etkileyebilecek yaş, cinsiyet gibi demografik özellikler, hastalık süresi, komorbiditeler, ilacın kesilme nedenleri (primer veya sekonder etkisizlik, yan etki gelişimi, takipsizlik vb) kaydedildi.

BULGULAR:

Toplamda 162 erkek (%52,3) 148 kadın (%47,7) olmak üzere 310 hastaya ait 372 tedavi periyodu analiz edildi. En düşük ilaçta kalım Sekukinumab ile gözlemlendi. Sekukinumab için 1, 3



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ve 5 yıllık ilaçta kalım oranları sırasıyla $70,0 \pm 4,0$, $37,0 \pm 4,0$ ve $26,0 \pm 5,0$ olarak saptandı, diğer üç ilaçla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşük ilaçta kalım gösterdi. Rizankizumab sırasıyla $96 \pm 3,0$ ve $81 \pm 9,0$ ile en yüksek 1 ve 3 yıllık sağ kalım oranlarına sahip olmakla birlikte İksekizumab ve Guselkumab ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Guselkumab için 1 ve 3 yıllık sağ kalım oranları sırasıyla $78,7 \pm 4,0$ ve $60,0 \pm 14,0$ bulundu. İksekizumab, medyan ve ortalama tedavi süresi en uzun ilaçtı ve 1 yıllık sağ kalım $85 \pm 4,0$, 5 yıllık sağ kalım $76 \pm 5,0$ görüldü. En sık tedavi kesilme nedenleri sekonder yanıtızlık ve takipsizlik olarak kaydedildi.

SONUÇ

Bu çalışmada, Türkiye'den elde edilen tek merkezli gerçek yaşam verileri ışığında orta-şiddetli kronik plak psoriasis tedavisinde IL-17 ve IL-23 inhibitörlerinin ilaçta kalım süreleri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Sekukinumab, $70,0$ (1. yıl), $37,0$ (3. yıl) ve $26,0$ (5. yıl) ile en düşük sağkalımı göstermiş; 1 ve 3 yıllık sağ kalımı diğer ajanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Rizankizumab, 96 (1. yıl) ve 81 (3. yıl) ile en yüksek sağkalım oranlarına ulaşmış, ancak İksekizumab ve Guselkumab ile karşılaştırıldığında fark anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Literatürde IL-17-23 inhibitörlerinin ilaçta kalımını değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır. 2024 yılında yayınlanan bir meta-analizde Rizankizumab IL 17-23 inhibitörleri içerisinde en yüksek 1, 2 ve 3 yıllık sağkalım oranları göstermiş, Sekukinumab ve İksekizumab 1 ve 2 yıllık sağkalımda anlamlı fark göstermemiştir. Gargiulo ve ark. tarafından bildirilen çok merkezli retrospektif çalışmada Rizankizumab 18. ayda kümülatif sağkalım oranı $96,4$ ile en yüksek ilaçta kalım oranına sahip ilaç olmuş, onu İksekizumab takip etmiştir. Buna karşılık, Sekukinumab ve Ustekinumab, en düşük ilaçta kalım oranları ile dikkat çekmiştir. Kullanıma yeni giren biyolojik ilaçlar için de uzun dönem takip verilerinin eklenmesi sonuçları netleştirecektir. Sonuç olarak gerçek yaşamda ilaçta kalımın göz önüne alınması; tedavi değişimlerinin sayısının azaltılmasına ve indüksiyon dozları kaynaklı tedavi maliyetini düşürülmesine katkı sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELE: psoriasis, ilaçta kalım, biyolojik tedavi, gerçek yaşam verisi

KAYNAKLAR: 1- Thomas SE, Barenbrug L, Hannink G, Seyger MMB, de Jong EMGJ, van den Reek JMPA. Drug Survival of IL-17 and IL-23 Inhibitors for Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Drugs. 2024 May;84(5):565-578. doi: 10.1007/s40265-024-02028-1. Epub 2024 Apr 17. PMID: 38630365; PMCID: PMC11190018.

2- Gargiulo L, Ibba L, Malagoli P, Balato A, Bardazzi F, Burlando M, Carrera CG, Damiani G, Dapavo P, Dini V, Gaiani FM, Girolomoni G, Guarneri C, Lasagni C, Loconsole F, Marzano AV, Megna M, Mercuri SR, Travaglini M, Costanzo A, Narcisi A. Drug survival of IL-12/23, IL-17



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

and IL-23 inhibitors for moderate-to-severe plaque psoriasis: a retrospective multicenter real-world experience on 5932 treatment courses - IL PSO (Italian landscape psoriasis). *Front Immunol.* 2024 Jan 11;14:1341708. doi: 10.3389/fimmu.2023.1341708. PMID: 38274801; PMCID: PMC10808601.

3- Ting S, Lowe P, Smith A, Fernández-Peñas P. Drug survival of biologics in psoriasis: An Australian multicentre retrospective study. *Australas J Dermatol.* 2024 Jun;65(4):350-357. doi: 10.1111/ajd.14254. Epub 2024 Mar 21. PMID: 38509804.

4- Motedayen Aval L, Yiu ZZN, Alabas OA, Griffiths CEM, Reynolds NJ, Hampton PJ, Smith CH, Warren RB; BADBIR Study Group. Drug survival of IL-23 and IL-17 inhibitors versus other biologics for psoriasis: A British Association of Dermatologists Biologics and Immunomodulators Register cohort study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2025 May 29. doi: 10.1111/jdv.20739. Epub ahead of print. PMID: 40439435.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-258][KABUL:POSTER]

AKRAL PERSİSTAN PAPÜLER MÜSİNOZİS: KLİNİKOPATOLOJİK BULGULARLA DESTEKLENEN NADİR BİR OLGU

Samet Öner¹, Ceylan Avcı¹, Banu Lebe²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Akral Persistan Papüler Müsinozis (APPM), lokalize liken miksödematozun nadir bir alt tipi olup, sistemik tutulum olmaksızın dermiste müsün birikimi ile karakterizedir. Klinik olarak el sırtı ve önkollar gibi akral bölgelerde, simetrik, deri renginde, kalıcı papüller şeklinde ortaya çıkar. Nadir görülmesi nedeniyle APPM genellikle tanınmaz ya da yanlış tanı alır. Bu olgu sunumunda, klinik ve histopatolojik korelasyonla tanısı konmuş olan bir APPM olgusu sunularak farkındalık oluşturulması amaçlanmaktadır.

OLGU:

56 yaşında kadın hasta, yaklaşık 4 yıldır her iki el sırtı ve distal önkollarında mevcut olan, asemptomatik, simetrik yerleşimli deri lezyonları ile başvurdu. Lezyonlar zamanla sayıca artmış, ancak travma, sistemik belirti ya da ilaç kullanımı ile ilişkili olmamıştır. Ailede benzer öykü bulunmamaktadır.

Fizik muayenede, bilateral el dorsumunda ve önkollarda 2–5 mm çaplı, kubbe şeklinde kabarık, deri renginde, simetrik yerleşimli çok sayıda papül (Resim 1) gözlemlendi. İltihap, ülserasyon veya sekonder değişiklik izlenmedi. Ayırıcı tanıda eruptif ksantom, papüler granuloma annulare ve amiloidoz düşünüldü. Dış merkezde alınmış olan punch biyopsi hastanemizde yeniden değerlendirildi. Hematoksilin-eozin ile boyalı kesitlerde epidermisin ortokeratotik ve intakt olduğu, üst dermiste kollajen demetleri arasında belirgin müsünöz dejenerasyon varlığı (Resim 2) izlendi. Alcian blue ile yapılan histokimyasal boyamada müsün pozitif bulundu. Kristal viyole ve kongo red histokimyasında amiloid birikimi izlenmedi. PAS boyamasında fungal organizma görülmedi.

Hastaya ait klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde Akral Persistan



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Papüler Müsinozis tanısı konuldu. Topikal diflorazon diasetat merhem tedavisi başlandı, ancak belirgin klinik yanıt alınamadı. Hastalık asemptomatik seyrettiği için ileri tedavi planlanmadı.

SONUÇ:

Bu olgu, orta yaşlı bir kadında nadir görülen APPM'nin karakteristik klinik ve histopatolojik özelliklerini ortaya koymaktadır. Epidermal bütünlüğün korunmuş olması, dermal müsün birikimi, inflamatuvar infiltrasyonun minimal düzeyde olması ve sistemik bulguların eşlik etmemesi tanı açısından önem taşır. Hastalığın ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması, gereksiz tedavi ve yanlış tanıların önüne geçilmesi açısından önemlidir. Klinikopatolojik uyum tanı koymada kritik öneme sahiptir.

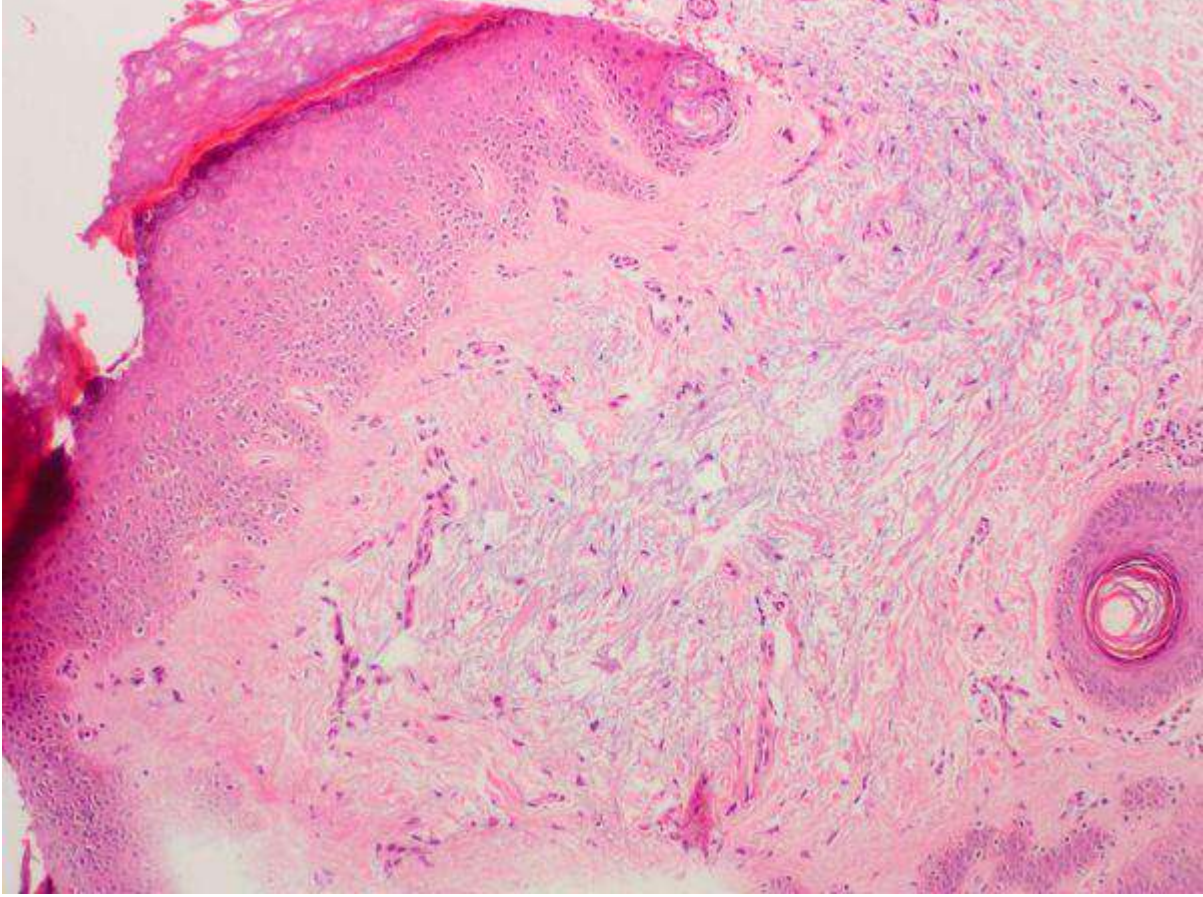
ANAHTAR KELİMELE: Akral Persistan Papüler Müsinozis, Liken Miksödematoz, Kutanöz Müsinozis

RESİM 1



Bilateral el dorsumunda ve önkollarda simetrik olarak yerleşmiş, 2–5 mm çaplı, deri renginde, kubbemsi çok sayıda papül

RESİM 2



Dermal collagen demetler arasında bazofilik görünümlü musinöz dejenerasyon alanları,
Hematoksilen+Eozin, orijinal büyütme X10



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-259][KABUL:POSTER]

YÜZ DERMATOLOJİK HASTALIKLARI ERİŞKİN KADIN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİ NASIL ETKİLİYOR?

Berna Aksoy¹, Aslı Tatlıparmak²

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

²Üsküdar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Yüzde yer alan ve kozmetik bozulmaya neden olan dermatolojik hastalıkların kadın hastaların yaşam kalitesi (YK) üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Daha önce yapılan bir çalışmada sadece 73 kadın olgu dahil edilmiş ve yüzde yer alan tüm farklı dermatolojik hastalıkların (aralarında hiçbir fark olmaksızın) kadın hastaların YK'ni önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir.1 Ancak bu çalışmadaki olgu sayısı oldukça yetersizdir.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışmaya dermatoloji polikliniğine başvuran, yüzde yerleşmiş dermatolojik hastalıkları olan, 20-59 yaş arası 626 erişkin kadın hasta prospektif olarak dahil edildi; klinik ve demografik özellikleri ile Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) anket sonuçları değerlendirildi. Dermatolojik hastalığı olmayan 113 sağlıklı bireyin doldurduğu DYKİ formları kontrol grubu olarak dahil edildi.

BULGULAR:

Çalışmaya alınan 626 kişiden %41,5'inde akne, %17,5'inde rozase, %11,5'inde melazma, %7,8'inde egzama, %2,6'sında vitiligo, %2,6'sında demodikoz ve %1,2'sinde psoriyazis vardı. Hastaların yaş ortalaması 30,6±7,8 yıl ve ortalama DYKİ toplam skoru 6,1±5,4'tü (ortanca 5, min-maks: 0-27). Alın tutulumu 189 (%30,2) hastada görüldü ve DYKİ toplamını (P=0,031), günlük aktiviteler alt bölümünü (P=0,037) ve kişisel ilişkileri (P=0,002) olumsuz etkiledi. Saçlı deri tutulumu 35 (%5,6) kişide görüldü ve DYKİ toplamını (P=0,024), semptomları ve hisleri (P<0,001) ve tedaviyi (P<0,001) olumsuz etkiledi. Kulak tutulumu 22 (%3,5) kişide görüldü ve DYKİ toplamını (P=0,045), semptomları ve hisleri (P=0,001) ve tedaviyi (P=0,013) olumsuz etkiledi.

Yüz hastalıkları arasında DYKİ skorları karşılaştırıldığında, DYKİ toplam skorları psoriyazis (9,78), egzama (9,12), rozase (8,28) ve demodikozda (8,37) akne (6,58), melazma (5,52) ve



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

vitiligodan (3,37) anlamlı derecede yüksekti ($P<0,05$). Semptom ve duygu skorları psoriyazis, egzama ve rozase'de anlamlı derecede olumsuz etkilenmişti ($P<0,05$); günlük aktivite skorları rozase ve egzamada vitiligodan anlamlı derecede yüksekti ($P<0,05$); boş zaman skorları rozasede vitiligodan anlamlı derecede yüksekti ($P<0,05$); kişisel ilişkiler skorları demodikozda vitiligodan anlamlı derecede yüksekti ($P<0,05$) ve tedavi skorları egzamada melazma ve vitiligodan anlamlı derecede yüksekti ($P<0,05$).

SONUÇ:

Bu çalışmada, vitiligo hastalarının YK skorlarının kontrollerle benzer olduğunu gözlemledik. Yüzdeki pigment renk değişikliklerinin YK'ni önemli ölçüde etkilediğine dair yaygın inancın aksine, yüzdeki kırmızı lezyonların (rozase, egzama, psoriyazis ve demodikoz) beyaz ırktan kadınların YK'ni akne, melazma ve vitiligodan daha fazla etkilediğini tespit ettik. Alın tutulumu ve ek olarak kafa derisi ve kulak tutulumu, baş ve boyun bölgesinin diğer bölgelerinin tutulumundan daha fazla YK'ni etkilemekteydi. Buna göre, beyaz ırk kadınlarında kırmızı yüze neden olan enflamatuvar yüz dermatozları (rozase, egzama, psoriyazis) ve demodikoza, hekimler tarafından klinik uygulamada daha fazla önem verilmeli ve daha etkili bir şekilde tedavi edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: akne, egzama, rozasea, vitiligo, yaşam kalitesi

KAYNAKLAR: 1. Balkrishnan R, McMichael AJ, Hu JY, ve ark. Correlates of health-related quality of life in women with severe facial blemishes. Int J Dermatol 2006;45(2):111.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-260][KABUL:POSTER]

**PLAK PSORİASIS HASTALARINDA IL-23 İNHİBİTÖRÜ TEDAVİLERİNİN KLİNİK SONUÇLARININ
GERÇEK YAŞAM VERİLERİ**

Bilge Bolel, Gülhan Gürel

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Ana Bilim Dalı,
Afyonkarahisar

AMAÇ:

Psoriasis, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Psoriasis en yaygın formu, gövde, ekstansör yüzeyler, ekstremiteler ve saçlı deride gümüşü skuamlarla birlikte keskin sınırlı, eritemli lezyonlarla seyreden plak tipidir. Son yıllarda patogeneze özellikle T helper 17 hücrelerinin rolünün daha iyi anlaşılması, hastalık yolağında etkili sitokin ve reseptörleri hedef alan yeni biyolojik ilaç sınıflarının geliştirilmesiyle sonuçlanmıştır. Bunlar arasında, interlökin-23 inhibitörleri orta ila şiddetli plak psoriasisinin tedavisi için güvenli ve etkili seçenekler olarak ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada psoriasis polikliniğimize başvuran orta ve şiddetli psoriasis için IL-23 inhibitörü (guselkumab, risankizumab) kullanan hastalarda etkinlik ve güvenlik profillerini ortaya koymayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif gözlemsel, tek merkezli çalışma, toplam 84 psoriasis hastasını kapsamaktadır. Hastalar, kullanılan biyolojik tedaviye göre iki gruba ayrılmıştır: guselkumab (n=40) ve risankizumab (n=44). Veri toplama süreci; hastaların demografik bilgileri, hastalık özellikleri, PAŞİ (Psoriasis Alan Şiddet İndeksi) skor değişimleri ve yan etkiler üzerinden yapılmıştır. Her iki ajan için de 2 yıllık gerçek yaşam verileri incelenmiştir. Etkinlik verileri; 16. hafta, 28. hafta, 40. hafta, 52. hafta ve sonrasında 2. yıl olacak şekilde karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler için IBM SPSS 26.0 (IBM SPSS Statistics Base) programı kullanıldı. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR:

Hastalarımızın 40'ı guselkumab 44'ü ise risankizumab tedavisi alıyordu. Hastaların yaş ortalaması; guselkumab grubunda $46,9 \pm 16,26$ yıl, risankizumab grubunda ise $49,07 \pm 15,79$ idi. Cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Obezite oranı tüm hastalarda %33,3 olup, gruplar arasında anlamlı fark izlenmemiştir ($p=0,65$). Diğer demografik ve klinik



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

değişkenler benzerlik göstermekteydi. Tedavi sürecinde dört hastada (2 guselkumab, 2 risankizumab) sekonder yanıtızsızlık oluşmuştur. Yanıtızsızlık oluşan iki hastada farklı bir sınıftan biyolojik ajana geçilmiş bir hastada mevcut biyolojik tedaviye sistemik konvansiyonel ajan eklenmiştir. Ayrıca bir hastanın öncesinde de çoklu biyolojik ajan kullanımı olduğundan tedavi değişikliğine gidilmemiş mevcut tedavi altında takiplerine devam edilmiştir.

Her iki tedavi grubunda da PAŞİ 75 ve PAŞİ 90 yanıtlarında erken dönemde yüksek oranlar elde edilmiş ve bu yanıtlar uzun süre boyunca büyük ölçüde korunmuştur. Hastalarımızın başlangıç PAŞİ değeri ortalama $15,46 \pm 9,7$ idi. Tedavinin 16. haftasında PAŞİ 75,90 ve 100 yanıtına ulaşan hasta oranları açısından tedavi grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p değerleri sırası ile 0,74, 1.00 ve 0.08). Aynı şekilde tedavinin 52. Haftasında ve 2. Yılında da PAŞİ 75,90 ve 100 yanıtına ulaşan hasta oranları açısından tedavi grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. İki yıllık tedaviden sonra, saçlı deri, yüz, genital bölgeyi tutan ve tırnak tutulumu olan hastaların %95'i tedaviye tam veya neredeyse tama yakın cevap verdi.

Hastalarımızdan 10 tanesi tedaviyi kendi isteği ile bıraktı. Hastalarımızda ilaçta kalım süresi $16,07 \pm 9,82$ ay şeklinde kaydedildi. Yan etkiler genellikle hafif düzeyde olup gruplar arasında fark saptanmamıştır (guselkumab %11, risankizumab %10). Guselkumab grubunda idrar yolu enfeksiyonu daha sık gözlenirken, risankizumab grubunda üst solunum yolu enfeksiyonları veya nazofarenjit daha sık rapor edilmiştir.

SONUÇ:

Bu çalışma, gerçek yaşam verileri ile tedavisi zor bölgeleri de içeren orta ve şiddetli psoriasis hastalarında IL-23 inhibitörlerinin etkili ve güvenli olduğunu desteklemektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: guselkumab, psoriasis, risankizumab

- KAYNAKLAR:** 1. Vu, A., Ulschmid, C., & Gordon, K. B. (2022). Anti-IL 23 biologics for the treatment of plaque psoriasis. *Expert Opinion on Biological Therapy*, 22(12), 1489–1502.
2. Yang K, Oak ASW, Elewski BE. Use of IL-23 Inhibitors for the Treatment of Plaque Psoriasis and Psoriatic Arthritis: A Comprehensive Review. *Am J Clin Dermatol*. 2021; 22(2):173-192.
3. Blauvelt A, Chiricozzi A, Ehst BD, Lebwohl MG. Safety of IL-23 p19 Inhibitors for the Treatment of Patients With Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: A Narrative Review. *Adv Ther*. 2023;40(8):3410-3433.
4. Orsini, D., Assorgi, C., Bonifati, C., Cameli, N., Graceffa, D., Potestio, L., & Megna, M. (2024). Çok şiddetli plak psoriazisinde risankizumab'ın etkinliği ve güvenliği: gerçek yaşam retrospektif bir çalışma (VESPA-Çalışması). *Dermatolojik Tedavi Dergisi*, 35 (1).
5. Tsunoda K, Watabe D, Amano H. Clinical efficacy of risankizumab in patients with psoriasis:

A Japanese case series. JAAD Int. 2024;16:57-58.

6. Gargiulo L, Ibba L, Malagoli P, Amoroso F, Argenziano G, Balato A, Bardazzi F, Burlando M, Carrera CG, Damiani G, Dapavo P, Dini V, Franchi C, Gaiani FM, Girolomoni G, Guarneri C, Lasagni C, Loconsole F, Marzano AV, Maurelli M, Megna M, Orsini D, Sampogna F, Travaglini M, Valenti M, Costanzo A, Narcisi A. Effectiveness, Tolerability, and Drug Survival of Risankizumab in a Real-World Setting: A Three-Year Retrospective Multicenter Study-IL PSO (ITALIAN LANDSCAPE PSORIASIS). J Clin Med. 2024;13(2):495.

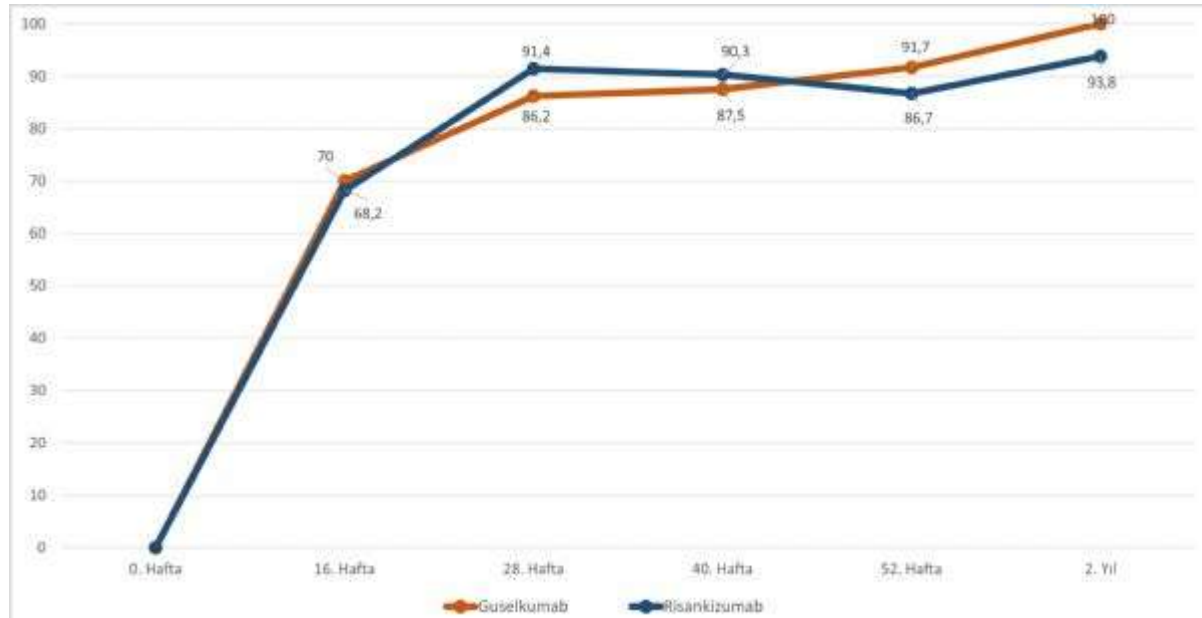
7. Hacinecipoğlu F, Çelik G, Kartal SP. Efficacy and Safety of IL-17 and IL-23 Inhibitors in Elderly Patients With Plaque Psoriasis: A Real-World Study. J Dermatol.

8. Nogueira M, Torres T. Guselkumab for the treatment of psoriasis - evidence to date. Drugs Context. 2019;8:212594.

9. Yang EJ, Sanchez IM, Beck K, Sekhon S, Wu JJ, Bhutani T. Guselkumab for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis. Expert Rev Clin Pharmacol. 2018;11(4):333-344.

10. López-Sánchez C, Puig L. Guselkumab in the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis. Immunotherapy. 2020;12(6):355-371.

ŞEKİL 1



Haftalara göre guselkumab ve risankizumabın PAŞİ 90 yanıtları

TABLO 1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERİN TEDAVİ GRUPLARI ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

		Toplam (n=84)	Guselkumab (n=40)	Risankizumab (n=44)	p
Yaş		48 ± 15,9	46,9 ± 16,2	49 ± 15,7	0,54*
Cinsiyet					0,51**
	Kadın	40 (47,6%)	21 (52,5%)	19 (43,2%)	
	Erkek	44 (52,4%)	19 (47,5%)	25 (56,8%)	
Vücut kitle indeksi (VKİ, kg/m ²)		28,7 ± 5,3	28,3 ± 5,4	29 ± 5,3	0,58*
VKİ gruplama					0,65**
	<30	56 (66,7%)	28 (70%)	28 (63,6%)	
	≥30	28 (33,3%)	12 (30%)	16 (36,4%)	
Psoriasis başlangıç yaşı		28,5 ± 14,7	26,1 ± 14,2	30,6 ± 15	0,18***
Hastalık süresi (yıl)		19,7 ± 12,4	20,9 ±12,4	18,6 ±12,4	0,40*
Başlangıç PAŞİ		15,4 ± 9,7	14,9 ± 9	15,9 ± 10,3	0,78***
Aile öyküsü varlığı		32 (38,1%)	17 (42,5%)	15 (34,1%)	0,50**



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Komorbite varlığı		39 (46,4%)	18 (45%)	21 (47,7%)	0,83**
INH profilaksisi		46 (54,8%)	23 (57,5%)	23 (52,3%)	0,67**
Özel bölge tutulum varlığı		76 (90,5%)	34 (85%)	42 (95,5%)	0,14**
Tırnak tutulum varlığı		48 (57,1%)	23 (57,5%)	25 (56,8%)	1,00**
Artrit varlığı		18 (21,4%)	7 (17,5%)	11 (25%)	0,44**
Geçmiş sistemik konvansiyonel kullanımı					
	Metotreksat	73 (86,9%)	35 (87,5%)	38 (86,4%)	1,00**
	Siklosporin	21 (25%)	8 (20%)	13 (29,5%)	0,45**
	Asitretin	33 (39,3%)	15 (37,5%)	18 (40,9%)	0,83**
Fototerapi		21 (25%)	11 (27,5%)	10 (22,7%)	0,61**
Geçmiş biyolojik tedavi öyküsü					1,00**
	Biyonaif	60 (71,4%)	29 (72,5%)	31 (70,5%)	
	Biyodeneyimli	24 (28,6%)	11 (27,5%)	13 (29,5%)	
Biyodeneyimli hastalarda geçmiş biyolojik ajan sayısı					0,22**

	1 Adet	13 (54,2%)	5 (45,5%)	8 (61,5%)	
	2 Adet	6 (25%)	2 (18,2%)	4 (30,8%)	
	>=3 Adet	5 (20,8%)	4 (36,4%)	1 (7,7%)	
İlaçta kalım süresi (ay)		16 ± 9,8	14,5 ± 9	17,5 ±10,3	0,16*
Yan etki		21 (25%)	11 (27,5%)	10 (22,7%)	0,61**

*Independent-Samples T Test **Pearson Chi-Square test. *** Mann-Whitney U test

TABLO 2. PAŞİ 75, 90 VE 100 YANITLARININ HAFTA/YILLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMALI ANALİZLERİ

	PAŞİ Yanıtı	Guselkumab (n=40)	Risankizumab (n=44)	p
16. Hafta				
	PAŞİ 75 Yanıtı	36 (90%)	38 (86,4%)	0,74*
	PAŞİ 90 Yanıtı	28 (70%)	30 (68,2%)	1,00*
	PAŞİ 100 Yanıtı	14 (35%)	24 (54,5%)	0,08*
28. Hafta				
	PAŞİ 75 Yanıtı	28 (96,6%)	34 (97,1%)	0,59*
	PAŞİ 90 Yanıtı	25 (86,2%)	32 (91,4%)	0,46*
	PAŞİ 100 Yanıtı	20 (69%)	30 (85,7%)	0,14*
40. Hafta				
	PAŞİ 75 Yanıtı	22 (91,7%)	31 (100%)	0,19*



33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

	PAŞİ 90 Yanıtı	21 (87,5%)	28 (90,3%)	0,74*
	PAŞİ 100 Yanıtı	15 (62,5%)	25 (80,6%)	0,22*
52. Hafta				
	PAŞİ 75 Yanıtı	22 (91,7%)	29 (96,7%)	0,58*
	PAŞİ 90 Yanıtı	22 (91,7%)	26 (86,7%)	0,68*
	PAŞİ 100 Yanıtı	18 (75%)	23 (76,7%)	0,89*
2. Yıl				
	PAŞİ 75 Yanıtı	10 (100%)	15 (93,8%)	1,00*
	PAŞİ 90 Yanıtı	10 (100%)	15 (93,8%)	1,00*
	PAŞİ 100 Yanıtı	8 (80%)	14 (87,5%)	0,60*

*Pearson Chi-Square test.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-261][KABUL:POSTER]

PRİMER LENFOSİTİK SİKATRİSYEL ALOPESİLERİN KLİNİK, TRİKOSKOPIK BULGULARI VE PSİKOSOSYAL ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Büşra Yeni Yıldız¹, Ersoy Acer¹, İmran Gökçen Yılmaz Karaman², Zeynep Nurhan Saraçoğlu¹, Hilal Kaya Erdoğan¹, Esra Ağaoğlu¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

AMAÇ:

Saç dökülmesi yaygın görülen dermatolojik hastalıklardan biridir. Primer sikatrisyel alopesiler nadir değildir ve saç hastalıkları ile ilgilenen kliniklere başvuran hastaların %7'sini temsil eder. Primer lenfositik sikatrisyel alopesiler, non-sikatrisyel alopesilere göre daha nadir görülmekte ve sıklıkla birbirleri ile karışabilmektedir. Çeşitli klinik ve trikoskopik bulgular tanının konulmasında yardımcı olmaktadır. Saç dökülmesinin kişinin özgüveni üzerinde önemli bir etkisi vardır. Saç dökülmesi psikososyal etkileşimler nedeniyle zamanında teşhis ve tedavi gerektirir. Bu çalışma ile primer lenfositik sikatrisyel alopesilerin klinik, trikoskopik bulguları ve bu hastalıkların kişilerin hayat kalitesine etkilerinin sosyodemografik ve klinik bulgular ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışmaya 04.12.2023-04.12.2024 tarihleri arasında 18 yaş ve üzeri primer lenfositik sikatrisyel alopesi tanısı alan 40 hasta ve primer lenfositik sikatrisyel alopesisi ve kronik inflamatuvar deri hastalığı olmayan 40 kontrol grubu dahil edildi. Hasta grubunun 14 tanesi LPP, 11 tanesi FFA, 15 tanesi DLE tanılıydı. Hastaların dermatolojik muayeneleri yapılarak primer lenfositik sikatrisyel alopesinin tipi, hastalığın süresi, aile öyküsü, kullanılan tedavi, kronik hastalık öyküsü, tanı öncesi kozmetik işlem/bakım ürünü öyküsü, trikoskopik bulguları ve sosyodemografik bilgileri, hastalık şiddet skorları kaydedildi. Ayrıca depresyon-Anksiyete-Stres-21 Ölçeği (DASS-21), Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Formu (EKA- GKG) uygulandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Primer lenfositik sikatrisyel alopesi hastalarında en sık görülen trikoskopik bulgular foliküler açıklık kaybı, perifoliküler skuamlanma ve perifoliküler eritem olarak saptandı. Ayrıca perifoliküler kırmızı halo DLE hastalarında görülürken ‘yalnız saç’ bulgusu, vellus kıl kaybı FFA hastalarında görülmekteydi. DLE hastalarının trikoskopik muayenesinde damarsal bulgular diğer primer lenfositik sikatrisyel alopesilere göre daha sık saptandı. Hastalıklar kozmetik işlem/bakım ürünü öyküsü açısından değerlendirildiğinde FFA hastalarında istatistiksel olarak anlamlı olarak güneş koruyucu kullanımı daha fazlaydı. Saç boyası ve nemlendirici kullanımı da FFA hastalarında daha fazla görülmüş olup istatistiksel olarak anlamlı değildi. FFA hastaları kontrol grubu ile kıyaslandığında ise kozmetik işlem/bakım ürünü kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi. Hastaların DASS-21 depresyon ve anksiyete puanları, DYKİ puanları ve nörotisizm puanları kontrol grubuna göre yüksek saptandı. Depresyon, anksiyete, stres ve DYKİ puanları ile şiddet indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Nörotisizm puanları ile DASS-21 depresyon, anksiyete, stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Nevrotik kişilik özellikleri daha fazla psikoemosyonel etkilenme ile ilişkiliydi.

SONUÇ:

Primer sikatrisyel alopesiler günümüzde daha sık karşılaştığımız ve daha iyi tanıdığımız hasta grubunu oluşturmaktadır. Trikopskopi bu hastalıkların ayırıcı tanısında, biyopsi yeri seçiminde, tedavi takibinde önemli bir muayene metodudur. Kozmetik işlem öyküsü/ bakım ürünü kullanımı ile FFA arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. PSA sadece dermatolojik bir hastalık olmanın ötesinde psikolojik ve sosyal etkiler yaratabilen bir durumdur. Nevrotik kişilik özellikleri, hastaların psikolojik etkilenmelerini artırırken hastaların tedavi süreçlerinde psikiyatrik değerlendirme ve tedavi büyük bir önem taşımaktadır. Bu, hastaların tedaviye uyumunu artırmaya ve genel iyilik hallerini iyileştirmeye yardımcı olabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: alopesi, depresyon, nörotisizm, trikopskopi

KAYNAKLAR: 1.Rigopoulos D, Stamatios G, Ioannides D. Primary scarring alopecias. Curr Probl Dermatol. 2015;47:76-86.

2.Fanti PA, Baraldi C, Misciali C, Piraccini BM. Cicatricial alopecia. G Ital Dermatol Venereol. 2018 Apr;153(2):230-42.

3.Soares VC, Mulinari-Brenner F, Souza TE. Lichen planopilaris epidemiology: a retrospective study of 80 cases. An Bras Dermatol. 2015 Sep- Oct;90(5):666-70.

- 4.Żychowska M, Żychowska M. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus - a systematic review of the literature. *Int J Dermatol.* 2021 Jul;60(7):818-28
- 5.Mathur M, Acharya P. Trichoscopy of primary cicatricial alopecias: an updated review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 Mar;34(3):473-84.
- 6.Katoulis AC, Christodoulou C, Liakou AI, Kouris A, Korkoliakou P, Kaloudi E, Kanelleas A, Papageorgiou C, Rigopoulos D. Quality of life and psychosocial impact of scarring and non-scarring alopecia in women. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015 Feb;13(2):137-42. English, German.
- 7.Iorizzo M, Tosti A. Frontal Fibrosing Alopecia: An Update on Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2019 Jun;20(3):379- 90.
- 8.Leecharoen W, Thanomkitti K, Thuangtong R, Varothai S, Triwongwaranat D, Jiamton S, Kulthanan K. Use of facial care products and frontal fibrosing alopecia: Coincidence or true association? *J Dermatol.* 2021 Oct;48(10):1557-63.
9. Wilson CL, Burge SM, Dean D, Dawber RP. Scarring alopecia in discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol.* 1992 Apr;126(4):307-14.
10. Lahey BB. Public health significance of neuroticism. *Am Psychol.* 2009 May-Jun;64(4):241-56.

HASTA VE KONTROL GRUBUNUN ORTALAMA DASS-21 DEPRESYON, DASS-21 ANKSİYETE, DASS-21 STRES ALT ÖLÇEĞİ VE DYKİ PUANLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Ölçekler	Kontrol Grubu Med. (25.Q-75.Q) /AO±SS	Hasta Grubu Med. (25.Q-75.Q) /AO±SS	Toplam Med. (25.Q-75.Q) /AO±SS	MWU/t	p
DASS-21 Depresyon	2,0 (1,0-3,0)	5,0 (3,0-8,0)	3,0 (2,0-6,0)	387,0	<0,001
DASS-21 Anksiyete	4,0 (2,0-5,0)	6,0 (3,3-10,0)	4,5 (2,3-8,0)	485,0	0,002
DASS-21 Stres	2,0 (1,0-3,0)	5,0 (3,0-8,0)	3,0 (1,0-6,0)	362,5	<0,001
DYKİ	0,5 (0,0-3,0)	3,0 (1,0-7,0)	2,0 (0,0-5,0)	475,5	0,001

TRİKOSKOPİK BULGULAR

Trikoskopik Bulgular	DLE n=15 (%)	LPP n=14 (%)	FFA n=11 (%)	p
Foliküler Bulgular				
Anizotrikozis	4 (26,7)	3 (21,4)	5 (45,5)	0,402
Perifoliküler kırmızı halo	9 (60)	1 (7,1)	0 (0)	<0,001
Sarı nokta	1 (6,7)	1 (7,1)	1 (9,1)	0,972
Tutam saç	0 (0)	2 (14,3)	0 (0)	0,142
Perifoliküler ve İnterfoliküler Bulgular				
Folikül açıklık yokluğu	14 (93,3)	12 (85,7)	8 (72,7)	0,346
Perifoliküler eritem	8 (53,3)	11 (78,6)	4 (36,4)	0,097
Peripilar skuam	8 (53,3)	10 (71,4)	5 (45,5)	0,392
Perifoliküler pigmentasyon	3 (20)	4 (28,6)	3 (27,3)	0,850
Keratotik tıkaç	6 (40)	1 (7,1)	0 (0)	0,013
Sarı kahve pigmentasyon	4 (26,7)	2 (14,3)	0 (0)	0,170
Pembe beyaz görünüm	4 (26,7)	1 (7,1)	1 (9,1)	0,275
Bal peteği görünümü	5 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0,009
Boş folikül	0 (0)	1 (7,1)	1 (9,1)	0,519
Diffüz skuam	0 (0)	1 (7,1)	0 (0)	0,386
Vasküler Bulgular				
Telenjektazi	10 (66,7)	4 (28,6)	2 (18,2)	0,025
Dallanan damar	6 (40)	2 (14,3)	0 (0)	0,034
Nokta damar	1 (6,7)	4 (28,6)	2 (18,2)	0,299



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-263][KABUL:POSTER]

HACAMAT TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN PSORİAZİS KÖBNERİZASYONU, OLGU SUNUMU

Çağdaş Boyvadoğlu¹, Hüseyin Serhat İnalöz²

¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Adana

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

GİRİŞ-AMAÇ:

Hacamat tedavisi uzun yıllardır uygulanan bir geleneksel alternatif tıp tedavisidir (1). Etkinliği ve güvenliği hakkında sınırlı bilgi mevcuttur. Psoriasis gibi kronik hastalığı olan hastalardaki güvenliği ile ilgili yeterli bilgi mevcut değildir. Biz de burada hacamat tedavisi uygulandıktan sonra köbnerizasyon gelişen ve plak psoriasis aktivasyonu meydana gelen psoriasis olgumuzu sunuyoruz.

OLGU:

52 yaşında kadın hasta, sırtında döküntü ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sırtında anüler, eritemli, kalın skuamlı, indure plaklar mevcuttu (Figür 1). Bilinen plak psoriasis öyküsü mevcuttu. Öyküsünden 1 ay önce sırt ağrıları nedeniyle geleneksel Türk tedavi yöntemi olan hacamat tedavisi 1 seans uygulandığı öğrenildi. Hacamat tedavisi sırasında bir bıçakla kanın boşaltıldığı öğrenildi. Hacamat tedavisinden yaklaşık 3 hafta sonra aktif psoriasis plağı olmayan hastanın sırt bölgesinde yerleşimi hacamat tedavisi uygulama alanına uyan psoriatik plaklar gelişti. Lezyonlar bıçakla kesi yapılan bölgelerde yerleşmekteydi. Daha önce hacamat tedavisi almadığı öğrenildi. Hacamat tedavisine bağlı psoriasis köbnerizasyonu olarak değerlendirildi. Hacamat tedavisinin tekrar uygulanmaması konusunda bilgilendirildi. Tedavi için topikal kortikosteroid ve topikal D vitamini analogu kombinasyonu başlandı.

SONUÇ:

Hacamat tedavisi uzun yıllardır uygulanan bir geleneksel tedavi yöntemidir. Hacamat tedavisi sırasında negatif basınç oluşturarak deriye yapışan bir kap kullanılır bu sayede kan deri altında toplanır. Daha sonra bu kap çıkarılır ve deri altında biriken kan bir lanset ya da bıçakla deride kesiler açılarak boşaltılır. Kap yeniden negatif basınç oluşturarak kanı dışarı çekmek için yeniden konur. Bu sayede toksinlerin, aşırı olduğu düşünülen kanın ve vücut sıvılarının vücuttan uzaklaştırıldığına inanılır. Hacamat tedavisi yaygın olarak kullanılmaktadır. Daha



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Önce hacamat tedavisi ve köbnerizasyon arasındaki ilişkiyi ele alan olgular bildirilmiştir.

Psoriazis haricinde liken planus, dermatitis herpetiformis ve seboreik dermatit gibi dermatozların da hacamat sonrası gelişebildiği daha önce bildirilmiştir (2).

Köbner fenomeni ilk olarak 1876 yılında Heinrich Koebner tarafından, psoriazis hastalarının lezyonsuz derisinde kutanöz travma sonrası psoriaziform lezyonların oluşumu olarak tanımlanmıştır (3). Psoriaziform lezyonlar genellikle travmatik olaylardan 10 ila 20 gün sonra ortaya çıkar. Köbnerizasyon psoriazis hastalarının %25 inde görülen bir durumdur ve bu hastaların kendilerini kutanöz travmadan korumaları gerekmektedir (4). Hacamat tedavisi sırasında deri bütünlüğünü bozacak şekilde kesiklerle kutanöz travma oluşturulmaktadır. Bizim hastamızda da kesi alanlarına uyan lezyonlar hacamat tedavisi sonrasında meydana gelmiştir.

Alternatif tıp uygulamaları uygun maliyetleri, ilaçsız ve daha az invaziv olmaları, hastaların düşük yan etki profillerine güvenmeleri ve kültürel nedenlerle giderek daha popüler hale gelmektedir. Bununla birlikte, etkinlik ve güvenlikleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Psoriazis gibi kronik hastalığı olan hastaların hastalıklarının, hacamat ve benzeri geleneksel tedavi yöntemleri ile aktive olabildiği bilinmektedir. Bu nedenle psoriazis gibi kronik hastalığı olan hastaların, başka bir sebeple dahi olsa, geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmadan önce doktorlarına başvurmaları gerekmektedir. Hacamatın psoriazis için bir neden/tetikleyici olabileceği tahmin edilmektedir. Bu nedenle, stabil olmayan plak psoriazisli hastalarda köbnerizasyonun önlenmesi için bu tür uygulamalardan kaçınmak daha uygun olacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Hacamat, Köbner Fenomeni, Psoriazis

KAYNAKLAR: 1- Mehta, Piyush, and Vividha Dhapte. "Cupping therapy: A prudent remedy for a plethora of medical ailments." Journal of traditional and complementary medicine 5.3 (2015): 127-134.

2- Polat Ekinci, Algün, and Gizem Pehlivan. "Cupping therapy as alternative medicine turns into a trigger of disease via the Koebner phenomenon: A case report of Hijama-induced psoriasis and review of the literature." Dermatologic Therapy 33.6 (2020).

3- Köbner, Heinrich. "Zur aetiologie der psoriasis. Vrtljscher. f." Dermat. Syph. 8 (1876): 559-561.

4- Sagi, Lior, and Henri Trau. "The koebner phenomenon." Clinics in dermatology 29.2 (2011): 231-236.

FIGÜR 1



Sırtta hacamat tedavisi uygulanan bölgelerde kesi alanlarına uygun yerleşimli lineer, eritemli, kalın skuamlı plaklar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-264][KABUL:POSTER]

GERİATRİK BİR HASTADA HAVYAR DİL: ORAL MUKOZANIN GÖZDEN KAÇAN VASKÜLER VARYASYONU

Niyazi Çetin, Ahmet Uğur Atılan

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Denizli

GİRİŞ-AMAÇ:

Oral mukoza ve dil muayenesi, birçok sistemik ve lokal hastalığın tanısında önemli bilgiler sağlar. Bu bölgelerin dikkatli incelenmesi önem arz etmekte olup, dilin ventral yüzeyinin muayenesi sıklıkla gözden kaçabilmektedir.(1) Havyar dil (sublingual varisler), dilin ventral yüzeyinde dilate ve kıvrımlı venlerin izlenmesiyle karakterize, genellikle yaşa bağlı gelişen benign bir vasküler varyasyondur.(2) Görünümü dikkat çekici olsa da, asemptomatik olması sebebiyle çoğunlukla tesadüfi olarak saptanır ve tedavi gerektirmez.(3) Bu olgu sunumunda, ileri yaşta bir hastada gözlenen tipik bir havyar dil vakası paylaşılmaktadır.

OLGU:

77 yaşında erkek hasta, pnömoni tanısıyla göğüs hastalıkları servisinde izlenmekteyken, yaklaşık bir yıldır mevcut olan dil altı şişlikler nedeniyle dermatoloji bölümüne konsülte edildi. Lezyonların asemptomatik olduğu, travma veya kanama öyküsünün bulunmadığı öğrenildi. Hastanın sistemik semptomu, bilinen hematolojik hastalığı, malignite veya kanama diyatezi öyküsü mevcut değildi. Fizik muayenede, dilin ventral yüzeyinin lateral kısımlarında, 5 mm'yi geçmeyen, kırmızı-mor renkte, genişlemiş ve kıvrımlı venöz yapılar izlendi (Resim 1). Lezyonlar ağrısız, papüler karakterdeydi. Dilin alt kısmının mukoza yüzeyi son derece ince ve saydamdı. Lezyonlar palpasyonda yumuşak kıvamlı, sıkıştırılabilir formda ve ağrısızdı. Ağız mukozasının diğer alanlarında ya da vücutta herhangi bir patoloji saptanmadı. Klinik görünüm, dil altı venöz dilatasyonları ile uyumlu olup havyar dil tanısı lehine değerlendirildi. Selim prognozlu ve asemptomatik seyreden bu tablo için herhangi bir medikal veya cerrahi tedavi gerekliliği görülmedi. Hastaya lezyonların iyi huylu doğası açıklanarak lezyonların takibi önerildi.

SONUÇ:

Havyar dil, dilin ventral yüzeyindeki sublingual venlerin benign ve genellikle asemptomatik dilatasyonu ile karakterize, yaşla ilişkili fizyolojik bir durumdur. En temel etiyolojik faktör



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

yaşlanma ile ilişkili senil elastolitik dejenerasyondur. Bu dejenerasyon, damar duvarındaki elastik liflerin ve bağ dokusunun zayıflamasına neden olarak damarların genişlemesine ve variköz değişikliklerin ortaya çıkmasına zemin hazırlar.(4) Havyar dil ayrıca, kardiyovasküler ve metabolik hastalıklar, alkolizm, karaciğer fonksiyon bozuklukları, bazı ilaçların kullanımı, genetik yatkınlık, embriyogenez dönemindeki vasküler anomaliler, kötü ağız hijyeni, sigara kullanımı ve sağlıksız beslenme gibi çeşitli sistemik, genetik ve çevresel faktörlerin oral mukoza dokularını etkilemesi sonucunda da gelişebilir.(5)

Havyar dil genellikle asemptomatiktir ve çoğunlukla rutin ağız muayenelerinde tesadüfen saptanır. Klinik olarak, dilin ventral yüzeyinde düzensiz, mor-siyah renkli, nodüler ve bazen boncuk benzeri venöz yapılar gözlenir.(3) Palpasyonda bu varikoziteler sıkıştırılabilir yapıdadır. Kanama nadirdir, ancak travma sonucu olabilir. Kanama görülen vakalarda, portal hipertansiyon veya superior vena cava sendromu gibi artmış venöz basınçla ilişkili durumlar açısından ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır.(2)

Ayırıcı tanıda hemanjiyom, lenfanjiyom, Kaposi sarkomu, melanom, ranula ve maligniteler göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte, bu durumların çoğu ayrıntılı bir öykü ve kapsamlı klinik değerlendirme ile ayırt edilebilir.(6) Biyopsi sadece malignite şüphesi olan durumlarda endikedir. Histopatolojik olarak, havyar dil lezyonları inflamatuvar bulgu göstermeyen, genişlemiş ven yapıları içerir; bu da malign ve proliferatif vasküler lezyonlardan ayırıcı tanı açısından önemlidir.(3) Olgumuzda olduğu gibi asemptomatik ve klasik görünüme sahip vakalarda tedavi gerekmemektedir ancak nadir durumlarda kozmetik nedenlerle ya da travmaya bağlı semptomlar geliştiğinde skleroterapi, lazer ablasyon veya cerrahi eksizyon gibi müdahaleler uygulanabilir.(3)

Sonuç olarak, havyar dil yaşlanma sürecinin benign ve fizyolojik bir göstergesi olup, selim karakteri nedeniyle çoğu zaman müdahale gerektirmez ancak sistemik hastalıklarla olası ilişkileri göz önünde bulundurularak dikkatli bir klinik değerlendirme yapılmalı ve gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: geriatrik hasta, havyar dil, oral mukoza muayenesi, selim vasküler lezyon, sublingual varis

KAYNAKLAR: 1. Karki A, Manandhar V, Maharjan R, Maharjan A. Oral Mucosal Lesions in Patients Attending Dermatology Outpatient Department of a Tertiary Care Center: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA: Journal of the Nepal Medical Association. 2024; 62:387.

2. Viswanath V, Nair S, Chavan N, Torsekar R. Caviar tongue. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011; 77:78-9.



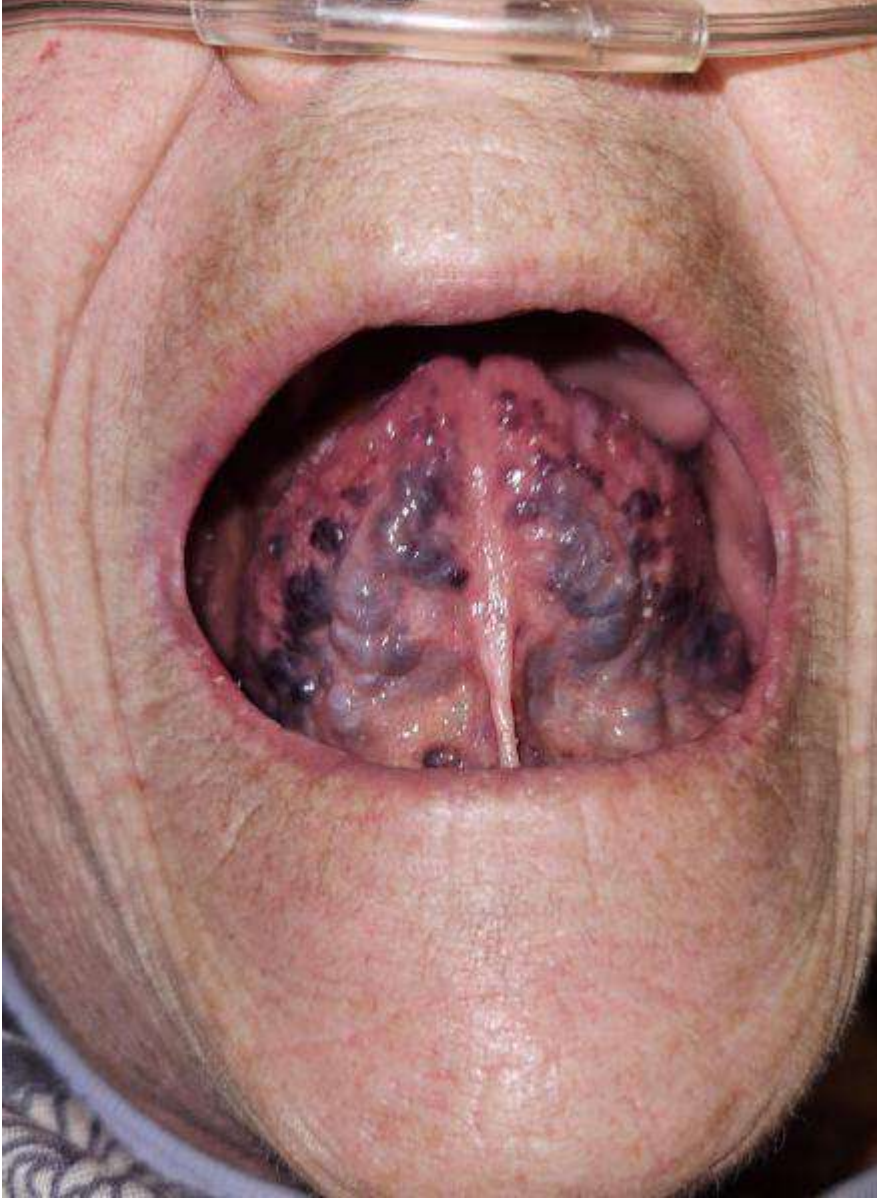
ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

3. Corrêa PH, Nunes LCC, Johann ACBR, Aguiar MCFd, Gomez RS, Mesquita RA. Prevalence of oral hemangioma, vascular malformation and varix in a Brazilian population. Brazilian oral research. 2007; 21:40-5.
 4. Bean WB. The caviar lesion under the tongue. Transactions of the American Clinical and Climatological Association. 1953; 64:40.
 5. Kapila YL. Oral health's inextricable connection to systemic health: Special populations bring to bear multimodal relationships and factors connecting periodontal disease to systemic diseases and conditions. Periodontology 2000. 2021; 87:11-6.
 6. Alaoui F, Souissi A, Jendoubi F, Mokni M. Caviar tongue: A lingual physiological variation. Presse Med. 2018; 47:925-6.
-

RESİM 1.



Dilin ventral yüzeyinin lateral bölgelerinde izlenen dilate ve kıvrımlı venöz yapılar.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-265][KABUL:POSTER]

HAİLEY-HAİLEY HASTALIĞININ BOTULİNUM TOKSİN-A İLE BAŞARILI TEDAVİSİ: İKİ OLGU SUNUMU

Selen Aydın, Asena Çiğdem Doğramacı, Selen Taner Akbay

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı,
Hatay

GİRİŞ-AMAÇ:

Hailey-Hailey hastalığı (familial benign pemphigus), özellikle intertriginöz bölgeleri tutan, tekrarlayıcı, ağrılı vezikül ve erozyonlarla seyreden otozomal dominant geçişli nadir bir genodermatozudur. Terleme, nem ve mekanik travma lezyonların şiddetini artırır. Topikal ve sistemik tedavilere dirençli olgularda alternatif tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Botulinum toksin-A'nın terlemeyi azaltarak maserasyon ve friksiyonu önlemesi yoluyla hastalıkta olumlu etkiler gösterebileceği düşünülmektedir.

OLGU:

Olgu 1:

21 yaşında kadın hasta, her iki aksilla, intermammarial ve inframammarial bölgede ağrılı, fissürlü, eritemli lezyonlar ile başvurdu. Hastanın hikâyesinde topikal ve sistemik kortikosteroid, kalsinörin inhibitörleri, oral doksisisiklin, sistemik retinoid ve siklosporin tedavilerinden fayda görmediği öğrenildi. Her iki aksillaya toplamda 100 ünite Botulinum toksin-A intradermal olarak uygulandı. Uygulamadan 2 hafta sonra lezyonlarda %80 oranında iyileşme gözlemlendi.

Olgu 2:

27 yaşında erkek hasta, yaklaşık 4 yıldır bilateral inguinal bölgede ağrılı, kötü kokulu akıntılarla seyreden fissür ve erozyonlar nedeniyle başvurdu. Öncesinde topikal antifungal, kortikosteroid, kalsinörin inhibitörleri ve oral doksisisiklin tedavilerinden fayda görmediği belirtildi. Her iki kasık bölgesine iki hafta arayla toplam 250 ünite Botulinum toksin-A uygulandı. Uygulama sonrası lezyonlarda tama yakın iyileşme sağlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Botulinum toksin-A, terlemeyi azaltarak Hailey-Hailey hastalığında tetikleyici faktörleri ortadan kaldırmakta ve hastalık kontrolünde etkili olmaktadır. Dirençli olgularda tamamlayıcı bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Ancak uzun vadeli sonuçları ve optimum dozaj/uygulama aralığı için daha geniş serilere ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Botulinum toksin-A, genodermatoz, Hailey-Hailey hastalığı, hiperhidroz

KAYNAKLAR: Zhang H, Tang K, Wang Y, Fang R, Sun Q. Botulinum toxin in treating Hailey-Hailey disease: A systematic review. J Cosmet Dermatol. 2021 Apr;20(4):1013–1018. doi:10.1111/jocd.13963

Kothapalli A, Caccetta T. Botulinum toxin type A for the first-line treatment of Hailey–Hailey disease. Australas J Dermatol. 2019 Feb;60(1):73–74. doi:10.1111/ajd.12852

Bagherani N, Smoller BR. The efficacy of botulinum toxin type A in the treatment of Hailey–Hailey disease. Dermatol Ther. 2016;29(4):278–280. doi:10.1111/dth.12346

Ho D, Jagdeo J. Successful botulinum toxin (onabotulinumtoxinA) treatment of Hailey-Hailey disease. J Clin Aesthet Dermatol. 2015 Jan;8(1):68–70.

OLGU 1



İnframammarian bölgede yaygın eritem, ağırlı fissürler ve sarı krutlar izlenmekte. Botulinum toksin tedavisi sonrasında hastanın lezyonlarındaki gerileme görülmekte.

OLGU 2



Bilateral inguinal bölgede ağırlı, kötü kokulu akıntılarla seyreden fissür ve erozyonlar izlenmekte. Botulinum toksin tedavisi sonrası lezyonlarda gerileme görülmekte.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-266][KABUL:POSTER]

AKCİĞER KANSERİNDE GÖZLENEN BİR PARANEOPLASTİK DERMATOZ: İŞKEMBE EL BULGUSU

Berke Köklüce¹, Sibel Demiral Sezer², Hamza Ekmel Nazlı², Meltem Türkmen¹

¹İzmir Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir

²İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

İşkembe el palmar bölgede deri çizgilerinin belirginleştiği, hiperkeratotik deri lezyonları ile karakterize paraneoplastik bir dermatozdur. Akantozis palmaris, pakidermatoglifi veya palmar hiperkeratoz olarak da adlandırılır. Vakaların %94'ü malignite ilişkilidir ve bu vakaların çoğunda akciğer ve mide kanserleri altta yatan malignitelerdir.

OLGU:

64 yaş erkek hasta, nefes darlığı ve demir eksikliği anemisi sebebiyle iç hastalıkları servisinde yatmakta idi. Hastanın öz geçmişinde kronik kalp yetmezliği, pulmoner tromboemboli, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kolonda yüksek dereceli displazi nedeniyle uygulanan hemikolektomi öyküsü mevcuttu. Soy geçmişinde bir özellik bulunmamakta idi. Kaşıntı şikâyeti sebebiyle kliniğimize konsülte edilen hastanın dermatolojik bakışında saçlı deride aktinik keratoz ile uyumlu lezyonlar, vücutta yaygın kserosis ve palmar alanlarda işkembe el ile uyumlu hiperkeratotik deri çizgilerin belirginleştiği kadifemsi lezyonlar tespit edildi. Kaşıntı nedeni ile skabiyes açısından değerlendirilen hastanın hem klinik hem dermoskopik bulguları skabiyes ile uyumlu saptanmadı. Hastanın plantar bölgesinde de herhangi bir patoloji gözlenmedi. Hasta ve yakınları palmar bölgede bulunan lezyonların ne zaman ortaya çıktığını bilmiyordu. Hem derin anemisi hem de paraneoplastik deri bulgusu olan işkembe el nedeni ile malignite taraması yapılan hastanın akciğer grafisi ve ardından yapılan yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisinde mediastende ve her iki hilusta konglomerasyon gösteren multiple lenfadenopatiler saptandı. Bulgular radyolojik olarak akciğer karsinomu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Eşlik eden ek komorbiditeler nedeniyle girişimsel biyopsi işlemi yapılamadı. Hasta göğüs hastalıkları tarafından yakın takibe alındı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

İşkembe el (tripe palm), nadir görülen paraneoplastik bir dermatozdur. Genellikle orta yaşlı erkek hastalarda ortaya çıkar. Tanı klinik olarak konulur. İzole tripe palm olgularında en sık görülen malignite akciğer karsinomudur. Daha nadir olarak over adenokarsinomu, pankreas adenokarsinomu, renal hücreli karsinom, mesane kanseri, uterus ve kolon maligniteleri ile melanom gibi çeşitli diğer malignitelerle de birliktelik gösterilmiştir. Tedavi, primer malignitenin yönetimine bağlı olup, dermatolojik lezyonlar altta yatan malignitenin seyri ile paralel bir iyileşme ya da kötüleşme gösterebilir.

ANAHTAR KELİMELER: İşkembe el, paraneoplastik dermatoz, tripe palm

KAYNAKLAR: 1. Schadt CR. The cutaneous manifestations of gastrointestinal malignancy. Semin Oncol. 2016;43(3):341-346. doi:10.1053/j.seminoncol.2016.02.028

2. Costa MC, Martinez NS, Belicha MG, Leal F. Acanthosis nigricans and "tripe palm" as paraneoplastic manifestations of metastatic tumor. An Bras Dermatol. 2012;87(3):498-500. doi:10.1590/s0365-05962012000300030

3. Barman B, Devi LP, Thakur BK, Raphael V. Tripe Palms and Acanthosis Nigricans: A Clue for Diagnosis of Advanced Pancreatic Adenocarcinoma. Indian Dermatol Online J. 2019;10(4):453-455. doi:10.4103/idoj.IDOJ_427_18

4. Chosidow O, Bécherel PA, Piette JC, Arock M, Debré P, Francès C. Tripe palms associated with systemic mastocytosis: the role of transforming growth factor- α and efficacy of interferon- α . Br J Dermatol. 1998;138(4):698-703. doi:10.1046/j.1365-2133.1998.02190.x

5. Lawrence N, Rietschel RL, Butcher RB 2nd. A palmar dermatosis linked to occult carcinoma of the upper thorax, head and neck: Bazex's syndrome and tripe palm. Laryngoscope. 1990;100(12):1323-1325. doi:10.1288/00005537-199012000-00015

6. Chen WT, Chu CH. Tripe palm: a paraneoplastic manifestation of gastric cancer. CMAJ. 2019;191(13):E366. doi:10.1503/cmaj.181104

7. Chakraborty PP, Datta S, Mandal SK, Kumar M. Tripe palm: a cutaneous manifestation of gastric carcinoma. BMJ Case Rep. 2014;2014:bcr2014206004. Published 2014 Oct 16. doi:10.1136/bcr-2014-206004

8. Didona D, Rallo A, Carugno A, Paolino G. Paraneoplastic Dermatoses: A Clue for Underlying Malignancies. J Clin Med. 2025;14(3):1014. Published 2025 Feb 5. doi:10.3390/jcm14031014

9. Wang N, Yu PJ, Liu ZL, Zhu SM, Zhang CW. Malignant acanthosis nigricans with Leser-Trélat sign and tripe palms: A case report. World J Clin Cases. 2020;8(22):5632-5638. doi:10.12998/wjcc.v8.i22.5632

10. Chapireau D, Adlam D, Cameron M, Thompson M. Paraneoplastic syndromes in patients



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- with primary oral cancers: a systematic review. Br J Oral Maxillofac Surg. 2010;48(5):338-344. doi:10.1016/j.bjoms.2009.08.025
11. Cohen PR, Grossman ME, Almeida L, Kurzrock R. Tripe palms and malignancy. J Clin Oncol. 1989;7(5):669-678. doi:10.1200/JCO.1989.7.5.669
12. Danesh MJ, Saylor DK, Leard LE, North JP, Fox LP. Acquired acanthosis nigricans with tripe palms in a patient with interstitial lung disease. JAAD Case Rep. 2016;2(1):59-62. Published 2016 Feb 3. doi:10.1016/j.jdc.2015.11.008
13. Silva JA, Mesquita Kde C, Igreja AC, et al. Paraneoplastic cutaneous manifestations: concepts and updates. An Bras Dermatol. 2013;88(1):9-22. doi:10.1590/s0365-05962013000100001
14. Thiers BH, Sahn RE, Callen JP. Cutaneous manifestations of internal malignancy. CA Cancer J Clin. 2009;59(2):73-98. doi:10.3322/caac.20005
-

RESİM1



Resim 1. İşkembe elde görülen kadifemsi hiperkeratotik lezyonlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-267][KABUL:POSTER]

YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETMEZLİK HASTASINDA PYODERMA GANGRENOSUM BENZERİ ÜLSER OLGUSU

Berk Akyazı, Yasin Yıldız, Burak Yıldız, Harbiye Dilek Canat, İbrahim Halil Yavuz, Göknur
Özaydın Yavuz, Zafer Türkoğlu

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Yaygın değişken immün yetmezlik (YDİY), yetişkinlerde en sık görülen primer immün yetmezliklerden olup, hipogammaglobulinemi ve sık enfeksiyonlarla karakterizedir. Ön planda solunum yolu enfeksiyonları görülmekte olup diğer bakteriyel enfeksiyonlar, otoimmün bozukluklar ve artmış malignite riski de eşlik edebilmektedir. (1) Pyoderma gangrenosum (PG), etyolojisi bilinmeyen, nötrofilik, ülseratif bir cilt hastalığıdır. Pek çok klinik formda görülebilmekte olup çeşitli hastalıkları klinik olarak taklit edebilmektedir. (2) YDİY tanılı hastada sunulan ülser olgusu ile, bu hastalarda ortaya çıkan cilt lezyonlarında PG'nin ayırıcı tanıda düşünülmesi ve tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

OLGU:

40 yaşında erkek hasta, kliniğimize sağ bacakta 6 aydır olan ülserle yara nedeniyle başvurdu. Bilinen YDİY tanılı olan hasta, dış merkezden takipli olup, ayda 40g subkutan immunoglobulin (İG) tedavisi almaktaydı. Muayenesinde sağ bacak alt 1/3 medialinde, yaklaşık 8x6 cm boyutunda, kenarları eleve, ortası ülserle lezyon mevcuttu. (Resim 1) Ülsere lezyondan PG ve staz ülseri ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Hastaya topikal antibiyotik ve epitelize krem başlandı. Alt ekstremiteler venöz doppler ultrasonografide bilateral venöz yetersizlik bulguları izlendi ve kalsiyum dobesilat tedavisi başlandı. Yara sürüntü kültüründe psödomonas üremesi olan hastanın servise yatışı yapılarak sistemik antibiyoterapi, PG ön tanısına yönelik sistemik kortikosteroid ve 2x0.5mg kolşisin tedavisi başlandı, ancak lenfopeni gelişmesi üzerine kortikosteroid tedavisi kesildi. Biyopsi sonucu venöz ülser ile uyumlu gelen hastanın kalsiyum dobesilat, yara bakımı ve kolşisin tedavisi ile gerilememesi, kliniğinin PG ile uyumlu olması nedeniyle yüksek doz İVİG tedavisi başlanması planlandı. İmmunoloji görüşü



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

de alınarak halihazırda ayda 40g dozundan kullandığı subkutan İG yerine, 2g/kg dozundan 5 güne bölünmüş şekilde İViG verildi. 4 hafta sonrasında hastaya tekrar aynı doz İViG tedavisi uygulandı. Tedaviye hızlı yanıt veren lezyonun, 2. ay kontrolünde tamamen epitelize olduğu görüldü. (Resim 2) Kliniğimizde takibi devam eden hastaya YDİY dozundan aylık subkutan İG tedavisi uygulanmaktadır.

SONUÇ:

Pyoderma gangrenozumun(PG) altında yatan hastalıklar arasında en sık yer alanlar inflamatuvar bağırsak hastalıkları (özellikle Crohn hastalığı), karaciğer hastalıkları (HCV, otoimmün hepatit), romatizmal ve hematolojik hastalıklardır (monoklonal gamopatler, lösemiler). İmmün yetmezlikle ilişkili vakalar literatürde nispeten nadiren tanımlanmıştır. (1) YDİY ve PG birlikteliği ile ilgili yapılan genetik testler sonucu farklı NFkB1 gen mutasyonları bildirilmiştir.(3) Vakamızda genetik değerlendirme yapılamamıştır. Literatürde bildirilen YDİY ve PG vakalarında tedavi seçenekleri; sistemik steroidler, siklosporin, İViG, etanersepttir. (2) Vakamızda 2 kür olarak uygulanan 2 gr/kg/ay İViG tedavisiyle dramatik yanıt elde edilmiştir.

Pyoderma gangrenosum, çok sayıda formuyla pek çok lezyonu taklit edebildiğinden, YDİY hastalarında gelişen ülser lezyonların ayırıcı tanıları arasında bulunmalıdır. Bu çalışmada sunulan olgu, lezyonun klinik olarak uyumlu olması sonucu, ilgili branşlar ile işbirliği içerisinde erken başlanan tedavinin, hastalığın süresi ve prognozu üzerine olan olumlu etkisini göstermesi açısından önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELE: intravenöz immünglobulin, pyoderma gangrenosum, ülser, yaygın değişken immün yetmezlik

KAYNAKLAR: 1. Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L. Pyodermagangrenosum in a patient with common variable primaryimmunodeficiency. Postepy Dermatol Alergol. 2013 Jun;30(3):188-91

2. Simsek O, Uluhan K, Orhan A, Kırıs T, Kocael A, KocaelP. Pyoderma gangrenosum with common variable immunodeficiency. Wounds. 2015 May;27(5):129-33.

3. Sun Q, Gehlhausen JR, Freudzon M, Kibbi N, Bale A, Choate K, et al. A novel NFkB1 mutation linking pyoderma gangrenosum and common variable immunodeficiency. JAAD Case Rep. 2021 Oct29;18:61-63.

RESİM 1



Hastanın ilk başvurusunda sağ bacadaki üzeri nekrotik krutlu ülser

RESİM 2



İki doz IVIG tedavisi sonrası iyileşen ülser



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-268][KABUL:POSTER]

**PSORİASİS VULGARİS HASTALARINDA ZOR ALAN YÖNETİMİNDE SİSTEMİK TEDAVİLERİN
RETROSPEKTİF KARŞILAŞTIRILMASI**

Faysal Keskin, Arzu Ferhatosmanoğlu, Leyla Baykal Selçuk, İbrahim Etem Arıca, Deniz Aksu Arıca

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Trabzon

AMAÇ:

Psoriasis, %2-3 sıklıkta görülen, kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır (1). Tırnak, palmoplantar bölge, saçlı deri ve genital bölge gibi zor alanlardaki psoriatik tutulum, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada, zor alan tutulumu olan psoriasis vulgarisli hastalarda metotreksat tedavisi ile biyolojik tedavilerin yanıt oranları karşılaştırılmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya, 01.10.2023–31.10.2024 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğine başvuran, zor alan tutulumu olup metotreksat ya da biyolojik tedavi almakta olan 267 hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların aldıkları sistemik tedaviler (metotreksat, sekukinumab, iksekizumab, risankizumab ve guselkumab) ve 0., 4., 12. ve 24. haftadaki Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI), Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKi), Tırnak Psoriasis Şiddet İndeksi (NAPSi), palmoplantar, genital ve saçlı deri tutulumu için Doktorun Global Değerlendirmesi (DGD) skorları retrospektif olarak kaydedildi.

BULGULAR:

Çalışmaya 141'i (%52.8) erkek, 126'sı (%47.2) kadın 267 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 40.8 ± 14 (9-85 yaş) idi. Hastalık başlangıç yaşı ortalama 28.9 ± 15.9 yıl, hastalık süresi ise 145 ± 131.7 aydı. En sık görülen zor alan tutulumları; skalp tutulumu: 205(%76.8), tırnak tutulumu: 136(%50.9), genital tutulum 104:(%39.0) ve palmoplantar tutulum: 93(%34.8) idi. Hastaların mevcut kullandıkları tedavileri: metotreksat: 89(%33.3), sekukinumab: 78(%29.2), iksekizumab: 43(%16.1), risankizumab: 37(%13.9) ve guselkumab: 20(%7.5) idi. PASİ90 ve PASİ 100 yanıtları açısından 4. haftada sekukinumab ve iksekizumab, 12. ve 24. haftada sekukinumab, iksekizumab ve risankizumab tedavileri alanlarda, metotreksat tedavisi alanlara göre istatistiksel anlamlı derecede daha yüksek PASİ90 ve PASİ100 yanıtları izlendi (tüm p değerleri<0.05).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

NAPSI50 yanıtları açısından 4. ve 12. haftada, tedavi grupları arasında fark izlenmezken; 24. haftada sekukinumab ve iksekizumab tedavisi alanlarda metotreksat tedavisi alanlara kıyasla istatistiksel anlamlı derecede daha yüksek NAPSI50 yanıtları izlendi (tüm p değerleri<0.05). Skalp DGD 0/1 yanıtları açısından 4. haftada sekukinumab, iksekizumab ve risankizumab tedavisi, 12. ve 24. Haftada sekukinumab tedavisi alanlarda metotreksat tedavisi alanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek skalp DGD 0/1 yanıtları izlendi (tüm p değerleri<0.05).

Genital DGD 0/1 yanıtları açısından 4. Haftada sekukinumab tedavisi alanlarda, metotreksat tedavisi alanlara kıyasla istatistiksel anlamlı derecede daha yüksek Genital DGD 0/1 yanıtları izlenirken; 12. ve 24. haftada metotreksat ve diğer tedaviler arasında fark izlenmedi (tüm p değerleri<0.05).

Palmoplantar DGD 0/1 yanıtlarına bakıldığında 4. Haftada sekukinumab tedavisi alanlar, metotreksat tedavisi alanlara kıyasla istatistiksel anlamlı derecede daha yüksek palmoplantar DGD 0/1 oranına sahip iken; 12. Ve 24. Haftada gruplar arasında fark izlenmedi (tüm p değerleri<0.05).

DYKİ 0/1 yanıtları karşılaştırıldığında ise 4. Haftada sekukinumab ve iksekizumab tedavisi alanlar, 12. Haftada sekukinumab, iksekizumab ve risankizumab tedavisi alanlar, 24. Haftada ise risankizumab tedavisi alanlar, metotreksat tedavisi alanlara kıyasla istatistiksel anlamlı derecede daha yüksek DYKİ 0/1 oranına sahipti (tüm p değerleri<0.05).

SONUÇ:

Zor alan tutulumu olan psoriasis vulgarisli hastalarda, biyolojik tedaviler metotreksata kıyasla hem klinik yanıt hem de yaşam kalitesinde iyileşme açısından daha üstün sonuçlar göstermiştir.

ANAHTAR KELİMELEER: nail, psoriasis vulgaris, scalp

KAYNAKLAR: 1. Damiani G, Bragazzi NL, Karimkhani Aksut C, Wu D, Alicandro G, McGonagle D, Guo C, Dellavalle R, Grada A, Wong P, La Vecchia C, Tam LS, Cooper KD, Naghavi M. The Global, Regional, and National Burden of Psoriasis: Results and Insights From the Global Burden of Disease 2019 Study. Front Med (Lausanne). 2021 Dec 16;8:743180. doi: 10.3389/fmed.2021.743180. PMID: 34977058; PMCID: PMC8716585.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-270][KABUL:POSTER]

ÜRTİKERYAL VASKÜLİT HASTALARINDA OMALİZUMAB CEVABI

Melek Aslan Kayıran¹, Kübra Akdemir¹, Bengü Çobanoğlu Şimşek², Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

AMAÇ:

Ürtikeryal vaskülit (ÜV), derinin küçük damarlarını tutan, eritemli kabarık plak ve papüllerin eşlik ettiği immunkompleks aracılı bir vaskülit tablosudur. Hastalığı kronik spontan ürtikerden (KSÜ) ayıran özellikler; lezyonların 24 saatten uzun sürmesi, iyileşirken hiperpigmentasyon bırakmaları ve semptom olarak kaşıntıdan ziyade yanma veya batma hissi olmasıdır. Sadece deriyi tutan bir tablo olabileceği gibi çoklu organ tutulumu ile hayatı tehdit edebilecek bir durum arasında farklı kliniklere neden olabilir. Tanı için sıklıkla histopatolojik inceleme gerekir. Ürtikeryal vaskülit, serum kompleman seviyelerine göre sıklıkla daha ağır seyreden ve çoklu organ tutulumu yapabilen hipokomplementemik veya daha selim olan normokomplementemik ÜV olarak iki formda sınıflandırılır. Her iki formda ateş, halsizlik, göğüs, karın ve eklem ağrıları gibi sistemik semptomlar görülebilir. Tedavisinde hafif şiddetteki vakalarda genellikle oral antihistaminikler orta-ağır şiddetli veya sistemik tutulumu olan vakalarda sistemik kortikosteroidler, kolşisin, dapson veya hidroksiklorokin yer almaktadır. Omalizumab, IgE'yi hedefleyen humanize bir monoklonal antikordur ve KSÜ hastalarında hastalık şiddetini ve ek ilaç kullanımını azaltabildiği bilinmektedir. Son zamanlarda omalizumab ile tedavi edilen ÜV vakalarında olumlu ve hızlı sonuçlar bildirilmiştir. Bu çalışmada ÜV hastalarında omalizumab kullanımının sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma için etik kurul onayı alındıktan sonra 01.01.2020-01.08.2024 tarihleri arasında polikliniğimizce klinik ve histopatolojik olarak ÜV tanısı alan ve tedavide omalizumab kullanan hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalık süreleri, önceden kullandıkları tedaviler, omalizumab kullanım süre ve dozları, tedaviye cevapları, son haftaki ürtiker aktivite skorları (UAS7) ile tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar verileri dosyalarından bulunarak not edildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Çalışmaya 19 hasta dahil edildi. On iki hastada en az bir alerjik hastalık, iki hastada otoimmün hastalık, yedi hastada sistemik hastalık eşlik etmekteydi. Yedi hastaya daha önce KSÜ tanısı konmuş, dördü omalizumab kullanmış, ikisinde yanıt alınamamıştı. Lezyon süresi 8-48 ay arasında değişmekteydi. On yedi hastada histopatoloji ve klinik uyumlu ÜV saptanırken, iki hastada klinik bulgularla ÜV düşünüldü. DİF incelemede 12 hastada damar duvarlarında fibrinojen birikimi tespit edildi. Omalizumab dozları, öncesinde kullanılan tedaviler, kompleman düzeyleri, UAS7 ve tedavi öncesi ve sonrasında C reaktif protein(CRP), sedimentasyon ve total IgE değerleri Tablo 1’de özetlenmiştir. Omalizumab öncesi tüm hastalar antihistaminik, 11 hasta sistemik kortikosteroid, 3 hasta kolşisin kullanmıştı. Hastaların total IgE düzeyleri 7,9-4298 IU/mL(ort.400,6-511,1 IU/ml) arasında değişmekteydi. Bir hastada hipokomplementemi saptandı, dört hastada şikayetlerin başlangıcında enfeksiyon öyküsü vardı. Bir hastada takiplerinde tüberküloz saptanması nedeniyle omalizumab kesilerek oral bilastin tedavisine geçildi. Tüm hastalarda omalizumab tedavisi sonrası UAS7 skorlarında belirgin azalma izlendi, üç hastaya ek olarak kolşisin başlandı. Semptomlara dört hastada ateş, üçünde karın ağrısı, altısında eklem ağrısı, birinde bulantı-kusma, üçünde halsizlik eşlik etmekteydi.

SONUÇ:

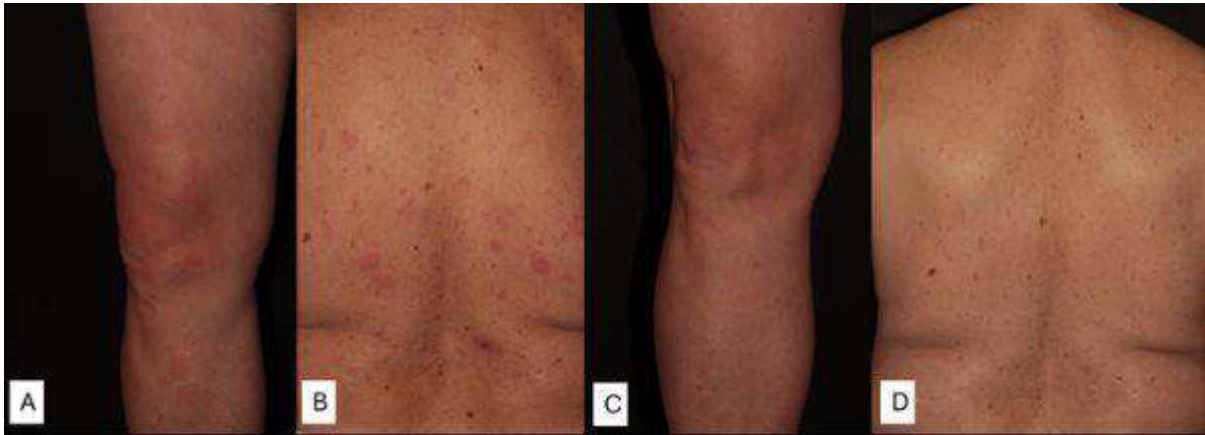
Ürtikeryal vaskülit, hızlı ve etkin tedavi gerektiren bir hastalıktır. Sistemik kortikosteroidler hastalığın tedavisinde sıklıkla başarılı olsa da yan etkileri problem yaratmaktadır. Bu amaçla azatiyoprin, siklofosfamid, kolşisin, dapson veya siklosporin gibi ilaçlar tedaviye eklenebilir. Ancak bu tedavilerin yan etkileri veya düşük etkinliği nedeniyle kortikosteroid dozunun artırılması, yeniden başlanması ve bu ilaçların kesilmesi gerekebilir. Terapötik yaklaşım, randomize kontrollü çalışmaların ve onaylanmış tedavi şemalarının eksikliği nedeniyle zordur. Omalizumab, KSÜ tedavisinde uzun yıllardır başarı ile kullanılmaktadır. Son yıllarda ÜV olgularında da kullanımı ile ilişkili başarılı birkaç vaka sunumu bildirilmiştir. Çalışmamız ÜV olgularında omalizumab kullanımının sonuçlarını gösteren bir çalışma olması nedeniyle sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: IgE antikor, omalizumab, ürtikeryal vaskülit

KAYNAKLAR: 1. Davis, M.D.P. and J.C.H. van der Hilst, Mimickers of Urticaria: Urticarial Vasculitis and Autoinflammatory Diseases. J Allergy Clin Immunol Pract, 2018. 6(4): p. 1162-1170.

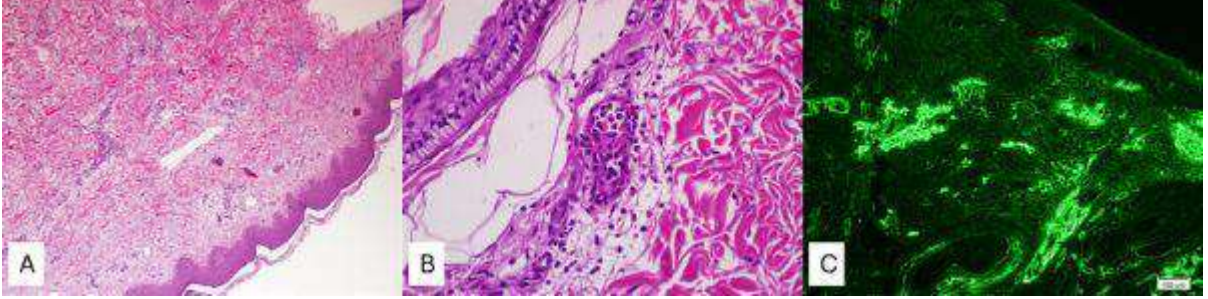
2. Wisnieski, J.J., Urticarial vasculitis. Curr Opin Rheumatol, 2000. 12(1): p. 24-31.
3. Venzor, J., W.L. Lee, and D.P. Huston, Urticarial vasculitis. Clin Rev Allergy Immunol, 2002. 23(2): p. 201-16.
4. Dincy, C.V., et al., Clinicopathologic profile of normocomplementemic and hypocomplementemic urticarial vasculitis: a study from South India. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2008. 22(7): p. 789-94.
5. Kulthanan, K., M. Cheepsomsong, and S. Jiamton, Urticarial vasculitis: etiologies and clinical course. Asian Pac J Allergy Immunol, 2009. 27(2-3): p. 95-102.
6. Buck, A., J. Christensen, and M. McCarty, Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome: a case report and literature review. J Clin Aesthet Dermatol, 2012. 5(1): p. 36-46.
7. de Brito, M., et al., Normocomplementaemic urticarial vasculitis: effective treatment with omalizumab. Clin Transl Allergy, 2018. 8: p. 37.
8. Berg, R.E., G.R. Kantor, and W.F. Bergfeld, Urticarial vasculitis. Int J Dermatol, 1988. 27(7): p. 468-72.
9. Maurer, M., et al., Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. N Engl J Med, 2013. 368(10): p. 924-35.

RESİM 1



64 yaşındaki erkek hastanın bacağında ve sırtında bulunan eritemli, ödemli papül ve plak lezyonlar. (A-B) Hastanın Omalizumab tedavisi sonrası takibinde lezyonlarında tam iyileşme görüldü. (C-D)

RESİM 2



Histopatolojik incelemede dermisteki damar duvarlarının içinde ve çevresinde eozinofillerin de eşlik ettiği inflamatuvar hücre infiltrasyonu saptanmıştır. Ayrıca bazı alanlarda ödem izlenmiştir (Resim 2A, H&E, x100; Resim 2B, x400). Direkt immünfloresan (DIF) incelemede fibrinojen pozitifliği gösterilmiştir (Resim 2C).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-272][KABUL:POSTER]

MİKROBLADING SONRASI GELİŞEN SKAR SARKOİDOZU: NADİR BİR OLGU

Muhammed Mücahit Özdemir, Ömer Kutlu, Atiye Akbayrak

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Tokat

GİRİŞ-AMAÇ:

Sarkoidoz; deri, akciğer, gözler gibi multiorgan tutulumu ile seyreden, dokularda kazeifiye olmayan granülomların varlığıyla karakterize granümatöz bir hastalıktır. Sarkoidozda cilt tutulumu, hastaların yaklaşık %25'inde görülür(1). Sarkoidozla ilişkili deri lezyonları hastalığa özgü olabileceği gibi hastalığa eşlik eden farklı deri lezyonları şeklinde de olabilir. Sarkoidoz ile ilişkili primer deri lezyonları arasında infiltrate lupus pernio (LP), sarkoidal plaklar, deri altı nodülleri ve skar izleri yer alır(2). Bu olgumuzda mikroblading sonrası lezyonları gelişen nadir bir sarkoidoz olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

Kırk bir yaşında kadın hasta, Friedreich ataksi tanısıyla nörolojide takipli olup tarafımıza kaşlarda gelişen eritemli-turuncu renkte plak ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde lezyon yerinde 2 yıl önce mikroblading yapım öyküsü vardı. Son bir yılda bilateral, mikroblading zemininde gelişen, lateralde kaş hattı boyunca uzanan iki adet lezyon izlendi (Resim 1 ve Resim2). Yapılan dermatoskopik incelemede; turuncu renkte klodlar görüldü.(Resim 3) Hastanın harici bir travma öyküsü yoktu, bilinen Friedreich ataksi ve 2011 yılında geçirilen eritema nodozum tanısı mevcuttu. Lezyondan yapılan histopatolojik incelemede; dermal granülatöz inflamasyon bulguları, küçük boyutlu, uniform, non-kazeifiye görünüm saptandı (Resim 4). Bu klinik ve histopatolojik bulgularla hastada skar sarkoidozu düşünüldü. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde 24 saatlik idrarda kalsiyum düzeyi (24.5 mg/dl) ve serum ACE (87,12 U/L) düzeyleri yüksek saptandı. Yapılan bilgisayarlı tomografi incelemesinde; toraksta, paratrakeal alanda, bilateral hiler bölgede ve prevasküler alanda, subkarinal bölgede, sağ hiler bölgede büyüklüğü yaklaşık 36x27 mm boyutlarında olan multipl lenf nodu ve lenfadenopatiler görüldü. Sol akciğer üst ve alt lob segmentlerde solid nodüller saptandı. Bu bulgularla hastada sarkoidoz ilişkili pulmoner tutulum düşünüldü.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Skar sarkoidozu; cerrahi skarlar üzerinde, dövme sonrası, herpes zoster ya da yanık skarı, enjeksiyon bölgelerinde gelişebilmektedir. Eski yaraların infiltrasyonu ya da bu bölgelerde yeni gelişen küçük kırmızı-kahverengi nodüller şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Genetik olarak yatkınlığı olan bireylerde, sarkoidozda aktive olmuş T hücre aracılı immün yanıtın travma ile ilişkili olarak dokuyu persiste eden yabancı cisme karşı yönelmesi sonucu skar sarkoidozunun gelişebildiği ya da paterji reaksiyonunun özel bir formu olabileceği bildirilmiştir (3). Skar sarkoidozu ile sistemik hastalık aktivitesi arasında paralellik olduğu düşünülmektedir. Nitekim bu olgumuzda da skar sarkoidozu altta yatan sistemik sarkoidozu göstermekteydi. Pulmoner parankimal tutulum, skar sarkoidozu olan olgularda eritema nodozum lezyonlarının eşlik ettiği sarkoidozlu olgulara göre daha sık saptanmıştır (4). Bu yüzden skar sarkoidoz tanısı alan hastalarda sistemik tutulum bulguları ayrıntılı bir şekilde sorgulanmalı ve araştırılmalıdır. Hastamızda; akciğer parankim tutulumu mevcut olup göz, kardiyak, tiroid, nörolojik tutulum yoktu. Sarkoidozda granülom yapısındaki makrofajlarda üretilen kalsitriol ile ilişkili olarak olguların %10'unda hiperkalsemi, %30'unda hiperkalsiüri görülür (5). Bizim olgumuzda ise hiperkalsemi izlenmemekte ancak hiperkalsiüri gözlenmekteydi. ACE düzeyleri sarkoidozlu olguların %40-90'nında yüksek saptanmaktadır. Sarkoidozda serum ACE düzeyleri total vücut granülom miktarını yansıtmaktadır (3). Bu olguda ACE değerimiz 87,12 olarak normal sınırın üstünde izlendi. Sonuç olarak skar sarkoidozu düşünülen olgularda sistemik tutulum da akla gelmeli ve gerekli incelemeler yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Skar, sarkoidoz, akciğer

KAYNAKLAR: 1. Steven Prystowsky, MD Miguel Sanchez, MD Section Jeffrey Callen, MD, FACP, FAAD Abena O Ofori, MD All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Jul 2024. This topic last updated: Dec 04, 2023.

2. Halil Yanardağ, Ömer Nuri Pamuk, Tuncer Karayel, Cutaneous involvement in sarcoidosis: analysis of the features in 170 patients, Respiratory Medicine, Volume 97, Issue 8, 2003, Pages 978-982, ISSN 0954-6111,

3. Türk, B. G., Özkapu, T., Türkmen, M., Kazandı, A., & Ceylan, C. (2013). Skar sarkoidozu. Türkderm - Türk Dermatoloji ve Veneroloji Arşivi, 47(1), 66-68.

4. Yanardag H, Pamuk ON, Karayel T. Cutaneous involvement in sarcoidosis: analysis of the features in 170 patients. Respir Med.2003;97:978-982. [PubMed] [Google Scholar]

5. Wolff K, Johnson RA, Suurmond D: Sarcoidosis. Fitzpatrick's Dermatology in General

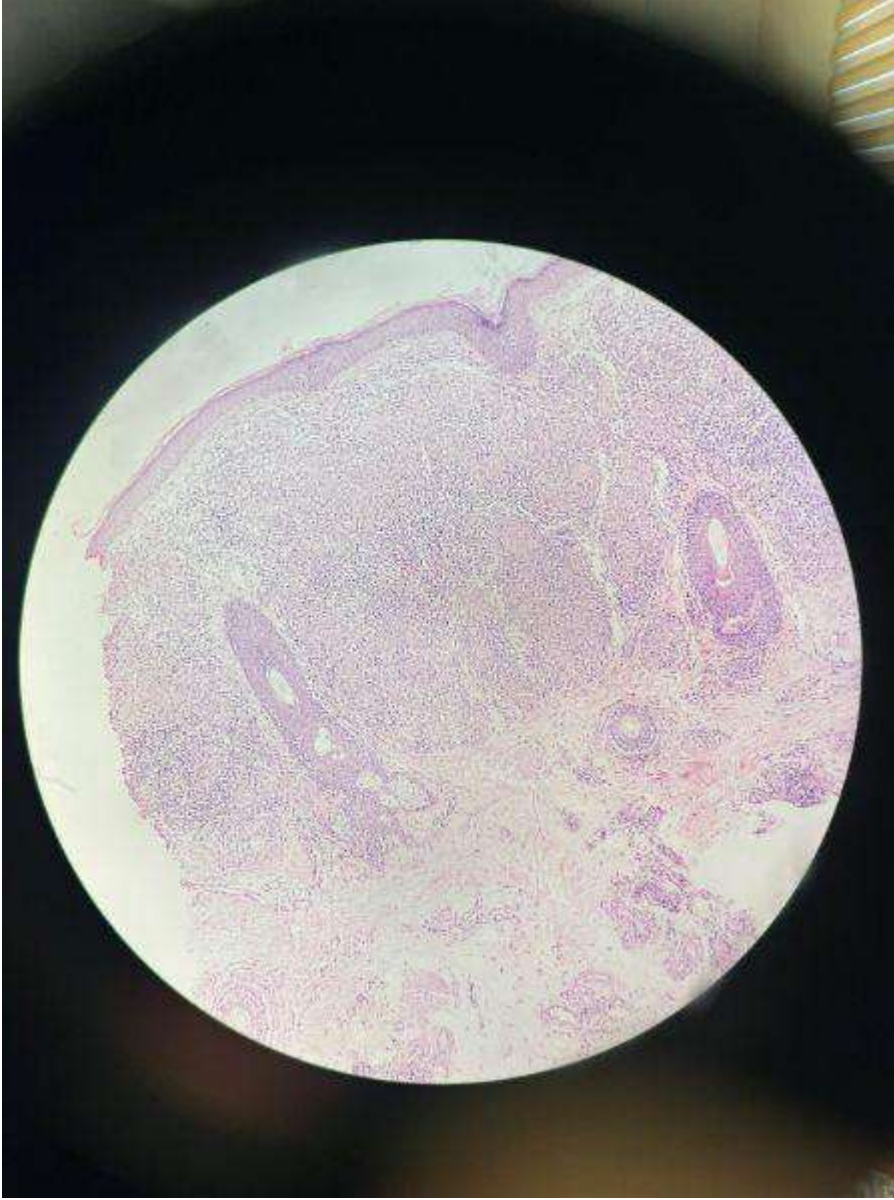
Medicine. Eds. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al: 6. Baskı. New York, McGraw-Hill, 2003;205-18

RESİM 1



Bir adet alında, iki adet her iki kaş lateralinde eritemli-turuncu renkte plak izlendi.

RESİM 4



Histopatolojik incelemede; dermal granülamatöz inflamasyon bulguları, küçük boyutlu, uniform, non-kazeifiye görünüm



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-273][KABUL:POSTER]

ARTAN TRICHOPHYTON INDOTİNEAE VAKALARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Neslihan Akdoğan¹, Sevtap Arıkan Akdağlı², Dolunay Gülmez Kıvanç², Meliha Çağla Sönmezer³, Mustafa Kamer Kaymak¹, Cemre Boşnak³

¹Hacettepe Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı Sıhhiye/Altındağ/ Ankara

²Hacettepe Üniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı Sıhhiye/Altındağ/ Ankara

³Hacettepe Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Sıhhiye/Altındağ/ Ankara

AMAÇ:

Hastanemize başvuran ve etyolojisinde Trichophyton Indotinea olduğu mikolojik olarak doğrulanmış tinea hastalarında bu hastaların tanı alma, ayırıcı tanı, mikolojik tanımlama ve tedavi süreçleri açısından literatüre katkıda bulunmaktır.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif kohort çalışma, Ocak 2024 ile Kasım 2024 arasında Türkiye'de Trichophyton indotinea ile enfekte olan 13 hastayı kapsamaktadır. Hastaların demografik bilgileri, klinik özellikleri, tedavi öyküleri ve sonuçları incelenmiştir. Mikrobiyolojik tanı için deri kazıntıları kültür ortamlarında üretilmiş ve MALDI-TOF MS ile tanımlanmıştır. ITS ve LSU bölgelerinin sekanslanmasıyla tür teyit edilmiştir. Antifungal duyarlılık testleri agar tarama ve EUCAST mikroseyreltme yöntemleriyle gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR:

13 hastanın yaş ortalaması $40,3 \pm 13,8$ olup, 6'sı kadın, 7'si erkekti. Hastaların çoğunda şiddetli kaşıntılı, yaygın plaklar görüldü. 9 hasta oral terbinafin tedavisine yanıt vermemişti. Tedavi sonucunda 12 hasta tam iyileşme sağlarken, 1 hastada kısmi iyileşme görüldü. En etkili tedavi vorikonazol idi. MIC değerleri ile klinik yanıt arasında tam korelasyon olmadığı gözlemlendi.

SONUÇ:

T. indotinea, geleneksel tedavilere dirençli, yaygın ve inflamatuvar lezyonlara neden olan önemli bir patojendir. Tedavi seçiminde antifungal duyarlılık testleri ve moleküler tanı yöntemleri kritik öneme sahiptir. Vorikonazol ve flukonazol, bu seride etkili bulunan



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

alternatiflerdir. Hekimlerin bu enfeksiyona karşı farkındalığının artırılması ve direnç mekanizmalarının araştırılması gereklidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Trichophyton Indotinea, Terbinafine Resistance, Voriconazole

KAYNAKLAR: 1. Gupta AK, Venkataraman M, Hall DC, Cooper EA, Summerbell RC. The emergence of Trichophyton indotinea: Implications for clinical practice. *Int J Dermatol.* 2023;62(7):857-61.

2. Gupta AK, Polla Ravi S, Wang T, Cooper EA, Lincoln SA, Foreman HC, et al. Antifungal Resistance, Susceptibility Testing and Treatment of Recalcitrant Dermatophytosis Caused by Trichophyton indotinea: A North American Perspective on Management. *Am J Clin Dermatol.* 2023;24(6):927-38.

3. Khurana A, Sharath S, Sardana K, Chowdhary A. Clinico-mycological and therapeutic updates on cutaneous dermatophytic infections in the era of Trichophyton indotinea. *J Am Acad Dermatol.* 2024;91(2):315-23.

4. Durdu M, Kandemir H, Karakoyun AS, Ilkit M, Tang C, de Hoog S. First Terbinafine-Resistant Trichophyton indotinea Isolates with Phe(397)Leu and/or Thr(414)His Mutations in Turkey. *Mycopathologia.* 2023;188(1):2.

5. Stielow JB, Lévesque CA, Seifert KA, Meyer W, Iriny L, Smits D, et al. One fungus, which genes? Development and assessment of universal primers for potential secondary fungal DNA barcodes. *Persoonia.* 2015;35:242-63.

6. Siopi M, Efstathiou I, Theodoropoulos K, Pournaras S, Meletiadiis J. Molecular Epidemiology and Antifungal Susceptibility of Trichophyton Isolates in Greece: Emergence of Terbinafine-Resistant Trichophytonmentagrophytes Type VIII Locally and Globally. *J Fungi (Basel).* 2021;7(6).

7. Arendrup MC, Kahlmeter G, Guinea J, Meletiadiis J. How to: perform antifungal susceptibility testing of microconidia-forming dermatophytes following the new reference EUCAST method E.Def 11.0, exemplified by Trichophyton. *Clin Microbiol Infect.* 2021;27(1):55-60.

8. Uhrlaß S, Verma SB, Gräser Y, Rezaei-Matehkolaei A, Hatami M, Schaller M, et al. Trichophyton indotinea-An Emerging Pathogen Causing Recalcitrant Dermatophytoses in India and Worldwide-A Multidimensional Perspective. *J Fungi (Basel).* 2022;8(7).

9. Kano R, Kimura U, Kakurai M, Hiruma J, Kamata H, Suga Y, et al. Trichophyton indotinea sp. nov.: A New Highly Terbinafine-Resistant Anthropophilic Dermatophyte Species. *Mycopathologia.* 2020;185(6):947-58.

10. Tang C, Kong X, Ahmed SA, Thakur R, Chowdhary A, Nenoff P, et al. Taxonomy of the



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Trichophyton mentagrophytes/T. interdigitale Species Complex Harboring the Highly Virulent, Multiresistant Genotype T. indotineae. Mycopathologia. 2021;186(3):315-26.

11. Bhargava P, Nijhawan S, Singdia H, Mehta T. Skin Barrier Function Defect - A Marker of Recalcitrant Tinea Infections. Indian Dermatol Online J. 2020;11(4):566-9.

12. Arendrup MC, Friberg N, Mares M, Kahlmeter G, Meletiadis J, Guinea J. How to interpret MICs of antifungal compounds according to the revised clinical breakpoints v. 10.0 European committee on antimicrobial susceptibility testing (EUCAST). Clin Microbiol Infect. 2020;26(11):1464-72.

13. Villa-Gonzalez JM, Pascual Ares M, López-Soria LM, Gonzalez-Hermosa MR, Gardeazabal García J, Lasa Elgezua O. Extensive tinea corporis caused by Trichophyton indotineae: Report of a case in Spain. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024;38(1):e22-e3.

14. Russo G, Toutous Trelu L, Fontao L, Ninet B. Towards an Early Clinical and Biological Resistance Detection in Dermatophytosis: About 2 Cases of Trichophyton indotineae. J Fungi (Basel). 2023;9(7).

15. Caplan AS, Todd GC, Zhu Y, Sikora M, Akoh CC, Jakus J, et al. Clinical Course, Antifungal Susceptibility, and Genomic Sequencing of Trichophyton indotineae. JAMA Dermatol. 2024;160(7):701-9.

16. Oesterreicher Z, Eberl S, Zeitlinger M. Impact of different antimycotics on cytokine levels in an in vitro aspergillosis model in human whole blood. Infection. 2020;48(1):65-73.

17. Mirbzadeh Ardakani E, Sharifirad A, Pashootan N, Nayebhashemi M, Zahmatkesh M, Enayati S, et al. Olorofim Effectively Eradicates Dermatophytes In Vitro and In Vivo. Antimicrob Agents Chemother. 2021;65(12):e0138621.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-274][KABUL:POSTER]

DUDAK YALAMA DERMATİTİNİ VE DEMODİKOZİSİ TAKLİT EDEN PEDIATRİK İDİOPATİK FOLİKÜLER MÜSİNÖZ OLGUSU

Cem Arda Yacan¹, Özgür Timurkaynak¹, Cüyan Demirkesen²

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Foliküler müsinöz (FM), nadir görülen, kıl folikülünün dış kök kılıfında ve sebace bezlerde musin birikimi ile karakterize bir dermatozdur. Sıklıkla benign, primer (idiyopatik) formda, genç erişkin ve çocuklarda görülür. Sekonder formu ise daha ileri yaşta, başta Mikozis Fungoides (MF) olmak üzere malign lenfoproliferatif hastalıklar veya diğer inflamatuvar hastalıklara ikincil olarak ortaya çıkar. Klinik olarak farklı klinik formları bulunmakla birlikte sıklıkla baş ve boyun bölgesinde foliküler belirginleşme gösteren plaklarla seyrederek. Bu bildiride pediatrik yaş grubunda, yüzde soliter eritemli bir yamayla başvuran, klinik olarak aldatıcı olabilecek bir idiyopatik FM olgusunu sunmak ve yüzdeki folliküler spiküllerle seyreden hastalıkları gözden geçirmek istedik.

OLGU:

15 yaşında erkek hasta, yaklaşık iki aydır devam eden, alt dudaktan çeneye uzanan kızarıklık ve kaşıntı yakınması ile başvurdu. Bölgeye herhangi bir travma ya da friksiyon maruziyeti tanımlanmadı. Dermatolojik muayenesinde alt dudak sol yarısında, vermillon sınırından çeneye uzanan 1,5x2 cm çapında, keskin sınırlı, eritemli ve skuamlı yama saptandı. Klinik olarak dudak yalama dermatiti olabileceği düşünüldü, ancak bu yönde alışkanlıkları sorgulandığında uyumlu öykü alınamadı.

Dermoskopik incelemesinde foliküler spiküllerin görülmesi üzerine lokalize demodikozis ön tanısı ile topikal permetrin tedavisi başlandı. Ancak, üç hafta sonraki kontrolde, tedaviye cevapsızlık, lezyonda genişleme ve palpasyonda belirgin infiltratif plağa dönüşümü gözlemlendi. Yeniden yapılan dermoskopik incelemede ise foliküler spiküllerin kalınlaştığı ve belirgin uzama gösterdiği fark edildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Bu bulgularla hastanın pediatrik yaş grubunda olması ve yüz lokalizasyonu düşünüldüğünde FM ön tanısı ile 3 mm punch biyopsi alındı.

Patolojik incelemede, epidermiste keratotik tıkaçlar; tüm dermiste ise kıl folikül epitellerinden başlayarak perifoliküler alana da uzanan yoğun münin birikimi izlendi. Herhangi bir atipiye rastlanmamasıyla birlikte klinikopatolojik olarak FM tanısı doğrulandı. Hastaya topikal %0.03 takrolimus ve aralıklı orta potent steroid tedavisi başlandı. Üç aylık takip sonucunda yapılan kontrollerde, lezyonlarda belirgin gerileme ve infiltratif yapıda azalma izlendi. Hasta 6 aylık aralıklarla takibe alındı.

SONUÇ:

Bu olgu ile, yüzdeki folliküler spiküllerle giden hastalıkların ayırıcı tanısını gözden geçirmek, klinik ön tanıları oluştururken palpasyonun ve dermoskopinin önemini vurgulamak ve özellikle çocuk hastalarda folliküler müninozis ön tanısının bu tarz lezyonların ayırıcı tanısında akla getirilmesi gerektiğini hatırlatmak istedik.

ANAHTAR KELİMELEER: Ayırıcı tanılar, Demodikozis, Dudak yalama dermatiti, Foliküler Müninöz, Pediatrik dermatoloji

KAYNAKLAR: 1)Khalil J, Kurban M, Abbas O. Follicular mucinosis: a review. Int J Dermatol. 2021 Feb;60(2):159-165 Epub 2020 Sep 2.

2) Akinsanya AO, Tschen JA. Follicular Mucinosis: A Case Report. Cureus. 2019 May 24;11(5):e4746

3)Bauer FJ, Almeida JRP, Sementilli A, Mattos E Dinato SL. Idiopathic follicular mucinosis in childhood. An Bras Dermatol. 2020 Mar-Apr;95(2):268-270. Epub 2020 Feb 18.

4)Passos PC, Zuchi MF, Fabre AB, Martins LE. Follicular mucinosis - case report. An Bras Dermatol. 2014 Mar-Apr;89(2):337-9.

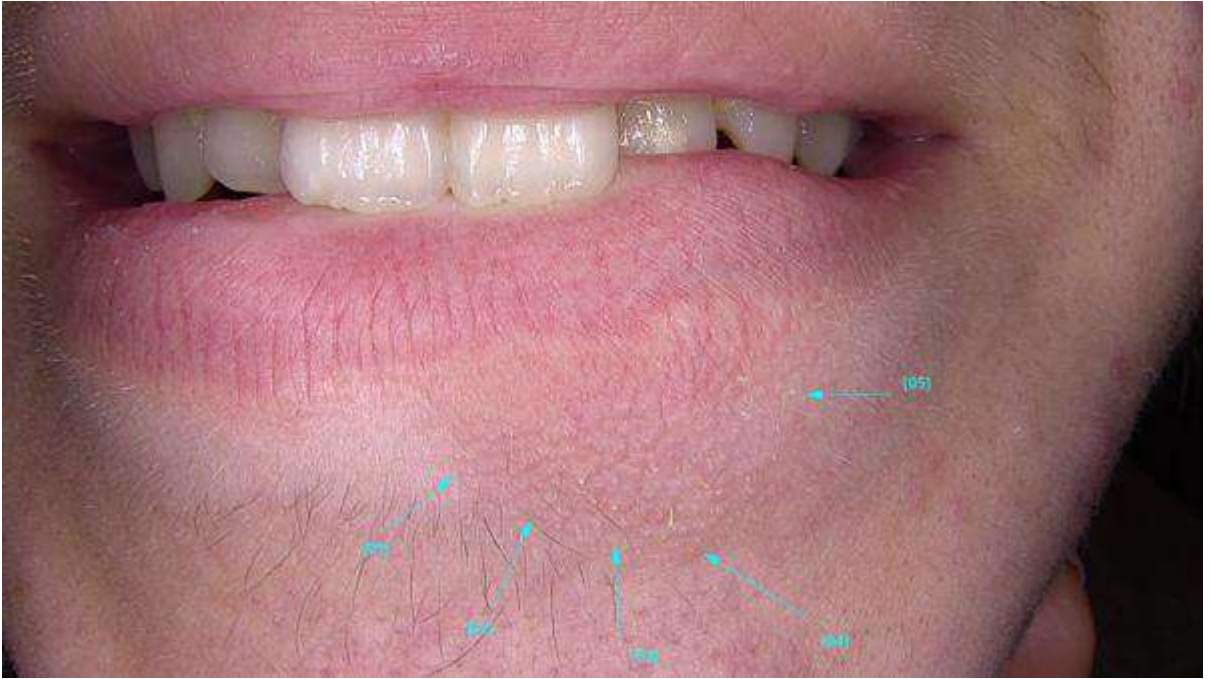
5)Zahoor F, Junaid S, Afzal G. Folliculotropic Mycosis Fungoides In A Child: A Rare Case. J Pak Med Assoc. 2023 Nov;73(11):2260-2262.

6) Neema S, Shaw SC, Dhingra S. Lip-Licking Dermatitis. Indian Pediatr. 2023 May

15;60(5):415.

7)Leerunyakul K, Chirasuthat P, Suchonwanit P. A Case Report of Idiopathic Follicular Hyperkeratotic Spicules and Literature Review. Case Rep Dermatol. 2019 Oct 2;11(3):278-285.

RESİM 1



Alt dudak sol yarısında, vermillon sınırından çeneye uzanan 1,5×2 cm çapında, keskin sınırlı, eritemli ve skuamlı yama

RESİM 2



Foliküler müsin tıkaçlarının oluşturduğu 'diş macunu bulgusu' (x20 büyütme)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-275][KABUL:POSTER]

GLİPTİN TÜREVİ İLAÇLARIN TETİKLEDİĞİ VE GLİPTİN KULLANMA ÖYKÜSÜ OLMAYAN BÜLLÖZ PEMFİGOİDLİ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Nermin Gökçe Kaplan, Gülhan Gürel

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı,
Afyonkarahisar

AMAÇ:

Büllöz pemfigoid (BP), en sık görülen otoimmün büllöz deri hastalığıdır. Bazal keratinositlerin hemidesmozomal bileşenlerine karşı otoantikorların üretilmesinden kaynaklanan edinilmiş, kronik, subepidermal büllöz bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı tip 2 diyabet tanısıyla gliptin türevi ilaç kullanan 24 büllöz pemfigoid tanılı hasta ile gliptin türevi ilaç öyküsü bulunmayan 13 büllöz pemfigoid tanılı hastanın sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasıdır.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışmada son 5 yıl boyunca polikliniğimize gelen büllöz pemfigoid tanılı hastaların dosyaları tarandı. Hastalar yaş, cinsiyet, büllerin dağılım alanı, mukozal tutulum, ürtikeryal zemin, tedavi, relaps, biyopside subepidermal ayrışma ve eozinofilik infiltrat, direkt immünflorasan (DİF) ve kan eozinofili düzeyleri açısından incelendi. Her iki grubun verileri istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR:

Çalışmamız 49-89 yaş aralığında 37 hastayı kapsamaktaydı. Bu hastalardan 24'ü gliptin türevi ilaç kullanmaktaydı, 13 hastanın gliptin kullanım öyküsü bulunmuyordu.

Gliptin türevi ilaç kullanan hastaların ortalama yaşı 72 iken, ilaç öyküsü bulunmayan hastalarda ortalama yaş 77 idi. Gliptin türevi ilaç kullanan hastaların 8'i erkek, 16'sı kadındı. Gliptin kullanım öyküsü bulunmayan hastaların 6'sı erkek, 7'si kadındı. Hastaların yaş ve cinsiyetleri açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$). Gliptin türevi ilaç kullanan hastalar incelendiğinde 11 hastada vildagliptin, 9 hastada linagliptin, 4 hastada sitagliptin kullanım öyküsü mevcuttu. Gruplar karşılaştırıldığında büllerin dağılım alanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p:0.406$). Mukozal tutulum gliptin kullanan hastaların 7'sinde, gliptin kullanmayan hastaların 9'unda bulunmaktaydı. Mukozal tutulum gliptin öyküsü bulunmayan hastalarda daha yüksek sıklıkta görüldü. Ürtikeryal zemin varlığı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p: 0.771). Gliptin öyküsü bulunan 8 hastaya topikal ve sistemik steroid tedavisi, 10 hastaya topikal ve sistemik steroid tedavisine ek immünsupresif tedavi (azatiyoprin, mikofenolat mofetil, metotreksat), 6 hastaya biyolojik tedavi (omalizumab, rituksimab) verildi. Gliptin öyküsü bulunmayan grupta 1 hastaya topikal ve sistemik steroid tedavisi, 2 hastaya immünsupresif tedavi, 10 hastaya biyolojik ajan tedavisi verildi. Gruplar karşılaştırıldığında gliptin öyküsü bulunmayan grupta biyolojik ajan kullanımı daha fazlaydı (p:0.009). Hastalar relaps açısından kıyaslandığında gliptin öyküsü bulunan 12 hastada relaps izlenirken, gliptin kullanmayan grupta 7 hastada relaps mevcuttu. Hastalar relaps açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p: 0.823). Biyopside eozinofilik infiltrat gliptin kullanan hastaların 21'inde mevcuttu. Gliptin öyküsü bulunmayan hastaların 13'ünde mevcuttu. Gruplar kıyaslandığında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p:0.538). Kanda eozinofili gliptin öyküsü bulunan hastaların 5'inde, gliptin öyküsü bulunmayan hastaların 1'inde pozitif. Hastalar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p:0.394).

SONUÇ:

Sonuç olarak hem dermatologlar hem de endokrin uzmanları sık kullanılan bu oral hipoglisemik ajanların deri ile ilişkili yan etkileri konusunda dikkatli olmalıdır. Şüpheli ajanın değiştirilmesi ve tedaviye hızlı bir şekilde başlanması morbidite, mortalite ve nüks riskinde azalmaya sebep olacaktır. Bu çalışmanın bu bağlamda literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: büllöz pemfigoid, gliptin, ilaç

KAYNAKLAR: 1. Di Zenzo G, Della Torre R, Zambruno G, Borradori L. Bullous pemphigoid: from the clinic to the bench. Clin Dermatol. 2012;30(1):3–16.

2. Kasperkiewicz M, Zillikens D. The pathophysiology of bullous pemphigoid. Clin Rev Allergy Immunol. 2007;33(1–2):67–77.

3. Joly P, Baricault S, Sparsa A, et al. Incidence and mortality of bullous pemphigoid in France. J Invest Dermatol. 2012;132(8):1998–2004.

4. Schulze F, Neumann K, Recke A, Zillikens D, Linder R, Schmidt E. Malignancies in pemphigus and pemphigoid diseases. J Invest Dermatol. 2015;135(5):1445–1447.

5. Moro F, Fania L, Sinagra JLM, Salemme A, Zenzo GD. Bullous pemphigoid: trigger and predisposing factors. Biomolecules. 2020;10(10):1432.

6. Kridin K, Bergman R. Association of bullous pemphigoid with dipeptidylpeptidase 4 inhibitors in patients with diabetes: estimating the risk of the new agents and characterizing

the patients. JAMA Dermatol. 2018;154(10):1152–1158.

7. Sun L, Wang C, Wu C, Zhou Y, Wang C. Analysis of the Clinical Characteristics of Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor-Induced Bullous Pemphigoid. Ann Pharmacother. 2022;56(2):205-212.

8. Chouchane K, Di Zenzo G, Pitocco D, Calabrese L, De Simone C. Bullous pemphigoid in diabetic patients treated by gliptins: the other side of the coin. J Transl Med. 2021;19(1):520.

9. Varpuluoma O, Försti AK, Jokelainen J, Turpeinen M, Timonen M, Tasanen K, Huilaja L. Oral diabetes medications other than dipeptidyl peptidase 4 inhibitors are not associated with bullous pemphigoid: A Finnish nationwide case-control study. J Am Acad Dermatol. 2018;79(6):1034-1038.e5.

TABLO 1 BÜLLÖZ PEMFİGOİDLİ OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

		Gliptin Kullanan (n: 24)	Gliptin Kullanmayan (n: 13)	P değeri
Yaş		71.9 ± 9.1	77 ± 7.3	0.08*
Cinsiyet Erkek/Kadın		8/16	6/7	0.495**
İlaç				
	Vildagliptin	11 (%45.8)		
	Linagliptin	9 (%37.5)		
	Sitagliptin	4 (%16.7)		
Büllerin dağılım alanı				0.406**
	Sadece gövde	3 (%12.5)	0 (%0)	
	Gövde ve baş boyun	3 (%12.5)	0 (%0)	
	Gövde ve ekstremiteler	11 (%45.8)	8 (%61.5)	



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

	Sadece ekstremiteler	2 (%8.3)	1 (%7.7)	
	Gövde, ekstremiteler ve baş boyun	5 (%17.9)	4 (%30.8)	
Mukozal tutulum varlığı		7 (%29.2)	9 (69.2)	0.036**
Ürtikeryal zemin varlığı		16 (%66.7)	10 (%76.9)	0.711**
Tedavi				0.09**
	Topikal ve sistemik steroid	8 (%33.3)	1 (%7.7)	
	İmmüsupresif	10 (%41.7)	2 (%15.4)	
	Biyolojik	6 (%25)	10 (%76.9)	
Relaps varlığı		12 (%50)	7 (%53.8)	0.823**
Biyopside eozinofilik infiltrat varlığı		21(%87.5)	13 (%100)	0.538**
DİF				0.383**
	C3 -, IgG -	7 (%29.2)	7 (%53.8)	
	C3 +, IgG +	7 (%29.2)	3 (%23.1)	
	C3 +, IgG -	9 (%37.5)	2 (%15.4)	
	C3 -, IgG +	1 (%4.2)	1 (%7.7)	
Kan eozinofili varlığı		5(%20.8)	1(%7.7)	0.394**

*Mann Whitney U test **Ki-kare testi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-276][KABUL:POSTER]

ANJİOTROPİZM GÖSTEREN LOKALİZE BÜLLÖZ MİKOZİS FUNGOİDES

Hatice Erdi Şanlı¹, Handan Merve Erol Mart¹, Baran Özden¹, Bengü Nisa Akay¹, Aylin Heper²,
Tuğfan Köktürk²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ ve AMAÇ:

Mikozis fungoides (MF), en sık görülen kutanöz T hücreli lenfoma olup klasik formu yama, plak ve tümör evreleriyle karakterizedir. MF'nin folikülotropik, poikilodermik, granüloamatöz, hiperpigmente, hipopigmente ve vezikülobüllöz MF gibi çeşitli klinikopatolojik varyantları tanımlanmıştır. Bül oluşumu MF'de nadir görülmekle birlikte, mevcut olduğunda genellikle agresif klinik seyir ve kötü prognoz ile ilişkilendirilmektedir. Literatürde 50'den az vezikülobüllöz MF vakası yayınlanmıştır. Bu formun yeterince tanınmaması, lezyonların sıklıkla diğer büllöz dermatozlarla karıştırılmasına neden olmakta ve tanı ile tedavide gecikmelere yol açabilmektedir. Bu yazıda, alt bacakta lokalize vezikülobüllöz MF tanısı almış ve tedavilere dirençli seyreden bir olgu sunulmaktadır.

OLGU:

Seksen üç yaşındaki kadın hasta, yaklaşık iki yıldır sol ayak dorsumundan başlayarak dize doğru yayılan, kaşıntı ve yanma hissinin eşlik ettiği sulantılı lezyonlar nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede, sol ayak tabanı ve alt ekstremitede Nikolsky bulgusu negatif olan vezikülobüllöz lezyonlar ve erode alanlar görüldü (Figür 1a-b-c). Hasta, başvurusundan önce uzun süre topikal steroid, antibiyotik ve antifungal içeren kremler kullanmış ancak fayda görmemişti. Benzer lezyonların sağ ayakta da çıkması üzerine alerjik kontakt dermatit, büllöz pemfigoid, vezikülobüllöz MF, nekrolitik migratuar eritem ve kutanöz larva migrans ön tanıları ile çoklu biyopsiler alındı. Standart seri ile yapılan yama testi ve nativ preparat ile dermatofit bakısı negatifti. Histopatolojik incelemede belirgin epidermotropizm, subepidermal/intraepidermal ayrılma ile karakterli atipik T lenfosit infiltrasyonu gözlemlendi. Orta dermiste lenfositlerin yer yer damar duvarlarını infiltre ettiği görüldü. İmmünohistokimyasal incelemede atipik T lenfositlerin CD3 ve CD4 pozitif, CD7 ve CD8 negatif olduğu saptandı. CD30 boyanması infiltratın %30-35'inde pozitifken, Ki67 proliferasyon



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

indeksi %25 olarak belirlendi. Moleküler analizde klonal TCR beta ve gamma gen düzenlenmesi mevcuttu. Direkt immünfloresan mikroskopide immünglobulin birikimi saptanmadı. Bu veriler ışığında patoloji sonucu, sol alt bacadan alınan biyopsi için plak dönem büllöz MF ve sağ ayak tabanından alınan biyopsi için erken tümöral dönem MF olarak raporlandı (Figür 2). Evreleme amacıyla yapılan periferik yaymada Sezary hücresi görülmedi, flow sitometride kan tutulumu saptanmadı. Yüzeysel USG'de sol inguinal bölgede reaktif lenf nodları mevcuttu. Hastaya lokal banyo PUVA ve beksaroten jel tedavisi başlandı. 2 ay sonraki kontrolde sağ bacaktaki lezyonlarda yanıt alınmasına rağmen sol alt ekstremitede yeni büller çıkması üzerine CD30 monoklonal antikoru olan brentuksimab vedotin (BV) tedavisine geçildi. Dört kür BV sonrası belirgin klinik yanıt alınamadı (Figür 1d-e-f). PET-BT'de sol inguinal lenf nodlarında fokal patolojik aktivite birikimleri (SUVmax: 4.2) görülmesi üzerine lenf nodu örnekleme yapıldı ancak henüz sonuçlanmadı. Hasta kemik iliği transplantasyonu için hazırlanmak üzere hematoloji bölümüne yönlendirildi.

SONUÇ:

MF'de vezikülobüllöz lezyonlar klasik MF lezyonları olan yama ya da plaklar üzerinde gelişebileceği gibi doğrudan da ortaya çıkabilir. Tanı; vezikülobüllöz lezyonların varlığı, tipik MF bulguları, karakteristik histopatolojik özellikler ve otoimmün büllöz hastalıkların dışlanması için negatif direkt immünfloresan bulgularıyla konulmaktadır.(1) Bül oluşumunun patogenezinde Pautrier mikroabselerinin birleşmesi ya da neoplastik T lenfositlerin, keratinositler ile bazal membran arasındaki kohezyonu bozması gibi mekanizmalar sorumlu tutulmaktadır.(2) Tedavi yaklaşımı, diğer MF varyantları ile benzer olmakla birlikte, vezikülobüllöz formun prognozu genellikle kötüdür.(3) Literatürde bildirilen olguların yaklaşık yarısında, bül gelişimini takiben bir yıl içinde mortalite izlenmiştir.(4) Ek olarak, bu olgudaki gibi anjiotropizm varlığı, hızlı progresyon ve kötü prognozla ilişkilendirildiği için tedavide sistemik ajanlar ön planda düşünülmelidir.(5)

ANAHTAR KELİMELEER: Brentuksimab vedotin, büllöz mikozis fungoides, kötü prognoz, vezikülobüllöz mikozis fungoides

KAYNAKLAR: 1-Kneitz, H., Bröcker, E. B., & Becker, J. C. (2010). Mycosis fungoides bullosa: a case report and review of the literature. Journal of medical case reports, 4, 78.

<https://doi.org/10.1186/1752-1947-4-78>

2-Xu, X. L., Huang, Y. X., Lin, L., Zhang, M. L., Jiang, Y. Q., & Sun, J. F. (2013). Bullous mycosis fungoides: report of a case complicated by Kaposi's varicelliform eruption. The Journal of

dermatology, 40(10), 844–847. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.12253>

3-Kamran, B., Fatemeh, M., Ahmadrza, R., & Azita, N. (2008). Bullous mycosis fungoides: a case report. *Dermatology online journal*, 14(2), 11.

4-Patterson, J. W., Ali, M., Murray, J. C., & Hazra, T. A. (1985). Bullous pemphigoid.

Occurrence in a patient with mycosis fungoides receiving PUVA and topical nitrogen mustard therapy. *International journal of dermatology*, 24(3), 173–176.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1985.tb05751.x>

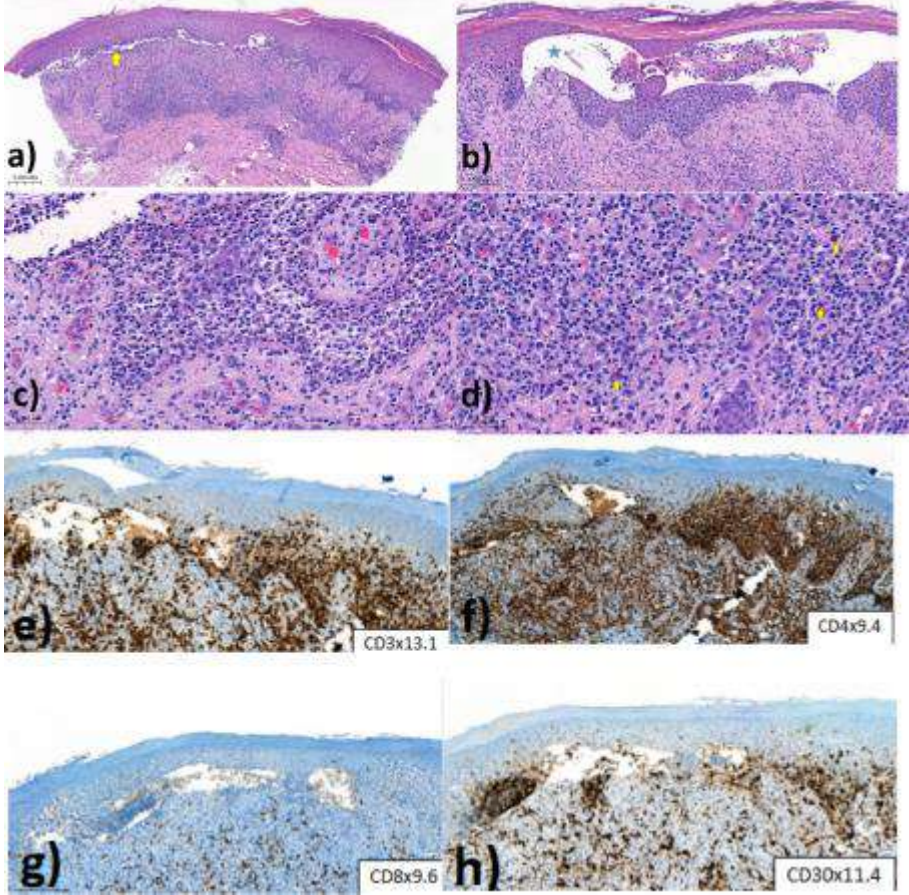
5-Vargas Nevado, Á., López Navarro, N., Gallego Domínguez, E., & Herrera Ceballos, E. (2016). Immunophenotypic Shift Associated With Angiocentricity and Cytotoxic Characteristics in a Case of Mycosis Fungoides. Cambio de inmunofenotipo asociado a angiocentricidad y características citotóxicas en un caso de micosis fungoide. *Actas dermo-sifiliograficas*, 107(8), 697–699. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2016.04.006>

FIGÜR 1: BAŞVURU ANINDA VE 4 KÜR BRENTUKSİMAB SONRASI KLİNİK GÖRÜNÜM



Başvuru anında; a) sol alt bacak ön yüzde vezikülobüllöz lezyonlar ve erode alanlar, b) sol medial malleolde bül formasyonu, c) sol ayak tabanındaki erode alan 4 kür brentuksimab vedotin tedavisi sonrası d) ve e) sol bacakta tedavi yanıtı, f) sol ayak tabanındaki erode alan

FIGÜR 2: HİSTOPATOLOJİK VE İMMUNOHİSTOKİMYASAL ÖZELLİKLER



a) epidermiste akantoz, hafif hiperkeratoz, geniş bir alanda subepidermal ayrılma (ok); yüzeysel dermisi bant şeklinde dolduran orta şiddette infiltrasyon; H-Ex5.6 b) bazı alanlarda düzensiz intraepidermal vezikül oluşumu (yıldız); H-Ex12.3 c) vezikül kenarlarında epidermisi yaygın kolonize eden epidermotropik küçük veya orta büyüklükte atipik lenfoid hücreler ve zemindeki keratinositlerde kohezyon kaybı; H-Ex26.6 d) yüzeysel dermiste infiltrasyon gösteren küçük veya orta büyüklükte atipik lenfoid infiltrasyon ve aralarında az sayıda eozinofil lökositler (ok); H-Ex30.8 e,f,g) intraepidermal ve dermal atipik T hücreler CD 3+, CD4+, CD8-, CD30+



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-277][KABUL:POSTER]

GÖZALTI OLUĞU BÖLGESİNDE BİOFİLLER UYGULAMASI: ÜÇ OLGULUK SERİ

Öykü Alagöz Köpür, Ayşe Akman

Akdeniz Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş ve Amaç

Gözaltı oluğu deformitesi, periorbital yaşlanmanın belirgin işaretlerinden biridir ve yorgun, bitkin bir yüz ifadesine yol açar. Bu bölgede hacim kaybı, dermal incelme ve periorbital hiperpigmentasyon birlikte görülebilir. Gözaltı dolgu uygulamalarında hyaluronik asit ve diğer sentetik dolgu materyalleri sık tercih edilmekle birlikte, bu ürünlerin maliyeti ve advers reaksiyon riski önemli dezavantajlar oluşturmaktadır.

Biofiller (plasmagel veya platelet-poor plasma gel), hastadan alınan kan örneğinin santrifüj, kontrollü ısıtma ve soğutma işlemlerinden geçirilmesiyle plazma proteinlerinin koagülasyonu sağlanarak hacim kazandıran, jel kıvamında, otolog bir dolgu materyalidir ve son yıllarda bu ürünler, içerdiği büyüme faktörleri ve hücrel elementler sayesinde yalnızca hacim kazandırmakla kalmayıp cilt kalitesi ve pigmentasyon üzerinde de olumlu etkiler göstermesi nedeniyle dikkat çekmektedir.

Bu olgu serisinde, gözaltı oluğu bölgesine biofiller uygulanan üç hastada gözaltı rejuvenasyonu ve pigmentasyondaki değişiklikler paylaşılmıştır.

OLGULAR:

Olgu 1

50 yaşında kadın hasta, periorbital bölgede koyuluk şikâyetiyle başvurdu. Muayenede hastanın gözaltı bölgesinde hiperpigmentasyona ek olarak her iki gözaltında yaklaşık 2 mm çöküklük mevcuttu. Hastanın gözaltı bölgesine, 22 G kanül kullanılarak biofiller enjeksiyonu gerçekleştirildi. Her bir gözaltı oluğuna 1,5 ml biofiller materyali uygulandı ve enjeksiyon sonrasında PRP tedavisi eklendi. İşlem, bir ay sonra aynı protokolle tekrarlandı. Takiplerde, hastanın periorbital pigmentasyonunda belirgin açılma ve cilt kalitesinde artış gözlemlendi.

Olgu 2

38 yaşında kadın hasta, periorbital bölgede yorgun görünüm şikâyetiyle dermatoloji



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

polikliniğine başvurdu. Muayenesinde, gözüaltı bölgesinde belirgin pigmentasyon dikkati çekti. Hastaya, 22 G kanül kullanılarak her iki gözüaltı oluğuna 1,25 ml biofiller materyali enjekte edildi ve işlem sonrasında PRP tedavisi uygulandı. Aynı protokol bir ay sonra tekrarlandı. Takiplerde, hastanın periorbital pigmentasyonunda azalma ve cilt kalitesinde artış gözlemlendi.

Olgu 3

40 yaşında kadın hasta, gözüaltı bölgesindeki koyuluk ve bitkin yüz ifadesi nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Muayene sırasında, periorbital alanda belirgin hiperpigmentasyon ve hacim kaybı saptandı. Hastaya, 22 G kanül aracılığıyla her iki gözüaltı oluğuna 1,5 ml biofiller materyali enjekte edildi ve işlemi takiben PRP uygulaması yapıldı. Aynı tedavi protokolü bir ay sonra yeniden gerçekleştirildi. Kontrollerde, hastada periorbital pigmentasyonda azalma ve derisinde belirgin canlılık artışı izlendi.

Sonuç

Sunulan 3 olgu, gözüaltı bölgesine uygulanan biofiller enjeksiyonlarının yalnızca hacim eksikliğini gidermekle kalmayıp, periorbital pigmentasyonu azaltma ve cilt kalitesini iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

Hyaluronik asit ve diğer sentetik dolgu materyalleri, periorbital rejuvenasyonda sık tercih edilmekle birlikte, maliyetleri ve ödem, nodül, granülom, renk değişikliği gibi advers reaksiyon riskleri önemli kısıtlılıklar oluşturabilmektedir. Biofillerin otolog kaynaklı olması, biyouyumluluk avantajı ve nispeten daha düşük advers etki riski, bu yöntemi özellikle hassas periorbital bölgede cazip bir seçenek hâline getirmektedir. Ayrıca, biofillerin içerdiği büyüme faktörleri ve hücresel komponentler, dermal rejenerasyon süreçlerini destekleyerek ciltte parlaklık ve elastisite artışı sağlayabilir.

Bu bulgular, biofiller uygulamalarının gözüaltı rejuvenasyonu ve pigmentasyon tedavisinde güvenli ve etkili bir alternatif olabileceğini düşündürmektedir. Daha geniş serilere ve uzun dönem takiplere ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELE: biofiller, gözüaltı oluğu, otolog, plasmagel

KAYNAKLAR: 1. Requena L, Requena C, Christensen L, Zimmermann US, Kutzner H, Cerroni L. Adverse reactions to injectable soft tissue fillers. J Am Acad Dermatol. 2011; 64(1): 1-34.
2. Sundaram H, et al. Global Aesthetics Consensus: Avoiding and Treating Adverse Events of Hyaluronic Acid Fillers—Part II: Areas of Special Risk. Plast Reconstr Surg. 2016;137(5):961e–971e.

3. Doghaim NN, El-Tatawy RA, Neinaa YME. Assessment of the efficacy and safety of platelet poor plasma gel as autologous dermal filler for facial rejuvenation. J Cosmet Dermatol. 2019 Oct;18(5):1271-1279. doi: 10.1111/jocd.12876. Epub 2019 Feb 26. PMID: 30809897.
4. Sciafani AP. Autologous Platelet-Rich Plasma Gel for Facial Rejuvenation. Arch Facial Plast Surg. 2011;13(2):87-90.
5. Naderi N, et al. Periorbital Rejuvenation: A Review of Current Treatment Options. Facial Plast Surg Clin North Am. 2020;28(1):1-10.
6. Cervelli V, et al. The Use of Platelet Rich Plasma Gel in Aesthetic Plastic Surgery. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2009;13(2):107-112.

RESİM 1



Olgu 1 İşlem öncesi

RESİM 2



Olgu 1 İki kez gözaltı oluğuna biofiller uygulaması sonrası



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-280][KABUL:POSTER]

**STANDART VEYA YÜKSEK DOZ OMALİZUMAB KULLANAN KRONİK SPONTAN ÜRTİKERLİ
HASTALARIN SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Tuğba Nur Özyörük, Gülhan Gürel

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı,
Afyonkarahisar

AMAÇ:

Kronik spontan ürtiker (KSÜ), altı haftadan uzun süren, kaşıntılı ve ödemli papüller veya plaklarla seyreden bir hastalıktır. Derin dermis veya subkutis tutulumuna bağlı anjiyoödem ya da her ikisinin birden gelişmesiyle ilişkili olabilir. KSÜ prevalansı genel popülasyonda %0,5-1 arasında değişmektedir. Tanımlanabilir tetikleyici faktörler arasında stres, travma, ilaçlar, gıda katkı maddeleri, ısı değişiklikleri, basınç, cerrahi, hormonlar, fiziksel egzersiz, otoimmünite ve enfeksiyonlar yer alır. Öncelikle tespit edilebilir tetikleyicilerden uzaklaşılması önerilse de, hastaların düzenli tedavi alması gerekmektedir.

Tedavide, ikinci kuşak antihistaminikler ilk basamakta ana ilaçlar olarak kullanılır. Ancak yüksek doz ikinci kuşak antihistaminiklere yanıt vermeyen hastalarda ikinci basamak tedavi olarak omalizumab başlanması önerilmektedir. Standart doz olan 300 mg ile altı ay boyunca tedavi edilen hastaların yaklaşık %30'unda yeterli kontrol sağlanamayabilir. Birçok çalışma, KSÜ olan hastaların önemli bir kısmının daha yüksek vücut kitle indeksi (VKİ), ileri yaş ve düşük immünoglobulin E (IgE) seviyelerine sahip olma eğiliminde olduğunu ve bu hastaların daha yüksek dozlarda omalizumab ile etkili şekilde tedavi edilebileceğini göstermiştir. Ancak, yüksek doz omalizumab gerektiren hastaları standart doz alanlardan klinik olarak ayırt etmek için öngörülebilir risk faktörleri henüz net olarak tanımlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, standart veya yüksek doz omalizumab alan hastaların sosyodemografik ve biyokimyasal parametrelerini karşılaştırmak ve yüksek doz grubunda yer almak için olası belirleyicileri ortaya çıkarmaktır.

MATERYAL-METOD:

Çalışma retrospektif, tek merkezli ve kesitsel olarak yürütülmüştür. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi ürtiker polikliniğine başvuran, kronik ürtiker tanısı alan 26 standart doz ve 26 yüksek doz omalizumab alan toplam 52 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Hastaların demografik özelliklerinin yanı sıra hastalık süresi, anjiyoödem varlığı, ürtiker tetikleyicisi varlığı, sahip oldukları komorbiditeler, tedavi öncesi ÜAS7 ve ÜKT değerleri, eşlik eden atopi veya astım durumu ve aile öyküsü retrospektif olarak dosyalardan kaydedilmiştir. Ayrıca nötrofil/lenfosit oranı, nötrofil/monosit oranı, trombosit/lenfosit oranı, lenfosit/monosit oranı, eozinofil/lenfosit oranı gibi inflamatuvar belirteçler ile MPV, CRP, eritrosit sedimentasyon hızı, total IgE, D-dimer değerleri ve antitrogllobulin, anti-TPO ve ANA pozitiflikleri de değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Toplam 52 hasta çalışmada yer almıştır. Omalizumab standart doz ve yüksek doz alanlarda nötrofil/lenfosit oranı, nötrofil/monosit oranı, lenfosit/monosit oranı, eozinofil/lenfosit oranı gibi inflamatuvar belirteçler ile MPV, CRP, eritrosit sedimentasyon hızı, total IgE, D-dimer değerleri ve antitrogllobulin, anti-TPO ve ANA pozitiflikleri açısından anlamlı fark yoktu. ($p>0,05$) Omalizumab standart doz ve yüksek doz alanlarda trombosit/lenfosit oranları arasında anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

SONUÇ:

KSÜ'lü hastalarda trombosit/lenfosit oranı omalizumab tedavisine yanıt verme açısından belirleyici bir inflamatuvar marker olabilir. Fakat bu sonucu destekleyecek daha fazla hasta ile yapılacak geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELE: İnflamasyon, kaşıntı, kronik spontan ürtiker, omalizumab

KAYNAKLAR: 1. Kaplan A, Ledford D, Ashby M, Canvin J, Zazzali JL, Conner E, Veith J, Kamath N, Staubach P, Jakob T, Stirling RG, Kuna P, Berger W, Maurer M, Rosén K. Omalizumab in patients with symptomatic chronic idiopathic/spontaneous urticaria despite standard combination therapy. J Allergy Clin Immunol. 2013;132(1):101-9.

2. Ulambayar B, Park HS. Anti-TPO IgE Autoantibody in Chronic Urticaria: Is It Clinically Relevant? Allergy Asthma Immunol Res. 2019;11(1):1-3.

3. Iriarte Sotés P, Armisen M, Usero-Bárcena T, Rodriguez Fernández A, Otero Rivas MM, Gonzalez MT, Meijide Calderón A, Veleiro B; Urtigal, the Galician Group of Interest in Urticaria. Efficacy and Safety of Up-dosing Antihistamines in Chronic Spontaneous Urticaria: A Systematic Review of the Literature. J Investig Allergol Clin Immunol. 2021 26;31(4):282-291.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

4. Metz M, Ohanyan T, Church MK, Maurer M. Omalizumab is an effective and rapidly acting therapy in difficult-to-treat chronic urticaria: a retrospective clinical analysis. *J Dermatol Sci.* 2014;73(1):57-62.
5. Cakmak ME. Comparison of the Patients with Chronic Urticaria Who Responded and Did Not Respond to Omalizumab Treatment: A Single-Center Retrospective Study. *Int Arch Allergy Immunol.* 2022;183(11):1209-1215.
6. Ertas R, Ozyurt K, Atasoy M, Hawro T, Maurer M. The clinical response to omalizumab in chronic spontaneous urticaria patients is linked to and predicted by IgE levels and their change. *Allergy.* 2018;73(3):705-712.
7. Kocatürk E, Deza G, Kızıldağ K, Giménez-Arnau AM. Omalizumab Updosing for Better Disease Control in Chronic Spontaneous Urticaria Patients. *Int Arch Allergy Immunol.* 2018;177(4):360-364.
8. Asero R, Marzano AV, Ferrucci S, Cugno M. D-Dimer Plasma Levels Parallel the Clinical Response to Omalizumab in Patients with Severe Chronic Spontaneous Urticaria. *Int Arch Allergy Immunol.* 2017;172(1):40-44.
9. Baek YS, Jeon J, Kim JH, Oh CH. Severity of acute and chronic urticaria correlates with D-dimer level, but not C-reactive protein or total IgE. *Clin Exp Dermatol.* 2014;39(7):795-800.
10. Curto-Barredo L, Spertino J, Figueras-Nart I, Expósito-Serrano V, Guilabert A, Melé-Ninot G, Cubiró X, Bonfill-Ortí M, Garcias-Ladaria J, Villar M, García-Navarro X, Bielsa-Marsol I, Vilavella M, Aparicio G, Baliu-Piqué C, Álvarez A, Lamas-Domenech N, Duran-Jordà X, Serra-Baldrich E, Giménez-Arnau A. Omalizumab updosing allows disease activity control in patients with refractory chronic spontaneous urticaria. *Br J Dermatol.* 2018;179(1):210-212.
11. Schoepke N, Asero R, Ellrich A, Ferrer M, Gimenez-Arnau A, E H Grattan C, Jakob T, Konstantinou GN, Raap U, Skov PS, Staubach P, Kromminga A, Zhang K, Bindslev-Jensen C, Daschner A, Kinaciyan T, Knol EF, Makris M, Marrouche N, Schmid-Grendelmeier P, Sussman G, Toubi E, Church MK, Maurer M. Biomarkers and clinical characteristics of autoimmune chronic spontaneous urticaria: Results of the PURIST Study. *Allergy.* 2019;74(12):2427-2436.
12. Kolkhir P, Kovalkova E, Chernov A, Danilycheva I, Krause K, Sauer M, Shulzhenko A, Fomina D, Maurer M. Autoimmune Chronic Spontaneous Urticaria Detection with IgG Anti-TPO and



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Total IgE. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9(11):4138-4146.e8.

13.Çildağ S, Yenisey Ç, Ünübol M, Şentürk T. Comparison of immunoglobulin E anti-thyroid peroxidase antibodies in patients with Hashimoto thyroiditis and chronic spontaneous urticaria. Med Pharm Rep. 2021;94(1):53-57.

14.Gimenez-Arnau AM, Salman A, Podder I. Biomarkers to predict therapeutic response in chronic spontaneous urticaria: a review. Eur J Dermatol. 2024 1;34(1):3-12.

15.Kuna M, Štefanovic M, Ladika Davidovic B, Mandušić N, Birkic Belanovic I, Lugovic-Mihic L. Chronic Urticaria Biomarkers IL-6, ESR and CRP in Correlation with Disease Severity and Patient Quality of Life-A Pilot Study. Biomedicines. 2023 9;11(8):2232.

TABLO 1: STANDART VE YÜKSEK DOZ OMALİZUMAB KULLANAN HASTALARIN KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN KIYASLANMASI

	Standart Doz	Yüksek Doz	P değeri
Yaş	47,07±16,93	43,07±17,03	0,40*
Cinsiyet(E/K)	5/21	8/18	0,33**
VKi(kg/m ²)	28,48±5,7	27,71±5,6	0.62*
Hastalık süresi(ay)	115 (8-671)	6 (7-304)	
Anjioödem varlığı	14 (%53.8)	15 (%57,7)	0,78**
Tedavi öncesi ÜAS7	23,65 (4-42)	22,11 (7-42)	
Tedavi öncesi ÜKT	6,46 (0-12)	7,03 (0-12)	
Antihistaminik süresi(ay)	78,50 (8-660)	35,15 (7-172)	
Omalizumab süresi(ay)	20,76 (1-66)	8,76 (1-42)	



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Omalizumab dozu		18	
450 mg/ay:		7	
600 mg/ay:		1	
600 mg/2 haftada bir:			
Eşlik eden atopi/astım	10 (%38,5)	8 (%30,8)	0,56**
Ailede ürtiker/atopi/astım öyküsü	15 (%57,7)	9 (%34,6)	0,09**

* Student T-Testi ** Ki-kare Testi *** Mann Whitney U testi

TABLO 2: STANDART VE YÜKSEK DOZ OMALİZUMAB KULLANAN HASTALARIN BİYOKİMYASAL BELİRTEÇLERİNİN KIYASLANMASI

	Standart Doz	Yüksek Doz	P değeri
Nötrofil/Lenfosit oranı(NLO)	1,7 (0,8-4,1)	1,9 (0,9-5,3)	0,19***
Nötrofil/Monosit oranı(NMO)	7,52 (1,61-13,78)	7,50 (3,55-13,10)	0,34***
Trombosit/Lenfosit oranı(TLO)	112,97 (72,18-187,57)	129,0 (46,6-324,83)	0,04***
Lenfosit/Monosit oranı(LMO)	4,38±1,41	4,12±1,6	0,53*
Eozinofil/Lenfosit oranı(ELO)	0,05 (0-0,15)	0,04 (0-0,14)	0,17***
MPV(fL)	10,4±0,82	10,57±1,04	0,53***
C-Reaktif protein(mg/L)	1,25 (0,3—9,3)	3,19 (0,1-41,2)	0,22***
Eritrosit Sedimentasyon Hızı(mm/saat)	14,5 (3,0-31,0)	11,0 (3,0-55,0)	0,42***
Total IgE(U/mL)	255,5 (17,6-1282,0)	208,0 (8,47-1555)	0,13***
Anti TPO pozitifliği	2 (%7,7)	6 (%23,1)	0,12**
Anti tiroglobulin pozitifliği	1 (%3,8)	4 (%15,4)	0,15**
TSH(mIU/L)	1,92±0,94	1,88±1,12	0,89***



33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

T3(ng/L)	3,04±0,4	3,01±0,6	0,84***
T4(ng/dL)	1,14 (0,26-2,06)	1,23 (0,42-1,87)	0,13***
ANA pozitifliği	8 (%30,8)	5 (%19,2)	0,33**
D-dimer(µg FEU/mL)	0,26 (0,12-2,03)	0,29 (0,02-4,45)	0,62***

*Student T-Testi ** Ki-kare Testi *** Mann Whitney U testi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-282][KABUL:POSTER]

PIYODERMA GANGRENOZUM HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ MODALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pelin Ertop Doğan, Zeynep Şahan Kılıç, Emel Hazinedar

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Zonguldak

AMAÇ:

Piyoderma gangrenozum (PG), nadir görülen, non-enfeksiyöz, inflamatuvar ve destrüktif özellikte bir dermatozudur. Sıklıkla ağrılı, hızlı ilerleyen, nekrotik zeminli ülserlerle seyretmektedir. Genellikle alt ekstremitelerde lokalizedir, ancak vücudun farklı bölgelerinde ve multifokal lezyonlarla da izlenebilmektedir. En yaygın alt tipi ülseratif formdur; püstüler, vejetatif, granülomatöz ve büllöz tipleri de tanımlanmıştır.

PG, sıklıkla inflamatuvar barsak hastalıkları (İBH) (%33), romatoid artrit, hematolojik maligniteler ve metabolik sendrom gibi sistemik hastalıklarla ilişkilidir. Paterji fenomeni, PG tanısında yardımcı olabilecek önemli bir klinik bulgudur. Tanı, klinik ve histopatolojik değerlendirmeye konulmaktadır. Tedavide temel yaklaşım sistemik immünsüpresyondur; dirençli olgularda biyolojik ajanlar tercih edilebilmektedir.

Çalışmamız, nadir görülen PG hastalarının klinik özelliklerini, lezyon lokalizasyonlarını, paterji testi sonuçlarını, eşlik eden hastalıklarını ve tedaviyi retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

MATERYAL-METOD:

2018–2025 yılları arasında kliniğimizde takip edilen, klinik ve histopatolojik olarak PG tanısı almış hastaların verileri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 14 hastanın yaş ortalaması $56,9 \pm 19$ yıl olup yaş aralığı 19–80 arasında değişmektedir. Hastaların %57,1'i kadın (n=8) ve %42,9'u erkektir (n=6). Hastaların %71,4'ünde (n=10) en az bir eşlik eden sistemik hastalık mevcuttur. Sadece 4 hastada (%28,6) eşlik eden hastalık izlenmemiştir. Hastalara ait eşlik eden sistemik hastalıkların dağılımı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

incelendiğinde, en sık rastlanan durumun diabetes mellitus(DM)(n=6) olduğu görüldü(Grafik1). Bir hastada eşlik eden malignite saptandı(rektum ca). Lezyon başlangıç tipi olarak en sık püstüler (%85, n=12) tipte başlamıştır. Nodüler ve büllöz başlangıçlı lezyonlar, her biri %7,1 (n=1) oranında izlenmiştir. Klinik olarak ülseratif tip vakaların baskın formunu oluşturmuş %92,9(n=13), yalnızca bir hastada (%7,1) granülamatöz form izlenmiştir. Tüm hastalarda histopatolojik olarak PG tanısı doğrulanmıştır. Lezyonların en sık yerleşim yeri bacak bölgesi(n=7, %50) olurken; bunu umblikus(n=2), el(n=2), kol ile göğüs(n=1), kol(n=1) ve bacak ile kol(n=1) izlemektedir. Lezyon lokalizasyonları cinsiyetlere göre incelendiğinde en sık tutulumun her iki cinsiyette de bacak bölgesinde olduğu görülmektedir(Grafik2). Bir hastada travma sonrası kemik ve deri tutulumu gözlenmiştir. Paterji testi, hastaların %21,4'ünde(n=3) pozitif bulunurken, %28,6'sında(n=4) negatifti; %50'sine(n=7) test uygulanmamıştır. PG'yi tetikleyici faktör olarak en sık herhangi bir faktör saptanamamış(n=9, %64,3); geri kalan hastalarda ise operasyon(n=3, %21,4) ve travma(n=2, %14,3) tetikleyici olarak belirlenmiştir. Hastaların hepsine metilprednizolon tedavisi verilmiştir. Tedaviye dört hastada kolşisin(Resim1), bir hastada siklosporin, iki hastada dapson eklenmiştir. Bir hasta tüm tedavilere direnç göstermiş olup infliksimab ve ıvıg tedavisi ile kontrol altına alınmıştır(Klinik bulgular Tablo 1'de).

SONUÇ:

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular literatürle karşılaştırıldığında kadın cinsiyet hakimiyeti, yaş ortalaması, lezyon lokalizasyonu ve tipi literatürle uyumlu bulunmuştur. Literatürde PG olgularının %50'sinden fazlasında sistemik hastalık eşlik ettiği belirtilmekteyken, bu oran çalışmamızda %71,4 olarak bulunmuştur. Ancak literatürden farklı olarak İBH saptanamamıştır. En sık eşlik eden hastalık DM'dir. PG ekstrakutan bulgularla birliktede olabilmektedir. Literatürde kemik tutulumu nadir bildirilmiş olup bir hastamızda mevcuttur. Bilinen Sweet sendromu olan iki hastamızdan biri malignite, diğeri ise malignite şüphesiyle cerrahi operasyon geçirmiş; her iki hastada da sonrasında piyoderma gangrenozum gelişmiştir. Toplamda beş hastada tetikleyici bir faktör saptanmış olup, bu durum cerrahi girişim ve travma gibi etkenlerin tanısal süreçteki önemini vurgulamaktadır. Paterji testinin üç hastada pozitif olması, bu bulgunun her hastada görülmediğini ancak PG tanısını destekleyici olabileceğini göstermektedir. Tedavi yaklaşımlarında en sık sistemik kortikosteroid kullanılmış olup, bazı olgularda kombine immünsüpresif tedavilere ihtiyaç duyulmuştur. Bu bulgular, PG'nin klinik yönetiminde kapsamlı değerlendirme ve bireyselleştirilmiş yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

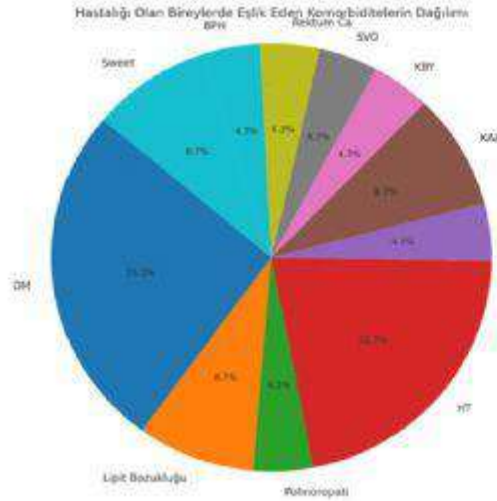
22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

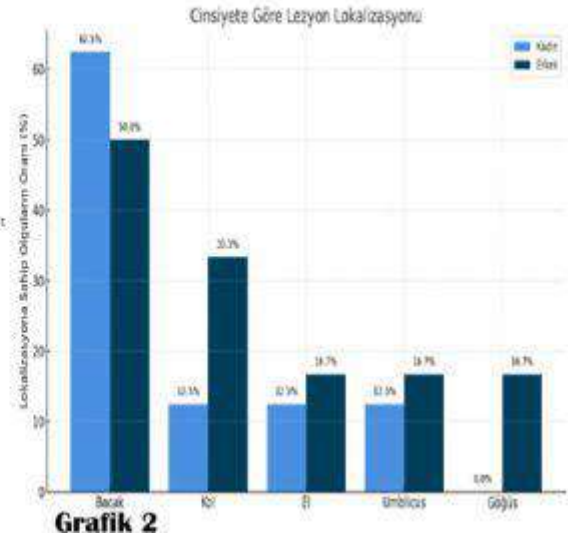
ANAHTAR KELİMELEER: Paterji fenomeni, piyoderma gangrenozum, ülser

- KAYNAKLAR:** 1. Kaur M, Anthony MR, Yamakoshi C, et al. Clinical characteristics, treatments, and outcomes of pyoderma gangrenosum of the face: a systematic review. *Int Wound J*. 2025;22(4):e70334. doi:10.1111/iwj.70334.
2. Afacan Yıldırım E, Can Edek Y, Adısen E. The clinical characteristics of patients with pyoderma gangrenosum in a tertiary referral hospital: a retrospective cohort study. *Int J Low Extrem Wounds*. 2023 Sep 12:15347346231196957. doi:10.1177/15347346231196957.
3. Maverakis E, Ma C, Shinkai K, Fiorentino D, Callen JP, Wollina U, Marzano AV, Wallach D, Kim K, Schadt C, Ormerod A, Fung MA, Steel A, Patel F, Qin R, Craig F, Williams HC, Powell F, Merleev A, Cheng MY. Diagnostic criteria of ulcerative pyoderma gangrenosum: a Delphi consensus of international experts. *JAMA Dermatol*. 2018;154(4):461–6. doi:10.1001/jamadermatol.2017.5980.
4. Barbosa NS, Tolkachjov SN, El-Azhary RA, Davis MD, Camilleri MJ, McEvoy MT, Bridges AG, Wetter DA. Clinical features, causes, treatments, and outcomes of peristomal pyoderma gangrenosum (PPG) in 44 patients: the Mayo Clinic experience, 1996 through 2013. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75(5):931–9. doi:10.1016/j.jaad.2016.05.044.
5. Chen B, Li W, Qu B. Practical aspects of the diagnosis and management of pyoderma gangrenosum. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1134939. doi:10.3389/fmed.2023.1134939.
6. Ossolińska A, Morawiecka N, Żychowska M, Opalińska A, Ostańska E, Reich A. Pathergy phenomenon leading to the diagnosis of pyoderma gangrenosum. *InForum Dermatologicum* 2021; 7: 12-6
-

GRAFİK 1, GRAFİK 2



Grafik 1



Grafik 2

Grafik 1: Hastalığı Olan Bireylerde Eşlik Eden Komorbiditelerin Varlığı Grafik 2: Cinsiyete Göre Lezyon Lokalizasyonu

RESİM 1



Prednol+Kolşisin tedavisi alan hastanın klinik seyri.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

HASTALARIN DEMOGRAFİK, KLİNİK VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİ (N=14), (TABLO 1)

Değişken	Alt Grup	n	%
Yaş	(Ortalama±SS)		56,9±19
	Minimum - Maksimum		19-80
Cinsiyet	Kadın	8	57,1
	Erkek	6	42,9
Lezyon Başlangıç Tipi	Püstül	12	85,7
	Nodül	1	7,1
	Büllöz	1	7,1
PG tipi	Ülseratif	13	92,9
	Granülamatöz	1	7,1
Patoloji	PG	14	100,0
Paterji Testi	Pozitif	3	21,4
	Negatif	4	28,6
	Yapılmamış	7	50,0
Tetikleyici Faktör	Operasyon	3	21,4
	Travma	2	14,3
	Yok	9	64,3
Lokalizasyon	Bacak	7	50,0
	El	2	14,3
	Kol, Göğüs	1	7,1
	Umblikus	2	14,3
	Bacak, Kol	1	7,1



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

	Kol	1	7,1
Eşlik Eden Hastalıklar	Yok	4	28,6
	DM, Lipit Bozukluğu, Polinöropati	1	7,1
	DM, HT	3	21,4
	DM, Lipit Bozukluğu	1	7,1
	Romatoid Artrit	1	7,1
	HT, KAH, KBY, SVO	1	7,1
	Rektum Ca, BPH, Sweet Sendromu	1	7,1
	DM, HT, KAH, Sweet sendromu	1	7,1
	DM, Romatoid Artrit	1	7,1
Tedavi Şeması	Metilprednizolon	6	42,9
	Metilprednizolon + Kolşisin	4	28,6
	Metilprednizolon + Siklosporin	1	7,1
	Metilprednizolon + Dapson	2	14,3
	Biyolojik ajan + Iıvıg	1	7,1

DM: Diyabetes mellitus, HT:Hipertansiyon, KAH:Korener hastalığı, BPH:Benign prostat hiperplazisi, KBY:Kronik böbrek yetmezliği, SVO:Serobrovasküler olay, PG:Piyoderma gangrenozum



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-283][KABUL:POSTER]

HENOCH-SCHÖNLEİN PURPURASININ NADİR BİR KOMPLİKASYONU: DERİN VEN TROMBOZUYLA SEYREDEN İKİ OLGU SUNUMU

Begüm Işık Özak¹, Filiz Cebeci Kahraman¹, Selin Tambora¹, Ayşe Nur Yüksel²

¹Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,İstanbul

²Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı,İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Henoch-Schönlein purpurası (HSP), diğer adıyla IgA vaskülit, küçük damarları tutan immün kompleks aracılı bir vaskülitir. Klinik olarak palpabl purpura, artralji, gastrointestinal ve renal tutulum ile karakterizedir. Hastalık genellikle çocukluk çağında görülmekle birlikte erişkinlerde daha atipik seyredebilir ve komplikasyon riski daha yüksektir(1). Derin ven trombozu (DVT), HSP'nin nadir görülen ancak önemli bir komplikasyonudur(2). Bu sunumda, HSP tanısı almış ve eş zamanlı derin ven trombozu gelişen iki erişkin olgu paylaşılmakta ve bu nadir birlikteliğe dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır.

OLGU:

26 yaşında kadın hasta, alt ekstremitelerde yaygın purpura, şiddetli eklem ağrısı ve sağ bacakta ağrı, şişlik ve uyuşma şikayetleriyle başvurdu. Bir ay önce geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenede bacaklarda yaygın palpabl purpura ve bacaklar arası çap farkı tespit edildi.Biyopside papiller dermiste küçük damar duvarında nötrofil ağırlıklı infiltrasyon, lökositoklasis ve fibrinoid nekroz izlendi(Resim1a-H&E x400). Direkt immünfloresan (DIF) incelemede damar duvarında IgM ve IgA birikimi saptandı(Resim 1b-x200-1c x400). Doppler ultrasonografide sağ popliteal vende tromboz tespit edildi. Laboratuvar incelemelerinde gaitada gizli kan, ENA profili ve antifosfolipid antikor testleri negatifti. İdrar tahlilinde mikroskopik hematüri ve proteinüri mevcuttu. HSP tanısı konulan hastaya sistemik steroid (0.5 mg/kg/gün), kolşisin, bacak elevasyonu ve düşük moleküler ağırlıklı heparin başlandı. Klinik ve radyolojik izlemde 2 hafta içinde trombozun gerilediği, vaskülitik döküntülerin belirgin azaldığı gözlemlendi. Diğer olgumuz 65 yaşında erkek hasta, sağ bacakta ağrı ve kızamık döküntüler nedeniyle başvurdu. Öncesinde enfeksiyon öyküsü veya bilinen sistemik hastalığı yoktu. Dermatolojik muayenesinde sağ alt ekstremitede yaygın peteşi ve purpura ile birlikte belirgin ödem ve çap farkı mevcuttu(Resim 2).Biyopside damar duvar hasarına bağlı dermoepidermal ayrışma ve papiller mikroapseler gözlemlendi; ancak DIF



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

incelemede immün depozisyon izlenmedi. Doppler ultrasonografide sağ safen vendeki tromboz doğrulandı. Sistemik değerlendirme sonucu HSP tanısı konularak hastaya sistemik steroid, kolşisin, bacak elevasyonu ve antikoagülan tedavi (enoksaparin sonrası rivaroksaban) başlandı. Klinik gidiş iyi seyirli olup lezyonlar ve trombozda regresyon izlendi.

SONUÇ:

Henoch-Schönlein purpurası (HSP), diğer adıyla IgA vaskülitı klasik olarak çocukluk çağında görülse de erişkin olgularda da tanı giderek artan sıklıkla konulmaktadır. DIF incelemesinde damar duvarında IgA birikimi, önemli bir tanı kriteridir. Ancak bu bulgunun her zaman saptanamayabileceği, literatürde vurgulanmaktadır(3). DIF negatifliği; örnekleme zamanı, teknik yetersizlik veya geç faz biyopsisi gibi nedenlerle ortaya çıkabilir(4).

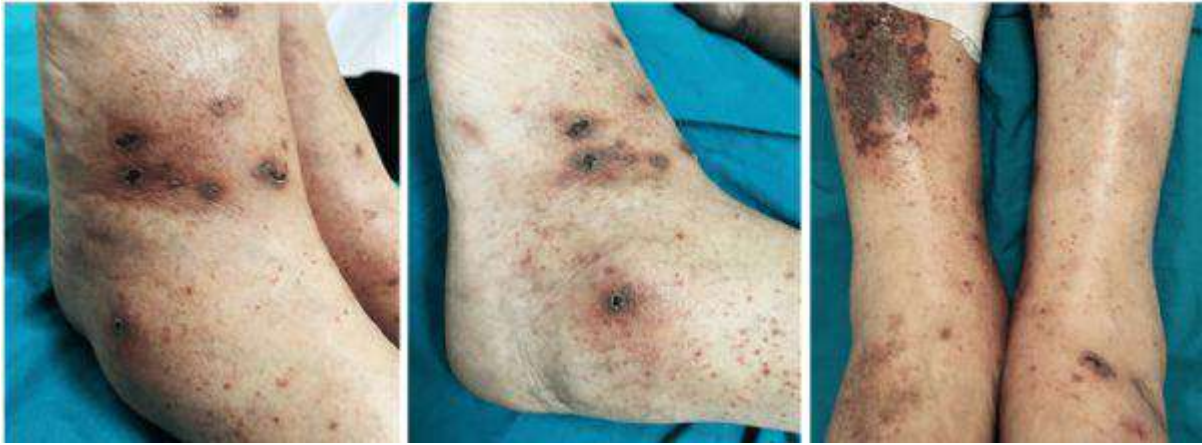
Bu nedenle, güncel kılavuzlara göre yalnızca histopatolojik olarak lökositoklastik vaskülit paterni izlenmiş olsa dahi, klinik olarak palpabl purpura, artralji/artrit, renal tutulum veya nadir de olsa venöz tromboz ile seyreden olgular deriye sınırlı lökositoklastik vaskülit olarak değil, küçük damar vaskülitı (KDv) sınıflaması içinde değerlendirilmelidir(5). HSP’de nadiren de olsa venöz tromboz gelişebileceği unutulmamalı, erken tanı ve tedaviyle başarılı sonuçlar alınabileceği göz önünde bulundurulmalıdır(6,7,8).

ANAHTAR KELİMELEER: küçük damar vaskülitı, henoch-schönlein purpurası, venöz tromboz

- KAYNAKLAR:** 1. Yang YH, Yu HH, Chiang BL. The diagnosis and classification of Henoch-Schönlein purpura: an updated review. *Autoimmun Rev.* 2014 Apr-May;13(4-5):355-8.
2. De Maddi F, Sottile R, Andreozzi L, Rigante D. Deep thrombophlebitis masked by peripheral arthritis in Henoch-Schönlein purpura. *Int J Rheum Dis.* 2016 Dec;19(12):1357-1358
3. Poudel P, Adams SH, Mirchia K, Jain H, Eranki A. IgA negative immunofluorescence in diagnoses of adult-onset Henoch-Schönlein purpura. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2020 Jun 1;33(3):436-437
4. Linskey KR, Kroshinsky D, Mihm MC Jr, Hoang MP. Immunoglobulin-A--associated small-vessel vasculitis: a 10-year experience at the Massachusetts General Hospital. *J Am Acad Dermatol.* 2012 May;66(5):813-22
5. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, Flores-Suarez LF, Gross WL, Guillemin L, Hagen EC, Hoffman GS, Jayne DR, Kallenberg CG, Lamprecht P, Langford CA, Luqmani RA, Mahr AD, Matteson EL, Merkel PA, Ozen S, Pusey CD, Rasmussen N, Rees AJ, Scott DG, Specks U, Stone JH, Takahashi K, Watts RA. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013 Jan;65(1):1-11.

6. Li L, Zhang J, Zhang Y, Ji H. Thrombosis warning in children suffering from henoch-schonlein purpura. Indian J Dermatol. 2013 Sep;58(5):409
7. Zheng Q, He Q, Huang H, Lu M. Venous sinus thrombosis in a case of immunoglobulin A vasculitis and a systemic review of literature. Int J Rheum Dis. 2023 Mar;26(3):539-543
8. Zeybek C, Bolat A, Gürsel O, Hacıhamdioğlu B, Kürekçi AE. Relationship between IgA vasculitis and prothrombotic risk factors: A prospective, case-control study. Arch Rheumatol. 2024 Dec 12;39(4):670-678

RESİM 2



Sağ alt ekstremitelerde yaygın peteşi ve purpura ile birlikte belirgin ödem ve çap farkı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-284][KABUL:POSTER]

SİSTEMİK TUTULUMUN EŞLİK ETTİĞİ NADİR BİR FAKOMATOZİS PİGMENTOVASKÜLARİS TİP 2 OLGUSU

Seray Kaymakçı¹, Ayşe Deniz Yücelten¹, Batuhan Çırak¹, Hakkı Akbeyaz², Burcu Karakayalı², Gülten Öztürk², Zeynep Yılmaz², Dilşad Türkdoğan²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Fakomatozis Pigmentovaskülaris (FPV), kapiller kutanöz vasküler malformasyon ve dermal melanositozun eş zamanlı olarak görüldüğü, nadir rastlanan bir genodermatozudur. İlk kez 1947 yılında Ota ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Bu posterde, nadir görülmesi nedeniyle sistemik tutulumun da eşlik ettiği bir fakomatozis pigmentovaskülaris tip 2 olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

Bilinen epilepsi tanısı bulunan 7 yaşında kız hasta, status epileptikus sonrası çocuk nöroloji kliniğinde takip edilmekte iken vücudundaki lekeler nedeniyle kliniğimize danışıldı. Hastanın sezaryen ile 3000 gram ağırlığında term doğum öyküsü bulunmaktaydı. Anne ile babasının teyze çocukları olup iki ablasından birinde böbrek hastalığı olduğu, iki kardeşinin ise bilinmeyen bir nedenle infantil dönemde kaybedildiği öğrenildi. Fizik muayenede sırtta geniş alana yayılan Mongol lekesi (dermal melanositoz) ve en büyüğü yaklaşık 3x5 cm boyutunda birkaç adet kapiller malformasyon izlendi (Şekil 1). Bilateral skleralarda ise Ota nevus eşlik etmekteydi (Şekil 2). Hastanın öyküsünde geçmiş yıllarda göz muayenesinde pigment epitel distrofisi ve ortopedik muayenesinde artmış femoral anteverسیون izlendiği öğrenildi. Hasta muayene sırasında oryante ve koopere değildi ve nöromotor retardasyonu mevcuttu.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TARTIŞMA:

Fakomatozis pigmentovaskülaris, nöral krestten köken alan melanositlerin mozaikizm gösterdiği bir nörokutanöz sendromdur. Patogenezinde anormal nöral hücre gelişimi ve migrasyonu rol oynar. Çoğunlukla sporadik olarak ortaya çıkmakta olup GNA11 ve GNAQ genlerinde aktive edici mutasyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sistemik tutulum nadir görülmekle birlikte, nörolojik (epilepsi, intrakranial vasküler patolojiler) oküler (glokom, uveal melanom), muskuloskeletal (uzuv uzunluğu eşitsizliği, skolyoz) ve renal tutulum izlenebilir. Sturge-Weber sendromu ve Klippel-Trenaunay sendromu ile birliktelik gösterebilir.

Fakomatozis pigmentovaskülariste çoğu zaman kapiller malformasyon şeklinde kendini gösteren bir vasküler komponent ve dermal melanositoz gibi pigmente bir komponent bir arada görülür. Tanı klinik olarak konur. Nevus spilus, nevus anemicus, kutis marmorata telangiectatika konjenita, café-au-lait makülleri, Ota nevus veya Mongol lekeleri gibi eşlik edebilen farklı kutanöz bulgulara göre ayırt edilmek üzere beş ayrı tipte sınıflandırılır (Tablo I). Her tip, sistemik tutulum olup olmamasına bağlı olarak “a (yok)” ve “b (var)” alt tiplerine ayrılır. En sık tip 2 görülmektedir. Sistemik tutulum açısından beyin MR görüntüleme ve oftalmolojik muayene çoğunlukla önerilir.

SONUÇ:

Bu olgu, sırtta yaygın Mongol lekesi (dermal melanositoz) ve kapiller malformasyon, skleralarda bilateral Ota nevus ve sistemik tutulum olarak epilepsinin görülmesi ile tip 2 FPV olarak değerlendirilmiştir ve çok nadir görülen bir olgu olması nedeni ile sunulmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: epilepsi, fakomatozis pigmentovaskülaris, kapiller malformasyon, Mongol lekesi, Ota nevus

KAYNAKLAR: 1. Ghosh S, Dutta A, Bandyopadhyay D et al. Phakomatosis pigmentovascularis: A clinical profile of 11 Indian patients. Indian J Dermatol 2019; 64:217-223.

2. Thomas A. C, Zeng Z, Rivière J et al. Mosaic Activating Mutations in GNA11 and GNAQ Are Associated with Phakomatosis Pigmentovascularis and Extensive Dermal Melanocytosis. J Invest Dermatol 2016; 136:770-778.

3. Guillén-Navarro E, Martínez-Menchón T, P. Sybert V. Vascular Malformations. In J.L. Bologna, J.V. Schaffer, L. Cerroni, Dermatology, Elsevier. 5th ed. 2024:1819-1843.

ŞEKİL 1.



Sırtta yaygın Mongol lekesi ve kapiller malformasyon

ŞEKİL 2.



Bilateral skleralarda Ota nevus



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TABLO I. FPV SINIFLANDIRMASI (BOLOGNİA DERMATOLOJİ'DEN ADAPTE EDİLMİŞTİR.)

Klasik Sınıflandırma	Bildirilen Olguların Sıklığı	Happle Sınıflandırması	Vasküler Lezyon	Kutanöz Lezyon
FPV Tip 1 (a,b)	<%5	-	Nevus flammeus	Epidermal nevus
FPV Tip 2 (a,b) &	%75	Fakomatozis sesioflammea	Nevus flammeus ± Nevus anemikus	Dermal melanositoz
FPV Tip 3 (a,b)	%10	Fakomatozis spilorosea	Nevus flammeus ± Nevus anemikus	Nevus spilus
FPV Tip 4 (a,b)	%10	Sınıflandırılmamış	Nevus flammeus ± Nevus anemikus	Café-au-lait makül
FPV Tip 5 (a,b)	<%5	Fakomatozis sesiomarmorata	Cutis marmorata telanjiektatika konjenita (CMTC)	Dermal melanositoz
a: Sistemik tutulum yok b: Sistemik tutulum var &: Bizim olgumuz				



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-285][KABUL:POSTER]

NEVÜS FLAMMEUS VE NEVÜS DEPIGMENTOSUS BİRLİKTELİĞİ OLAN NADİR BİR PEDIATRİK OLGU

Begüm Karanfil, Ece Uğurer, Burçe Can Kuru

Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ:

Konjenital dermatozlar, çocukluk çağında karşılaşılan pigmentasyon ve vasküler bozukluklarının önemli bir kısmını oluşturur. Nevus flammeus, doğumda mevcut olan, genellikle tek taraflı, sınırları belirgin, basmakla solmayan kapiller malformasyonları ifade ederken; nevus depigmentosus, doğumdan itibaren mevcut olan, sabit, hipopigmente makül ya da yamalarla karakterizedir. Bu iki lezyonun birlikte görülmesi oldukça nadirdir ve literatürde sınırlı sayıda bildirilmiştir.

Bu çalışmada, nevus flammeus ve nevus depigmentosus birlikteliği gösteren 3 yaşındaki erkek hastamızın klinik bulgularını sunarak, benzer olguların ayırıcı tanısına katkı sağlamayı amaçladık.

OLGU:

Üç yaşında erkek hasta, doğumdan itibaren mevcut olan bacağındaki lekelenme nedeniyle dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede, sol gluteal bölgeden ayak dorsumuna kadar uzanan, basmakla solan, zaman zaman eritemi artıp azalan vasküler bir yama izlendi. Aynı hastada sol uyluk medial yüzde, düzgün sınırlı, diaskopi ile renk değişikliği göstermeyen bir hipopigmente yama da mevcuttu. Her iki lezyon doğumdan itibaren sabit olup, büyüme hızı hastanın genel büyüme hızına paralel seyretmekteydi. Ailede benzer lezyon öyküsü bulunmamaktaydı. Hastanın sistemik (nörolojik ve oftalmolojik) muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Klinik ve dermoskopik bulgular doğrultusunda lezyonlar sırasıyla nevus flammeus ve nevus depigmentosus olarak tanımlandı.

SONUÇ:

Nevus flammeus ve nevus depigmentosus gibi konjenital deri lezyonları pediatrik yaş grubunda sık görülmekle birlikte, bu iki lezyonun aynı hastada birlikte bulunması oldukça nadirdir. Bu olgu, ayırıcı tanıda benzer görünüme sahip vasküler ve hipopigmente lezyonların birlikte değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Erken tanı, olası sistemik ilişkilerin

dışlanması ve ailelerin bilgilendirilmesi açısından değerlidir. Benzer olguların bildirilmesi, literatürdeki farkındalığın artmasına katkı sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Konjenital lezyon, nevus flammeus, nevus depigmentosus, pediatrik dermatoloji

KAYNAKLAR: https://jag.journalagent.com/turkderm/pdfs/TURKDERM_49_2_167_168.pdf
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12749070/>

NEVUS DEPİGMENTOSUS



NEVÜS FLAMMEUS





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-286][KABUL:POSTER]

SARS-COV-2 AŞISI SONRASI GELİŞEN LİKEN PLANUS PİGMENTOSUS İNVERSUS: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU

Esranur Ünal¹, Saadet Nurşah Gedikli², Fatma Şenel², Muhammed Burak Yücel²

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ:

Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) aşılarının, liken planus, psoriasis ve büllöz pemfigoid gibi inflamatuvar cilt hastalıklarının başlangıcını tetikleyebildiği ya da mevcut hastalıkları alevlendirebildiği bildirilmiştir. Ancak, COVID-19 aşıları ile immün aracılı dermatolojik hastalıklar arasındaki ilişki henüz net olarak ortaya konulamamıştır. Bu bildiride, inaktive COVID-19 aşısı olan Sinovac'ın ikinci dozundan bir hafta sonra ortaya çıkan Liken Planus Pigmentosus Inversus (LPPI) olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

60 yaş kadın hasta, bir ay ara ile uygulanan Sinovac aşısının ikinci dozundan bir hafta sonra, sağ aksillada başlayan ve bir hafta içerisinde sol aksillaya da oluşan kahverengi leke şikâyetiyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Dermatolojik muayenede, sol aksillada daha yaygın olmak üzere her iki aksillada kahverengi yama tarzında lezyonlar izlendi (Şekil 1a,b). Oral mukozada ya da tırnaklarda tutulum gözlenmedi.

Hastanın bilinen sistemik hastalığı yoktu. Rutin laboratuvar testleri ve hepatit serolojileri normaldi. Dermoskopik incelemede perifoliküler gri-kahverengi granüller; Wood modu incelemesi altında perifoliküler noktalar gözlemlendi (Şekil 2a,b). Sol aksilladan alınan insizyonel biyopsi örneğinde, melanin kaçağı ile birlikte likenoid dermatit izlenmiş olup (Şekil 2c), histopatolojik bulgular LPPI ile uyumlu bulunmuştur. Hastaya topikal takrolimus %1 merhem ve metilprednisolon aseponat merhem tedavisi başlandı.

SONUÇ:

Liken Planus Pigmentosus Inversus, klasik liken planusun nadir bir varyantıdır. Liken Planus



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Pigmentosus (LPP)'tan farklı olarak LPPI daha çok açık tenli bireylerde görülür ve karakteristik olarak intertriginöz ve fleksural bölgeleri özellikle aksilla ve inguinal bölgeyi tutar. Hastaların yaklaşık %90'ında aksiller tutulum mevcuttur.

Histopatolojik olarak LPPI; bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, keratinosit apoptozu, dermiste bant tarzında lenfositik infiltrat ve pigment inkonsistansı ile karakterizedir.

Dermoskopik olarak üç desen tanımlanmıştır. Diffüz desen; epidermal pigmentasyonu yansıtan homojen, yapısız kahverengimsi alanlarla karakterizedir. Noktasal desen; dermal melanosit artışını yansıtan mavi-gri-kahverengi nokta ve globüller ile karakterize olup karışık desen ise her iki desenin özelliklerini birlikte barındırarak hem epidermal hem dermal pigmentasyon değişikliklerini gösterir.

Aşılar immün sistemi aktive ederek inflamasyonu tetikler ve çeşitli deri reaksiyonlarına neden olabilir. COVID-19 aşıları da Th1 yanıtını indükleyerek çeşitli sitokinlerin (IL-2, TNF- α , IFN- γ) salınımına yol açar ve bu durum likenoid reaksiyonları tetikleyebilir. LPP'nin kesin etiyolojisi bilinmemekle birlikte; viral enfeksiyonlar, travma, ultraviyole ışınları ve aşılar dahil olmak üzere çeşitli tetikleyici faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Liken planus; hepatit B, influenza, kuduz ve kombine aşılar sonrası tanımlanmış olup, COVID-19 aşıları da bu gruba eklenmiştir. Sinovac aşısı sonrasında gelişen liken planus ile ilgili literatürde yalnızca bir olgu bildirilmiştir. LPPI'nin patogenezi klasik liken planus ile benzer özellikler gösterdiğinden, COVID-19 aşılarının LPPI'yi de tetikleyebilmesi olasıdır ve bu durum şaşırtıcı değildir.

Literatürde COVID-19 aşılama sonrası gelişen yalnızca üç LPPI vakası bildirilmiştir. Sun ve ark., birinci doz Oxford-AstraZeneca aşısından iki hafta sonra gelişen ve ikinci doz sonrası şiddetlenen bir olguyu; Edek ve ark., Pfizer-BioNTech aşısının üçüncü dozunu takiben cilt ve tırnak tutulumuyla seyreden bir başka olguyu; Gil-Quíñones ve ark. ise, ikinci doz Oxford-AstraZeneca sonrası LPPI gelişen bir vakayı raporlamışlardır. Olgumuz, inaktif aşı (Sinovac) sonrası gelişen nadir bir LPPI vakası olması açısından literatüre katkı sunmaktadır. COVID-19 aşıları ile LPPI arasındaki olası ilişkiyi daha iyi anlamak için daha kapsamlı epidemiyolojik ve immünolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Aşıya Bağlı Deri Reaksiyonları, COVID-19, Liken Planus

KAYNAKLAR: 1. Català A, Muñoz-Santos C, Galván-Casas C, ve diğerleri. SARS-CoV-2 aşılama sonrası cilt reaksiyonları: 405 vakanın yer aldığı kesitsel bir İspanya ülke çapındaki çalışma. Br J Dermatol. 2022;186(1):142-152.

2. Weston G, Payette M. Liken planus ve klinik varyantları hakkında güncelleme. Int J Womens Dermatol. 2015 Eylül 16;1(3):140-149.

3. Gaertner E, Elstein W. Liken planus pigmentosus-inversus: Olağandışı bir varlığın vaka



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

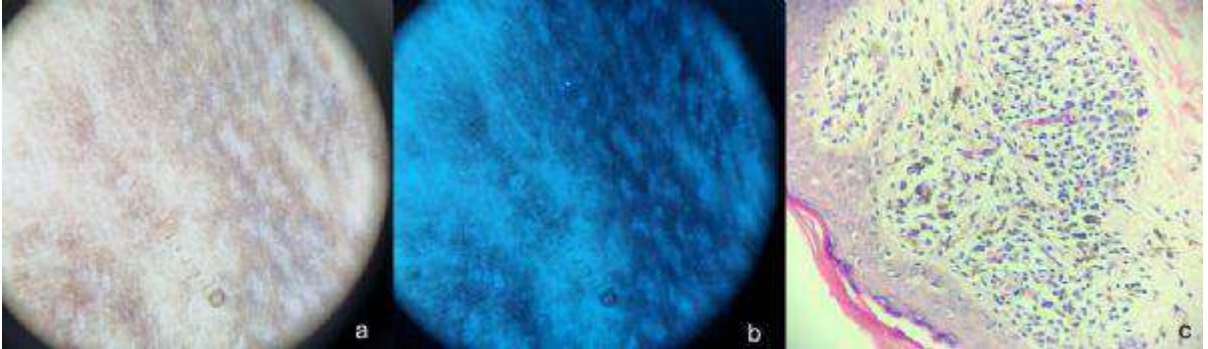
- raporu ve incelemesi. *Dermatol Online J.* 2012 Şubat 15;18(2):11. PMID: 22398232.
4. Al-Mutairi N, El-Khalawany M. Liken planus pigmentosusun klinikopatolojik özellikleri ve takrolimus merhemine yanıtı: açık etiketli, randomize olmayan, prospektif bir çalışma. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010 Mayıs;24(5):535-40. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03460.x. Epub 2009 15 Ekim.
5. Friedman P, Sabban EC, Marcucci C, Peralta R, Cabo H. Liken planusun farklı klinik varyantlarında dermatoskopik bulgular. *Dermoskopi yararlı mıdır? Dermatol Pract Concept.* 31 Ekim 2015;5(4):51-5. doi: 10.5826/dpc.0504a13. PMID: 26693092; PMCID: PMC4667604.
6. Chaima K, Fatma H, Nadine K, Chahir K, Emna B, Khadija S, Mariem A, Sonia B, Abderrahman M, Tahya B, Hamida T. Liken planus pigmentosus post COVID-19-vaccination: A case report with literature review. *Dermatol Ther.* 2022 Aral;35(12):e15891. doi: 10.1111/dth.15891. Epub 2022 Eki 17. PMID: 36183151; PMCID: PMC9538344.
7. Sun L, Duarte S, Soares-de-Almeida L. Oxford-AstraZeneca COVID-19 aşısından sonra liken planus pigmentosus-inversus vakası: neden mi yoksa tesadüf mü? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022 Temmuz;36(7):e514-e516. doi: 10.1111/jdv.18058. Epub 2022 16 Mart. PMID: 35278243.
8. Rai T, Bohara A, Jha PK. 10 yaşında bir kız çocuğunda blaschkoid desende liken planus pigmentosus vakası. *Clin Dermatol Rev.* 2021;5(1):104-106.
9. Edek YC, Tamer F, Öğüt B. COVID-19 aşılması sonrası tırnak tutulumu olan liken planus pigmentosus inversus: Bir olgu sunumu. *Dermatol Ther.* 2022 Kas;35(11):e15809.
10. Gil-Quñones SR, Velandia JA, Velandia F, Barrera MY. Koyu Fototipli Hastalarda COVID-19 Aşısı Sonrası Liken Planus ve Liken Planus Pigmentosus Inversus. *Actas Dermosifiliogr.* 2024 Haz;115(6):609-611. doi: 10.1016/j.ad.2023.02.005. Epub 2023 25 Şubat. PMID: 36842475; PMCID: PMC9957654.
-

ŞEKİL-1



(a,b) Her iki aksillada kahverengi yama, sol aksillada daha yaygın.

ŞEKİL-2



(a) Perifoliküler gri-kahverengi noktalar (Dermlite-5®, x10 büyütme, polarize mod) (b) Wood ışığında saptanan perifoliküler noktalar (Dermlite-5®, x10 büyütme) (c) Ortokeratotik hiperkeratoz, bazal vakuoler dejenerasyon, yüzeysel dermiste melanin inkontinansı ve bant şeklinde kronik inflamasyon. (Hematoksilen-Eozin x400)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-287][KABUL:POSTER]

**SİSTEMİK VE ENFEKSİYÖZ NEDENLERİN DIŞLANDIĞI NADİR BİR KUTANE PLAZMASİTOZ
OLGUSU:INTERFERON BETA SEBEP OLABİLİR Mİ?**

Ceyda Vatansever Öztürk¹, Yasin Özdemir¹, İlteriş Oğuz Topal¹, Ece Beyaztaş²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi,Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,İstanbul,Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi,Patoloji Kliniği,İstanbul,Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ:

Plazma hücreleri, immün yanıtın son aşamasında görev yapan terminal diferansiye B lenfositleridir. Deride plazma hücrelerinin belirgin infiltrasyonu nadirdir ve genellikle enfeksiyöz, inflamatuvar veya neoplastik süreçlerin parçası olarak değerlendirilir. Kutanöz plazmasitozis, benign ya da malign karakterde olabilen ve plazma hücre infiltrasyonu ile karakterize nadir bir dermatolojik tablodur(1,2). Bu olguda, multipl skleroz (MS) nedeniyle uzun süre interferon beta-1b kullanımı öyküsü olan bir hastada ortaya çıkan ve yaygın plazma hücre infiltrasyonu ile seyreden kutanöz lezyonlar sunulmaktadır. Amaç, interferon beta-1b'nin potansiyel geç dönem kutanöz etkilerini ortaya koymak ve benzer klinik tabloların ayırıcı tanısında farkındalık sağlamaktır.

OLGU:

44 yaşında kadın hasta,altı aydır gövdesinde giderek artan,mor renkli deri lezyonları nedeniyle dermatoloji polikliniğimize başvurdu.Bilinen multipl skleroz (MS), Hashimoto tiroiditi, hipertansiyon, depresif bozukluk ve idrar inkontinansı tanıları mevcuttu. MS nedeniyle 10 yıl interferon beta-1b, ardından 11 yıldır oral fingolimod tedavisi altındaydı. Ayrıca verapamil,trandolapril,darifenasin,sitalopram ve didrogesteron kullanmaktaydı. Dermatolojik muayenesinde abdomende,umblikus lateralinden başlayıp sağ flanka uzanan lividi-eritemli,endure,yer yer gevşek plak lezyonlar izlendi(Resim-1).Umblikus çevresinde belirgin olmak üzere gluteal bölge, üst ekstremiteler ve uyluk ön yüzlerinde, daha önce enjeksiyon uygulanan alanlara denk gelen, lipoatrofi ile uyumlu lividi renkli, atrofik alanlar mevcuttu. Lezyonlara topikal mometazon furoat günde 1 kez, 1 ay süreyle başlandı, ancak takiplerde yalnızca kısmi yanıt alındı ve lezyon sayısında artış gözlemlendi. Bu nedenle tanısal amaçla punch biyopsi yapıldı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Histopatolojik incelemede epidermiste ortokeratoz, retelerde uzama ve dermiste belirgin perivasküler plazma hücre infiltrasyonu saptandı. İmmünohistokimyasal boyamalarda hücreler CD38+, CD138+, CD56-, Bcl-1-, IgG+, IgG4- olarak izlendi; kappa ve lambda hafif zincirlere karşı poliklonal boyanma klonal proliferasyonu dışladı(Resim-2).Mevcut plazma hücre infiltrasyonuna neden olabilecek etyolojiler açısından araştırıldı.

Sifiliz ve Lyme hastalığı için bakılan VDRL, TPHA ve Borrelia IgM/IgG negatifti. Hemogramda lökopeni ve lenfopeni mevcuttu. Serum immünoglobulin düzeyleri normaldi. Protein elektroforezinde gama globulin oranı %20 olup hafif artmış, idrarda hafif zincir saptanmamıştı. Beta-2 mikroglobulin 2.7 mg/L, LDH normaldi.Periferik yaymada atipik hücre saptanmadı.Plazma hücre infiltrasyonu, sistemik malignite veya enfeksiyona sekonder olmayıp kutanöz sınırlı benign özellikte değerlendirilerek hasta klinik takibe alındı. Önceki interferon beta-1b enjeksiyon bölgelerine sınırlı lezyonların olması, interferonun bilinen kutanöz yan etkileriyle uyumlu düşünüldü(3,4).

SONUÇ:

Kutanöz plazma hücre infiltrasyonları nadirdir ve ayırıcı tanıda enfeksiyöz durumlar,otoimmün hastalıklar ve hematolojik maligniteler göz önünde bulundurulmalıdır (1,2).Literatürde interferon beta kullanımına bağlı çeşitli kutanöz reaksiyonlar, özellikle enjeksiyon bölgelerinde atrofi, pannikülit ve plazmasitik infiltrasyon içeren olgular bildirilmiştir(3,4). İnterferon beta, hücre içi sinyal yollarını etkileyerek inflamatuvar sitokinlerin üretimini düzenlemekte ve immün hücrelerin dağılımında değişikliklere neden olabilmektedir(5).Fingolimodun B hücre dinamiğini etkileme potansiyeline rağmen, bu ajana bağlı plazmasitozis raporlanmamıştır(6).

MS tedavisinde kullanılan interferon beta-1b'nin uzun dönem kutanöz etkilerine bağlı olarak gelişmiş olabileceği düşünülen plazma hücre infiltrasyonu, sistemik değerlendirmelerle malign ve enfeksiyöz nedenler dışlanarak kutanöz sınırlı benign bir tablo olarak kabul edilmiştir. Literatürde kutanöz plazmasitozis nadir görülen bir durum olup, benzer olgular sınırlı sayıda raporlanmıştır.Ardigò ve arkadaşları(7),İtalyan bir hastada plazma hücre infiltrasyonlu benzer lezyonları detaylandırmış, benign seyirli ve poliklonal yapılı olması nedeniyle iyi prognozlu kabul etmişlerdir. Vieira ve arkadaşlarının(8) raporu ise,bu nadir hastalığın ayırıcı tanısında sistemik hastalıkların ve enfeksiyonların kapsamlı şekilde dışlanmasının önemini vurgulamıştır.Bizim olgumuzda da,sistemik plazma hücre proliferasyonu ya da enfeksiyon bulguları olmaksızın lokalize kutanöz plazma hücre infiltrasyonu saptanmış, hastanın takip ve tedavisi multidisipliner yaklaşımla planlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: plazmasitoz, interferon-beta, fingolimod



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

KAYNAKLAR: 1. Rongioletti F, Rebora A. Cutaneous infiltrates of plasma cells:

clinicopathologic correlations. *Int J Dermatol.* 1994;33(6):393–7.

2. Zalaudek I, Leinweber B, Richtig E, Zelger B, Smolle J. Cutaneous plasmacytosis: report of a case and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50(2):289–92.

3. O'Reilly MA, Robinson-Bostom L, Camp BJ, Harrist TJ, Mihm MC Jr, Kittler H. Cutaneous reactions to interferon beta-1b: histopathologic findings in 8 patients. *J Cutan Pathol.* 2004;31(5):352–7.

4. Werner RN, Kienast AK, Stücker M, Nast A. Interferon-beta–induced skin reactions in patients with multiple sclerosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(1):178–82.

5. Durelli L, Conti L, Clerico M, Boselli D, Contessa G, Ripellino P, et al. T-helper 1 and T-helper 2 cytokines in multiple sclerosis: a 3-year, randomized, controlled study. *Int J Mol Sci.* 2015;16(7):14951–73.

6. Mehling M, Hilbert P, Fritz S, Hänni S, Kappos L, Weber MS. Immune cell redistribution under fingolimod therapy in multiple sclerosis. *Ann Neurol.* 2008;63(5):578–87.

7. Ardigò M, Borroni G, Muscardin L, Agozzino M, Elia G, Tomasini C. Cutaneous plasmacytosis: a rare case in an Italian patient. *J Cosmet Dermatol.* 2020;19(4):939–42.

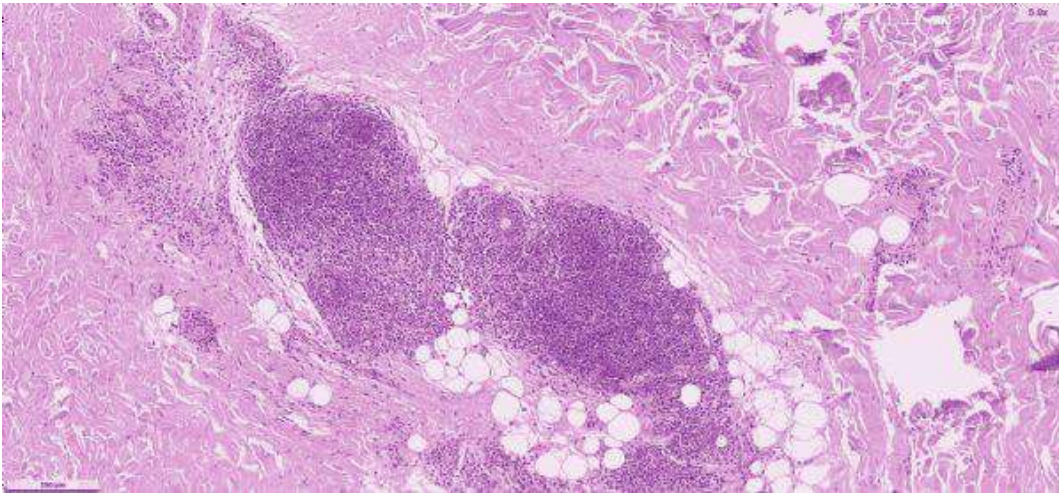
8. Vieira R, Tavares B, Lobo R, Soares de Almeida L. Plasmocitose cutânea: apresentação de um caso clínico. *Soc Port Dermatol Venereol.* 2021;79(3):259–61.

RESİM-1



Sağ flankta lividi renkli endürasyon izlenen gevşek plak lezyonlar

RESİM-2



Histopatolojik incelemede saptanan epidermiste ortokeratoz, retelerde uzama ve dermiste belirgin perivasküler plazma hücre infiltrasyonu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-288][KABUL:POSTER]

PEDİATRİK DÖNEMDE GÖZLENEN İKİ NADİR SAÇ ANOMALİSİ: HALKA ŞEKLİ ALOPESİ VE YÜNSÜ SAÇLI NEVÜS

Ülkü Deniz Güven¹, Filiz Cebeci Kahraman¹, Sümeyye Altıntaş Kakış², Umut Mert Yıldırım³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Şırnak Devlet Hastanesi, Dermatoloji, Şanlıurfa

GİRİŞ-AMAÇ:

Pediyatrik yaş grubunda saçlı derideki bazı saç anomalileri, sınırlı ve lokalize bulgulara sahip olmalarına rağmen, altta yatan sistemik hastalıkların dışlanması açısından dikkatli değerlendirme gerektirir. Bu yazıda, pediyatrik dönemde gözlenen yünsü saçlı nevüs (YSN) ve halka şekilli alopesi (HŞA) tanısı alan iki olgu nadir görülmeleri nedeniyle sunulmaktadır.

OLGU:

Olgu 1

On sekiz aylık erkek bebek, beşinci ayında fark edilen ve kalıcı olan yarım halka şeklinde saç dökülmesi şikayetiyle başvurdu. Termde, sezaryen ile doğmuştu. Doğum travması öyküsü yoktu; ancak yenidoğan döneminde solunum sıkıntısı nedeniyle küvözde kalmıştı.

Dermatolojik muayenede, oksipital bölgeden bilateral temporal bölgelere uzanan, yaklaşık 3 cm genişliğinde annüler şekilde saç seyrekliği saptandı (Figür 1). Aile, bebeğin farklı pozisyonlarda yatırıldığını, şapka kullanılmadığını belirtti. Aile öyküsünde benzer saç yapısı veya akrabalık ilişkisi, tıbbi öyküsünde ise sistemik hastalık bulunmamaktaydı. Dermoskopide yalnızca tutulan bölgede vellus kıllar izlendi, skarsız alopesi olarak değerlendirildi. Anamnez, klinik ve dermoskopik bulgular doğrultusunda HŞA tanısı konularak tedavisiz izlem önerildi.

Olgu 2

Beş yaşındaki erkek çocuk, annesinin bir aylıkken fark ettiği, sol temporal bölgede lokalize kıvrıkcık ve açık renkli saçlar nedeniyle başvurdu. Ailesi bu bölgedeki saçların taramakla düzleşmediğini söyledi. Herhangi bir sendromik görünümü, sistemik hastalık bulgusu veya aile öyküsü bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenede, sol oksipitalden temporale uzanan saçlı deride sınırlı alanda parlak, kıvrıkcık, ince ve göreceli olarak daha açık renkli, daha kısa saçlar izlendi (Figür 2). Dermoskopide farklı boyutlarda ve incelmış kıl shaftları dışında



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

herhangi bir özellik gözlenmedi. Klinik bulgular ile YSN tanısı kondu, tedavi önerilmedi.

SONUÇ:

HŞA, doğum sonrası dönemde fark edilen ve saçlı deride skarsız, halka şeklinde bir bant görünümüyle karakterize nadir bir konjenital saçlı deri anomalisi olup, sıklıkla doğum travması, pozisyonel basınç veya prematürite ile ilişkilendirilmiştir (1,2,3,4). Ancak olgumuzda bu risk faktörleri yoktu.

YSN ise saç shaftı morfolojisinde doğumsal, lokalize bir varyasyon olup sıklıkla iyi huyludur (5,6). Ancak bazı olgularda epidermal nevüs veya oküler anomaliler gibi sistemik bulgular eşlik edebileceği unutulmamalıdır (5,7,8). Her iki olguda da tanı, anamnez, dikkatli klinik muayene ve dermoskopik değerlendirme ile konmuş olup, biyopsi ihtiyacı doğmamıştır (1,5). Bu tür nadir saçlı deri durumlarının farkındalığı, gereksiz tetkik ve tedavilerin önlenmesine katkı sağlayacaktır (1,5).

ANAHTAR KELİMELEER: saç, pediatrik hastalıklar, non-skatrisyel alopesi

- KAYNAKLAR:** 1. Neal PR, Merk PF, Norins AL. Halo scalp ring: a form of localized scalp injury associated with caput succedaneum. *Pediatr Dermatol.* 1984;2(1):52–4.
2. Patrizi A, Savoia F, Neri I, Bardazzi F. An incomplete circle of alopecia: a new case of halo scalp ring? *Acta Derm Venereol.* 2006;86(1):65–6.
3. Martín JM, Jordá E, Alonso V, et al. Halo scalp ring in a premature newborn and review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2009;26(6):706–8.
4. Shin JO, Roh D, Son JH, et al. Halo scalp ring: an annular alopecia associated with birth injury. *Ann Dermatol.* 2023;35(Suppl 1):S146–7.
5. Fernandes KAP, Vargas TJS, Melo DF. Woolly hair nevus. *An Bras Dermatol.* 2017;92(5 Suppl 1):163–5.
6. Gomes TF, Pereira LB, Cunha KS, Valente NYS. Woolly hair nevus: case report and review of literature. *Dermatol Online J.* 2020;26(1):7.
7. Cambiaghi S, Tadini G, Barbareschi M, Gelmetti C. Woolly Hair Nevus associated with ipsilateral linear epidermal nevus. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98(3):184–7.
8. Veraitch O, Tsuboi R, Itami S. Hair follicle miniaturization in a woolly hair nevus. *Am J Dermatopathol.* 2015;38(4):239–43.

FIGÜR 1



Figür 1: Oksipital bölgeden bilateral temporal bölgelere uzanan, yaklaşık 3 cm genişliğinde annüler şekilde saç seyrekliği.

FIGÜR 2



Figür 2: Sol oksipitalden temporale uzanan saçlı deride sınırlı alanda parlak, kıvrıkcık, ince ve göreceli olarak daha açık renkli, daha kısa saçlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-289][KABUL:POSTER]

**KRONİK ÜRTİKER HASTALARINDA TİROİD OTOİMMÜNİTESİ VE TOTAL İGE DÜZEYLERİNİN
OMALİZUMAB TEDAVİ YANITINDAKİ PROGNOSTİK ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Afra Mualla Cesur Öztürk, Bilgen Erdoğan, Zeynep Topkarcı

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

AMAÇ:

Ürtiker toplumda sık görülen, ani başlayıp 24 saat içinde kendiliğinden sonlanan, hasta için oldukça zorlayıcı, kaşıntılı, ödemli ürtikeryal papül/plaklar ile karakterize bir durumdur. Tedavide, ilk basamak antihistaminiklere yanıt vermeyen dirençli hastalarda insan monoklonal antikoru olan omalizumab tedavisi kullanılmaktadır. Bazı hastalar omalizumab tedavisine erken ve dramatik yanıt verirken bazıları geç yanıt vermekte veya hiç vermemektedir. Biz çalışmamızda kliniğimizde takip ettiğimiz omalizumab tedavisine yanıtı ve dirençli hastaların verilerini karşılaştırarak kronik ürtikerli hastalarda omalizumab tedavi direncine etki eden faktörleri ve omalizumab tedavisi ile bu faktörlerin değişimini değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamız tek merkezli, retrospektif kohort çalışmasıdır. 1 Ocak 2015- 31 Ocak 2024 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cildiye Kliniği, Ürtiker polikliniğinde takipli omalizumab tedavisi almış veya almakta olan, en az 6 ay boyunca takiplerine devam eden toplam 160 kronik ürtiker hastası çalışmamıza dahil edildi. Hastalar 24. Haftadaki Ürtiker Aktivite Skoru'na (UAS) göre değerlendirildi ve UAS7<6 olanlar tedaviye yanıtı; UAS7≥7 olanlar tedaviye dirençli olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların 0. Haftadaki verileri incelenerek yaş, cinsiyet, omalizumab tedavisi öncesi hastalık süresi, ortalama omalizumab tedavi süresi, anjiyoödem, atopi, otoimmün hastalık varlığı, majör ek hastalıkları, fiziksel ürtiker ve tetikleyen faktör varlığı, ilk gelişteki UAS7 skoru, total IgE, anti-TPO IgG, anti-Tg IgG, CRP, ESH, eozinofil, bazofil değerleri kayıt altına alındı. Hastaların omalizumab tedavisinin 24. Haftasındaki kayıtları incelenerek total IgE, anti-TPO IgG, anti-Tg IgG, CRP, ESH, eozinofil, bazofil değerleri, UAS7 skorları kayıt altına alındı. Sıfırıncı Haftadaki ve 24. Haftadaki değerler omalizumab yanıtı ve dirençli gruplar arasında karşılaştırılarak omalizumab tedavi yanıtında etkisi olan faktörler ve bu faktörlerin tedavi ile değişiminin değerlendirilmesi amaçlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Omalizumab tedavisine duyarlı grupta 93 hasta, dirençli grupta 67 hasta vardır. Omalizumab'a dirençli grupta bazal UAS7 skoru, majör ek hastalık varlığı, otoimmün hastalık varlığı anlamlı olarak daha yüksektir (sırası ile p: 0.045, p: 0.001, p:<0.001). Başlangıçtaki (0. hafta) laboratuvar bulgularında Anti-TPO IgG/Total IgE oranı, Anti-TPO IgG değeri omalizumaba dirençli grupta duyarlı gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırası ile p: 0.005, p: 0.017). Yirmi dördüncü haftadaki laboratuvar bulgularında ise Anti-Tg, Anti-TPO IgG değerinin ve Anti-TPO IgG/Total IgE oranının dirençli grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu (sırasıyla p: 0.019, p: 0.030 ve p: 0.013); buna karşın bazofil değerlerinin ise omalizumaba dirençli grupta anlamlı olarak daha düşük olduğu (p: 0.002) belirlenmiştir. Her iki grupta da tedavi ile Total IgE düzeyinde başlangıca göre 24. Haftada anlamlı olarak artış saptanmıştır (p< 0.001). Omalizumaba dirençli grupta 24. Haftaki Anti-Tg IgG düzeylerinde başlangıca göre anlamlı yükseklik saptanmıştır (p: 0.037).

SONUÇ:

Kronik ürtiker hayat kalitesini oldukça etkileyebilen, tedavisi zor ve/veya uzun süreli olabilen bir hastalıktır. Şiddetli klinik gidişe sahip olan ve tedaviye dirençli hastaların erken tahmin edilmesi uygun tedavi planlamasının sağlanabilmesi ve hasta bilgilendirimi açısından oldukça önemlidir. Bulgularımıza göre başlangıç hastalık şiddeti (UAS7 skoru) yüksek olan, eşlik eden otoimmün hastalığı olan, Anti-TPO IgG/Total IgE oranı yüksek olan, Anti-TPO IgG ve Anti Tg IgG değeri yüksek olan, bazofil seviyesi düşük olan hastaların tedaviye dirençli olma ihtimali yüksektir. Bu hastalarda tedavi planlamasında omalizumab tedavisi gecikmeden başlanmalı ve hastanın hastalık gidişatı hakkında doğru bilgilendirilmesi önemlidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Kronik Ürtiker, Omalizumab, Tiroid otoimmünitesi, Total IgE

KAYNAKLAR: Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, vd. The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. Mart 2022;77(3):734-66.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-291][KABUL:POSTER]

**PİTYRIASİS ALBA MI, YOKSA DAHA FAZLASI MI? HİPOPİGMENTE MİKOZİS FUNGOİDES: 2
YAŞINDA ERKEK ÇOCUKTA NADİR BİR SUNUM**

Fatma Aydemir, Özge Sevil Karstarlı Bakay

Pamukkale Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ-AMAÇ:

Hipopigmente mikozis fungoides (HMF), klasik mikozis fungoides'in (MF) nadir bir varyantı olup özellikle çocuklarda ve koyu fototipli bireylerde görülür. Bu formda lezyonlar genellikle hipopigmente olup, sıklıkla pityriasis alba (PA), vitiligo ve postinflamatuvar hipopigmentasyon gibi benign dermatozlarla karışabilir. HMF genellikle CD8+ T hücre baskınlığı gösterir ve erken evrede tanı konduğunda prognoz daha iyidir. Bu nedenle, özellikle pediatrik yaş grubunda atipik yerleşimli, tedaviye dirençli hipopigmente lezyonlarda ayırıcı tanıda HMF mutlaka düşünülmeli ve biyopsi ile histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

OLGU:

İki yaşında erkek hasta, tüm vücutta kaşıntı ve gövdede belirginleşen hipopigmente yamalar ile polikliniğimize başvurdu. Lezyonlar, yüzeysel ve hafif skuamli görünümde olup pityriasis alba ön tanısıyla topikal kortikosteroid ve emoliyan tedavi başlandı. Ancak 1 aylık tedavi sürecinde hiçbir iyileşme gözlenmemesi üzerine pediatri kliniği tarafından vaskülit ön tanısıyla biyopsi alındı, ancak nonspesifik bulundu. Lezyonları topikal tedaviye dirençli şekilde devam eden hastaya, kliniğimizde yapılan değerlendirme sonucu MF şüphesiyle ikinci biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermotropik lenfosit infiltrasyonu, CD3+, CD8+ T hücre baskınlığı ve Pautrier mikrosapselleri ile uyumlu bulgular saptandı. Yapılan T-hücre klonalite analizi monoklonalite gösterdi. Sonuçlar doğrultusunda hipopigmente mikozis fungoides tanısı konularak NB-UVB tedavisi başlandı. 2. ay sonunda lezyonlarda regresyon ve kaşıntıda gerileme izlendi.

HMF, klasik MF'nin nadir bir formudur ve klasik MF'in aksine pediatrik yaş grubunda daha sık görülür. Literatürde özellikle koyu fototipli bireylerde bildirildiği halde açık tenli çocuklarda da görülebileceği unutulmamalıdır. Klinik olarak pityriasis alba, postinflamatuvar hipopigmentasyon, vitiligo ve Annular Lichenoid Dermatitis of Youth (ALDY) gibi durumlarla karışabilir. Bu hastalıkların çoğu benign seyirli olmakla birlikte, MF gibi malign olgularla ayırt edilmesi doğru tanı açısından hayati önemdedir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Histopatolojik olarak epidermotropik lenfosit infiltrasyonu, CD8+ T hücre predominansı, melanosit sayısında azalma ve melanofajlar izlenebilir. CD8+ T hücrelerinin melanogenezi baskılayıcı etkisi, hipopigmentasyonun patofizyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Ayrıca, CD8+ predominansı HMF'nin daha iyi prognozla seyretmesini sağlayabilir. [Furlan & Sanches, 2013] CD8+ hücrelerin sitotoksik etkileri ile melanositlerin inhibe edilmesi sonucu hipopigmentasyon geliştiği düşünülmektedir. Bu nedenle hipopigmente dermatozların değerlendirilmesinde immünofenotipleme büyük önem taşır.

NB-UVB tedavisi, erken evre HMF için etkili ve güvenli bir tedavi seçeneğidir. Özellikle çocuk hastalarda PUVA'ya göre daha tolere edilebilir ve uzun vadeli yan etkileri daha azdır. Sunulan olguda da NB-UVB tedavisine kısa sürede yanıt alınmıştır. Klinik olarak iyileşmeyen hipopigmente dermatozlarda, tanının gözden geçirilmesi ve biyopsi planlanması önemlidir. [Park et al., 2018] Tanıdan şüphelenilen durumlarda tekrarlayan biyopsilerin yapılması tanının doğruluğunu artırır.

SONUÇ:

Çocuklarda tedaviye dirençli hipopigmente dermatozlarda ve Fitzpatrick III-V deri tipli hipopigmente lezyon şikayeti ile başvuran hastalarda HMF mutlaka düşünülmelidir. Ayırıcı tanı için biyopsi altın standarttır. Erken tanı ve uygun tedavi ile hastalığın prognozu oldukça iyidir. NB-UVB, güvenli ve etkili bir ilk basamak tedavi seçeneğidir. Vakamız pediatrik popülasyonda yaygın PA, vitiligo ve ALDY gibi benign durumların değerlendirmesinde MF'in de akılda tutulması gerektiğini hatırlatması açısından önemlidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Hipopigmentasyon, Mikozis Fungoides, Pediatri

KAYNAKLAR: 1. Furlan FC, Sanches JA. Hypopigmented mycosis fungoides: a review of its clinical features and pathophysiology. An Bras Dermatol. 2013;88(6):954-960.
2. Park J, Ko CD, Choi JW, Youn SW. Hypopigmented Mycosis Fungoides in Korean Patients: Clinical Characteristics and Response to Phototherapy. Ann Dermatol. 2018;30(6):683-689

ŞEKİL 1.



Hastanın sırt, karın, kol ve bacak bölgelerinden lezyon görüntüleri.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-292][KABUL:POSTER]

DERİN VEN TROMBOZUNUN NADİREN GÖZLENEN BİR DERİ BULGUSU: UNİLATERAL PURPURA

Dilara İlhan Erdil¹, Dudu Yolal¹, Merve Yıldırım Deniz², Yasin Özdemir³, Selda Pelin Kartal¹

¹Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, Radyoloji, Ankara

³Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Purpura, küçük damar duvarlarının hasarı, damar tıkanıklığı, koagülopati veya venöz basınç artışı sonucu gelişen, ciltte kan ekstrevasyasyonunu gösteren bir bulgudur. Genellikle sistemik hastalıklarla ilişkilendirilir ve bilateral veya yaygın dağılım gösterir. Derin ven trombozu (DVT), sıklıkla alt ekstremitelerde ağrı, hassasiyet ve ödem ile ortaya çıkan bir tablodur. Ancak, DVT'ye bağlı tek taraflı yaygın purpura gelişimi nadirdir. Bu olguda, DVT sonrası sol bacakta gelişen non-palpabl peteşi ve purpuralar değerlendirilmiş ve venöz staz ilişkili kutanöz bulgu olarak yorumlanmıştır.

OLGU:

59 yaşında erkek hasta, sol bacakta ani gelişen şişlik nedeniyle acil servise başvurdu. Yapılan değerlendirme sonucu DVT, intrakardiyak trombüs ve pulmoner emboli tanıları ile göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Tıbbi özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon ve geçirilmiş serebrovasküler olay bulunmaktaydı. Hasta düşük molekül ağırlıklı heparin ve warfarin ile antikoagülan tedavi almaktaydı.

Sol alt ekstremitte venöz Doppler ultrasonografisinde, popliteal venin proksimalinden yüzeysel femoral venin proksimaline kadar uzanan, komprese olmayan trombotik materyal saptandı. Bulgular akut DVT ile uyumluydu.

Yatışının beşinci gününde sol bacakta döküntü gelişmesi üzerine dermatoloji konsültasyonu istendi. Muayenede uyluktan ayak sırtına kadar yayılan, sol bacağı sirkumferansiyel tutan non-palpabl peteşi ve purpuralar gözlemlendi. Ayrıca sağ bacağına göre belirgin ödem ve çap artışı vardı. Lezyondan alınan biyopsi ve direkt immüno Floresan (DIF) incelemesinde, dermiste yaygın eritrosit ekstrevasyasyonu ve orta düzeyde perivasküler inflamasyon izlendi. Fibrinoid nekroz saptanmadı, DIF IgG, IgA, IgM ve C3 yönünden negatiftir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Sistemik tedavisi düzenlenen hasta dermatolojik spesifik bir tedavi almadan taburcu edildi. Takipte, purpuralar bir ay içinde tamamen geriledi; ödemin ise yavaş yavaş azaldığı görüldü.

SONUÇ:

DVT'ye bağlı venöz staz sonucu gelişen tek taraflı yaygın purpura nadir bir bulgudur. Bu tür dermatolojik belirtiler, vaskülit veya ilaç reaksiyonu gibi diğer nedenlerden ayırt edilmelidir. Bu olguda histopatoloji ve DIF incelemeleri, vaskülitik süreç olmadığını göstermiştir. Klinik farkındalığın artırılması, benzer olgularda gereksiz girişimlerin önüne geçebilir. DVT'ye bağlı kutanöz bulgular, sistemik tedavi ile gerileyebilir ve genellikle spesifik dermatolojik müdahale gerektirmez.

ANAHTAR KELİMELEER: derin ven trombozu, purpura, venöz staz

KAYNAKLAR: 1- Komagamine J, Yoshihara S. Purpura due to deep venous thrombosis. *Acute Med Surg.* 2023 Dec 25;10(1):e916. doi: 10.1002/ams2.916. PMID: 38148752; PMCID: PMC10750021.

2- Mikoshiba Y, Uhara H, Okuyama R, Mikoshiba Y, Saiki M. Unilateral pigmented purpuric dermatosis associated with deep thrombosis. *Int J Dermatol.* 2014 Feb;53(2):e87-8. doi: 10.1111/j.1365-4632.2012.05492.x. Epub 2013 Mar 3. PMID: 23452181.

3- Lu CC, Chen YC, Su HM, Hsu PC. Unilateral extensive purpura resulting from chronic iliofemoral deep venous thrombosis successfully treated by endovascular therapy with iliac vein stenting. *Kaohsiung J Med Sci.* 2021 Oct;37(10):920-921. doi: 10.1002/kjm2.12409. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34137178; PMCID: PMC11896568.

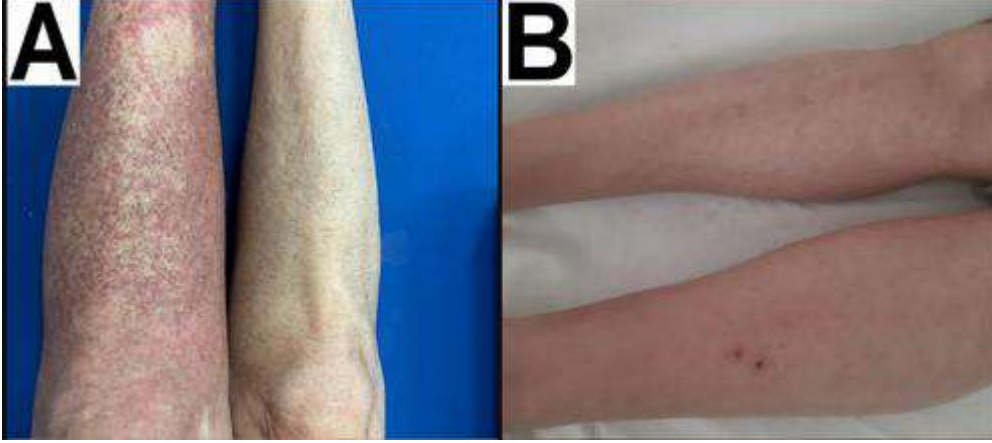
4- Freed JA, Hale AJ. Unilateral purpura resulting from deep vein thrombosis. *American Journal of Hematology.* 2019;94(5):622-3.

5- Hartley A, Lim PB, Hayat SA. Rumpel-Leede phenomenon in a hypertensive patient due to mechanical trauma: a case report. *J Med Case Rep.* 2016 Jun 5;10(1):150. doi: 10.1186/s13256-016-0950-3. PMID: 27262286; PMCID: PMC4893418.

6- Lambdin JT, Mackenzie C. Rumpel-Leede phenomenon in a patient with adult-onset Still's disease. *BMJ Case Rep.* 2017 Jan 27;2017:bcr2016217290. doi: 10.1136/bcr-2016-217290. PMID: 28130282; PMCID: PMC5278326.

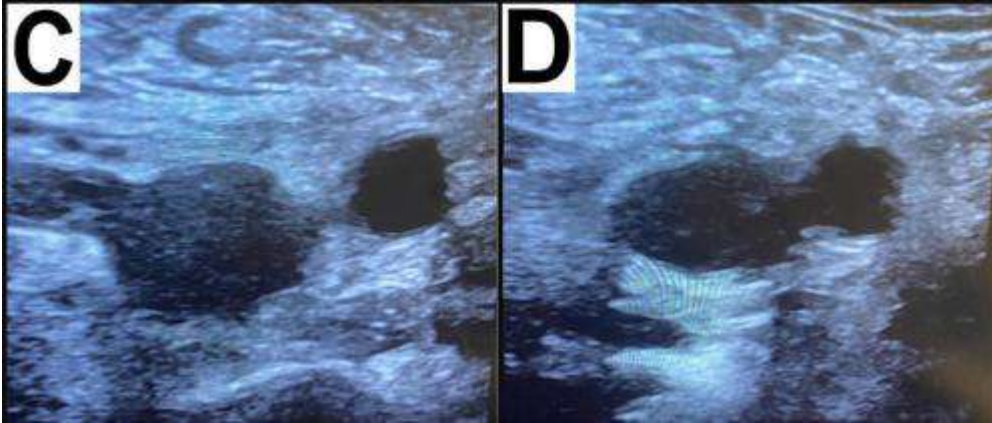
7- Ploydaeng M, Jurairattanaporn N, Suchonwanit P, Rattananukrom T. Rumpel-Leede Phenomenon Associated with Pneumatic Compression: A Case Report. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2022 Oct 28;15:2323-2327. doi: 10.2147/CCID.S386426. PMID: 36330316; PMCID: PMC9624147.

A-B: UNİLATERAL YAYGIN PURPURA VE KONTROL GÖRÜNTÜSÜ



A: Derin ven trombozu olan alt ekstemite tarafında tek taraflı yaygın purpura B: Bir ay sonrası tamamen gerileyen purpuranın kontrol görüntüsü

C-D: DERİN VEN TROMBOZU USG GÖRÜNTÜSÜ



C: Femoral arter ve lümen içi ekojenik trombüs materyali ile total oklude görünümde femoral ven D: Prob basısı ile komprese olmayan femoral ven



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-293][KABUL:POSTER]

JENERALİZE ERÜPTİF HİSTİYOSİTOM: OLGU SUNUMU

Eda Begüm Erce¹, Adil Özcanlı¹, Cuyan Demirkese², Esra Saraç¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Jeneralize erüptif histiyositom (JEH) benign seyirli, nadir görülen bir non-Langerhans hücreli histiyositoz olup klinik olarak yüz, gövde ve ekstremitelerde simetrik yerleşimli, yaygın, asemptomatik papüllerle karakterizedir. Histopatolojik incelemede dermis yerleşimli histiyosit infiltrasyonu ile karakterize olup immünohistokimyasal incelemede CD68 pozitif, CD1a ve CD207 (Langerin) negatiftir. Hastalık genellikle deriye sınırlı olmakla birlikte literatürde hematolojik maligniteler ile birliktelik bildirilmiştir. Ayırıcı tanılar arasında Langerhans hücreli histiyositoz, ksantoma, mastositoz yer almaktadır. Burada erişkin bir hastada görülen nadir JEH olgusunun tanısal süreci ve klinik özelliklerini sunmaktayız.

OLGU:

40 yaşında erkek hasta, birkaç yıldır vücudunun çeşitli bölgelerinde tek tek ortaya çıkan, ağrısız ve kaşıntısız cilt kabartıları şikayeti ile başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde, yüz ve bilateral alt ekstremitelerde yaygın, kırmızı-morumsu renkte, eritemli, 2-5mm çapında dağınık papüller izlendi. (Resim 1A-D) Alt ekstremitedeki papülden yapılan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermin hemen altından başlayıp üst dermis boyunca yayılım gösteren iğsi morfolojide yaygın histiyositik diffüz infiltrasyon izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede bu iğsi hücrelerde CD68 ve CD163 ile kuvvetli, S100 ile zayıf pozitif boyanma izlendi. (Resim 2A-D) Olgunun klinik ve histopatolojik bulguları ile birlikte hastaya JEH tanısı konuldu. Literatürde bazı JEH olgularının hematolojik malignitelerle ilişkili olduğunun bildirilmiş olması nedeniyle hasta hematoloji bölümüne yönlendirilerek malignite açısından taramaya alındı.

SONUÇ:

Jeneralize erüptif histiyositom sıklıkla benign seyirli ve spontan regresyon gösterebilen bir



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

non-Langerhans hücreli histiyositoz tipidir. Hastalık nadir görülmekle beraber literatürde bildirilen malignite birlikteliği nedeniyle olgularda eşlik eden sistemik hastalıklar açısından değerlendirilmelidir. Hastalığın başta Langerhans hücreli histiyositoz olmak üzere histiyositik hastalıklardan, erüptif siringom gibi benign ektrin deri tümörlerinden ayırımında klinikopatolojik korelasyon önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Jeneralize Erüptif Histiyositom, Non-Langerhans Hücreli Histiyositozlar, Papüler Lezyon

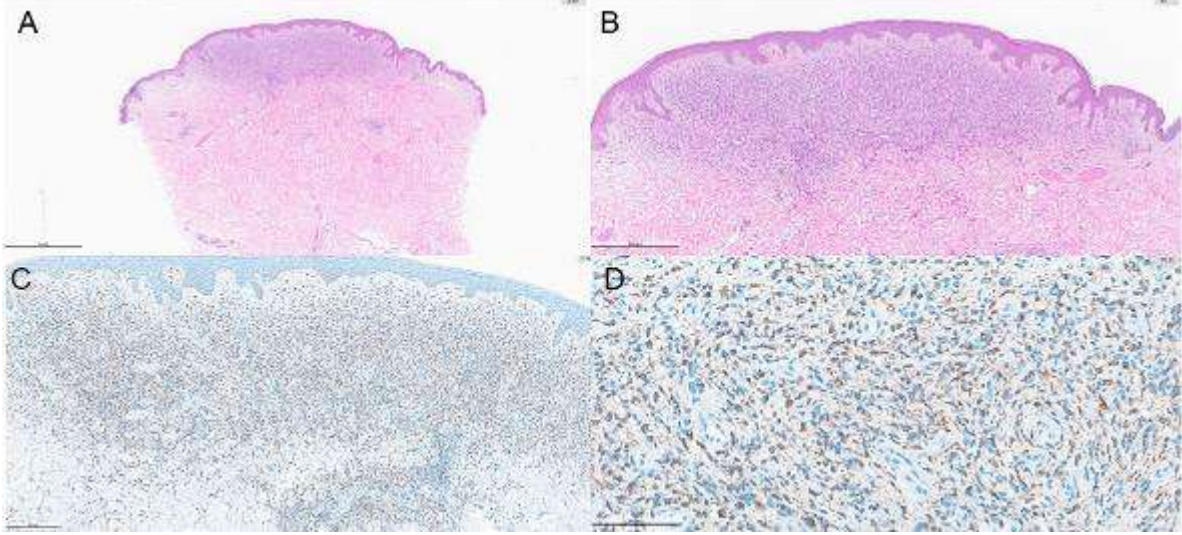
- KAYNAKLAR:** 1) Myrdal CN, Stratton DB, Davis TL, Curiel-Lewandrowski C. Generalised eruptive histiocytosis preceded by systemic symptoms. BMJ Case Rep. 2021 Jun 23;14(6):e243411. doi: 10.1136/bcr-2021-243411. PMID: 34162620; PMCID: PMC8230927.
- 2) Ziegler B, Peitsch WK, Reiter A, Marx A, Goerdts S, Géraud C. Generalized Eruptive Histiocytosis Associated With FIP1L1-PDGFRα-Positive Chronic Eosinophilic Leukemia. JAMA Dermatol. 2015 Jul;151(7):766-9. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.0154. PMID: 25923837.
- 3) Kaçar N, Demirkan N, Duygulu Ş. Generalized eruptive histiocytosis diagnosed in light of dermoscopic findings. Int J Dermatol. 2018 Mar;57(3):355-357. doi: 10.1111/ijd.13867. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29243820.
- 4) Costin A, Cerejeira D, Alves J. Generalised eruptive histiocytosis: Case report. Australas J Dermatol. 2019 Nov;60(4):e314-e316. doi: 10.1111/ajd.13062. Epub 2019 Apr 22. PMID: 31012082.
- 5) Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatology. 4th ed. Elsevier; 2018.

KLİNİK GÖRÜNTÜLER



Resim 1A-D: Pektoral bölgede 2 adet eritemli papül. (A) Pubik bölgede 0.5-1cm büyüklüğünde morumsu eritemli papül. (B) Uyluk anteriorda eritemli papül. (C) Ayak dorsumunda eritemli papül. (D)

PATOLOJİ KESİTLERİ



Resim 2A-D: Üst dermiste diffüz infiltrasyon oluşturan histiositler. (A) Histiositlerin şişkin içi hücreler olduğu aralarında proliferer damarların bulunduğu izlenmektedir. (B) Histiositik hücrelerde CD68 ile yaygın ve kuvvetli immunreaktivite gözlemlendi. (C) Histiositik hücrelerde CD163 ile yaygın ve kuvvetli immunreaktivite gözlemlendi. (D)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-295][KABUL:POSTER]

LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİTİN NADİR FORMU: AKUT İNFANTİL HEMORAJİK ÖDEM OLGUSU

Emel Hazinedar, Aytaç Başaran, Aybüke Nazlı Aydemir Geren, Pelin Ertop Doğan

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Zonguldak

GİRİŞ-AMAÇ

Akut infantil hemorajik ödem (AİHÖ); genelde iki yaş altı çocuklarda görülen ateş, ekimotik purpurik döküntü ve subkutan ödem ile karakterize bir lökositoklastik vaskülit tablosudur. Bazı klinisyenler tarafından Henoch-Schöenlein Purpurasının (HSP) bir alt varyantı olarak kabul edilse de günümüzde genel görüş hastalığın ayrı bir özgün durum olduğu yönündedir. Ani başlayan purpurik döküntü yaklaşık 1-5 cm boyutlarında olup 1-3 haftada kendiliğinden iyileşmektedir. Etiyopatogenez tam olarak açıklanamamıştır. (1,2)

Akut infantil hemorajik ödemin, özgün dermatolojik bulguları nedeniyle ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiğine dikkat çekmek amacıyla bu olgu sunulmuştur.

OLGU

Üç yaş yedi aylık kız hasta, vücudunda yaygın döküntü şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastada ilk olarak 2 gün önce ellerde, ardından bacaklarda şişlik ve morumsu lezyonlar geliştiği ve şikayetlerin başlamasından 1 gün önce 39 °C ateş, burun akıntısı ve ishal öyküsü olduğu öğrenildi. Bu süreçte hasta sadece 2 kez parasetamol kullanmış. Fizik muayenede genel durumu iyi, vital bulguları stabildi. Özellikle bilateral kol, bacak ve yüz bölgesinde olmak üzere tüm vücutta yaygın purpurik ve ekimotik lezyonlar gözlendi. Bilateral periorbital ve akral bölgelerde belirgin ödem mevcuttu (Resim 1a, 1b). Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde lökosit: 14.200/mm³, ve C-reaktif protein (CRP): 29.8 mg/dl saptandı. Diğer parametreler normal sınırlardaydı. Deri punch biyopsisi sonucu lökositoklastik vaskülit ile uyumlu bulundu. Hastanın hikaye, fizik muayene, biyopsi ve laboratuvar bulguları doğrultusunda Akut İnfantil Hemorajik Ödem (AİHÖ) tanısı kondu. Hasta gözlem ve tedavi amacıyla yatışı yapıldı.. Yatışta intravenöz metilprednizolon (1 mg/kg) başlandı. Takibin 5. gününde ekimotik lezyonların ve ödemin hızla gerilediği gözlendi ve hasta taburcu edildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Akut İnfantil Hemorajik Ödem (AİHÖ), özellikle 6-24 ay arası süt çocuklarında daha sık görülmekle birlikte son yapılan çalışmalarda 2-60 ay aralığında olguların varlığı dikkat çekmektedir. Dramatik cilt bulgularına rağmen iyi huylu seyreden nadir bir lökositoklastik vaskülitir. Klinik tablo genellikle üst solunum yolu enfeksiyonu, ilaç ya da aşılama gibi tetikleyici bir faktörü izleyen; ani başlayan purpurik döküntüler, ödem ve ateş ile karakterizedir [3]. Bu olguda olduğu gibi AİHÖ'de çoğu zaman sistemik tutulum yoktur ve laboratuvar testleri sınırlı değişiklik gösterir. CRP gibi akut faz reaktanları artmış olabilir, ancak genellikle trombosit ve koagülasyon değerleri normaldir. Deri biyopsisi, tanıyı desteklemek adına önemli olup, lökositoklastik vaskülit ile uyumludur [4]. Tedavi çoğu durumda destekleyici niteliktedir. Ancak ciddi ödem, hızlı yayılım gösteren lezyonlar veya belirgin rahatsızlık durumunda kısa süreli sistemik steroid tedavisi klinik iyileşmeyi hızlandırabilir [5]. Olgumuzda intravenöz metilprednizolon tedavisine erken dönemde yanıt alınmış ve 5. günde belirgin klinik düzelme gözlenmiştir. AİHÖ'nün ayırıcı tanısında sepsis, Henoch-Schönlein purpurası, menenjit, meningokoksemi, immün trombositopenik purpura gibi potansiyel olarak hayatı tehdit eden tablolar da yer alır. Bu nedenle AİHÖ, klinik olarak tanınmalı ve tanı konulduğunda iyi prognozlu seyri ile gereksiz antibiyotik veya ileri tetkiklerin önüne geçilmelidir [6].

Bu olgu, AİHÖ'nün nadir ancak karakteristik bulgularla tanınabilir bir hastalık olduğunu ortaya koymaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Akut İnfantil Hemorajik Ödem, Lökositoklastik Vaskülit, Pediatrik Vaskülit, Purpura

- KAYNAKLAR:** 1. Karaman K, Akbayram S, Garipardiç M, Öner AF. Akut İnfantil Hemorajik Ödem: İki Olgunun Sunumu. Türkiye Çocuk Hast Derg 2016; 3: 216-8.
2. Gül N, Çelik T, Kara F, Dilen F, Temiz F, Çelik Ü. Acute Infantile Hemorrhagic Edema: A Case and Literature Review. J Pediatr Inf 2015; 9: 175-7.
3. Fiore E, Rizzi M, Ragazzi M, et al. Acute hemorrhagic edema of young children (Finkelstein's disease): a case series and systematic review. J Am Acad Dermatol. 2008;59(4):684-695.
4. Moradinejad MH, Entezari P, Ziaee V. Acute hemorrhagic edema of infancy: a report of 17 cases. Iran J Pediatr. 2014;24(4):e360.
5. Chen SH, Enayet A, Mathes E. Acute Hemorrhagic Edema of Infancy: A Diagnostic Challenge. Pediatr Dermatol. 2020;37(4):684-686.

6. Fiore E, Rizzi M. Acute hemorrhagic edema of infancy: recognition of a benign disease.
Arch Dis Child. 2005;90(8):877–878.

RESİM 1A



Sağ periorbital bölgede daha belirgin olmak üzere bilateral periorbital bölgede ödem ve malar bölgede ekimotik lezyonlar mevcut.

RESİM 1B



Bilateral bacak ve kolda yaygın purpurik ve ekimotik lezyonlar mevcut.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-296][KABUL:POSTER]

**ERİTRODERMİ TEDAVİSİNDE DRAMATİK KLİNİK YANIT SAĞLAYAN YENİ BİR YAKLAŞIM:
YULAF BANYOSU VE MODİFİYE ISLAK SARGI TEDAVİSİ UYGULANAN DÖRT OLGULUK BİR
SERİ**

Ecem Etli, Enes Cihan Yarıcı, Ebrar Selen Bayramoğlu, Ece Tabaş, Erkan Alpsoy

Akdeniz Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ:

Eritrodermi, derinin en az %90'ını kaplayan yaygın eritem ve skuamla seyreden bir dermatolojik acildir. Eritroderminin hızlı bir şekilde iyileştirilmesi morbidite ve mortalitesini düşürmek için hayati bir önem taşıyabilir. Tedavide kullanılan sistemik tedavilerin etkisini göstermesi uzun süreler alabilmektedir aynı zamanda yaşlı veya komorbiditesi olan hastalarda kullanımları sınırlı olabilmektedir. Islak sargı ("wet wrap") tedavisi başta atopik dermatit ve psöriasis olmak üzere birçok inflamatuvar dermatolojik hastalıkta semptomların hızla yatıştırılmasını sağlayan tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada, kliniğimizde modifiye edilmiş ıslak sargı protokolü ile tedavi edilen ve tedaviye hızlı yanıt alınan dört olgunun sonuçları sunulmaktadır.

OLGU:

Olguların biri atopik dermatit, üçü psöriasis tanısı ile takip edilmekteydi. Tüm hastalara tedavi öncesinde 15 dakika boyunca 120 litre suya 1.5 su bardağı öğütülmüş yulaf unu ile hazırlanmış yulaf banyosu uygulandı. Banyo sonrasında sırayla vücut ön ve arka yüzüne 25 gram %0,05 klobetasol propiyonat krem uygulanıp üzerine ilk kat nemli ıslak sargı ikinci kat kuru sargı ve üçüncü kat olarak bir adet temiz battaniye örtüldü. Modifiye ıslak sargı protokolü vücudun ön ve arka yüzeylerine 2'şer saat, toplamda 4 saat süreyle uygulandı. Bu uygulama 4 ardışık gün boyunca tekrarlandı. Tedavi sonrası hastalarda belirgin derecede iyileşme sağlandı. Herhangi bir lokal veya sistemik yan etki gözlenmemiştir.

SONUÇ:

Modifiye edilmiş ıslak sargı tedavisi hem atopik dermatit hem de psöriasis gibi inflamatuvar dermatolojik hastalıkların eritrodermik formlarında güvenli bir tedavi seçeneği olabilir. Bu



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

protokol, özellikle sistemik tedaviye uygun olmayan hastalarda veya hızlı klinik iyileşme hedeflendiğinde önemli bir seçenek olarak değerlendirilebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: eritrodermi, ıslak sargı, kortikosteroidler, topikal uygulama, yulaf banyosu

KAYNAKLAR: 1) <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-eritrodermi-76290.html>
2) Andersen RM, Thyssen JP, Maibach HI. The role of wet wrap therapy in skin disorders – a literature review. *Acta Derm Venereol.* 2015 Nov;95(8):933-9. doi: 10.2340/00015555-2134. PMID: 25940919.
3) Sur R, et al. Avenanthramides, polyphenols from oats, exhibit anti-inflammatory and anti-itch activity. *Arch Dermatol Res.* 2008;300(10):569–574.)
4) Navrotski BRF, Nihi FM, Camilleri MJ, Cerci FB. Wet wrap dressings as a rescue therapy option for erythrodermic psoriasis. *An Bras Dermatol.* 2018 Jul-Aug;93(4):598-600. doi: 10.1590/abd1806-4841.20186414. PMID: 30066777; PMCID: PMC6063126.
5) Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso Brasileiro de psoríase 2012. Guias de Avaliação ve Tratamento. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2012. [Google Akademik]

ŞEKİL 4



Modifiye ıslak sargı tedavisinin sırasıyla uygulanışı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-298][KABUL:POSTER]

**KENYA SEYAHATİ SONRASI ERİTEMLİ KAŞINTILI SERPİJİNÖZ PLAK: BİR İMPORTE KUTANÖZ
LARVA MİGRANS OLGUSU**

İpek Su Yücesoy Turunç¹, Esra Genç¹, Burçe Can Kuru¹, Ayça Aydın²

¹Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Kutanöz larva migrans (KLM) özellikle Güney Amerika, Afrika, Karayipler, Güneydoğu Asya gibi tropikal ve subtropikal coğrafyalarda yaygın olarak görülen paraziter bir enfeksiyondur. KLM özellikle kedi ve köpek kaynaklı kancalı kurt larvaları ile kirlenmiş topraklarla sık temas eden insanlarda görülen ve larvanın perkütan yolla deriden bulaşması sonucu deride serpinjinöz eritematöz erüpsiyonlarla karakterize bir hastalıktır. Birçok farklı larva türü KLM'ye neden olsa da, en yaygın faktörler Ancylostoma braziliense ve Ancylostoma caninum'dur. Lezyonlar genellikle toprakla temas eden alt ekstremitelerde yerleşmektedir. Larva haftalar ya da aylar boyunca epidermiste kalarak tüneller oluşturabilmekte ve sekonder bakteriyel enfeksiyonlar ile komplike olabilmektedir. Hastalık çoğu zaman epidermiste sınırlı kalsa da nadiren parazitik enfeksiyona yanıt olarak gelişen periferik eozinofili ve akciğerde eozinofilik infiltrasyonla karakterize Löeffler sendromuna veya intestinal tutulum ile eozonofilik enterite sebep olabilmektedir. Bu olgu, ülkemizde nadir görülen, seyahat olanaklarının ve sıklığının artmasından dolayı görülebilecek seyahat ilişkili tropikal hastalıklara dikkat çekmek ve olası lokal veya sistemik komplikasyonları önleyebilmek amacıyla sunulmaktadır.

OLGU:

29 yaş kadın hasta, 3 hafta önce başlayan sol ayak parmakları üzerinde ve ayak tabanına kızarıklık ve kaşıntı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol ayak 1. parmak dorsum proksimalinde eritemli papül, 2 ve 3. parmak dorsumunda proksimale doğru uzanan eritemli üzeri krutlu lineer arkuat plak ve plantar yüzde deskuamasyon, yer yer üzerinde hemorajik kurut bulunan serpijinöz plak ve eritemli zeminde vezikülobüllöz plak mevcuttu(Figür 1). Ayrıca şiddetli kaşıntı ve üzerine basmakla ağrı tarifliyordu. Hasta,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

lezyonun kızarıklık ve kaşıntı ile başladığını ifade etmekteydi. 1 ay öncesinde Kenya'ya seyahat ve kumsalda çıplak ayakla yürüme öyküsü mevcuttu. Öksürük ve başka sistemik bulgu yoktu. Kan tetkiklerinde eozonofili yoktu ve diğer laboratuvar parametreleri normaldi. Akciğer grafisinde patolojik bulgu yoktu. Bu klinik bulgular ve anamnez eşliğinde kutanöz larva migrans düşünüldü. Hastaya albendazol 400 mg/gün 6 gün boyunca önerildi. Topikal metronidazol 4x1 ve sekonder bakteriyel enfeksiyonları önlemek amacıyla topikal fusidik asit 2x1, şiddetli kaşıntıyı rahatlatmak amacıyla bilastin tablet 1x1 önerildi. Tedavisinin 3. gününde ayak dorsumundaki eritemli plakta remisyon, plantar yüzde eritemli vezikülobüllöz plak ve serpiginöz plakta deskuamasyon ile gerileme görüldü. Kaşıntı şiddetinde gerileme mevcuttu. Tedavisinin 6. gününde lezyonlarda deskuamasyon ile remisyon görüldü. Kaşıntı tamamen gerilemişti(Figür 2).

SONUÇ:

Kutanöz larva migrans, tropik veya subtropik ülkelerde plaj bölgelerinde en sık görülen seyahatle ilişkili deri hastalıklarından biridir. Seyahat sıklığının dünya genelinde artmasından dolayı hastalık başka ülkelerde de görülmeye başlamıştır. Ülkemizde sunulan yerli ve importe kutanöz larva migrans olguları az sayıda da olsa bulunmaktadır ve bizim olgumuz sunulan 6. importe olgu sunumudur. Hastalık genellikle epidermiste sınırlı kalmaktadır ve tedavisinde ivermektin 1 x 200 mg/kg tek doz veya 400 mg/gün albendazol üç gün süreyle önerilmektedir. Hastalık tedavisiz kaldığında komplikasyonlar gelişebilir ve progresif seyir görülebilir. Tanı konulan olguların bildirilmesi, ülkemizdeki KLM yaygınlığının saptanıp gerekli tedbirlerin alınabilmesi ve hastalığın tanınıp tedavi edilerek komplikasyon riskinin azaltılması amacıyla bu olgu sunulmaya değer görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELEER: Kutanöz Larva Migrans, Paraziter Enfeksiyon, Albendazol

KAYNAKLAR: 1)Çalışkan E, Uslu E, Turan H, Başkan E, Kılıç N. Cutaneous Larva Migrans: Report of Three Cases from the Western Black Sea Region, Turkey. Mikrobiyol Bul. 2016;50:165-169 (Turkish).

2)Yavuzer K, Ak M, Karadag AS. A case report of cutaneous larva migrans. Eurasian J Med. 2010;42:40-41.

3)Sönmezer MÇ, Erdiñç Ş, Tülek N, et al. Cutaneous Larva Migrans in Turkey: an Imported Case Report. Mikrobiyol Bul. 2017;51:94-99 (Turkish).

4)Rastgar L, Işık M, Tatlıparmak A, Aksoy B, Koç E. Cutaneous larva migrans: a rare tropical dermatosis. DOD Clinical Case Reports. 2018;1:1-4.

5)Faergemann J, Benfeldt E, Ruzicka T. In vitro susceptibility of Malassezia furfur to

ketoconazole, itraconazole and selenium sulfide. J Pharm Pharmacol. 2003;55(5):703–707.

doi:10.1046/j.1472-8206.2003.00172.x

6)Dall'Oglio F, Nasca MR, Gerbino C, Micali G. An Overview of the Diagnosis and Management of Seborrheic Dermatitis. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022;15:1537–1548.

doi:10.2147/CCID.S284671

FIGÜR 1



Hastanın başvuru sırasında sol ayak plantar yüzde serpiginöz plak ve sol ayak dorsumunda

eritemli arkuat plak

FIGÜR 2



Albendazol tedavisinin 3. günü(a,b) Albendazol tedavisinin 6. günü(c,d)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-299][KABUL:POSTER]

**TZANCK YAYMASININ KLİNİK DERMATOLOJİDE TANISAL DEĞERİ: SİTOLOJİ DESTEKLİ
TERSİYER TELEDERMATOLOJİ OLGULARI**

Abdullah Fatih Açık¹, Pınar Dursun¹, Murat Durdu²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Mersin

²Başkent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ-AMAÇ:

Tzanck yayması, başta vezikülobüllöz ve püstüler hastalıklar olmak üzere birçok dermatolojik durumun tanısında uzun süredir kullanılan, hızlı ve maliyeti düşük bir sitolojik yöntemdir. Teledermatolojinin yaygınlaştığı günümüzde, sahadan elde edilen sitolojik materyalin tersiyer merkezlerde uzman görüşüyle değerlendirilmesi, tanıya ulaşma sürecine katkı sağlayabilir. Bu çalışmada, sahada yapılan Tzanck yaymalarının sitoloji alanında uzman bir öğretim üyesi tarafından uzaktan değerlendirilmesiyle oluşturulan modelin tanısal katkısını ve pratik uygulanabilirliğini ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem-

BULGULAR:

Dermatoloji polikliniğimize başvuran, vezikülobüllöz, püstüler, nodüler ve papüler lezyonlarla başvuran 35 olguda Tzanck yayması uygulandı. Yaymalar, araştırmacı tarafından sahada hazırlandı ve elde edilen mikroskopik görüntüler dijital olarak sitoloji alanında deneyimli bir öğretim üyesine iletildi. Uzman değerlendirmesi doğrultusunda tanı konulmuş veya ileri tetkik önerisi yapılmıştır. Olgular yaklaşık 20 farklı dermatolojik hastalık grubunu temsil etmekteydi. En sık tanı konulan dermatozlar arasında herpes zoster, pemfigus vulgaris, hailey-hailey hastalığı, leishmaniasis, kandida enfeksiyonları, molluskum contagiosum, tinea versicolor ve granülomatöz dermatozlar yer aldı. Ayrıca malign ve premalign lezyonlar (bazal hücreli karsinom, mikozis fungoides, melanoma in situ, aktinik keratoz) da sitolojik değerlendirme ile yönlendirilmiştir. Tanısal sitolojik bulgular arasında multinükleer dev hücreler, akantolitik hücreler, bazal hücre adaları, granülom yapıları, maya ve psödohif yapıları, amastigot formlar ve hemofagositoz izlenmiştir. Tzanck yayması, olguların büyük çoğunluğunda klinik tanıyı destekleyen bulgular sağlamış; invaziv tanı yöntemlerine duyulan ihtiyacı azaltmıştır. Sitolojik tanı ile klinik uyumun yüksek olduğu gözlenmiş, bazı olgularda



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ileri tetkikler yapılmadan tedaviye başlanabilmektedir. Sitolojik yönlendirme ile tanı doğrulanan olguların yanı sıra, bazı hastalarda biyopsi alınarak tanı patolojik olarak da desteklenmiştir.

SONUÇ:

Bu çalışma, Tzanck yaymasının farklı dermatolojik hastalık gruplarında tanıya katkı sağladığını göstermektedir. Sitolojik materyalin sahada hazırlanarak tersiyer merkezde uzman tarafından değerlendirilmesiyle oluşturulan bu model, doğru ve hızlı tanıya ulaşımı kolaylaştırmaktadır. Sitoloji destekli tersiyer teledermatoloji yaklaşımı, pratik, ekonomik ve uygulanabilir bir tanı yöntemi olarak dermatoloji pratiğinde önemli bir boşluğu doldurma potansiyeline sahiptir.

ANAHTAR KELİMELER: tzanck yayması, teledermatoloji, sitoloji, dermatolojik tanı

KAYNAKLAR: Durdu M. Tzanck yaymada basamaklı tanı yaklaşımı. Türkiye Klinikleri; 2017.

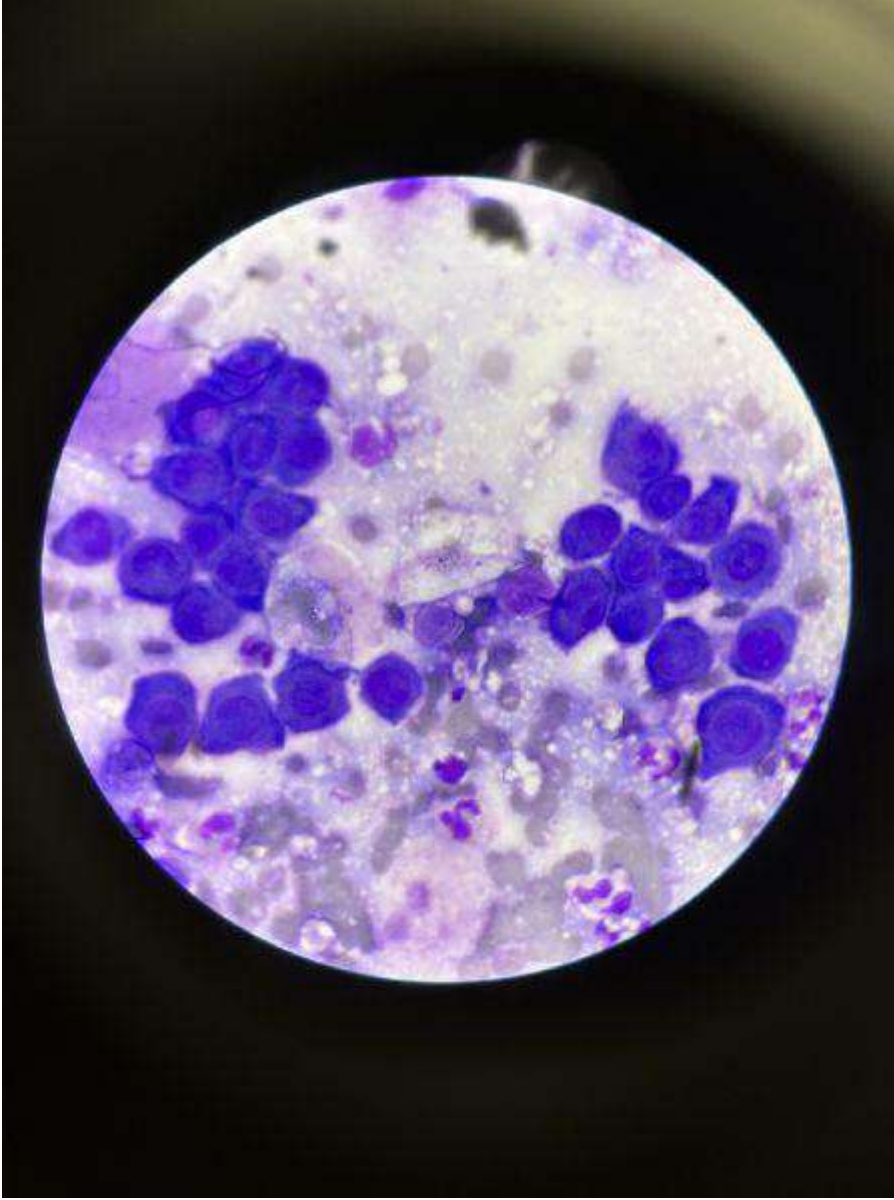
Durdu M, Baba M, Seçkin D. J Am Acad Dermatol. 2008;59(6):958–964.

Eryılmaz A, Durdu M, Baba M, Yıldırım FE. Int J Dermatol. 2014;53(2):178–186.

Durdu M, Baba M, Seçkin D. J Am Acad Dermatol. 2009;61(3):441–450.

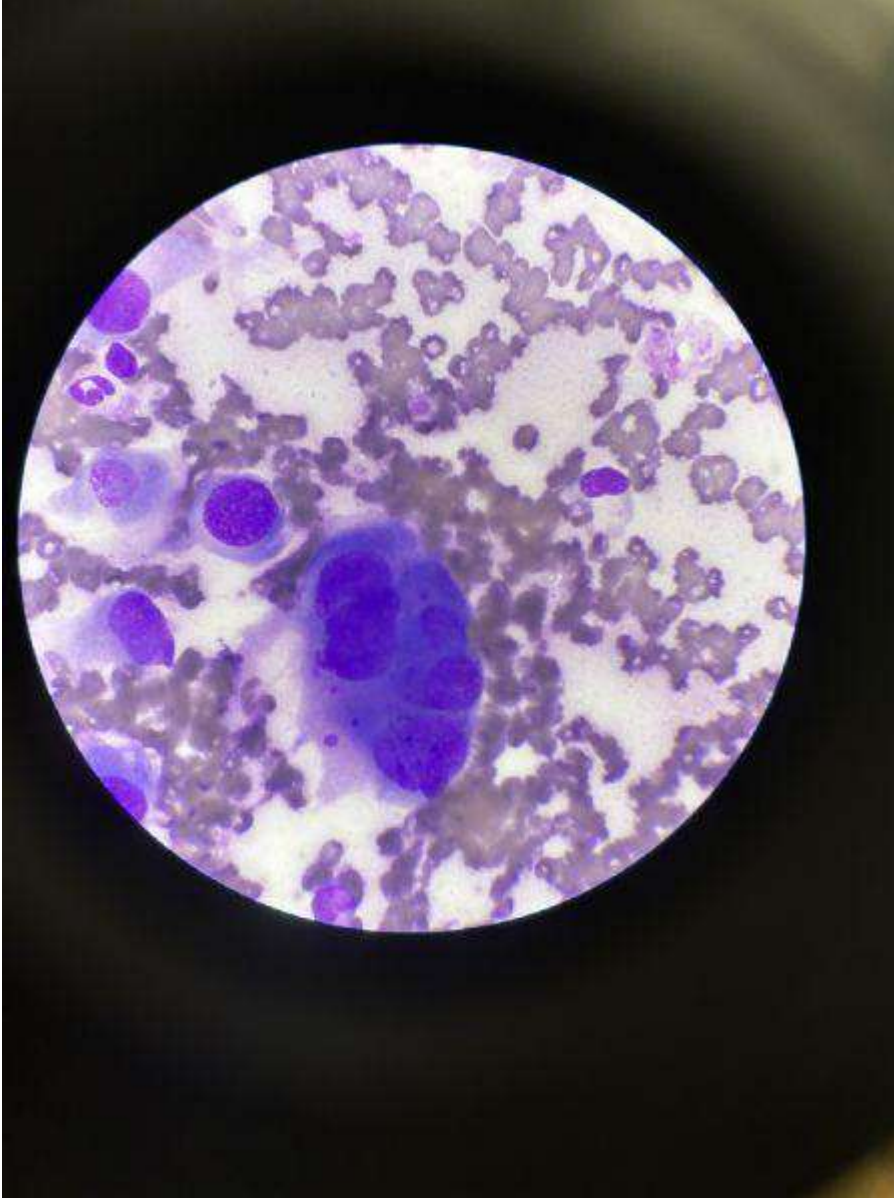
Durdu M. Cutaneous Cytology and Tzanck Smear Test. Springer; 2019.

HAİLEY HAİLEY AKANTOLİTİK HÜCRELER



inguinal bölgede erode alanların olduğu eritemli alandan yapılan yaymada çok sayıda akantolitik hücrenin gözlenmesi

MALİGN MELANOM METASTAZI SMEAR GÖRÜNTÜSÜ



Malign Melanom öyküsü olan hastanın smear ile kutanöz metastazının saptanması ve bunun patoloji ile desteklenmesi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-301][KABUL:POSTER]

İRRİTAN KONTAKT DERMATİT TANILI KADIN HASTA

İlknur Yorğun Özdemir, Hatice Uce Özkol, İrem Sarıtaş

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dermatoloji A.D

GİRİŞ-AMAÇ:

Kontakt dermatit (KD), en yaygın inflamatuvar dermatolojik rahatsızlıklar arasındadır ve allerjik KD, fotoallerjik KD, irritan KD (İKD), fotoirritan KD olarak sınıflandırılır. Her KD tipi farklı immünolojik mekanizmalar ve/veya gerekli maruziyetlerle karakterizedir. Bölgemizde eklem rahatsızlıkları için sıkça kullanılan, halk arasında altın otu olarak bilinen *Helichrysum arenarium* bitkisine bağlı gelişen irritan kontakt dermatit vakası sunulacaktır.

OLGU:

Kliniğimize 61 yaş kadın hasta aniden başlayan bacaklarda su toplayan yara, ağrı, batma şikayetiyle başvurdu. Bacaklarına eklem ağrılarına iyi geldiği söylenen sarı bir ot bağlamış ve bağladıktan yaklaşık 2 saat sonra diz etrafında yanma batma hissi ve ciltte içi su dolu kabarcıklar çıkmaya başlamış. Dermatolojik muayenesinde her iki dizde ve femur distali ve tibia proksimalini de içeren alanda canlı eritemli zeminde üzerinde intakt seröz büllerin olduğu plakları mevcuttu (Resim 1). Laboratuvar bulguları doğal olup günlük 40 mg sistemik prednizolon, topikal fusidik asit - betametazon valerat, topikal triticum vulgare sulu ekstresi ve ayrıca borik asitle ıslak pansuman tedavileri uygulandı.

SONUÇ:

KD, en sık görülen inflamatuvar dermatolojik rahatsızlıklar arasındadır ve ciltte ve/veya mukoza zarlarında iltihaplanmaya yol açan bir bağışıklık tepkisi uyandıran ekzojen maddelere maruz kalma sonucu oluşur (1). IKD, kutanöz tahriş olarak da bilinir, bağışıklık dışı mekanizmalar yoluyla dış maddelerin neden olduğu inflamatuvar bir cilt tepkisidir. En yaygın kontakt dermatit türüdür. Yaş, cinsiyet, vücut bölgesi ve atopi varlığı IKD'ye duyarlılığı etkiler. Ayrıca, tahriş edicinin doğası, maruz kalma miktarı, konsantrasyon, süre, tekrarlama ve üst üste binen çevresel ve mekanik faktörlerin varlığı, IKD'nin değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır. IKD'nin geniş morfolojik değişiklikleri vardır ve bunlar akut fazda esas olarak cilt eritemi, ödem, deskuamasyon ve keratinosit vezikülasyonu ve kronik fazda cilt çatlakları, likenler ve hiperkeratoz olarak ortaya çıkar (2). Çoğu durumda, lezyonlar temas bölgesine



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

lokalize olurken, yamalı veya yaygın lezyonlar da görülebilir. Ek olarak, hedeflenen eritem, morumsu papüller ve plaklar ve hiperpigmentasyon gibi atipik klinik özelliklere sahip bazı kontakt dermatit varyantları vardır (2). IKD'de birincil tedavi, kaçınma, tahriş edici maddelerden cildin korunması ve özellikle nemlendirici kremler olmak üzere topikal tedavinin kullanılmasıdır (3). IKD'de topikal kortikosteroidlerin sık kullanılmasına rağmen, bunların kullanımı hala tartışmalıdır (4). Bazı çalışmalar bunların epidermiste lipid sentezinin inhibisyonu ile ilişkili bariyer fonksiyonunu azaltabileceğini öne sürmektedir (5). Kronik hiperkeratotik tahriş edici dermatitte topikal kortikosteroidlerin bir rolü olabilir ancak uzun süreli kullanım epidermal atrofiye ve dolayısıyla tahriş edici duyarlılığın artmasına neden olabilir (6). Bununla birlikte, IKD'nin şiddetli akut fazlarında sistemik kortikosteroidler gerekebilir.

Hastamızın halk arasında altın otu (*Helichrysum arenarium*) olarak bilinen otu dizlerine bağladıktan 2 saat sonra şikayetleri başlamıştır. Altın otu, *Helichrysum arenarium* adlı bitkinin kurutulmuş çiçeklerinden elde edilen ve geleneksel tıpta sıkça kullanılan bir bitkidir (Resim 2). Sarı altın rengi çiçekleriyle tanınan bu bitki, halk arasında "ölmez çiçek" veya "sarı çiçek" olarak da bilinir. Avrupa, Orta Asya ve Çin'in çeşitli bölgelerinde doğal olarak yetişir. Özellikle kurak ve yüksek rakımlı topraklarda büyüyen altın otu, dayanıklı yapısıyla dikkat çeker (7). Şikayetlerin akut şekilde başlaması, erken dönemde eritem, ödem, büllerin oluşması, çiçeğin temas ettiği alanlarda lezyonun bulunması ve temas eden maddenin güçlü iritan etkisinin olması nedeniyle akut iritan kontakt dermatit tanısı konulan hastamız interne edilip tedavinin 4. günü şikayetlerinin gerilemesi sonucu önerilerle taburcu edildi.

ANAHTAR KELİMELER: iritan, kontakt dermatit, altın otu

KAYNAKLAR: 1- Scheinman PL, Vocanson M, Thyssen JP, Johansen JD, Nixon RL, Dear K, Botto NC, Morot J, Goldminz AM. Contact dermatitis. Nat Rev Dis Primers. 2021 May 27;7(1):38. doi: 10.1038/s41572-021-00271-4. PMID: 34045488.

2- Li Y, Li L. Contact Dermatitis: Classifications and Management. Clin Rev Allergy Immunol. 2021 Dec;61(3):245-281. doi: 10.1007/s12016-021-08875-0. Epub 2021 Jul 15. PMID: 34264448.

3- Diepgen T, Anderson K, Brandao F, Bruze M, Bruynzeel D, Goncalo M, ve diğerleri. El egzaması sınıflandırması: El egzamasının etiyolojisi ve morfolojisi üzerine kesitsel, çok merkezli bir çalışma. Br J Dermatol. 2009;160(2):353-358. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08907.x.

4- Azizi N, Maibach HI. Topikal kortikoidler akut tahriş edici dermatitte etkili midir: kanıtlar. Dermatitis. 2020;31(4):244-246. doi: 10.1097/DER.0000000000000574.

5- Kao J, JW F, Man MQ F, AJ Hachem, JP, Crumrine D, Ahn S, BE B, ve diğerleri. Kısa süreli glukokortikoid tedavisi hem geçirgenlik bariyer homeostazını hem de stratum korneum bütünlüğünü tehlikeye atar: epidermal lipid sentezinin inhibisyonu işlevsel anormalliklere neden olur. J Investig Dermatol. 2003;120:456–64.

6- Elsner P, Agner T. El egzaması: 'ihmal edilmiş' bir hastalık. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(Ek 1):3. doi: 10.1111/jdv.16081

7- <https://doi.org/10.3389/fpls.2018.01123>

ŞEKİL 1. HASTANIN SAĞ DİZ ETRAFINDA CANLI ERİTEMLİ ZEMİNDE İNTAKT BÜLLERİN OLDUĞU KESKİN SINIRLI PLAK



ŞEKİL 2. HASTANIN DİZİNE BAĞLADIĞI ALTIN OTU BİTKİSİ





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-302][KABUL:POSTER]

SEGMENTAL SEBOREİK KERATOZİS; NADİR BİR OLGU SUNUMU

Esra Ağaoğlu, Ayşegül Ceyhan Kıvrak, Zeynep Nurhan Saraçoğlu, Hilal Kaya Erdoğan, Ersoy Acer, Betül Rodoplu Yavuz

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Eskişehir

GİRİŞ-AMAÇ:

Seboreik keratoz (SK), klinik dermatoloji pratiğinde en yaygın görülen benign epidermal tümördür. SK'nın klinik prezentasyonuna ve histolojik bulgulara dayanan farklı alt tipleri vardır. Yaş, genetik yatkınlık ve muhtemelen ultraviyole ışınlarına maruz kalma gibi çeşitli faktörlerin SK'nın gelişimine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Lezyonlar, avuç içleri ve ayak tabanları hariç vücudun her bölgesinde ortaya çıkabilir. SK'ların en sık görüldüğü bölgeler gövde ve alın bölgesidir. Gövde üzerinde, Langer çizgilerini takip ederler. Tanı genellikle klinik olarak konulmakta, bazı durumlarda dermatoskopi veya histoloji ile doğrulanmaktadır (1,2).

OLGU:

71 yaşında erkek hasta yüz ve gövde sağ yarımında yaklaşık 40 yıldır olan çok sayıda ben şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Lezyonların sayısının giderek arttığı ve herhangi bir ek şikayetin olmadığı öğrenildi. Bu lezyonlara daha önce birçok kez kriyoterapi uygulandığı ve dönem dönem asitretin 25 mg/gün kullandığı öğrenildi. Ailede benzer şikayeti olan kimsenin olmadığını belirten hastanın fizik muayenesinde ve sistem sorgulamasında ek patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın özgeçmişinde özellik tespit edilmedi. Yapılan dermatolojik muayenesinde yüz sağ yarımında, sağ kolda, gövde sağ yarımında farklı büyüklüklerde keskin sınırlı ve deriye yapışık kahve-siyah renkli çok sayıda papül izlendi (Resim 1-3). Papüler lezyondan yapılan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde SK ile uyumlu bulgular saptandı.

SONUÇ:

Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular ile hastaya SK tanısı konuldu. Hastaya 3'er hafta ara ile kriyoterapi uygulanarak tedaviye devam edilmesi planlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELEER: Leser-Trelat belirtisi, seboreik keratozis, Dermatosi papulosa nigra

KAYNAKLAR: 1. Barthelmann S, Butsch F, Lang BM, et al. Seborrheic keratosis. J Dtsch Dermatol Ges. 2023;21:265-277

2. Jackson JM, Alexis A, Berman B, et al. Current Understanding of Seborrheic Keratosis: Prevalence, Etiology, Clinical Presentation, Diagnosis, and Management. J Drugs Dermatol. 2015;14:1119-1125.

3. Roh NK, Hahn HJ, Lee YW, et al. Clinical and Histopathological Investigation of Seborrheic Keratosis. Ann Dermatol. 2016;28(2):152-158.

4. Erden İ, Öztürk S, Polat C, et al. Aurikulada vegetatif kitle: Seboreik Keratoz. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 2014;5.

5. Wollina U. Recent advances in managing and understanding seborrheic keratosis. F1000Res. 2019;8:F1000 Faculty Rev-1520.

6. Hossein M, Nessa A, Maryam G, et al. A review of three systemic retinoids in dermatology: acitretin, isotretinoin and bexarotene. Iranian Journal of Dermatology, 2013,16(4), 144-158.

RESİM-1



RESİM-2





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-303][KABUL:POSTER]

PSORİASİS HASTALARINDAKİ TIRNAK TUTULUMUNUN VESTİBÜLER SİSTEM İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Cahit Yavuz¹, Merve Akkurt¹, Merih Önal², Ahmet Aygün³

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı

³Selçuk Üniversite Hastanesi, Odyometri Laboratuvarı

AMAÇ:

Psoriasis, iç kulak tutulumunun olduğu bilinmektedir. Özellikle psoriatik artriti bulunan hastalarda vestibüler sistemin ciddi şekilde etkilendiğine dair kanıtlar vardır. Psoriatik artritis hastalarının %32 ila %97'sinde tırnak tutulumu olduğu bilinmektedir. Benzer şekilde tırnak tutulumunun da vestibüler sistemi etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmamız psoriasis hastalarındaki tırnak tutulumunun vestibüler sistem üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamız prospektif, randomize paralel çift kollu (1:1) deneysel çalışma olarak tasarlandı. Çalışmamızın evrenini Mayıs 2024 ile Mayıs 2025 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine başvuran ve psoriasis tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini 18-65 yaş aralığındaki bilinen işitme ve denge sistemi patolojisi bulunmayan ve son altı ay içerisinde fototerapi, asitretin ve metotreksat tedavisi almamış 31 tırnak tutulumu olan ve 30 tırnak tutulumu olmayan (kontrol grubu) psoriasis hastasından oluşmaktadır. Dermatoloji polikliniğine başvuran hastalar psoriasis açısından kapsamlı bir şekilde değerlendirildi. Değerlendirmede Psoriasis Takip Formu, psoriasis şiddetini belirlemek için Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) ve tırnak tutulum şiddetini belirlemek için Tırnak Psoriasis Şiddet İndeksi (NAPŞİ) kullanıldı. Ardından kulak burun boğaz hekimi tarafından hastalar değerlendirildi. Dahil edilme kriterlerini karşılayan hastaların vestibüler değerlendirmesi Servikal Vestibüler Uyarılmış Miyojenik Potansiyel testi (cVEMP), Oküler Vestibüler Uyarılmış Miyojenik Potansiyel testi (oVEMP) ve Video Baş İtme Testi (vHIT) ile gerçekleştirildi. Hastaların gruplara atanmasında polikliniğe başvurma zamanı göz önünde bulundurularak rastgelelik sağlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Çalışmamız sonucunda cVEMP test sonuçlarında tırnak tutulumu olan ve tırnak tutulumu olmayan kontrol grubu psoriasis hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p>0.05$). oVEMP testinde, tırnak tutulumu ve kontrol grubu arasında sağ P1 Latans ($p=0.009$), sağ P1-N1 Latans farkının ($p=0.043$) ve sol P1-N1 Latans farkının ($p=0.017$) kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı tespit edildi. oVEMP testinde sol P1 Latans süresi ile PAŞİ skoru arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0.05$). vHIT test sonuçlarında tırnak tutulumu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$).

SONUÇ:

Çalışmamızda, psoriasis hastaları arasında tırnak tutulumunun subklinik vestibüler sistem patolojiler için önemli bir bulgu olduğu ve bu patolojilerin değerlendirilmesinde oVEMP testinin, cVEMP ve vHIT testine göre daha duyarlı bir test olduğu sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda tırnak tutulumu olan psoriasis hastalarının, düşme gibi vestibüler sistem patolojilerin olası sonuçları açısından değerlendirilmesi hasta güvenliği arttıracaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Psoriasis, tırnak anomalileri, vestibüler sistem, vestibüler uyarılmış miyojenik potansiyeller

KAYNAKLAR: 1.Amor-Dorado, J. C., Barreira-Fernandez, M. P., Llorca, J., & Gonzalez-Gay, M. A. (2017). Oculographic, clinical test of sensory integration and balance and computerized dynamic posturography findings in patients with psoriatic arthritis. *Otology & Neurotology*, 38(3), 448-453.

2.Kınar, A., Bucak, A., Ulu, Ş., Duman, N. ve Baştuğ, NB (2022). Sedef hastalarında vestibüler fonksiyon. *Kulak Burun Boğaz Dergisi*, 101 (9), 616-619.

3.Temel, İ. C. Psoriasis hastalarında odyovestibüler bulguların incelenmesi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-304][KABUL:POSTER]

TÜBERKÜLOZUN DERİDEKİ PORTRESİ: GRANÜLOMLA GELEN SESSİZ TANI

Mehmet Uğur Çankaya¹, Caner Göllü¹, Arzu Kılıç¹, Pelin Hızlı¹, İlkey Can¹, Arzu Yıldırım Öztürk²

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Balıkesir

²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Balıkesir

GİRİŞ-AMAÇ:

Tüberkülozis verrükoza kutis (TVK), Mycobacterium tuberculosis'in eksojen inokülasyonu sonrası gelişen, nadir, pausibasiller bir kutanöz tüberküloz formudur. Tanı süreci klinik ön tanının akla gelmemesi ve çoğu zaman mikrobiyolojik testlerin negatifliği nedeniyle güçleşir. Bu nedenle, tanının konulması için klinik, histopatolojik ve sitolojik bulguların bütüncül olarak değerlendirilmesini gerektirir.

OLGU:

Çiftçilik ve hayvancılıkla uğraşan 34 yaşındaki erkek hasta, sağ el dorsal yüzde verrüköz, hiperkeratotik plak ile ilk olarak üç yıl önce başvurdu. Bize başvuru öncesi dış merkezde "verruka vulgaris" tanısıyla keratolitik tedaviler kullandığı öğrenildi. Tarafımızca alınan deri biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde granülom yapısı izlendi. Dokudan yapılan mikobakteriyolojik testler negatifti. Hastaya klinik ve histopatolojik bulgularla Tüberkülozis verrükoza kutis (TVK), tanısı konularak tedavisi başlandı. Tedaviye uyum göstermeyen hasta lezyon progresyonu ile tekrar başvurdu. İkinci başvurusunda tekrarlanan biyopsiden yapılan histopatolojik ve mikolojik incelemeler özgül bulgu içermemiş olsa da Tzanck smear yöntemi ile granülom yapısı gösterildi. Klinik, histopatolojik ve sitolojik uyum doğrultusunda TVK tanısı konularak dördü antitüberküloz tedavi başlandı. Hastanın ikinci ayda yapılan takibinde deri lezyonlarında belirgin klinik iyileşme gözlemlendi.

SONUÇ:

Tüberkülozis verrükoza kutis (TVK) tanısı, klinik bulgular, histopatoloji ve mikrobiyolojik testlerin birlikte değerlendirilmesini gerektiren kompleks bir süreçtir. Aksi takdirde tanı konulma süreci uzayabilir. Mikobakteri varlığının doğrudan gösterilemediği durumlarda bile, güçlü klinik şüphe, uygun histopatolojik bulgular ve tedaviye verilen yanıt tanıyı destekleyebilir. Tzanck smear gibi pratik ve hızlı yöntemler, uygun klinik şüphe ile kullanıldığında tanıya katkı sağlayabilir. TVK tanısının akılda tutulması, mesleki maruziyetin



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

dikkate alınması, ayırıcı tanılarının dikkatle dışlanması ve dirençli olgularda ampirik tedavi yaklaşımı tanı ve tedavi başarısını artıracaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Granülom, Pausibasiller enfeksiyon, Tüberkülozis verrükoza kutis, Tzanck smear

KAYNAKLAR: 1-Tobin EH, Vadakekut ES. Cutaneous tuberculosis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. [PMID: 38865663]

2-Pebriany D, Dwiyanan RF, Kartikasari A. Successful diagnosis and management of tuberculosis verrucosa cutis using antituberculosis therapy trial approach. Open Access Maced J Med Sci. 2021;9(T4):16-19. [PMID: 33520055]

3-Sharma S, Barman KD, Kaushal SS, Thami GP, Dogra S. Clinicopathologic spectrum of cutaneous tuberculosis: a retrospective analysis of 165 Indians. Int J Dermatol. 2015 May;54(5):539-44. [PMID: 25839888]

4-Ramos-e-Silva M, Silva RS, Carneiro SC. Cutaneous tuberculosis: epidemiologic, etiopathogenic and clinical aspects - Part I. An Bras Dermatol. 2007;82(5):451-62. [PMID: 17207166]

5-Okonkwo S, Osakwe C, Emerenini F, Okezie O. Tuberculosis verrucous cutis mimicking chromoblastomycosis: a case report and diagnostic challenges. J Infect Dev Ctries. 2020;14(12):1442-1445. [PMID: 33361594]

6-Kurai A, Mori M, Miura K, Uchi H. Cutaneous tuberculosis with verrucous lesions: A rare presentation. J Dermatol. 2023 Jul;50(7):728-729. [PMID: 36820587]

7-Durdu M, Baba M, Seçkin D. More experiences with the Tzanck smear test: cytologic findings in cutaneous granulomatous disorders. J Am Acad Dermatol. 2009 Oct;61(4):585-91. [PMID: 19700014]



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-306][KABUL:POSTER]

ELEFANTİAZİS NOSTRAS VERRÜKOZA

Aybüke Duran, Ömer Kutlu, Atiye Akbayrak

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

GİRİŞ-AMAÇ:

Elenfatiazis nostras verrükoza (ENV), gode bırakmayan ödem, hiperkeratoz, kaldırım taşı benzeri papüller ve sertleşmiş plaklar ile karakterize kronik lenfödem nadir görülen şiddetli bir formudur(1). ENV, simetrik bir şekilde ağırlıklı olarak alt bacakları etkiler. ENV nadir görülen bir hastalıktır ve her ırktan erkek ve kadınlarda görülebilir. Obezite ve tekrarlayan yumuşak doku enfeksiyonları hastalığın gelişmesi için yüksek risk faktörüdür. Diğer risk faktörleri arasında malignite, konjestif kalp yetmezliği, kronik venöz yetmezlik, önceki travma, hipotiroidizm ve radyasyon bulunur(2). Burada nadir görülen ENV'li bir kadın olgu sunulmaktadır.

OLGU:

57 yaşında kadın hasta her iki bacakta kuruluk, deride kalınlaşma ve deri renginde koyulaşma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Morbid obez ve kronik venöz yetmezlik ile takipli hastaya ecopirin, desal, modet, etolax kullanıyordu. Dermatolojik muayenesinde, bilateral bacak distallerinde genişleme, eritemin eşlik ettiği verrüköz kaldırım taşı benzeri papülönodüller ve plaklar vardı. Hastadan alınan örneklerin laboratuvar değerlendirilmesinde tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri normal sonuçlar verdi. Kan üre nitrojen düzeyi 14.8 mg/dl ve C reaktif protein düzeyi 13.09 mg/dl olarak saptandı.

Bu klinik ve görüntüleme bulgularına dayanarak ENV tanısı konuldu.

SONUÇ:

ENV, interstisyel sıvıda protein birikimi ve fibroblast proliferasyonu ile sonuçlanan kronik lenfostazın bir sonucudur. Durum ilerledikçe ülserler gelişebilir ve tekrarlayan sekonder enfeksiyona yol açabilir. Tanı genellikle klinik ile konur(3). Lenfödem diğer nedenleri öykü ve muayenede dışlanır. Hastalar genellikle, hiperkeratoz, papül ve verrüköz lezyonların başlangıcından önce uzun bir ödem geçmişi gösterirler. Klinik özellikler tanısız olmadığında, lenfanjiyografi ve biyopsi örneklerinin histopatolojisi incelenebilir. Ayırıcı tanılar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

arasında filaryal ödem, kromoblastomikoz, ailevi lipoödem, lenfanjiyosarkom, pretibial miksödem, venöz staz dermatiti, derin ven trombozu, selülit yer alır(4). ENV 'nin tedavisi hastalığın derecesi ve deformiteye bağlı konservatif, tıbbi veya cerrahi olabilir. Mevcut olan lenfödemin ilerlemesini önlemek ve tedavisi için kompresyon çorapları, lenf masajı önerilir.(5) Genel cilt bakım kurallarına uyulur, cilt sabunsuz su ile yıkanır, günlük olarak cilt nemlendirilir, açık yaralar tedavi edilir. Aşırı kilolu hastalarda kilo vermesi desteklenir. Diyabetli hastalarda kan şekeri düzeylerinin kontrolü sağlanmalıdır. Ek olarak, hiperkeratotik plaklar için üre ve salisilik asit gibi keratolitik ajanlar kullanılabilir. Sistemik veya topikal retinoidler eklenebilir(6). Konservatif tedavi yetersiz kaldığında, fibrozis veya nodüller oluştuğunda cerrahi tedavi endike olabilir(7)

Bizim olgumuzda mevcut durumun nedeni olabilecek malignite, radyasyon tedavi öyküsü, cerrahi ve travma öyküsü yoktu. Morbid obezite ve lenfödem sonucunda ENV ortaya çıktığı düşünüldü. Lenfödemin uygun lokal hijyenine dikkat etmesi, düzenli nemlendirilmesi önerildi, uygun topikal antibiyotik tedaviye eklendi. Hastaya kilo vermesi gerektiği söylendi. Ek olarak, egzersiz, kompresyon çorapları, lenfatik masaj önerildi.

ANAHTAR KELİMELEER: Elefantiazis, lenfödem, venöz yetmezlik

KAYNAKLAR: 1) DJ Schissel, C. Hivnor, DM Elston Elephantiasis nostras verrucosa Cutis, 62 (2) (1998), s.77-80

2) Liaw FY, Huang CF, Wu YC, Wu BY. Elephantiasis nostras verrucosa: swelling with verrucose appearance of lower limbs. Can Fam Physician. 2012;58(10):e551–e553. Journal

3) Olszewski WL, Engeset A, Romaniuk A, Grzelak I, Ziolkowska A. Obstrüktif lenfödemli hastaların periferi

4) Baird D, Bode D, Akers T, Deyoung Z. Elephantiasis nostras verrucosa (EVN): A complication of congestive heart failure and obesity J Am Board Fam Med. 2010;23:413–7

5) Ryan TJ. Structure and function of lymphatics. J Invest Dermatol. 1989;93:18S–24. doi: 10.1111/1523-1747.ep12580899. [DOI] [PubMed]

6) Polat M, Serefican B. A case of elephantiasis nostras verrucosa treated by acitretin J Drugs Dermatol. 2012;11:402–5

7 Şimony A, Tidhar D Lymphedema: a comprehensive review [Commentary]. Ann Plast Surg 2008; 60 (2): 228

RESİM 1



BİLATERAL BACAK DİSTALLERİNDE VERRUKÖZ,KALDIRIM TAŞI BENZERİ PAPÜLLONODÜLER VE
PLAKLAR

RESİM 2



SAĞ ALT EKSTREMİTESİNDE VERRÜKOZ GÖRÜNÜM



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-308][KABUL:POSTER]

NADİR BİR GENODERMATOZ: WILD SENDROMU

Alperen Kızılkaya¹, Burcu Tuğrul², Akın Aktaş¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Dermatolog, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

WILD sendromu, ilk kez 2008 yılında tanımlanmış, son derece nadir görülen bir genodermatozdur. “WILD” kısaltması; Siğiller (Warts), İmmün Yetmezlik (Immune deficiency), Primer Lenfödem (Primary Lymphedema) ve Anogenital Displazi (Anogenital Dysplasia) bulgularını temsil eder. Bu sendrom, hematopoetik ve lenfatik sistemlerin gelişimi açısından kritik öneme sahip olan GATA2 genindeki germline mutasyonlar ile ilişkilidir. GATA2 eksikliği, bağışıklık sisteminin bozulmasına neden olur ve bireyleri viral enfeksiyonlar ile hematolojik malignitelere yatkın hale getirir. Bu sunumda, WILD sendromlu nadir bir olgu tanıtılmakta; sistemik inflamatuvar indeksler aracılığıyla immün-inflamatuvar profil detaylı şekilde incelenmektedir.

OLGU:

Otuz altı yaşında erkek hasta, tedaviye dirençli plantar siğiller, tek taraflı alt ekstremitte lenfödem ve anogenital bölgede kanamalı nodüler lezyonlarla başvurdu. Semptomlarının 20 yaşında başladığı öğrenildi. Klinik değerlendirmede avuç içlerinde verrüköz lezyonlar, ayak tabanlarında hiperkeratotik plaklar ve genital bölgede hemorajik nodüller saptandı. Sol alt ekstremitede belirgin lenfödem mevcuttu.

Laboratuvar analizlerinde lökopeni ($2.68 \times 10^9/L$), nötropeni ($1.52 \times 10^9/L$), persistan monositopeni ($0.08 \times 10^9/L$), anemi (Hgb: 10.5 g/dL) ve hafif trombositopeni ($111 \times 10^9/L$) tespit edildi. Akım sitometrisinde B hücrelerinde disregülasyon izlendi.

Sistemik inflamatuvar indeksler şu şekildedir:

NLR: 1.52 | PLR: 111.0 | MLR: 0.08 | dNLR: 1.31



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SII: 168.72 | HLR: 10.5 | PMR: 1387.5 | HPR: 0.0946

Bu değerler, düşük düzeyli ancak karmaşık bir inflamatuvar ve immünosupresif tabloya işaret etmektedir.

Tedaviye sistemik acitretin (50 mg/gün) ve gün aşırı topikal %5 imikimod ile başlandı. Altı ay sonunda siğillerde %75, anogenital displazide ise %90 oranında iyileşme gözlemlendi.

SONUÇ:

WILD sendromu, dermatolojik, immünolojik ve lenfatik sistemleri etkileyen kompleks bir hastalıktır. Semptomlarının değişken ve eşzamanlı olmaması nedeniyle tanı sıklıkla gecikir. Kronik siğiller, immün yetmezlik ve lenfödem birlikteliği olan hastalarda bu sendrom mutlaka akıldan tutulmalıdır. Genetik analiz ile erken tanı ve özellikle immünoloji başta olmak üzere multidisipliner yaklaşım, prognoz açısından kritik öneme sahiptir. Bu olguda uygulanan sistemik inflamatuvar indeksler, GATA2 eksikliğine bağlı subklinik immün-inflamatuvar bozukluğu ortaya koymuştur. Ayrıca, retinoid ve immünomodülatör tedavi kombinasyonu, WILD sendromunun yönetiminde etkili ve umut verici bir seçenek olarak değerlendirilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Displazi, Lenfödem, Siğil, İmmün-yetmezlik

RESİM 1



RESİM 2





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-309][KABUL:POSTER]

TİNEA PEDİSE SEKONDER ERİTEMA ANNULARE SENTRİFİGUM İLE İD REAKSİYONU

Büşra Hancan, Hacı Sütichen

T.C. Sağlık Bakanlığı Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ:

Etiyolojisi bilinmeyen kronik inflamatuvar bir cilt hastalığı olan eritema annulare sentrifigum (EAS), diğer faktörlerin yanı sıra kutanöz veya sistemik enfeksiyon, malign neoplazmalar, ilaçlar ve çeşitli otoimmün hastalıklar tarafından oluşturulan bir aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak kabul edilir. Eritema anüler sentrifigum, ürtiker benzeri papüller şeklinde görülen, santrifüjlü olarak genişleyen ve merkezi olarak temizlenen halka şeklinde, eritematöz bir lezyondur. Bazen ilerleyen kenarın içinde, arka skuam adı verilen ince bir skuam bulunur. Daha önceki çalışmalarla uyumlu olarak en sık görülen enfeksiyon yüzeysel mantar enfeksiyonları olmuştur. Olgu sunumlarında, tinea pedis tedavisinin ardından EAS lezyonlarının gerilediği bildirilmiş, bu da EAS'un enfeksiyöz bir odakla ilişkili sekonder bir deri yanıtı olabileceğini düşündürmektedir. Bu olguda tinea pedisin EAS'a sebep olan etkenlerden olduğu ve etkenin tedavisi sonrası hastalığın gerilediğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

OLGU:

52 yaşında kadın hasta 11 aralık 2024'te kliniğimize 10 gün önce diş apsesi nedeniyle amoksisilin trihidrat+potasyum klavulanat ve lornoksikam kullanmaya başlamasından sonra ilk başta dudak çevresinde yanma, batma, kızarıklık ve boynunda kızarıklık lezyonları oluşması daha sonra da lezyonların boyna, gövde ön yüze, el bileklerine ve ayak tabanına yayılması şikayeti ile başvurdu. Hastanın ilk geliş dermatolojik muayenesinde ağız çevresinde, zigomada ve frontal bölgede yaygın eritem ve hafif skuamlanma mevcuttu. Göğüs ön yüzünde, servikal ve torakal bölgede eritemli makül şeklinde deskuamasyonlu lezyonlar mevcuttu. El ventrali ve bilekte papülopüstüller eritemli lezyonları mevcuttu. Her iki ayak tabanında papülopüstüller lezyonlar, intertriginöz soyulma, her iki ayak tırnaklarında subungual hiperkeratoz ve sarı-kahverengi renk değişiklikleri mevcuttu. Hastaya tinea pedis düşünülerek potasyum hidroksit (KOH) testi yapıldı. Test sonucu pozitif geldi. Naftifin hidroklorür ve lulikonazol başlandı. Setirizin dihidroklorür başlandı. Eritema annulare sentrifigum, pitriyazis rosacea, id reaksiyonu ön tanıları ile boynundaki eritemli skuamlı lezyondan biyopsi alındı. Biyopsi sonucu mevcut histomorfolojik bulgular eritema annulare sentrifigum ile uyumlu şekilde geldi. Hastanın



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

kontrol muayenesinde tinea pedis tedavisi sonrası EAS lezyonlarının gerilediği görüldü.

SONUÇ:

EAS'un tipik lezyonu etrafa doğru genişleyen ortası lezyonsuz eritemli papül ve plaklardır. Hastaların en sık tutulan bölgelerin sırasıyla gövde ve uyluk olduğunu gözlemlenmiştir. EAS her yaştaki hastada görülebilse de çoğunlukla orta yaşlı yetişkinleri etkiler. EAS, özellikle de dermatofit ve diğer mantar elementleri olmak üzere birçok enfeksiyöz varlıkla, ancak virüsler, parazitler ve bakterilerle de ilişkilendirilmiştir. EAS ile ilişkili mantar enfeksiyonları arasında candida albicans, mavi peynir penicillium ve trichophyton, tinea pedis, pityrosporum orbiculare ve malassezia furfur gibi dermatofitler bulunur. Onikomikoz, tinea pedis veya tinea corporisin klinik şüphesi belirginse, mikoloji analizi için ayak tırnağı kırıntıları ve deri kazıntıları göndermek önerilir. KOH preparasyonundan sonra EAS lezyon bölgelerinden alınan deri kazıntılarının analizi, tinea veya kandidiyazisi düşündüren hiflerin varlığını veya yokluğunu belirleyebilir. EAS'un tedavisindeki ilk yaklaşım, tespit edilirse altta yatan hastalığı tedavi etmektir. Yapılan bir çalışmada dermatofit kaynaklı EAS'lu 2 hastada, lezyonları çoğalan ve daha sonra tinea pedisin deneysel aşılınması ve tedavisiyle temizlenen doğrudan bir neden-sonuç ilişkisi kurulmuştur. EAS'un en sık nedeni yapılan çalışmalarda yüzeysel dermatofit enfeksiyonları olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızda da hastanın kliniğine sebep olan etken tinea pedis olarak bulunmuştur. Literatüre uygun olarak hastamız orta yaş yetişkin hastadır ve lezyonlar gövdeden başlamıştır. EAS'un tedavisi etkene yönelik olup hastamızda tinea pedis için vermiş olduğumuz topikal antifungal tedavi sonrası EAS lezyonlarında gerileme görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELEER: Eritema Annulare Sentrifigum, İd reaksiyonu, Tinea pedis

KAYNAKLAR: 1. Kim, D. H., Kim, C. W., Kim, S. S., Kim, H. O., & Park, Y. M. (2016). Erythema annulare centrifugum: Analysis of associated diseases and clinical patterns. *Annals of Dermatology*, 28(1), 55–59. doi: 10.5021/ad.2016.28.2.257

2. McDaniel, B. & Cook, C. (2024, 8 Haziran). Erythema annulare centrifugum. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482494/>

3. Erduran, F. (2024). Evaluation of clinicopathological features and associated conditions in erythema annulare centrifugum: A retrospective observational analysis of 63 patients. *Dermatology Practical & Conceptual*, 14(1), e2024039. doi:10.5826/dpc.1401a39

4. Elibüyük Aksaç, S. & Demir, F. (2020). Eritem anüler santrifüj: Olgu sunumu. *Van Tıp Dergisi*, 27(3), 402–405. doi:10.5505/vtd.2020.89266

5. Bankhead, S., Jackson, J. & Brodell, R. (2015). Annular plaques on the back and flanks. The Journal of Family Practice, 64(1), 47–49. Erişim adresi: https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/issues/articles/JFP_06401_PhotoRounds.pdf

ŞEKİL 1



A.Ağız çevresinde, zigomada ve frontal bölgede yaygın eritem ve hafif skuamlanma B.Göğüs ön yüzünde, servikal ve torakal bölgede eritemli makül şeklinde deskuamasyonlu lezyonlar

ŞEKİL 2



A,B. her iki ayak tırnaklarında görülen subungual hiperkeratoz ve sarı-kahverengi renk değişiklikleri C,D. Her iki ayak tabanında görülen papülopüstüler lezyonlar ve intertriginöz soyulma



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-310][KABUL:POSTER]

**ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONUNU TAKİBEN GELİŞEN GUTTAT PSÖRİAZİS VE
EŞZAMANLI ERİTEMA NODOZUM: NADİR BİR PEDIATRİK VAKA**

Rahime Ekmekcioğlu, Şule Gökşin

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

AMAÇ:

Guttat psöriazis ile eritema nodozum birlikteliği pediatrik yaş grubunda oldukça nadirdir. Bu posterde, ÜSYE sonrası gelişen, eşzamanlı immun aracılı iki farklı kutanöz bulgu gösteren bir pediatrik olgu sunulmaktadır.

OLGU:

Sekiz yaşında kız hasta, polikliniğe başvurusundan üç gün önce başlayan bacakların ön yüzünde ağrılı, morumsu renk değişikliği ve kollarda, bacaklarda kepekli döküntüler şikayetleriyle getirildi. Klinik bulgular öncesinde geçirilmiş bir üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede sol diz, sağ ayak bileği ve pretibial bölgede palpasyonla sert, hafifçe kabarık, sınırları fazla belirgin olmayan, düzgün yüzeyli, parlak kırmızı nodül ve infiltrate plaklar tespit edildi. Ayrıca kollar, uyluk ve bacak arkasında tipik olarak guttat formda tanımlanan, eritemli ve skuamli döküntüler izlendi. Laboratuvar değerlendirmesinde ASO: 1100 IU/mL (↑) CRP: 13 mg/L (↑) Sedim: 42 mm/saat (↑) ANA: Negatif C3/C4 düzeyleri normal, İdrarda proteinüri yok Spot Albümin/Kreatinin oranı: 59.8 mg/g Fibrinojen: 394 mg/dL Klinik değerlendirme sonucunda hastaya guttat psöriazis ve eş zamanlı eritema nodozum tanıları konuldu. Laboratuvar bulguları ve fizik muayene bulgularının yanı sıra, eritema nodozum tanısı cilt biyopsisiyle histopatolojik olarak da doğrulandı. Tedavisi planlanarak yakın klinik takip önerildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Guttat psöriazis, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde görülen ani başlangıçlı, küçük damla biçiminde eritemli ve skuamli lezyonlarla karakterize bir psöriazis alt tipidir. En sık tetikleyici faktör %0,5–2 olguda beta hemolitik grup A streptokok enfeksiyonlarıdır (1,2). Eritema nodozum (EN) ise çocuklarda daha nadir görülen, pretibial bölgede simetrik, çoğunlukla ağrılı ve eritemli nodüllerle seyrettiği bilinen bir septal pannikülit formudur. Patogenezinde tip IV



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

hipersensitivite rol oynar ve streptokok enfeksiyonları çocukluk çağında en sık rastlanan tetikleyicilerdendir (3). Pediatrik EN vakalarına ilişkin geniş bir derlemede, çocuklarda EN'nin en yaygın nedeninin streptokokal enfeksiyonlar olduğu; vakaların yaklaşık yarısında (%47–77) ikincil sistemik nedenlere bağlı olduğu belirtilmiştir (3), bizim vakamızda eşlik eden sistemik neden yoktu. Ayrıca, retrospektif bir çalışmada çocuk EN'si olanların %23'ünde ASO yüksekliği gösterilmiştir (4). Bu veriler, olgumuzdaki yüksek ASO, CRP ve sedimentasyon artışının streptokokla ilişkili patogenezi desteklemektedir. Guttat psöriazis ve EN'nin eş zamanlı ortaya çıkması oldukça enderdir. Her ikisi de streptokokal enfeksiyon sonrası gelişen T hücre aracılı inflamasyonla bağlantılıdır. Guttat psöriaziste epidermal hiperproliferasyon ön planda iken, EN subkutan dokuda immün komplekslerin birikmesi söz konusudur. Bu olgu, streptokokal enfeksiyon sonrası gelişen yaygın immün yanıtın hem epidermal hem de subkutan dokuda iki farklı patolojik süreci tetikleyebileceğini göstermektedir. Bu iki patolojik durumun birlikteliği nadiren bildirilmiş, streptokokal enfeksiyon öyküsü olan çocuklarda yalnızca tek bir dermatolojik tanıya odaklanmanın yeterli olmayabileceğini göstermektedir. Ayrıntılı fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri tanı ve tedavi planlamasında önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Guttat psöriazis, eritema nodozum, pediatri, üst solunum yolu enfeksiyonu, streptokok

KAYNAKLAR: 1. Telfer NR, Chalmers RJG, Whale K, Colman G. The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. Arch Dermatol. 1992;128(1):39–42.
2. Leung AKC, Barankin B, Lam JM, Leong KF. Childhood guttate psoriasis: an updated review. Drugs Context. 2023;12:DOI 10.7573/dic.2023-1-1.
3. Nobuo Kanazawa; et al. Erythema Nodosum in Children: A Narrative Review and a Practical Approach. MDPI Pediatr Dermatol. 2022
4. Aydın Teke T; et al. Erythema nodosum in children: evaluation of 39 patients. Turk J Pediatr. 2013;56(2):139–147



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-311][KABUL:POSTER]

AKNE VULGARİS HASTALARINDA DEMODİKOZİS SIKLIĞI

Beyza Köstek, Özge Sevil Karstarlı Bakay

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji ABD, Denizli

AMAÇ:

Akne vulgaris farklı yaş gruplarından pek çok hastanın yaşam kalitesini etkileyen yaygın görülen bir hastalıktır.

Demodeks akarları pilosebase foliküllerde mekanik tıkanmaya yol açabilmesi ve inflamatuvar yanıtı tetikleyebilmesiyle akne patogeneğinde rol oynayabileceği öne sürülmüş olsa da literatürde veriler kısıtlıdır. Çalışmamızda akne vulgaris hastalarında demodikozis sıklığını ve hastalık şiddetiyle ilişkisini araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Bu prospektif çalışmaya Pamukkale Üniversitesi dermatoloji polikliniğinde değerlendirilen 18-40 yaş arası hafif, orta, şiddetli olmak üzere akne vulgaris hastaları ve yaşı eşleştirilmiş sağlıklı gönüllüler dahil edildi. Akne vulgarisin şiddetini değerlendirmek için Araştırmacının Genel Değerlendirmesi (IGA) skorum sistemi kullanıldı. Demodeks parazitlerini saptamak amacıyla yüzeysel deri biyopsisi tekniği uygulandı. Sayı 5/cm²'den fazla ise demodeks pozitif kabul edildi.

BULGULAR:

Çalışmaya 30 sağlıklı kontrol ve hafif, orta, şiddetli toplam 90 akne vulgaris hastası dahil edildi. Kontrol grubunun %20'sinde (n=6), akne vulgaris hastalarının %43,3'ünde (n=39) demodeks pozitifliği saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.03). Akne vulgaris hastaları hastalık şiddetine göre kontrol grubuyla kıyaslandığında; hafif şiddetli akne hastalarının 12'sinde (%40), orta şiddetteki akne hastalarının 10'nunda (%33,3), şiddetli akne hastalarının 17'sinde (%56,7) demodeks pozitifliği saptandı. Şiddetli akne hastalarında demodeks pozitifliği kontrol grubundan anlamlı oranda yüksekti (p=0,003). Adolesan akne hastalarında demodeks pozitifliği %44,3 (n=43) iken post- adolesan grupta %12,5 (n=2) idi, bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,002).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Akne vulgaris hastalarında demodikozis sıklığının yüksek olması patogenezdaki olası rolünün yanı sıra hastalarda eşlikçi veya taklitçi olabilmesi yönüyle dikkat çekicidir. Özellikle şiddetli hastalarda akne tedavisinden yanıt alınamadıysa demodikozis araştırılması vakaların yönetimine katkı sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Akne vulgaris, demodeks, demodikozis

KAYNAKLAR: 1. Sood S, Jafferany M, Vinaya Kumar S. Depression, psychiatric comorbidities, and psychosocial implications associated with acne vulgaris. J Cosmet Dermatol. 2020;19(12):3177-3182. doi: 10.1111/jocd.13753.

2. Bhate K, Williams HC. Epidemiology of acne vulgaris. Br J Dermatol. 2013 Mar;168(3):474-85. doi: 10.1111/bjd.12149.

3. Reynolds RV, Yeung H, Cheng CE, Cook-Bolden F, Desai SR, Druby KM, Freeman EE, Keri JE, Stein Gold LF, Tan JKL, Tollefson MM, Weiss JS, Wu PA, Zaenglein AL, Han JM, Barbieri JS. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2024;90(5):1006.e1-1006.e30. doi: 10.1016/j.jaad.2023.12.017.

4. Li CX, You ZX, Lin YX, Liu HY, Su J. Skin microbiome differences relate to the grade of acne vulgaris. J Dermatol. 2019;46(9):787-790. doi: 10.1111/1346-8138.14952..

5. Hazarika N. Acne vulgaris: new evidence in pathogenesis and future modalities of treatment. J Dermatolog Treat. 2021;32(3):277-285. doi: 10.1080/09546634.2019.1654075.

6. Heng AHS, Chew FT. Systematic review of the epidemiology of acne vulgaris. Sci Rep. 2020;10(1):5754. doi: 10.1038/s41598-020-62715-3..

7. Forton FMN. Rosacea, an infectious disease: why rosacea with papulopustules should be considered a demodicosis. A narrative review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Jul;36(7):987-1002. doi: 10.1111/jdv.18049.

8. Chioveanu FG, Niculet E, Torlac C, Busila C, Tatu AL. Beyond the



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- Surface: Understanding Demodex and Its Link to Blepharitis and Facial Dermatoses. Clin Ophthalmol. 2024;18:1801-1810. doi: 10.2147/OPTH.S440199.
9. Zhao YE, Hu L, Wu LP, Ma JX. A meta-analysis of association between acne vulgaris and Demodex infestation. J Zhejiang Univ Sci B. 2012;13(3):192-202. doi: 10.1631/jzus.B1100285.
10. Aktaş Karabay E, Aksu Çerman A. Demodex folliculorum infestations in common facial dermatoses: acne vulgaris, rosacea, seborrheic dermatitis. An Bras Dermatol. 2020;95(2):187-193. doi: 10.1016/j.abd.2019.08.023.
11. Erdal B, Albayrak H. Investigation of the Prevalence of Demodex spp. in Dermatological Diseases. Türkiye Parazitoloj Derg 2022;46(1):54-59.
12. Maldonado-Gómez W, Guevara-Sánchez E, Guevara-Vásquez G, Mera-Villasis K, Munayco CV. Association Between Demodex Infestation and Severe Acne Vulgaris: A Cross-Sectional Study of 168 Patients. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(8):758-764. doi: 10.1016/j.ad.2022.03.011.
13. Akçınar UG, Ünal E, Doğruman AI F. Demodex spp. as a possible aetiopathogenic factor of acne and relation with acne severity and type. Postepy Dermatol Alergol. 2018;35(2):174-181. doi: 10.5114/ada.2018.75239.
14. Turan N, Kapıcıoğlu Y, Saraç G. The Effect of Skin Sebum, pH, and Moisture on Demodex Infestation in Acne Vulgaris and Rosacea Patients. Türkiye Parazitoloj Derg. 2017;41(3):143-147. doi:10.5152/tpd.2017.5068.
15. Paichitrojjana A, Chalermchai T. The Association Between Acne Vulgaris, Acne Vulgaris with Nonspecific Facial Dermatitis, and Demodex Mite Presence. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2024;17:137-146. doi: 10.2147/CCID.S450540..
16. Okyay P, Ertabaklar H, Savk E, Erfug S. Prevalence of Demodex folliculorum in young adults: relation with sociodemographic/hygienic factors and acne vulgaris. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006;20(4):474-6. doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01470.x..
17. Casas C, Paul C, Lahfa M, et al. Quantification of Demodex folliculorum by PCR in rosacea and its relationship to skin innate immune activation. Exp Dermatol. 2012;21(12):906-10. doi:



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

10.1111/exd.12030.

18. Murillo N, Aubert J, Raoult D. Microbiota of Demodex mites from rosacea patients and controls. *Microb Pathog.* 2014;71-72:37-40. doi: 10.1016/j.micpath.2014.04.002..

19. Zhu W, Wang HL, Bu XL, Zhang JB, Lu YG. A narrative review of research progress on the role of NLRP3 inflammasome in acne vulgaris. *Ann Transl Med.* 2022;10(11):645. doi: 10.21037/atm-21-5924.

20. Murthy AS, Leslie K. Autoinflammatory Skin Disease: A Review of Concepts and Applications to General Dermatology. *Dermatology.* 2016;232(5):534-540. doi: 10.1159/000449526..

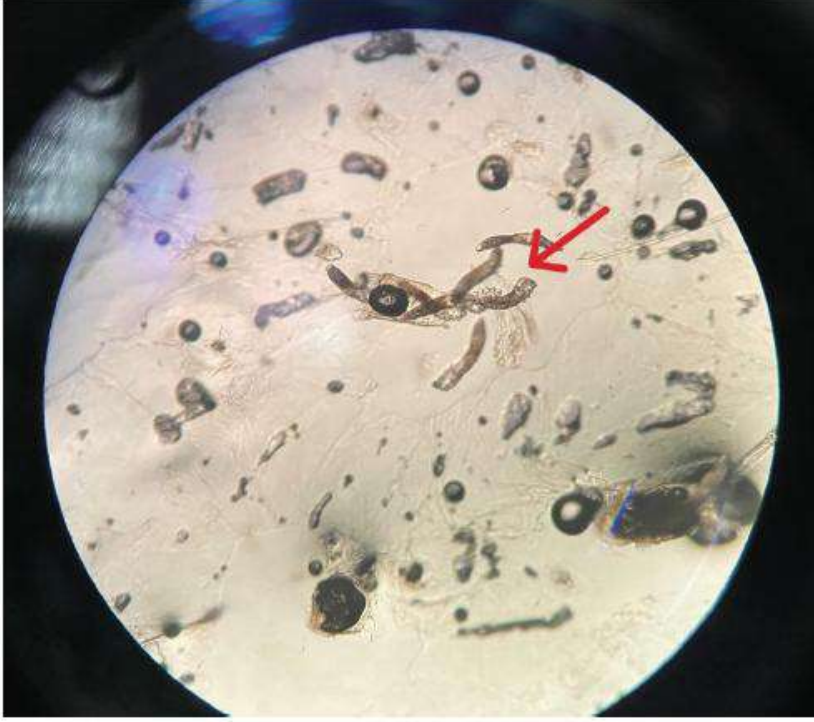
21. Forton FM, De Maertelaer V. Two Consecutive Standardized Skin Surface Biopsies: An Improved Sampling Method to Evaluate Demodex Density as a Diagnostic Tool for Rosacea and Demodicosis. *Acta Derm Venereol.* 2017;97(2):242-248. doi: 10.2340/00015555-2528.

22. Bagatin E, Freitas THP, Rivitti-Machado MC, et al. Adult female acne: a guide to clinical practice. *An Bras Dermatol.* 2019;94(2):255. doi: 10.1590/abd1806-4841.2019940202.

23. Han XD, Oon HH, Goh CL. Epidemiology of post-adolescence acne and adolescence acne in Singapore: a 10-year retrospective and comparative study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(10):1790-1793. doi: 10.1111/jdv.13743.

24. Paichitrojjana A. Demodicosis Imitating Acne Vulgaris: A Case Report. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2022;15:497-501. doi: 10.2147/CCID.S358000.

ŞEKİL 1



Şekil 1. Akne vulgaris hastasında yanaktan alınan yüzeysel deri biyopsisinde Demodeks folliculorum (kırmızı ok)

Akne vulgaris hastasında yanaktan alınan yüzeysel deri biyopsisinde Demodeks folliculorum (kırmızı ok)

TABLO 1

	Akne vulgaris (n=90)	Kontrol (n=30)	p değeri
Yaş (yıl)	22.4 ±4.6 22 (19-24)	23.4±3.7 22.5 (20.7-25.2)	p=0.079
Cinsiyet (K/E)	68/22	19/11	p>0.05
Demodeks pozitifliği (n, %)	n=6, %20	n=39, %43,3	p=0.03

Akne vulgaris hastaları ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve demodeks pozitiflik oranları



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TABLO 2

	Şiddetli Akne Vulgaris (n=30)	Kontrol (n=30)	p değeri
Yaş (yıl)	21.8 ±3.4 21.5 (19-23.2)	23.4±3.7 22.5 (20.7-25.2)	P=0.262
Cinsiyet (K/E)	23/7	19/11	P=0.616
Demodeks pozitifliği (n, %)	n=17, %56,7	n=39, %43,3	p=0.003

Şiddetli akne vulgaris hastaları ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve demodeks pozitiflik oranları



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-313][KABUL:POSTER]

ILVEN Mİ CHILD SENDROMU MU, TOPİKAL KETOKONAZOL TEDAVİSİNE DRAMATİK YANIT

Gizem Arslan Belhan¹, Müzeyyen Gönül¹, Elifcan Taşdelen², Ebru Şebnen Ayva³, Selda Pelin Kartal¹

¹Etlik Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Ankara

³Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ

CHILD (Congenital Hemidysplasia with Ichthyosiform erythroderma and Limb defects) sendromu, kolesterol biyosentez yolundaki NSDHL gen mutasyonu nedeniyle ortaya çıkan nadir ve X'e bağlı dominant geçişli bir genodermatozdur. Tipik olarak tek taraflı iktiyoziform deri lezyonları ve ipsilateral ekstremitte anomalileriyle seyreder. Ancak literatürde yalnızca kutanöz tutulumla sınırlı olgular da bildirilmiştir.

Bu çalışmada, ekstremitte anomalisi olmayan, sadece tek taraflı lineer cilt bulgularıyla seyreden bir CHILD sendromu olgusunu sunmak ve topikal ketokonazol tedavisine verilen başarılı yanıtı paylaşmak amaçlanmıştır.

OLGU

Üç yaşında kız çocuk, 2 yaşında başlayan sağ gövde hattında yaygın ve solda az miktarda olacak şekilde, eritemli ve hiperkeratotik plaklar ile başvurdu. Lezyonlar Blaschko hatlarını takip ediyordu. Sistemik ve iskelet muayenesi normaldi. Histopatolojide epidermal akantoz, parakeratoz ve intrakorneal nötrofilik püstüller izlendi. Genetik analizde NSDHL mutasyonu saptandı. Hasta, günde iki kez %2 topikal ketokonazol krem ile tedavi edildi. Dört hafta içinde klinik belirgin düzelme izlendi; üç ay sonunda lezyonlar düzleşti ve semptomlar minimaldi.

SONUÇ:

Topikal ketokonazol, CHILD sendromunun izole kutanöz formunda etkili ve tolere edilebilir bir tedavi seçeneği olabilir. Kolesterol biyosentez yoluna etkisi sayesinde bu grup hastalarda topikal antifungal ajanların potansiyel tedavi alternatifi olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELEER: CHILD sendromu, unilateral blaschkoid döküntü, ketokonazol, genodermatoz

KAYNAKLAR: Kaynakça

- 1.Happle R. CHILD syndrome: an update. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2016 Mar;172(1):108-111. doi:10.1002/ajmg.c.31487.
- 2.Tadini G, Castori M, Papagrigroraki A, et al. CHILD syndrome: clinical and molecular characterization of 19 cases and a proposal of diagnostic criteria. Eur J Hum Genet. 2011 Feb;19(2):165-71. doi:10.1038/ejhg.2010.152.
- 3.Bornholdt D, König A, Happle R, et al. Mutational spectrum of NSDHL in CHILD syndrome. J Med Genet. 2005 Apr;42(4):e17. doi:10.1136/jmg.2004.024422.
- 4.Bittar M, Dahl C, Youssef M, et al. Successful treatment of CHILD syndrome with topical lovastatin/cholesterol: A new therapy for a disorder of distal cholesterol metabolism. J Am Acad Dermatol. 2018 Jan;78(1):217-220. doi:10.1016/j.jaad.2017.08.017.
- 5.Wang X, Baselga E, Andraos C, et al. Cholesterol pathway inhibition by topical ketoconazole leads to clinical improvement in CHILD syndrome. Br J Dermatol. 2019 Aug;181(2):395-398. doi:10.1111/bjd.17556.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-314][KABUL:POSTER]

UNİLATERAL NEVOİD TELANJIEKTAZİ: NADİR GÖRÜLEN BİR VASKÜLER ANOMALİ OLGUSU

Özlem Şen, Sera Nur Yücesoy Temiz, Güllü Gencebay

Bezmialem Vakıf üniversite Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Unilateral nevoid telanjiektazi (UNT), tek taraflı lineer dağılım gösteren yüzeysel telanjiektazik maküllerden oluşan bir deri hastalığıdır. UNT, gebelik, oral kontraseptif kullanımı (oks), kronik alkolizm, hepatit B ve C enfeksiyonu, hipertiroidizm, karsinoid sendrom karaciğer metastazları gibi östrojenin arttığı durumlarda görülmesi, östrojenin patogeneze rolü olabileceğini düşündürmektedir(1). Ancak östrojen düzeyleri normal olan olgularda da UNT gözlenmiştir(2). Bazı olgularda, tutulan deride östrojen reseptörlerinin sayısında artış gözlenmektedir. Bu yazıda, oral kontraseptif (oks) kullanımını takiben servikal üçüncü dermatoma uygun şekilde dağılan unilateral nevoid telanjiektazi olgusunu sunuyoruz.

OLGU:

23 yaşında kadın hasta, sol kolda 4 aydır tek taraflı kızamık lezyon şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde polikistik over sendromu (PCOS) tanısıyla bir buçuk yıl oral kontraseptif (3 mg drospirenon ve 0.02 mg etinilestradiol) kullanmıştı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sol kolun medial yüzeyinde, basmakla solan, nonpalpabl, lineer yerleşimli telanjiektatik maküller izlendi (figür 1). Dermoskopide retiküler kıvrımlı kırmızı telanjiektatik damar yapıları gözlemlendi (figür 2). Rutin biyokimya tetkikleri normal olup hormon tetkiklerinde total testosteronda yükseklik 0.41 nmol/L (0.5-2.4 nmol/L) dışında diğer bulgular normal saptandı.

Aktif hepatit öyküsü olmamakla birlikte diğer hepatit bulguları normal izlendi. Hastadan unilateral nevoid telanjiektazi öntanısıyla biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermis normaldi, üst ve orta dermiste ince duvarlı, dilate kapiller damarlar ve eritrosit ekstrasvazasyonları izlendi ve bulgular unilateral nevoid telanjiektazi ile uyumlu geldi.

SONUÇ:

UNT ilk olarak 1899 yılında Blaschko tarafından tanımlanmıştır.(3) Unilateral nevoid telanjiektazi terimi ilk olarak Selmanowitz tarafından kullanılmış ve "konjenital" ile



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

“edinilmiş” olarak gruplanmıştır(4).Konjenital form erkeklerde daha sık görülür ve daha nadirdir,edinilmiş form ise kadınlarda yaygındır ve daha sık rastlanır(5).UNT’ler lineer dağılım gösterir ve basmakla solar.En sık puberte sonrası dönemde, servikal üçüncü ve dördüncü ile trigeminal dermatomlara tek taraflı yerleşerek telanjiektazilerle görülür(3).Kapiller damarların endotel hücrelerinde östrojen reseptörü bulunduğundan, hiperöstrojenemi etkisi genellikle telanjiektazi olarak ortaya çıkar.Lezyonlar tek taraflı olarak görülür çünkü östrojene duyarlı hücreler dermatomlar boyunca konjenital olarak dağılmıştır(6) Bazı yazarlar, dağılımın dermatomal değil, embriyolojik gelişim sırasında hücre göçünün gerçekleştiği Blaschko çizgilerini takip ettiğini savunmuşlardır(5). Edinilmiş UNT’nin etiyojisi hakkında farklı görüşler vardır. UNT vakalarının %20’sinde östrojen artışına neden olan sistemik patolojilerden söz edilirken, geri kalan %80’inde herhangi bir patoloji saptanamamıştır(7). Edinilmiş telanjiektazi oluşumunun serum östrojen düzeyindeki artışa, lezyonlardaki östrojen reseptörü sayısındaki artışa veya mozaizme bağlı olabileceği öne sürülmüştür(8). Hormonel anormallik saptanmayan UNT vakalarında, embriyolojik gelişim sırasında somatik mutasyon sonucu oluşan hücre popülasyonlarının mozaizme telanjiektazinin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu tür deri lezyonları, gebelik, oral kontraseptif kullanımı ya da karaciğer hastalığı gibi östrojen artışı gibi hormonal anormalliklerinde belirgin hale geliyor olabilir; ancak UNT’nin gelişiminde östrojen artışı primer neden olmayabilir(9). UNT genellikle kalıcı olmakla birlikte nadir edinsel olgularda tetikleyici faktörün ortadan kaldırılmasıyla gerileyebilir.UNT genellikle asemptomatiktir ve tedavi gerektirmez. En sık uygulanan ve genellikle iyi kozmetik sonuçlar veren yöntem Pulsed dye lazer tedavisidir(10). Bizim olgumuzda lezyonlar 1,5 yıllık oks kullanımını takiben son dört ay içinde ortaya çıkmış ve servikal üçüncü dermatom yerleşimli olarak izlenmiştir. Hastamızın laboratuvar tetkiklerinde total testosteronda yükseklik dışında,hepatit serolojisi; karaciğer fonksiyon testleri, serum östrojen ve progesteron düzeyleri normal saptanmıştır. UNT’nin oluşumunda oks kullanımının tetikleyici bir neden olabileceği düşünülmüş olup hastamıza Pulsed dye lazer tedavisi önerilmiştir. UNT toplumda sanılandan daha sık görülse de hekim ve hasta farkındalığının yetersizliği nedeniyle tanısı atlanabilmektedir.UNT olgu bildirimleri arttıkça, hekimler arasındaki farkındalığın da artacağı düşünülmektedir(11).

ANAHTAR KELİMELER: Unilateral nevoid telanjiektazi, vasküler anomali, Östrojen

KAYNAKLAR: 1. Karakaş M, Durdu M, Sönmezoğlu S, Akman A, Gümürdülü D. Unilateral nevoid telangiectasia. J Dermatol. 2004 Feb;31(2):109-12. doi: 10.1111/j.1346-8138.2004.tb00517.x. PMID: 15160864.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2. Happle R, Assim A: The lines of Blaschko on the head and neck, J Am Acad Dermatol, 44: 1–9, 2001.
3. Blaschko A. Telangiectasien Versammlungen Berlinger Dermatologische Gesellschaft. Monatsschr Prakt Dermat 1899; 28:451.
4. Selmanowitz VJ: Unilateral nevoid telangiectasia, Ann Intern Med, 73: 87–90, 1970.
5. Hynes LR, Shenefelt PD: Unilateral nevoid telangiectasia: Occurrence in two patients with hepatitis C, J Am Acad Dermatol, 36: 819–822, 1997.
6. Sukanya G, Sane RR, Ravi VN, Nehete SS. Unilateral Nevoid Telangiectasia: An Overlooked Entity. Indian J Dermatol. 2022 Jul-Aug;67(4):423-424. doi: 10.4103/ijd.ijd_828_21. PMID: 36578724; PMCID: PMC9792052.
7. Smith KE, Fenske NE: Cutaneous manifestations of alcohol abuse, J Am Acad Dermatol, 43: 1–16, 2000.
8. Uhlin SR, McCarty KS: Unilateral nevoid telangiectasia syndrome, Arch Dermatol, 119: 226–228, 1983.
9. Happle R: Mosaicism in human skin, Arch Dermatol, 129: 1460–1470, 1993.
10. Cliff S, Harland CC. Recurrence of unilateral naevoid telangiectatic syndrome following treatment with the pulsed dye laser. J Cutan Laser Ther 1999; 1:105-7. [PubMed]
11. Guedes R, Leite L. Unilateral nevoid telangiectasia: a rare disease? Indian J Dermatol. 2012 Mar;57(2):138-40. doi: 10.4103/0019-5154.94288. PMID: 22615515; PMCID: PMC3352640.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-316][KABUL:POSTER]

PSORİAZİS HASTALARINDA AKDENİZ DİYETİNE UYUM VE TANI SONRASI YAPILAN DİYET VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİNİN SAPTANMASI

Hüma Beliz Uncu¹, Mustafa Tunca²

¹Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Karabük

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ:

Birçok psoriasis hastası, hastalığının semptomlarını hafifletmek için farmasötik tedavilere ek olarak alternatif stratejiler arayışındadır. Akdeniz diyetinin antiinflamatuvar etkileri ise psoriasis yönetiminde umut vadetmektedir.

MATERYAL-METOD:

Bu araştırma, tek merkezli, kesitsel bir çalışma olarak tasarlandı. Psoriasis tanısıyla takip edilen 205 hasta dahil edildi. Demografik ve klinik veriler toplandı. Hastalara, diyet (diyetten çıkarılanlar, takviye kullanımı, özel diyet uygulama) ve yaşam tarzı değişikliklerini ve bu müdahalelerin hastalık üzerindeki etkilerine dair algılarını değerlendiren bir anket uygulandı. Akdeniz diyetine uyum düzeyi Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği ile değerlendirildi.

BULGULAR:

Katılımcıların %71'i tanı aldıktan sonra belirli gıdalardan kaçındığını bildirdi; en sık baharatlı yiyecekler, patlıcangiller, asidik içecekler, tuzlu gıdalar veya turşular, beyaz un, tatlılar ve kızartmalar belirtilmiştir. Hastaların %52,4'ü bu müdahalelerin kaşıntı gibi semptomları azalttığını belirtmiş, ancak tedavi yanıtı üzerinde anlamlı bir etki saptanmamıştır. Orta/şiddetli psoriasis ile başvuran hastaların takviye kullanma oranı daha yüksek olup ($p=0.015$), en sık balık yağı, D vitamini, probiyotikler/yoğurt kullanılmıştır. Tedavi yanıtı yetersiz olanlarda özel diyet uygulama ve diyetisyen başvuru oranı daha yüksek bulunmuştur ($p=0.06$, sınırda anlamlılık). En sık uygulanan özel diyet düşük kalorili diyetken (%53,9), en yüksek subjektif fayda (%66,7) Akdeniz diyeti ile bildirilmiştir. Tanı aldıktan sonra hastaların %13,6'sı sigarayı içmeyi, %10,2'si ise alkolü bırakmış, %28,8'i egzersiz yapmaya başlamıştır. Akdeniz diyetine



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

bağlılık ile hastalık şiddeti veya tedavi yanıtı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

SONUÇ:

Diyet değişiklikleri, hastaların semptomlarının azalmasına dair subjektif bildirimlerle ilişkili olsa da tedavi yanıtı üzerinde etkisi görülmemiştir. Akdeniz diyetine uyum düzeyi ile psoriasis şiddeti ve tedavi yanıtı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yaşam tarzı değerlendirmelerinin rutin hasta bakımına dahil edilmesi, daha kapsamlı bir psoriasis yönetimine katkı sağlayabilir. Kanıta dayalı kılavuzların oluşturulması için ileriye dönük kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Psoriasis, beslenme, yaşam tarzı, Akdeniz diyeti, diyet davranışları

KAYNAKLAR: 1. Musumeci ML, Nasca MR, Boscaglia S, Micali G. The role of lifestyle and nutrition in psoriasis: Current status of knowledge and interventions. *Dermatologic Therapy*. 2022;35(9):e15685.

2. Ford AR, Siegel M, Bagel J, Cordoro KM, Garg A, Gottlieb A, et al. Dietary recommendations for adults with psoriasis or psoriatic arthritis from the medical board of the national psoriasis foundation: a systematic review. *JAMA dermatology*. 2018;154(8):934-50.

3.Barrea L, Balato N, Di Somma C, Macchia PE, Napolitano M, Savanelli MC, et al. Nutrition and psoriasis: is there any association between the severity of the disease and adherence to the Mediterranean diet? *Journal of translational medicine*. 2015;13:1-10.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-317][KABUL:POSTER]

MÜKÖZ MEMBRAN PEMFİGOİDİ: TEK MERKEZLİ 10 OLGUNUN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Nazmiye Selin Salıcı¹, Muhammed Kerem Özkan¹, Nesimi Büyükbabani², Selin Ünsaler³,
Orkun Müftüoğlu⁴, Afsun Şahin⁴, Savaş Yaylı¹

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

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Müköz membran pemfigoidi (MMP), başta oral ve oküler olmak üzere bir veya birden fazla mukozal yüzeyi tutabilen, nadir, kronik seyirli ve skarlaşma potansiyeli yüksek bir subepitelial ayrışma ile giden büllü hastalıktır. Patogenezinde, bazal membran zonundaki hemidesmozomal adezyon kompleksine karşı gelişen otoantikolar rol oynamaktadır. En sık hedeflenen antijenler arasında BP180, daha az sıklıkla BP230, laminin 332, tip VII kollajen ve $\alpha 6/\beta 4$ integrin yer almaktadır. Kalıcı fonksiyonel kayıplara yol açabilen bu hastalıkta, erken tanı ve uygun immünsüpresif tedavinin zamanında başlanması morbiditeyi azaltmada kritik önemdedir. Bu çalışmada, kliniğimizde izlenen MMP hastalarının demografik ve klinik özelliklerini, tanı ve tedavi süreçlerini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM:

Mart 2023-Haziran 2025 tarihleri arasında güncel EADV kılavuzundaki kriterler gözetilerek dermatoloji kliniğimizde MMP tanısı almış toplam 10 hasta retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, hastalık süresi, tutulum bölgeleri, histopatolojik ve direkt immünöfloresan (DIF) inceleme sonuçları, serolojik profiller ve uygulanan tedaviler analiz edildi.

BULGULAR:

Çalışmada 6 kadın(%60) ve 4 erkek(%40) olmak üzere toplam 10 hasta değerlendirildi. Ortalama yaş 56,8 yıl, ortalama hastalık süresi ise 6,6 yıl idi. Klinik olarak en sık tutulan bölge, sekiz hastada(%80) gözlenen oral mukozaydı; bu tutulum çoğunlukla ağırlı erozyonlar, büller, deskuamatif gingivitis ve yutma güçlüğü gibi bulgularla seyretmekteydi. Oküler tutulum ise altı hastada(%60) saptanmış olup, konjonktival hiperemi, kronik konjonktivit, trikiyazis, simblefaron ve ankiloblefaron gibi bulgularla karakterizeydi. Ek olarak, bir hastada nazal



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

mukoza tutulumu, bir hastada ise şiddetli larinks tutulumu gözlemlendi. Üç hastada (%30) deri tutulumu mevcuttu; bu lezyonlar intakt büller, erozyonlar ve geç dönem skar alanları şeklinde gözlemlendi. Klinik sınıflamaya göre, üç hastada(%30) mukozal tutulum açısından yalnızca oral tutulum gösterdiğinden, "hafif/orta şiddette" MMP grubunda değerlendirilirken, yedi hasta (%70) oküler, larinks veya nazal mukozal tutulum nedeniyle "şiddetli" MMP olarak sınıflandırıldı. Histopatolojik olarak ışık mikroskopik incelemesi yapılmış olan dört hastadan üçünde subepitelyal bül formasyonu izlenirken, DIF incelemesi mevcut olan yedi olgunun altısında bazal membranda lineer IgG ve C3 birikimi saptandı. Serolojik analiz yapılan yedi hastanın ikisinde anti-BP180 pozitifliği mevcuttu; diğer otoantikorlar (anti-BP230, anti-Dsg1, Dsg3, Tip VII kollajen, envoplakin) negatif saptandı. Tedavi yaklaşımlarında, olguların %60'ı sistemik kortikosteroid ve mikofenolat mofetil kombinasyonu ile yönetilirken, bir hasta anti-CD20 monoklonal antikor rituksimab tedavisi aldı, şiddetli larinks ve oküler mukoza tutulumu olan 2 hastada da rituksimab planlandı. Multidisipliner yaklaşım gereği etkilenmiş hastalar Oftalmoloji ve Kulak Burun Boğaz bölümlerince periyodik olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

MMP, primer olarak müköz membranları hedef alan, subepitelyal bül oluşumu ile karakterize, kronik seyirli bir otoimmün büllöz hastalıktır. En sık olarak oral ve oküler mukozalarda tutulum görülmekle birlikte, nazal, laringeal gibi diğer mukozal yüzeyler ile daha az oranda deri bulguları da eşlik edebilmektedir. Tanı, baskın mukoza tutulum ile giden uyumlu klinik bulgular, histolojik olarak subepitelyal ayrışma, DIF incelemede bazal membranda lineer IgG ve/veya C3 birikimi yanında heterojen olabilen indirekt IF bulguları ve seroloji ile konulmaktadır. Erken immünosüpresif tedavi, fonksiyonel alanlarda skar oluşumunu önlemek açısından önemlidir. Pemfigoid grubunun baskın hastalığı büllöz pemfigoide kıyasla dünyada ve ülkemizde çok daha nadir görülen bu hastalığın, tek merkezli bir seride 10 olgu ile temsili, bu hasta grubuna yönelik tanısal farkındalığın önemine dikkat çekmektedir. Ayrıca bu çalışma, MMP'nin klinik çeşitliliğini ve multidisipliner yönetimin gerekliliğini de vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Direkt İmmünfloresan, İmmünsüpresif Tedavi, Müköz Membran Pemfigoidi, Skarlaşma

KAYNAKLAR: Hofmann SC, Günther C, Böckle BC, Didona D, Ehrchen J, Gaskins M, Geerling G, Gläser R, Hadaschik E, Hampl M, Haßkamp P, Jackowski J, Kiritsi D, Nast A, Pleyer U, Reichel C, Roth M, Schumann M, Sticherling M, Worm M, Zillikens D, Goebeler M, Schmidt E. S2k Guideline for the diagnosis and treatment of mucous membrane pemphigoid. J Dtsch Dermatol Ges. 2022 Nov;20(11):1530-1550. doi: 10.1111/ddg.14905. Epub 2022 Nov 10.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

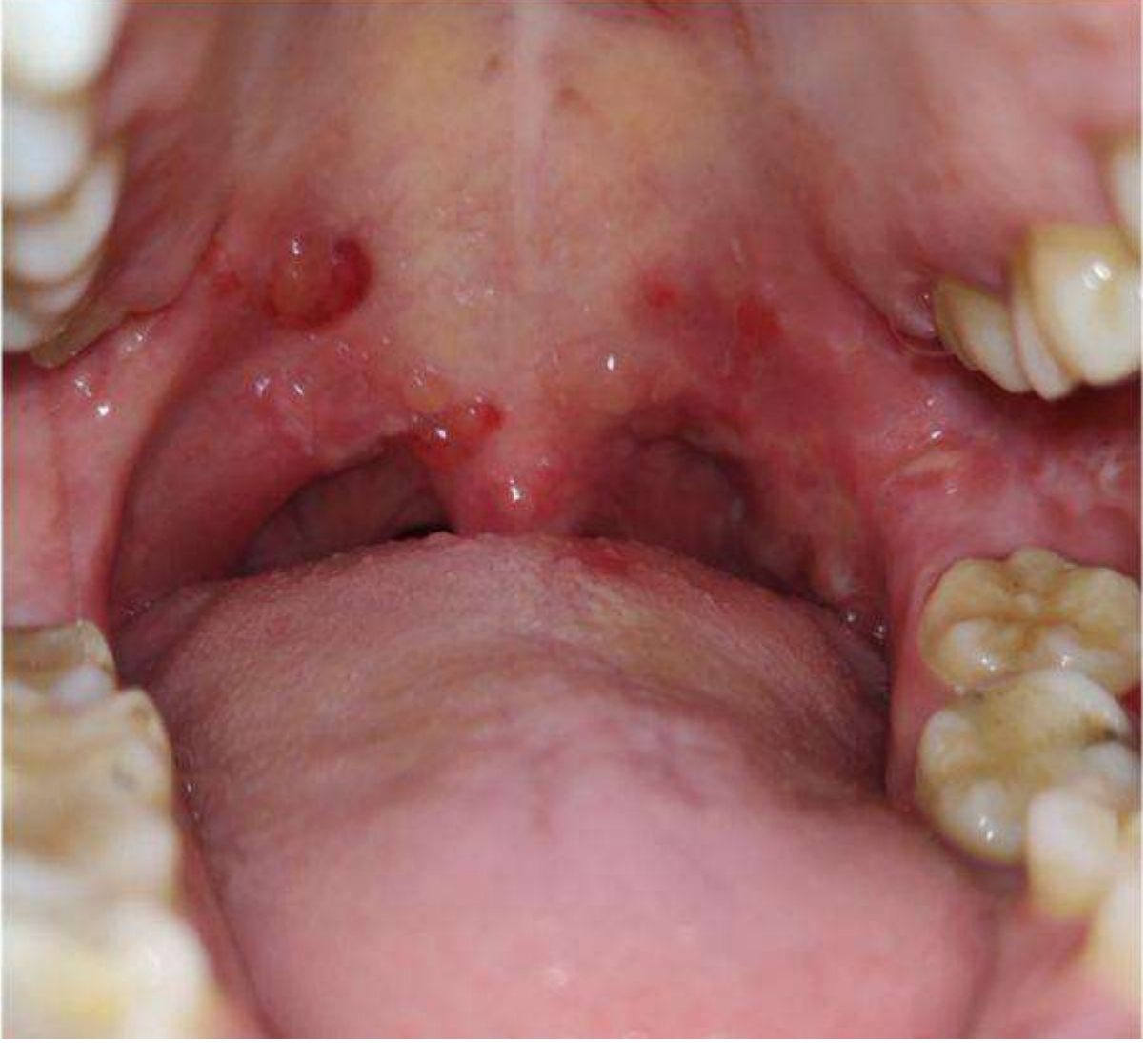
www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

PMID: 36354061.

Du G, Patzelt S, van Beek N, Schmidt E. Mucous membrane pemphigoid. Autoimmun Rev. 2022 Apr;21(4):103036. doi: 10.1016/j.autrev.2022.103036. Epub 2022 Jan 4. PMID: 34995762.

Jeffrey B, Schifter M, Arena E, Sullivan E, Rose S, Joo D, Campbell D, Culican S, McDonald D, Lin MW. Rituximab for the Management of an Australian Cohort of Treatment Refractory Mucous Membrane Pemphigoid. Australas J Dermatol. 2025 May 16. doi: 10.1111/ajd.14523. Epub ahead of print. PMID: 40377009.

RESİM 1



Müköz membran pemfigoidli bir hastada yumuşak damakta, uvulada ve posterior farinks duvarında eritemli zemin üzerinde yer yer bül, erozyon ve ülserasyonlarla karakterize, ağrılı oral mukoza tutulumu.

RESİM 2



Müköz membran pemfigoidli bir hastada ileri düzey oküler tutulum: Konjonktival hiperemi, belirgin fibrozis, semblefaron oluşumu ve korneal opasifikasyon izlenmektedir



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-318][KABUL:POSTER]

PEDİATRİK KUTANÖZ MASTOSİTOZ: BİR OLGU SUNUMU

Tuğba Çelik, Gökhan Çınar, Ahsen Akçay

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ

Mastositoz, klonal mast hücrelerinin başta cilt olmak üzere kemik iliği, dalak, lenf nodları ve gastrointestinal sistem gibi çeşitli organlarda birikimiyle karakterize nadir bir hastalıktır [1]. Prevalansı 10.000'de bir, insidansı ise yılda 100.000'de bir olarak tahmin edilmektedir. Vakaların yaklaşık %65'i çocukluk döneminde görülür [1].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kutanöz mastositozu (KM) üç alt tipe ayırmıştır: makülopapüler kutanöz mastositoz (MPKM), diffüz kutanöz mastositoz ve kutanöz mastositom[2]. Pediatrik hastalarda genellikle yalnızca kutanöz belirtiler mevcuttur; sistemik tutulum nadirdir ve hastalık çoğunlukla kendiliğinden gerileme eğilimindedir[2].

OLGU

Beş yaşında erkek hasta, vücudunda iki yıldır mevcut olan ve gerilemeyen lekelenme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın sistemik hastalığı, düzenli ilaç kullanımı yoktu. Fizik muayenede; özellikle gövde ve bacaklarda kahverengi-sarı tonlarda papül ve plaklar izlendi (Resim 1 ve 2). Dermoskopide lezyon tabanında turuncu bir zemin kaydedildi. Wood lambası ve dermografizm muayenesi negatifti. Darier belirtisi pozitif olarak saptandı. Hasta, kaşıntı, karın ağrısı, ishal veya kanlı dışkılama gibi semptomlar tariflemeydi. Hastadan makülopapüler kutanöz mastositoz ön tanısıyla alınan biyopsi örneğinde keratin tabakası altında epidermis doğal sınırlarda izlenmiş, papiller dermiste bazı alanlarda perivasküler yerleşimli CD117 ve Giemsa pozitif histiositleri içeren mononükleer inflamatuvar infiltrasyon saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda klinik ve histopatolojik uyum çerçevesinde "mastositoz" tanısı konulmuştur. Laboratuvar bulgularında serum bazal triptaz düzeyi 4,53 ng/mL olarak saptanmış, tam kan sayımı ve biyokimya testleri normal sınırlarda bulunmuştur. Abdominal ultrasonografi olağan olarak raporlanmıştır. Sağlanan veriler sistemik mastositoz lehine bulgu göstermemektedir. Hastaya semptom kontrolü için ketotifen, acil müdahale durumu için epinefrin oto-enjektörü reçete edilmiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

TARTIŞMA:

Çocukluk çağı KM insidansı kesin bilinmemekle birlikte, erkeklerde daha sık görülür ve çoğu olgu ilk iki yaşta ortaya çıkar [3,4,10]. Olgumuz beş yaşında olup, geç başlangıçlı (%10–15) mastositoz olgularıyla uyumludur. MPKM, pediatrik KM'nin en yaygın varyantıdır ve lezyonlar genellikle monomorfik makül-papül tipindedir [5]. Polimorfik tip daha nadir olmakla birlikte prognozu daha iyidir [6]. Hastamızdaki kahverengimsi-sarı papül ve plaklar bu varyanta işaret etmekte ve benign seyri desteklemektedir.

Darier belirtisi olguların ≈%94'ünde pozitif ve tanı koydurucudur [5,7]. Bizim olgumuzda da pozitif saptanmıştır.

Çocuklarda sistemik mastositoz (SM) nadirdir (%1–3) [4,9]. Triptaz düzeyinin >20 ng/mL olması SM için tek başına yeterli olmasa da yardımcıdır [8]. Hastamızda bazal triptaz 4.53 ng/mL olup sistemik tutulum lehine değildir. Abdominal USG'de hepatosplenomegali veya LAP saptanmamıştır; bu da SM'nin düşük prevalansını desteklemektedir.

Tedavide amaç semptomları baskılamak ve tetikleyicilerden kaçınmaktır [3,4]. Ketotifen tedavisi güncel önerilerle uyumludur [4,10]. Anafilaksi riski düşük olsa da, epinefrin oto-enjektörü reçetelenmesi çocuk hastalarda önerilmektedir [1].

Tüm bulgular, olgumuzun ciltle sınırlı, iyi prognozlu polimorfik MPKM spektrumunda yer aldığını göstermektedir. Hasta, spontan gerileme dönemi olan ergenlik öncesinde olduğundan ileri takip gereklidir.

SONUÇ:

Olgu, geç başlangıçlı polimorfik MPKM olup, literatürdeki pediatrik mastositoz varyantlarının klinik ve histopatolojik özelliklerini yansıtmaktadır. Normal serum triptaz düzeyi ve negatif görüntüleme bulguları sistemik tutulumu dışlamış, bu da çocuklardaki mastositozun çoğunlukla deriyle sınırlı seyrettiği bilgisiyle örtüşmüştür. Ketotifen ile semptom kontrolü ve epinefrin oto-enjektörüyle acil müdahale planı, güncel tedavi algoritmalarına uygundur. Benign seyre rağmen düzenli izlem, ebeveyn eğitimi ve tetikleyicilerden kaçınma kritik önemdedir. Bu olgu, mastositozun klinik çeşitliliğini ve bireyselleştirilmiş yönetim gerekliliğini vurgularken, ileriye dönük çalışmalar sistemik progresyonu öngörecektir belirteçleri aydınlatacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Kutanöz mastositoz, Polimorfik makülopapüler lezyonlar, Triptaz düzeyi

KAYNAKLAR: 1) Di Raimondo C, Del Duca E, Silvaggio D, Di Prete M, Lombardo P, Mazzeo M, Spallone G, Campione E, Botti E, Bianchi L. Cutaneous mastocytosis: A dermatological



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

perspective. *Australas J Dermatol.* 2021 Feb;62(1):e1-e7. doi: 10.1111/ajd.13443. Epub 2020 Oct 11. PMID: 33040350.

2) Ługowska-Umer H, Czarny J, Rydz A, Nowicki RJ, Lange M. Current Challenges in the Diagnosis of Pediatric Cutaneous Mastocytosis. *Diagnostics (Basel).* 2023 Dec 1;13(23):3583. doi: 10.3390/diagnostics13233583. PMID: 38066824; PMCID: PMC10706731.

3) Schaffer JV. Pediatric mastocytosis: recognition and management. *Am J Clin Dermatol.* 2021;22(2):205-220. doi:10.1007/s40257-020-00581-5. (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

4) Klaiber N, Kumar S, Irani AM. Mastocytosis in children. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2017;17(11):80. doi:10.1007/s11882-017-0748-4. (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

5) Kiszewski AE, Durán-Mckinster C, Orozco-Covarrubias L, Gutiérrez-Castrellón P, Ruiz-Maldonado R. Cutaneous mastocytosis in children: a clinical analysis of 71 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18(3):285-290. doi:10.1111/j.1468-3083.2004.00830.x. (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

6) Nemat K, Abraham S. Cutaneous mastocytosis in childhood. *Allergol Select.* 2022;6:1-10. doi:10.5414/ALX02304E. (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

7) Swarnkar B, Sarkar R. Childhood cutaneous mastocytosis: revisited. *Indian J Dermatol.* 2023;68(1):121. doi:10.4103/ijd.ijd_264_22. (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

8) Rydz A, Lange M, Ługowska-Umer H, Sikorska M, Nowicki RJ, Morales-Cabeza C, et al. Diffuse cutaneous mastocytosis: a current understanding of a rare disease. *Int J Mol Sci.* 2024;25(3):1401. doi:10.3390/ijms25031401. (mdpi.com)

9) Wassmer H, Hartmann K. Mastocytosis in children [article in German]. *Dermatologie (Heidelb).* 2023;74(5):323-329. doi:10.1007/s00105-023-05168-9. (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

10) Bossi G, Brazzelli V, De Amici M, Pietra D, Raviola C, Naso M, et al. Successful treatment with omalizumab of a child affected by systemic mastocytosis: clinical and biological implications. *Ital J Pediatr.* 2023;49:6. doi:10.1186/s13052-022-01402-7. (ijponline.biomedcentral.com)

RESİM 1



Gövdede kahverengi-sarı tonlarda papül ve plaklar

RESİM 2



Gövdede kahverengi-sarı tonlarda papül ve plaklar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-319][KABUL:POSTER]

NADİR BİR OLGU KONJENİTAL ANONİŞİ

Hilmi Uygun, Selami Aykut Temiz, İlkay Özer, Munise Daye, Recep Dursun

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, KONYA

GİRİŞ-AMAÇ:

Konjenital anonışı, doğumdan itibaren bazı veya tüm parmak tırnaklarının yokluğu ile karakterize nadir bir anomalidir. Konjenital anonışı izole (basit) veya sendromların bir parçası olabilir. Basit anonışide birincil kalıtım şekli otozomal resesif kalıttır. Bu nadir görülen durumun ardındaki etyoloji, kromozom 20'deki ekzon 3.3'teki RSPO4 genindeki mutasyonlardır.

OLGU:

7 yaşındaki erkek çocuğu, ebeveynleri tarafından el ve ayak parmaklarının tamamında tırnakların yokluğu şikayetiyle polikliniğimize getirildi. Hastanın tırnaklarının doğumdan itibaren olmadığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde bilinen biküspit aortası vardı. Dermatolojik muayenesinde tüm el ve ayak parmak tırnaklarının yokluğu görüldü. Dişler, saçlar normaldi ve hastada cilt lezyonu saptanmadı. Diğer sistemik muayeneler normaldi. El ve ayak röntgenlerinde anomali tespit edilmedi. Akraba evliliğinden doğmuştu. Ebeveynleri ve diğer kardeşleri normaldi. Ebeveynler 2. Kuşak akrabalarından doğuştan tüm tırnakları olmayan kişilerin olduğunu belirtti. Hastadan yapılan gen analizi sonucunda RSPO4 geninde mutasyon saptandı

SONUÇ:

Anonışı konjenital veya edinsel olabilen nadir görülen bir hastalıktır. Önemli konjenital nedenler arasında tırnak-patella sendromu, AEC sendromu (ankiloblefaron, ektodermal defektler, dudak/damak yarığı), TOOD sendromu (triko-odonto-onikodermal), DOOR sendromu (sağırlık, onikodistrofi, osteodistrofi ve mental retardasyon), EEC sendromu (ektodaktili, ektodermal displazi, dudak/damak yarığı), çoklu anomaliler ve kraniyofasiyal malformasyon sendromları dahil olmak üzere hipohidrotik ektodermal displazi gibi çeşitli sendromlar bulunur. Tırnak bozuklukları arasında, izole basit anonışı son derece nadir görülen bir durumdur. Anonışı gibi resesif kalıtlı hastalık riskini azaltmak için akraba evliliğinden kaçınılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: anonişi, konjenital, RSPO4

KONJENİTAL ANONİŞİ





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-320][KABUL:POSTER]

**KRONİK PLAK TİP PSÖRIAZİS VULGARİS TANILI ÇOKLU BİYOLOJİK TEDAVİ KULLANMIŞ
HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE KOMORBİDİTELERİNİN İNCELENMESİ**

Selin Elif Taştepe, Başak Yalıcı Armağan, Leyla Hüseynova Terzi, Neslihan Akdoğan, Duygu Gülseren, Sibel Doğan Günaydın, Sibel Ersoy Evans

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

AMAÇ:

Bu çalışmada psöriazis vulgaris tanılı, 4 veya daha fazla sayıda biyolojik tedavi kullanmış olan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin tanımlanması ve eşlik eden komorbiditelerin saptanması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya Ocak 2015 - Haziran 2025 tarihleri arasında hastanemizde takipli, takiplerinde 4 veya daha fazla sayıda farklı biyolojik ilaç ile tedavi edilmiş hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, eşlik eden komorbiditeleri, tedavi süreleri ve tedavi kesilme sebepleri incelenmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya 15'i kadın (%60), 10'u erkek (%40) olmak üzere toplam 25 hasta dahil edildi. Hastaların 22'si (%88) erken başlangıçlı, 3'ü (%12) geç başlangıçlı hastalığa sahipti. Hastaların psöriazis başlangıç yaşı ortalama $26,44 \pm 14,26$ yıl, hastalık süresi ise ortalama $24,04 \pm 11,44$ yıl olarak saptandı. Psöriatik artrit (PsA), hastaların 19'unda (%76) mevcuttu. Diğer sık gözlenen komorbiditeler sırasıyla 12 hastada (%48) hipertansiyon, 7 hastada (%28) tip 2 diyabetes mellitus ve 2 hastada (%8) koroner arter hastalığı olarak kaydedildi. Hastaların 7'si (%28) normal kiloda, 9'u (%36) fazla kilolu, 3'ü (%12) obez, 6'sı (%24) morbid obezdi. Ortalama beden kitle indeksi $30,54 \pm 7,45$ kg/m² olarak saptandı. Psöriaziste özel tutulum bölgeleri incelendiğinde, 24 hastada (%96) saçlı deri ve 22 hastada (%88) tırnak tutulumu mevcuttu. Biyolojik tedavi değişiminde en sık neden sekonder yanıtızlık olarak kaydedildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Psöriazis vulgaris tanılı çoklu biyolojik tedavi gereksinimi olan hastaların neredeyse %90'ı erken başlangıçlı hastalığa sahipti. Psöriatik artrit yaklaşık 4 hastadan 3'ünde mevcuttu. Eşlik eden PsA olması çoklu biyolojik kullanımıyla ilişkili olabilir. Ancak psöriazisli hastalarda zaman içinde psöriatik artrit sıklığının kümülatif olarak arttığı da bilinmektedir. Çalışmamızda hastalık süresinin uzun olmasının da artmış PsA sıklığıyla ilişkili olabileceği düşünüldü. Hastaların yaklaşık %70'i fazla kilolu veya obezdi, bu durumun düşük tedavi yanıtına neden olabileceği düşünüldü. Hastaların tamamına yakınında saçlı deri ve tırnak tutulumunun eşlik etmekteydi. Bu durum psöriaziste zor/özel bölge tutulumlarının düşük tedavi yanıtı ile ilişkisini destekler nitelikteydi. Biyolojik tedavi değişikliğinde intolerans ve/veya yan etkilerden çok sekonder yanıtızsızlık rol oynamaktaydı. Sonuç olarak biyolojik tedavi yanıtı etkileyen faktörlerin netleştirilmesi hastalık yönetimini optimize etmek açısından önemlidir. Bu konuda yapılacak büyük ölçekli, karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Psöriazis, biyolojik tedavi, tedavi başarısızlığı, komorbidite

KAYNAKLAR: 1.Zweegers J, Roosenboom B, van de Kerkhof PC, van den Reek JM, Otero ME, Atalay S, Kuijpers AL, Koetsier MI, Arnold WP, Berends MA, Weppner-Parren L, Bijen M, Njoo MD, Mommers JM, van Lümig PP, Driessen RJ, Kievit W, de Jong EM. Frequency and predictors of a high clinical response in patients with psoriasis on biological therapy in daily practice: results from the prospective, multicenter BioCAPTURE cohort. Br J Dermatol. 2017 Mar;176(3):786-793. doi: 10.1111/bjd.14888. Epub 2016 Oct 7. PMID: 27454758.

2. Mastorino L, Rocuzzo G, Dapavo P, Siliquini N, Avallone G, Rubatto M, Merli M, Agostini A, Ribero S, Quaglino P. Patients with psoriasis resistant to multiple biological therapies: characteristics and definition of a difficult-to-treat population. Br J Dermatol. 2022 Aug;187(2):263-265. doi: 10.1111/bjd.21048. Epub 2022 May 24. Erratum in: Br J Dermatol. 2022 Dec;187(6):1083. doi: 10.1111/bjd.21913. PMID: 35141879; PMCID: PMC9545173.

3.Hadeler E, Kumar S, Yeroushalmi S, Hong J, Wallace E, Han G, Mosca M, Bartholomew E, Chung M, Hakimi M, Reddy S, Scher J, Bhutani T, Gondo G, Armstrong A, Bell S, Liao W. Factors Associated with Multi-Biologic Use in Psoriasis Patients at an Academic Medical Center and Review of Biologic Survival. J Psoriasis Psoriatic Arthritis. 2023 Jan;8(1):11-18. doi: 10.1177/24755303221131259. Epub 2022 Oct 8. PMID: 39296952; PMCID: PMC11361481.

4. Viola R, Mastorino L, Megna M, Damiani G, Gisondi P, Argenziano G, Peris K, Prignano F, Burlando M, Conti A, Loconsole F, Malagoli P, Zalaudek I, Cacciapuoti S, Bellinato F, Balato A, De Simone C, Chersi K, Ortoncelli M, Quaglino P, Dapavo P, Ribero S. Multi-failure psoriasis patients: characterization of the patients and response to biological therapy in a multicenter



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Italian cohort. Int J Dermatol. 2024 Mar;63(3):351-358. doi: 10.1111/ijd.17005. Epub 2024 Jan 5. PMID: 38178802.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-321][KABUL:POSTER]

BURUN UCU TUTULUMLU LİKEN SKLEROZİS: NADİR LOKALİZASYONLU İKİ OLGU SUNUMU

Hümeysra Özger Abdullahoğlu¹, Sümeyye Altıntaş Kakşı¹, Vefa Aslı Erdemir¹, Mehmet Salih Gürel¹, Bengü Çobanoğlu Şimşek², Dorukhan Gül², Meryem İlayda Aysul²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Burun Ucu Tutulumlu Liken Sklerozis: Nadir Lokalizasyonlu İki Olgu Sunumu

GİRİŞ:

Liken sklerozis (LS) sıklıkla anogenital bölgeyi etkileyen, kronik seyirli enflamatuvar bir dermatozdur. Ekstragenital LS genellikle gövde, sırt, ekstremiteler gibi alanlarda görülürken, baş-boyun bölgesi ve özellikle burun yerleşimi oldukça nadirdir. Bu anatomik bölgelerde LS'nin ayırıcı tanısında birçok dermatozun yer alması tanı sürecini zorlaştırabilir. Histopatolojik inceleme, karakteristik epidermal ve dermal değişiklikler ile tanıda kritik öneme sahiptir. Bu sunumda, burun ucu yerleşimli iki LS olgusunu sunarak, bu alışılmadık lokalizasyona dikkat çekmeyi ve literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

OLGU 1:

56 yaşında kadın hasta, burun ucunda yaklaşık 2 yıldır mevcut olan deri renginde kabarıklık şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde ailesel Akdeniz ateşi (FMF), Sjögren sendromu ve undiferansiye bağ dokusu hastalığı mevcut olup, bir süredir metotreksat ve kolşisin tedavisi kullanmaktaydı. Dermatolojik muayenede burun ucunda sınırları belirgin, soluk renkli, hafif kabarık bir cm çapında plak izlendi. Yüz bölgesinde eşlik eden yoğun demodikozis mevcuttu. Tüm vücut muayenesinde yanakta benzer zamanlarda tanı almış bir diskoid lupus eritematosus (DLE) plağı mevcuttu. Sistemik muayenesi normaldi. Ayırıcı tanı olarak amiloidoz, sarkoidoz, psödolenfoma ve morfeiform BCC düşünüldü. Lezyondan alınan punch biyopside, yüzeyde filekeratoz, epidermiste incelleme, yüzeyel dermiste fokal elastik lif kaybı, perivasküler lenfosit ve histiyosit infiltrasyonu, dermiste ödem görüldü. Bu bulgularla hastaya burun ucu yerleşimli ekstragenital LS tanısı konuldu.

OLGU 2:

52 yaşında erkek hasta, burun ucunda 2-3 aydır mevcut olan deri renginde plak şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde bilinen hipertansiyon ve alerjik rinit dışında ek hastalık öyküsü



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

bulunmamaktaydı.

Dermatolojik muayenede burun ucunda sınırları belirgin, soluk renkli, 2 cm çaplı yüzeysel plak saptandı. Ayrıca hastanın yüz bölgesinde belirgin demodikozis izlenmekteydi. Ayırıcı tanıda demodikozis ile ilişkili enflamatuvar değişiklikler, amiloidoz ve folliküler musinoz da düşünüldü. Lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde yüzeysel hafif hiperkeratoz, epidermiste incelme, pilosebace bezlerde hiperplazi, yaygın solar elastoz, yüzeysel dermiste fokal elastik lif kaybı izlendi. Bu bulgularla hastaya burun ucu yerleşimli ekstrapenital LS tanısı konuldu.

SONUÇ:

Liken sklerozis en sık genital bölgede görülmekle birlikte, yaklaşık %15-20 oranında ekstrapenital tutulum bildirilmiştir. Yüz yerleşimi oldukça nadir olup literatürde az sayıda bildirilen vaka vardır. Yapılan bir çalışmada 1970'ten bu yana tespit edilen yüz yerleşimli yedi liken skleroz vakasından sadece ikisinin burun yerleşimli olduğu bildirilmiştir. Tanımlanan bu olguların genellikle asemptomatik makül, papül ve plaklar şeklinde olduğu belirtilmiştir. Klinik ayırıcı tanıda amiloidoz, müsinöz lezyonlar, aktinik hasar ve demodikozis gibi çeşitli dermatozlar göz önünde bulundurulmalıdır. Histopatolojik inceleme elastik lif kaybı, epidermal incelme ve dermal değişikliklerle tanıda belirleyici rol oynamaktadır. Hastalarımızda eşlik eden belirgin demodikozis bulguları dikkat çekici olup, bu tür kronik inflamatuvar durumların LSA ve DLE oluşumunda tetikleyici veya kolaylaştırıcı bir rolü olabileceği düşünülmektedir. Burun yerleşimli bu iki olgu, liken sklerozis vakalarının oldukça nadir görülmesi nedeni ile farkındalığın artırılması ve literatüre katkı sağlanması amacıyla paylaşılmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: atrofi, demodikozis, liken sklerozis

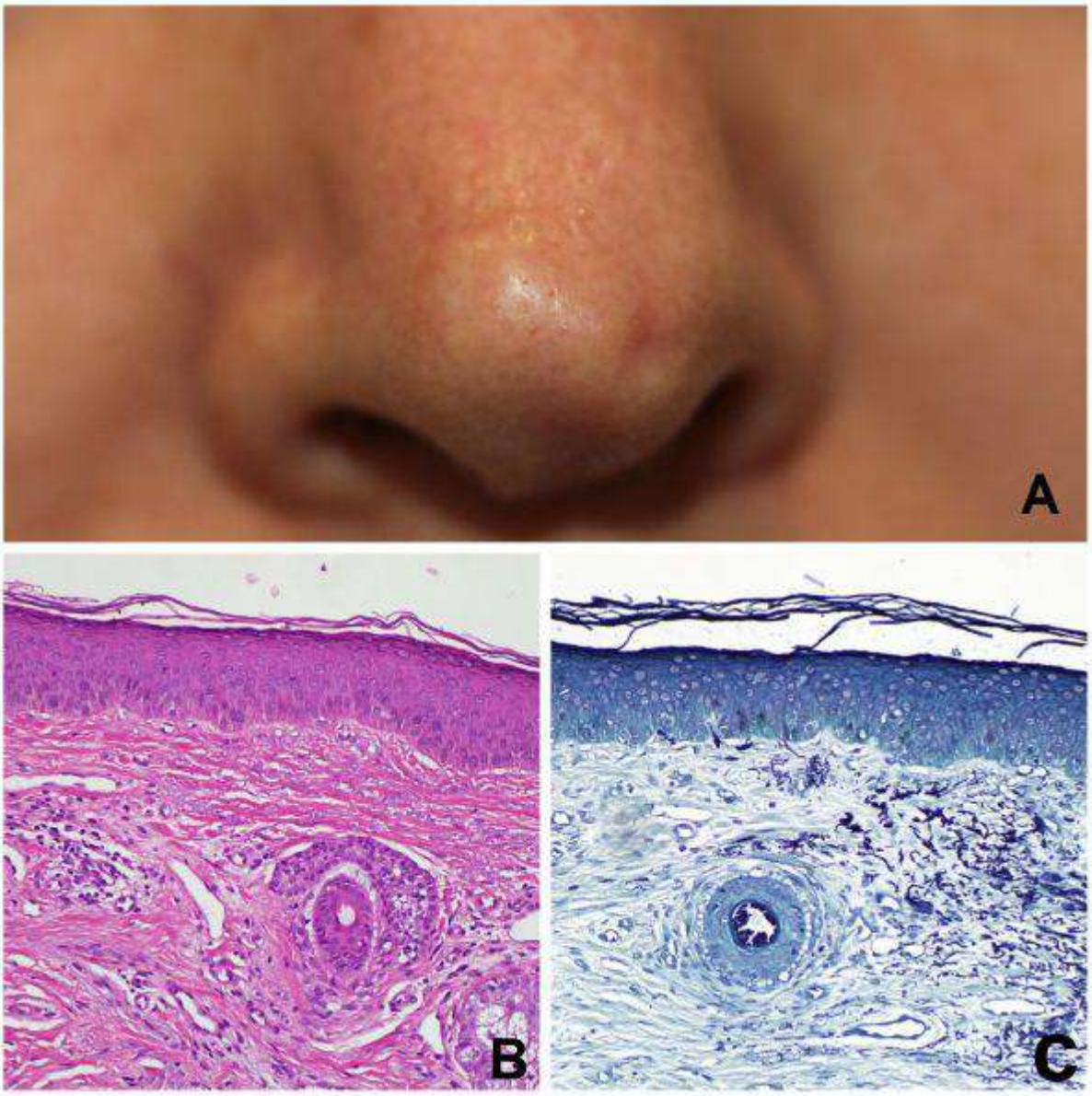
KAYNAKLAR: Yu L, Li Z, Feng S. Lichen Sclerosus of Face: A Case Report and Review of Literature. Indian J Dermatol. 2016 Jan-Feb;61(1):120. doi: 10.4103/0019-5154.174096. PMID: 26955133; PMCID: PMC4763644.

Powell JJ, Wojnarowska F. Lichen sclerosus. Lancet. 1999 May 22;353(9166):1777-83. doi: 10.1016/s0140-6736(98)08228-2. PMID: 10348006.

<https://www.uptodate.com/contents/extragenital-lichen-sclerosus-clinical-features-and-diagnosis>

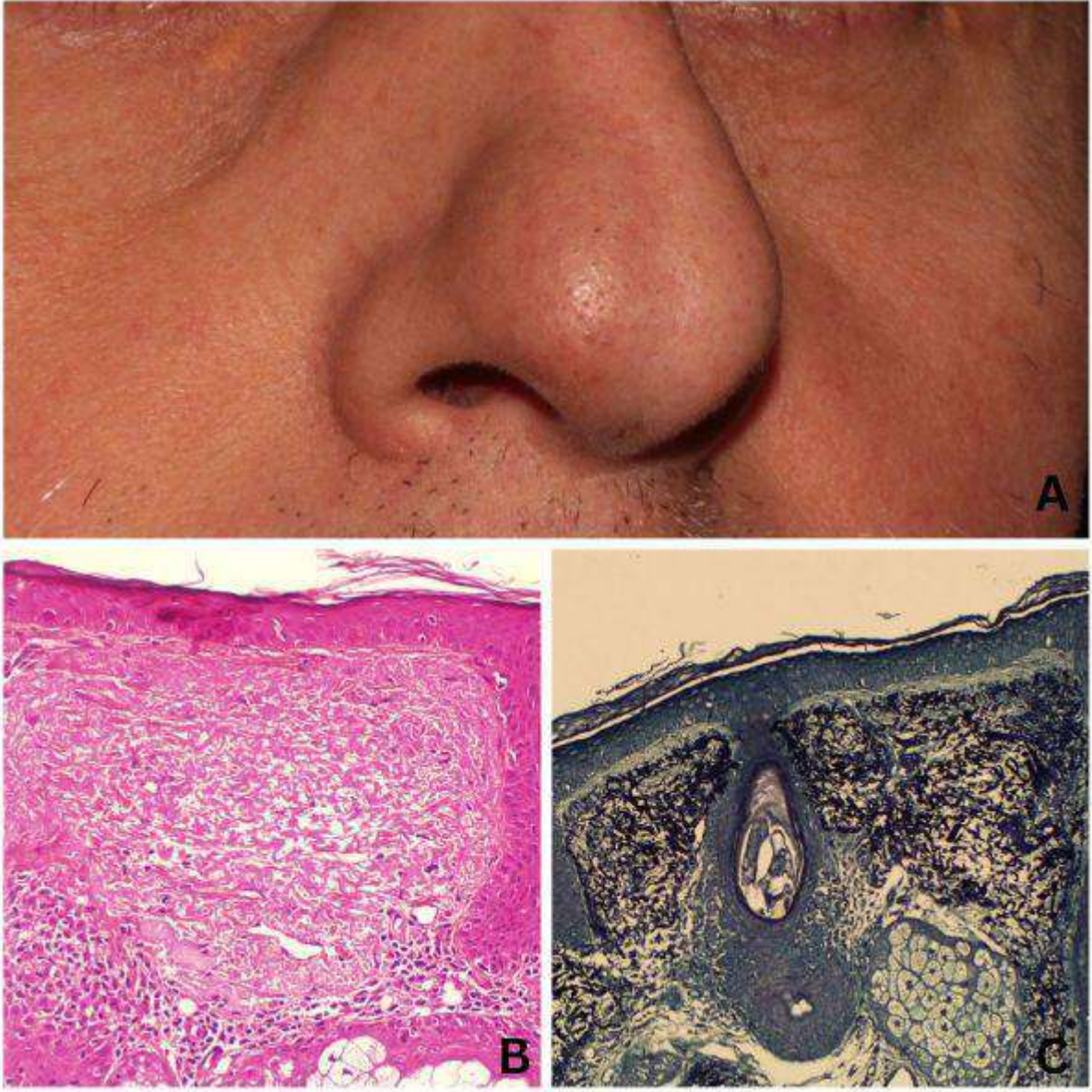
Wakumoto K, Goto H, Sugita K, Ito A, Yamamoto O. Lichen sclerosus on the face. Australas J Dermatol. 2018 Nov;59(4):330-332. doi: 10.1111/ajd.12785. Epub 2018 Feb 5. PMID: 29399776.

FIGUR 1



Olgu 1: (A)Burunda sınırları belirgin 1 cm çaplı plak, (B) Hematoksilen-eozin ile boyanmış kesitte; epidermiste incelme, yüzeysel dermiste fokal elastik lif kaybı, perivasküler lenfosit ve histiyosit infiltrasyonu (C) Verhoeff-Van Gieson boyasında, dermiste elastik liflerin kaybı

FIGÜR 2



Olgu 2: (A)Burunda sınırları belirgin 2 cm çaplı yüzeysel plak, (B) Hematoksilen-eozin ile boyanmış kesitte; yüzeyde hafif hiperkeratoz, epidermiste incelme, pilosebaze bezlerde hiperplazi, yüzeysel dermiste fokal elastik lif kaybı (C) Verhoeff-Van Gieson boyasında, dermiste elastik liflerin kaybı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-322][KABUL:POSTER]

HIZLA BÜYÜYEN PLANTAR NODÜL: GÖRÜNÜMÜ MALİGN, TANISI BENİGN

Elif Özkul¹, Sümeyye Altıntaş Kakşı¹, Ozan Erdem¹, Vefa Aslı Erdemir¹, Bengü Çobanoğlu Şimşek², Mehmet Salih Gürel¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar ABD

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Patoloji ABD

GİRİŞ-AMAÇ:

Dermatofibrom, genellikle ekstremitelerde görülen, benign karakterde fibrohistiyositik bir tümördür. Tipik olarak küçük, simetrik, cilt renginde veya hiperpigmente nodüller şeklinde izlenir. Ancak bazı olgularda yerleşim yeri ve klinik özellikler lezyonun malignite ile karışmasına neden olabilir. Bu bildiride, plantar yerleşimli, hızlı büyüyen ve kanamalı görünümü ile malignite şüphesi uyandıran bir dermatofibrom olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

Yetmiş yedi yaşında kadın hasta, sol ayak tabanında yaklaşık 30 yıldır mevcut bir nodülün son bir ay içerisinde belirgin büyüme göstermesi, ağrı ve kanama şikayetleriyle başvurdu. Lezyon, yaklaşık 1 cm çapında, üzeri hiperkeratotik, düzensiz sınırlı, hassas ve hemorajik alanlar içeren nodüler yapıdaydı. Plantar lokalizasyonda izlenen bu atipik görünüm nedeniyle, ekrin poroma, skuamöz hücreli karsinom ve amelanotik melanom ön tanılarıyla lezyon total eksizyon ile çıkarıldı. Histopatolojik incelemede; yüzeyde belirgin hiperkeratoz ve parakeratoz, epidermiste düzensiz akantoz, yüzeysel dermiste fibroblastik proliferasyon, yer yer vasküler yapılarda artış ve seyrek lenfositik infiltrasyon izlendi. Ayırıcı tanıda amelanotik melanom ve dermatofibrosarkoma protuberans tanısını dışlamak amacıyla yapılan SOX10 (SRY-related HMG-box protein 10, melanositik belirteç) ve CD34 immünohistokimyasal boyama negatif bulundu. Tüm bulgular plantar lokalizasyonda izlenen dermatofibrom ile uyumlu olarak değerlendirildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Dermatofibromlar, çoğunlukla karakteristik klinik ve histopatolojik özellikler gösteren benign deri tümörleridir. Ancak plantar bölge gibi nadir lokalizasyonlarda ve atipik bulgularla ortaya çıktıklarında, malign neoplazilerle klinik olarak karışabilirler. Literatürde, plantar yerleşimli dermatofibrom olgusu oldukça sınırlı sayıda bildirilmiştir. 2024 yılında yayımlanan, ayak ve ayak bileği bölgesindeki 31 olgunun sunulduğu bir çalışmada olguların yalnızca %16'sının plantar bölgede yer aldığı bildirilmiştir. Bu lezyonlar genellikle küçük, yumuşak kıvamlı ve kırmızimsı ya da ten renginde tipik klinik özellikler sergileyen nodüller şeklindedir ve malignite şüphesi uyandırmamıştır.

Buna karşılık sunduğumuz olgu, hızlı büyüme ve kanama gibi atipik bulgular nedeniyle başlangıçta malignite şüphesi uyandırmış, ancak histopatolojik inceleme sonucunda dermatofibrom tanısı almıştır. Bu durum, plantar bölgedeki lezyonların dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Özellikle hızlı büyüme, kanama gibi atipik bulgular gösteren olgularda, tanıya ulaşmada histopatolojik değerlendirme belirleyici olup, ayırıcı tanıda dermatofibromun mutlaka akılda tutulması gerekir.

ANAHTAR KELİMELEER: ayırıcı tanı, deri tümörleri, dermatofibrom, plantar nodül

KAYNAKLAR: 1-Molina-Ruiz AM, Requena L. Benign fibrous histiocyctomas of the skin: a comprehensive review. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(7):577–586.

2-Ber TW, Drury P, Heenan PJ. Dermatofibroma—a clinicopathological study of 100 cases of atypical and aneurysmal variants. *Histopathology.* 1997;30(4):326–333.

3-Rapini RP. Plantar dermatofibroma: a clinical simulation of melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 1989;21(2 Pt 1):359–360.

4-Laskin WB, et al. Giant dermatofibroma: clinical and histopathologic features of an underrecognized variant of a common tumor. *Am J Surg Pathol.* 2000;24(6):827–834.

5-Hao X, Freedman D, Yim J, Le M, Baglio R, Levine D, Saffo G, Parthasarathy P, Mirkin G. Dermatofibromas on the Foot and Ankle: A Clinicopathologic Characterization of 31 Cases. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2024 May-Jun;114(3):21-207. doi: 10.7547/21-207. PMID: 39058641.

ŞEKİL 1. PLANTAR YERLEŞİMLİ DERMATOFİBROM OLGUSUNUN KLİNİK GÖRÜNÜMÜ



Lezyonun başvuru anında çekilmiş genel görünümü. Merkezi kabarıklık, çevresinde eritem ve hemorajik odaklar dikkati çekmektedir.

ŞEKİL 2. AYNI LEZYONUN DAHA YAKINDAN ÇEKİLMİŞ KLİNİK GÖRÜNÜMÜ



Aynı lezyonun yakın plan görüntüsü. Lezyon morfolojisi daha belirgin şekilde izlenmekte olup, merkezde kabarıklık ve çevresinde düzensiz hemorajik alanlar mevcuttur.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-323][KABUL:POSTER]

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AKNE SIKLIĞI, KLİNİK, SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR VE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Selman Emre Tekerlek, Ersoy Acer

Osmangazi Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Eskişehir

AMAÇ:

Çalışmamız üniversite öğrencilerinde akne vulgaris sıklığını ve akneli hastalarda skar varlığını değerlendirmeyi, bu sıklığın sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisini ve benlik saygısı üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

MATERYAL-METOD:

Çalışma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.11.2023 tarihli ve 32 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya 26.01.2024 – 04.06.2024 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi öğrencisi olan, farklı fakültelerden 940 gönüllü dahil edilmiştir. Yazılı onamı alınan hastaların sosyodemografik bilgileri kaydedilmiştir. Araştırmacı Global Değerlendirme¹(IGA) ölçeği ve akne yerleşim yeri, akne skarı ve post-inflamatuar hiperpigmentasyon (PIH) varlığı yapılan dermatolojik muayene ile klinisyen tarafından değerlendirilerek kaydedilmiştir. Özgeçmiş, sigara ve alkol alışkanlığı, spor alışkanlığı, diyet özellikleri, üniversite not ortalamaları gibi verileri içeren bir form, Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği² (DYKÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği³ (RBSÖ) hastalar tarafından doldurulmuştur.

Giriş: Akne küresel çapta tahmini %9,4 prevalansı ile en sık görülen 8. hastalıktır⁴. Akne lezyonları en sık yüz, sırt, göğüs ve omuz gibi sebace bezlerin yoğun olarak bulunduğu bölgelerde görülmektedir⁵. Akne sıklığı yaş gruplarına göre farklılık göstermekte olup %50,2 lise, %44,5 oranında üniversite öğrencilerinde görülmektedir⁶. Ebeveynlerinde akne öyküsü bulunan kişilerde akne görülmeye riski artmıştır⁷. Akne hayatı tehdit etmese de sıklıkla ciddi psikososyal işlev bozukluklarına sebep olmaktadır⁸. Aknesi olan genç ergenlerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmiştir. Ayrıca akne şiddetinin artmasıyla da benlik saygısı, beden imajı ve sosyal ilişkiler açısından yaşam kalitesi düşmektedir⁹. Görünür bölgede olan ve sağlıklı görüntüyü bozan akne lezyonları, kişinin dışlanmasına neden olabilmekte, sosyal,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

mesleki ve cinsel yönden yetersizlik hissine yol açabilmekte ve bu da psikososyal ve cinsel gelişimin olgunluğa ulaşmasında olumsuz bir etkiye neden olmaktadır¹⁰.

BULGULAR:

Katılımcıların %59,9'unda akne saptandı. Akne sıklığı kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Bkz. Tablo 1). Lezyonlar en sık yanaklarda yerleşti (bkz. Şekil 1). Aknesi olan katılımcıların %57,7'si daha önce tedavi almıştı ve en sık başvurulan sağlık profesyoneli dermatologdu. Katılımcılarda akne skarı %57,2, post-inflamatuvar hiperpigmentasyon %61,5 oranında tespit edildi. Akne skarı olan bireylerde benlik saygısı düzeyi, skar bulunmayanlara göre daha düşük bulundu. Aknesi olanlarda olmayanlara göre ve akne skarı olanlarda skar olmayanlara göre DYKÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti. Aknesi olan öğrencilerin olmayanlara göre RBSÖ puanı anlamlı şekilde daha düşük bulundu. Akne şiddeti arttıkça DYKÖ puanlarında artış saptandı. Akne şiddeti ile benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

SONUÇ:

Elde edilen veriler doğrultusunda, akne vulgarisin genç erişkin popülasyonda önemli bir sağlık sorunu olmaya devam ettiği ve bireyin hem fiziksel hem de psikososyal yaşamını etkileyebileceği anlaşılmıştır. Ailede akne öyküsü bulunanlarda hem akne sıklığı hem de skar görülme sıklığı artmış olarak saptandı. Bu bulgular, akne ve skar gelişiminde biyolojik faktörlerin diğer etkenlerden daha belirleyici rol oynadığını düşündürmektedir. Et ağırlıklı ve vejetaryen/vegan beslenen kişilerde karışık beslenenlere göre akne sıklığı daha düşük bulundu. Aknesi olan kişilerde diyet sorgulaması da yapılmalı ve gerekiyorsa hastalar bir diyetisyene yönlendirilmelidir. Benlik saygısı ile akne arasında doğrudan anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, akneye bağlı sekonder lezyonların - özellikle skar ve PİH - benlik saygısını olumsuz etkileyebileceği gözlemlendi. Sonuç olarak, bu çalışma akne vulgarisin sadece dermatolojik değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik etkileri olan bütüncül bir sağlık sorunu olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: Akne, benlik saygısı, üniversite öğrencileri, yaşam kalitesi

KAYNAKLAR: 1. Ünal E, Balta İ: Akne şiddetinin derecelendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2016;9(2):34-40.

2. Gurel MS, Yanik M, Simsek Z, Kati M, Karaman A. Quality of life instrument for Turkish



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

people with skin diseases. *Int J Dermatol.* 2005 Nov;44(11):933–8.

3. Tukuş, L. (2010). Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu Türkçe Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.

4. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012;380(9859):2163–96.

5. Zaenglein, A. and D. Thiboutot, Acne Vulgaris. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. *Dermatology*, 3rd ed., China: Elsevier Saunders, 2012. 36: p. 545-60.

6. Li D, Chen Q, Liu Y, et al. The prevalence of acne in Mainland China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2017 Apr;7(4):e015354.

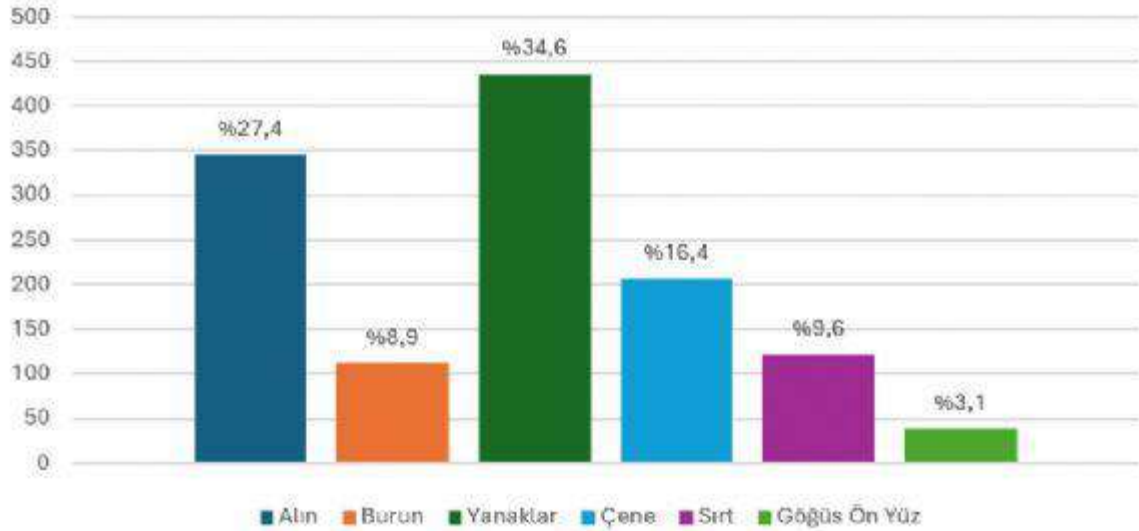
7. Wolkenstein P, Machovcová A, Szepietowski JC, et al. Acne prevalence and associations with lifestyle: a cross-sectional online survey of adolescents/young adults in 7 European countries. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2018 Feb;32(2):298–306.

8. Szepietowska M, Bień B, Krajewski PK, Stefaniak AA, Matusiak Ł. Prevalence, Intensity and Psychosocial Burden of Acne Itch: Two Different Cohorts Study. *J Clin Med.* 2023 Jun 12;12(12):3997.

9. Tasoula E, Gregoriou S, Chalikias J, et al. The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece: results of a population survey. *An Bras Dermatol.* 2012 Dec;87(6):862–9.

10. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Can Fam Physician.* 2006 Aug;52(8):978–9.

RESİM 1



Akne lezyonlarının yerleşim yerleri

TABLO 1

Cinsiyet	Akne Var n (%)	Akne yok n (%)	Toplam n (%)	Test Değeri: Ki-Kare;p
Kadın	326 (64,7)	178 (35,3)	504 (53,6)	10,374;0,001
Erkek	237 (54,4)	199 (45,6)	436 (46,4)	10,374;0,001

Cinsiyete Göre Akne Dağılımı

TABLO 2

Akne (n)	RBSÖ Puanı (ort.)	Akne (n)	DYKÖ Puanı (ort.)
Var (563)	20,60	Var (563)	11,28
Yok (377)	21,63	Yok (377)	4,96

Akne varlığına göre RBSÖ ve DYKÖ puanları



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-324][KABUL:POSTER]

**PAPİLLON-LEFÈVRE SENDROMUNA EŞLİK EDEN PYODERMA GANGRENOSUM: NADİR BİR
OLGU SUNUMU**

Mehmet Berkay Vural, Yiğit Emre Yılmaz, Harbiye Dilek Canat, Zafer Türkoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Papillon-Lefèvre Sendromu (PLS), otozomal resesif geçişli, katepsin C genindeki mutasyon ile ilişkili nadir görülen bir genodermatozdur.(1) Klinik olarak palmoplantar hiperkeratoz, erken diş kaybı ve tekrarlayan enfeksiyonlarla karakterizedir. Pyoderma gangrenosum (PG) ise, ağrılı ülserasyonla karakterize ciddi bir inflamatuvar hastalıktır. Ülserler genellikle mor renkli kenarlara sahiptir ve kısa sürede büyüme özelliği göstermektedir. PG, özellikle immün disfonksiyon zemininde gelişebilmektedir.(2) Bu olguda genetik olarak doğrulanmış PLS tanısı alan bir hastada gelişen PG lezyonlarının sunulması ve klinik yaklaşımın paylaşılması amaçlanmıştır.

OLGU:

22 yaşında erkek hasta, her iki bacakta yaklaşık altı aydır olan yara şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde bilateral femoral bölge dorsal yüzde kümeleşme eğiliminde, boyutları 2- 6 cm arasında değişen, ağrılı, keskin sınırlı, ciltten kabarık, parlak yüzeyli ülser alanlar görüldü. Aynı zamanda hastada bilateral el ve özellikle ayaklarda daha belirgin palmoplantar hiperkeratoz saptandı.(Resim 1) Hastanın geçmiş öyküsünde tüm dişlerini erken yaşta kaybettiği ve sonrasında diş protezi uygulaması yapıldığı öğrenildi. Hastanın sağlık sistemi bilgileri incelenerek diş protezi öncesi diş grafisi bulundu. Dişlerin tama yakınında kayıp olduğu görüldü. Aile öyküsünde 3 erkek kardeşinde de benzer cilt ve diş bulgularının olduğu öğrenildi. Hastanın sağ alt ekstremitede yer alan ülser lezyonundan alınan biyopsisi sonucu erken dönem PG ile uyumlu sonuçlandı. Genetik danışma ile yapılan DNA analizinde katepsin C geni mutasyonu saptanarak PLS tanısı doğrulandı. Hastanın PG ile uyumlu lezyonları için 0.7 mg/kg metilprednizolon, keratoderma için 25 mg/gün asitretin başlandı. Topikal tedavi olarak triticum vulgare sulu ekstresi ve basitrasin/neomisin kullanıldı. Metilprednizolon tedavisi doz azaltılarak yaklaşık 3 ay içerisinde sonlandırıldı, asitretin tedavisine devam edildi. Tedavi sonrası ülser lezyonların skarla iyileştiği, keratodermanın



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

gerilediği görüldü. (Resim 2) Hasta dermatoloji, genetik ve hematoloji birimlerince ortak olarak takip edilmektedir.

SONUÇ:

Papillon-Lefèvre Sendromu (PLS), erken yaşta diş kaybı ve palmoplantar hiperkeratozun birlikte görüldüğü nadir bir hastalıktır. (1) PLS'ye sebep olan katepsin C, nötrofil serin proteazların olgunlaşmasında önemli bir enzim olarak işlev görür ve kemik iliğinde nötrofil farklılaşması sırasında N -terminustaki dipeptitleri sindirerek inaktif formları aktif formlara dönüştürür.(3) PLS' nin daha az görülen dermatolojik bulguları arasında piyodermalar bulunmakta olup nötrofil kemotaksisinde azalmayla ilişkilendirilmiştir. (4) Etiyolojisinde nötrofil disfonksiyonunun sorumlu olduğu Pyoderma gangrenosum (PG) ile PLS birlikteliği literatürde daha önce bildirilmemiştir. PG patogeneğinde yer alan immünolojik ve genetik faktörler, bir genetik hastalık olan PLS' nin immünolojik özellikleri ile benzer mekanizmalara sahiptir.

Bu olgu, daha önce literatürde görülmemiş PLS ve PG birlikteliğini ortaya koymaktadır. PLS'nin inflamatuvar dermatozlarla komplike olabileceğini göstermekte ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Papillon-Lefèvre, Pyoderma Gangrenosum, Ülser

KAYNAKLAR: 1.Coeli FR, Macedo DM, Batista MD, Cestari SCP, Rotta O. Do you know this Syndrome? Papillon-Lefèvre syndrome. An Bras Dermatol. 2008;83:375–377.

2. Burian EA, Karlsmark T, Fogh K, Bech R. [Pyoderma gangrenosum]. Ugeskr Laeger. 2021 Jun 14;183(24):V12200949.

3. Nishibata Y, Arai S, Taniguchi M, Nakade I, Ogawa H, Kitano S, et al. Cathepsin C inhibition reduces neutrophil serine protease activity and improves activated neutrophil-mediated disorders. Nat Commun. 2024 Aug 22;15(1):6519.

4. Sreeramulu B, Shyam ND, Ajay P, Suman P. Papillon-Lefèvre syndrome: clinical presentation and management options. Clin Cosmet Investig Dent. 2015 Jul 15;7:75-81.

RESİM1





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-325][KABUL:POSTER]

**TEDAVİYE DİRENÇLİ AKTİNİK PRURİGO YÖNETİMİNDE ABROSİTİNİB KULLANIMI:
PEDİYATRİK BİR OLGU SUNUMU**

Ahmet Atas, Fatma Selcen Hoşgören Tekin, Dilek Seçkin, Ayşe Deniz Yücelten

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Aktinik prurigo (AP), nadir bir idiopatik fotodermatozudur. Daha çok kız çocuklarında görülmekle beraber her yaş ve cinsiyette ortaya çıkabilir. Tipik olarak yüz, boyun ve üst ekstremiteler dorsal yüzleri gibi fotoekspoze alanları etkiler, ancak güneşten korunan bölgelerde de görülebilir. AP, genellikle simetrik, kaşıntılı, eritematöz papül ve nodüller ile ortaya çıkar. Keilitis ve konjonktivit eşlik edebilir. Fotokoruma tedavinin temelidir ve hafif olgularda topikal kortikosteroidlerle beraber tek başına yeterli olabilir. Sistemik tedaviler arasında sistemik kortikosteroidler, talidomid, azatioprin, siklosporin yer alır; ancak yanıtları değişkendir. Bu sunumda, çoklu sistemik tedavilere yanıt vermeyen bir olguda abrositinib kullanımına ilişkin deneyimimizi sunuyoruz.

OLGU:

15 yaşında kız hasta, 2017'den beri daha çok yazları olan ve güneş gören bölgeleri etkileyen kaşıntılı yara şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede bilateral malar alanda, burun dorsumunda, alında ve çenede eritemli papül ve plak lezyonlar, el dorsumları ve ön kolda ekskoryasyonlar ile eritemli papüller izlendi. AP, lupus eritematozus, eritropoetik porfiriya, porfiriya kutanea tarda ön tanılarıyla yapılan histopatolojik incelemede yüzeyde hiperkeratoz, epidermiste hipergranüloz ve akantoz; yüzeysel dermiste perivasküler lenfoplazmositer inflamasyon ile eritrosit ekstravazasyonu izlendi ve bulgular AP ile uyumlu bulundu. Genetik testlerle porfiriya dışlandı ve HLA DRB1*04 pozitifliği saptandı. ANA, ENA ve Anti-DNA dahil olmak üzere yapılan romatolojik tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Dar bant UVB ve geniş bant UVA provokasyon testlerinde pozitif reaksiyon görüldü. Klinik bulgular ve tetkikler sonucunda AP tanısı koyuldu. Güneş koruyucu ile birlikte çeşitli topikal kortikosteroidler ve topikal takrolimus kullanan hastada, sonrasında da, sırasıyla azitromisin, hidroksiklorokin,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

dapson, darbant UVB, siklosporin, omalizumab ve metotreksat gibi sistemik tedaviler denendi ancak hiçbirinden yeterli klinik yanıt alınamadı. Bunun üzerine abrositinib 100 mg tedavisi başlandı. Üç aylık tedavi sürecinde lezyonlardaki eritemde solma, lezyon sayısında ve kaşıntı semptomunda gerileme izlendi. Hasta 7 aydır abrositinib tedavisine güneş koruyucu ile birlikte sorunsuz olarak devam etmektedir ve lezyonlarında herhangi bir alevlenme gözlenmemiştir.

SONUÇ:

AP patofizyolojisinde, UV radyasyonuna karşı gecikmiş tip IV aşırı duyarlılık reaksiyonunun yanı sıra Th2 aracılı, interlökin-4 (IL-4), IL-5 ve IL-13 tarafından tetiklenen IgE üretimindeki artış ile eozinofil ve mast hücre aktivasyonunun rol oynadığı düşünülmektedir. İnsan lökosit antijeni (HLA) DR4 alt tipi DRB1*0407 ile güçlü bir ilişki bildirilmiştir. Ayırıcı tanıda sıklıkla polimorf ışık erüpsiyonu, sistemik lupus eritematozus, porfiriya vardır ve bunlardan ayırmak için fototestler, laboratuvar tetkikleri, biyopsi ve genetik testler kullanılır. Histopatolojik incelemede epidermal spongiyoz ve akantoz, dermiste perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu görülür; eozinofil ve mast hücresi infiltrasyonu olabilir.

Abrositinib, seçici bir Janus kinaz 1 (JAK1) inhibitörüdür ve özellikle IL-4, IL-13, IL-31 gibi Th2 tipi sitokinlerin sinyal iletimini bloke ederek inflamatuvar yanıtı düzenler. JAK1, T hücre aktivasyonu, B hücrelerinden IgE üretimi, eozinofil aktivasyonu ve mast hücresi yanıtlarında kilit rol oynar. Bu nedenle abrositinib, özellikle kaşıntının belirgin olduğu inflamatuvar dermatozlarda hızlı ve etkili semptom kontrolü sağlar. AP hastalarında diğer JAK inhibitörlerinden upadasitinib ve barisitinib ile de başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Sonuç olarak, abrositinib pediatrik AP olgumuzda klinik düzelme ve semptomatik iyileşme sağlamıştır. AP sistemik tedavi seçenekleri arasında, hızlı etkisi, güçlü klinik yanıtı ve kolay kullanım özellikleriyle öne çıkmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Abrositinib, Aktinik prurigo, Fotodermatoz, Kaşıntı

KAYNAKLAR: 1. Hojyo-Tomoka MT, Vega-Memije ME, Cortés-Franco R et al. Diagnosis and treatment of actinic prurigo. *Dermatol Ther* 2003;16:40–44.

2. Lestarini D, Khoo LSW, & Goh CL. The clinical features and management of actinic prurigo: A retrospective study. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1999;15:183–187.

3. Boontaveeyuwat E, Fassihi H, & Sarkany RPE. 'Actinic prurigo': A phrase describing four different diseases in four different continents: Systematic review and analysis.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Photodermatol Photoimmunol Photomed 2025;41:e70018.

4. Morissette F, & Coulombe J. Refractory pediatric actinic prurigo successfully treated with upadacitinib: A case report. SAGE Open Med Case Rep 2025;13.

5. Malekan M, Mohandesi NA, Rahmatpour Rokni G et al. Successful treatment of actinic prurigo with baricitinib in an 8-year-old child: A case report. Pediatr Dermatol 2024;41:1159–1161.

6. Macfarlane L, Hawkey S, Naasan H et al. Characteristics of actinic prurigo in Scotland: 24 cases seen between 2001 and 2015. Br J Dermatol 2016;174:1411–1414.

7. Pardo-Zamudio AC, Valbuena MC, Jiménez-Torres HD et al. Actinic prurigo in a dermatological reference center in Colombia: 108 cases. Biomedica 2020;40:487–497.

RESİM 1



Tedavi öncesi. Bilateral malar alanlarda, burun ve kaş ortasında eritemli ekskorye papüler lezyonlar

RESİM 2



Tedavi sonrası. 3 ay abrositinib tedavisi sonrası lezyonlarda belirgin düzelme.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-327][KABUL:POSTER]

SEKONDER SFİLİZDE LÖKODERMA SFLİTİKUM İLE PREZENTE OLAN BİR VAKA

Asena Doğan Kayıkçı, Mehmet Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi

GİRİŞ-AMAÇ:

Akromoderma olarak da adlandırılan lökoderma, epidermal melaninin tamamen kaybına bağlı olarak lokalize bir beyaz depigmente cilt alanını tanımlayan klinik bir işarettir. Kendi başına bir tanı değildir ve birçok nedeni vardır. Lökoderma, pigmentasyonun azalmasına bağlı solgunluk olan hipopigmentasyondan ayırt edilmelidir. (1)

Sekonder sifilizin klinik görünümü o kadar polimorfiktir ki, etiyojisi bilinmeyen hemen her deri döküntüsünün ayırıcı tanısına dahil edilmelidir. Güncel ve eski literatür, sifilizin olağandışı sunumlarının çok geniş bir spektrumunu sunmaktadır. Sekonder sifilizin iyi tanınan ancak nadiren bildirilen bir belirtisi, ilk olarak 1854 yılında Alfred Hardy tarafından sifilid pigmentaire olarak tanımlanan ve daha sonra birçok yazar tarafından incelenen bir durum olan lökoderma sifilitikumdur (LS).(2) LS terimi ilk kez 1883 yılında Neisser tarafından önerilmiştir. (3 - 5). Eski literatürde bu olağandışı durumun en sık genç kadın hastalarda görüldüğü ve tipik sifilitik döküntünün kaybolmasından hemen sonra veya birkaç ay sonra ortaya çıktığı belirtilmiştir (2, 4, 6 – 9). Bu nedenle, sekonder sifilizin geç bir ifadesi olarak kabul edilmiştir.

OLGU:

35 yaşında erkek hasta son 2 haftadır devam eden hafif yanma ve kaşıntı ile seyreden göz çevresinde ve yüzde beyazlaşma şikayeti ile dermatoloji ve veneroloji kliniğimize başvurdu. Muayenesinde oral mukozada, yanaklarda ve göz çevresinde hipokromik maküler plaklar tespit edildi. Wood ışığı ile muayene edilerek vitiligo ekarte edildi. Alınan detaylı öyküde yaklaşık 4 ay önce şüpheli cinsel temasının olduğu öğrenildi. Cinsel yolla bulaşabilecek hastalıklara yönelik testler istendi. TPHA ve VDRL pozitif olarak sonuçlandı. Daha ileri öykü alındığında daha önce herhangi bir şankr geçirdiğini hatırlamadığını ifade etti.

SONUÇ:

Sekonder sifiliz oldukça heterojen bir hastalıktır ve hastalar sayısız mukokutanöz bulgularla



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

başvurabilir. LS, günümüzde nadiren bildirilen bir sekonder sifiliz belirtisidir.

Bazı yazarlar daha önce ve sürekli olarak LS'nin genellikle cildin sınırlı bir bölümüyle sınırlı olduğunu ve servikal bölgenin, özellikle de lateral yönünün açık ara tercih edilen bölge olduğunu belirtmiştir (2 - 10). Bununla birlikte, LS'nin gövde, yan, yüz ve ekstremiteler gibi diğer bölgelerde de görüldüğü iyi bilinmektedir (4, 6 - 78, 11, 12). Buna karşın, LS ile ilgili güncel raporlarda servikal bölgeden hiç bahsedilmemiştir. Diskromik döküntü üst ekstremiteleri ve elleri, genital bölgeleri ve gövdeyi tercih ettiğinden bahsedilmiştir. (13-19)

Sifiliz vakalarında pigment anormallikleri, özellikle sekonder sifiliz döneminde görülen lökoderma sifilitikum gibi cilt bulguları, hastalığın tanısında ve takibinde dikkate alınması gereken önemli göstergelerdir. Bu tür pigmentasyon bozuklukları, bağışıklık yanıtıyla ilişkili olup, melanosit hasarı sonucu ortaya çıkar. Klinik pratikte bu anormallikler, sifilizin seyri sırasında tipik olmayan ancak ayırıcı tanıda kritik bir rol oynayan belirtiler olabilir. Dolayısıyla, sifilizli hastalarda ciltteki pigment değişikliklerinin fark edilmesi, tanı sürecinde mutlaka değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Lökoderma sifilitikum, sfiliz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-328][KABUL:POSTER]

**AMİKROBİYAL PÜSTÜLOZDA FAMOTİDİN, ASKORBİK ASİT VE ÇİNKO KOMBİNASYON
TEDAVİSİ İLE UZUN SÜRELİ REMİSYON: OLGU SUNUMU**

Hiranur Çağlayan Kaya, Derya Şahin, Emine Tamer

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ:

Amikrobiyal püstüloz, genellikle kıvrım bölgelerinde simetrik olarak ortaya çıkan steril püstüllerle karakterize, nadir görülen bir nötrofilik dermatozudur. Hastalık, kadınlarda daha sık görülür ve genellikle yaşamın üçüncü on yılında ortaya çıkar. Etiyolojisinde inflamatuvar sitokinlerin artışı ile birlikte nötrofil kemotaksisini etkileyen çeşitli faktörler yer alır. Özellikle sistemik lupus eritematozus (SLE) olmak üzere birçok otoimmün hastalıkla birlikte görülmesi yaygındır. Sistemik steroid tedavisi en sık tercih edilen sistemik tedavi olmakla birlikte; doksisisiklin, askorbik asit, simetidin ve çinko ile de başarılı sonuçlar bildirilmiştir.

OLGU:

Sistemik lupus eritematozus öyküsü olan 31 yaşındaki kadın hasta, kıvrım bölgelerini ve ekstremiteleri tutan kaşıntılı, ağrılı, hassas ve eritemli döküntüler ile başvurdu. Döküntülerin 10 yıl önce başladığını, ataklar şeklinde azalıp arttığını belirtti. İlk atağı gebelik sırasında gelişmiş ve "gebeliğe bağlı püstüler psoriasis" olarak tanı almıştı. Sonraki atakta "Sweet sendromu" tanısı almıştı. Ataklar sırasında uzun süre topikal yüksek potent steroid kullanmıştı. Fizik muayenede eritemli zemin üzerinde skuamli papüller ve püstüller izlendi. Saçlı deride kalın kurutlar mevcuttu. Histopatolojik incelemede, üst dermis ve epidermisi tamamen dolduran nötrofil infiltrasyonu görüldü. Bakteriyel ve mikolojik kültürlerde üreme saptanmadı. Pozitif antinükleer antikor (ANA) ve sedimantasyon yüksekliği vardı. Hastaya çinko (50 mg/gün), C vitamini (1 g/gün) ve famotidin (40 mg/gün) tedavisi başlandı. İlk ay içerisinde klinik olarak belirgin düzelme gözlemlendi. Bu hastada, tedavinin 2. ayı sonunda tüm lezyonlar tamamen kayboldu. Famotidin ve askorbik asit 6 ay sonunda tamamen kesildi. Çinko tedavisine devam edildi.

SONUÇ:

Amikrobiyal püstüloz tanısının doğru konabilmesi için hastalığın klinik özelliklerinin iyi bilinmesi gerekir. Kronik, tekrarlayıcı seyir; kıvrım bölgelerinde püstüller ve papüllerle



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

seyreder. Otoimmün hastalık öyküsünün bulunması tanıyı destekler. İntraepidermal nötrofiller, dermal nötrofiller ve lökositoklazi birlikteliği tanıyı destekler. Püstüllerden elde edilen negatif kültürler, amikrobiyal püstüloz tanısını güçlendirebilir. Bizim hastamızda dermal nötrofilik infiltrasyonla birlikte intradermal nötrofiller izlendi. Kıvrım bölgelerinin amikrobiyal püstülozu nadir bir hastalık olduğu için en iyi tedavi konusunda bir görüş birliği yoktur. Hastalığın kronik seyri ve intertrijinoz alanlar gibi hassas bölgeleri tutması, topikal ve sistemik steroidlerin uzun süreli kullanımı sonucunda gelişen yan etkiler nedeniyle alternatif tedavi seçeneklerini gündeme gelir. Amikrobiyal püstülozun uzun dönem kontrolü için askorbik asit, çinko ve famotidin kombinasyonu etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği sunabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: amikrobiyal püstüloz, SLE, çinko, famotidin, askorbik asit

KAYNAKLAR: Varano AT, McKinley TD, Junkins-Hopkins JM. Amicrobial pustulosis of the folds: A case report of a rare variant of neutrophilic dermatosis associated with systemic lupus erythematosus. J Cutan Pathol. 2024 Jan 1;51(1):45–9.

Marzano A V., Tavecchio S, Berti E, Gelmetti C, Cugno M. Cytokine and chemokine profile in amicrobial pustulosis of the folds evidence for autoinflammation. Medicine (United States). 2015;94(50).

Johnston CS, Martin LJ, Cai X. Antihistamine effect of supplemental ascorbic acid and neutrophil chemotaxis. In: Journal of the American College of Nutrition. 1992. p. 172–6.

Bénéton N, Wolkenstein P, Bagot M, Cosnes A, Wechsler J, Roujeau JC, et al. Amicrobial pustulosis associated with autoimmune diseases: healing with zinc supplementation. Br J Dermatol. 2000 Dec;143(6):1306-10.

HASTANIN 1. AY KONTROLÜ



Hastanın saçlı derisi ve boynundaki lezyonlarda tama yakın iyileşme görüldü.

TEDAVİ ÖNCESİ



Tedavi öncesi hastanın saçlı derisinde gözlenen kalın kurutlar, erozyon, boyunda popüler lezyonlar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-329][KABUL:POSTER]

BABADAN OĞLUNA KALAN MİRAS:ERİTROMELANOSİS FOLLİCÜLARİS FACİEİ ET COLLİ

Fatma Zorlu, Zafer Türkoğlu, Ezgi Aktaş

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Eritromelanosis follicularis faciei et colli (EFFC), kıl foliküllerini tutan, yüz ve boyunda eritem, hiperpigmentasyon ve foliküler papül üçlüsü ile karakterize, bilateral tutulumla seyreden nadir bir dermatozdur. Ergenlik ve geç çocukluk dönemi başlangıçlı hastalık sıklıkla erkeklerde görülse de kadın olgular da bildirilmiştir. Hastalığın kesin etiyolojisi bilinmemekle birlikte, otozomal resesif (OR) kalıtım, sporadik mutasyonlar ve otonom sinir disfonksiyonu ile ilişkilendirilmiştir. Burada hem çocuk hastada hem de babasında izlenen EFFC olgusu hastalık gelişiminde genetik mekanizmanın rolünü vurgulamak amacıyla sunuldu.

OLGU:

7 yaşındaki erkek hasta yüzünde kızarıklık ve leke yakınması ile başvurdu. Hastanın annesinden alınan anamneze göre; hasta 2 yaşında iken bu şikayetleri başlamış olup; son zamanlarda artarak devam etmiş ve kaşlarının kenarlarında da dökülmeler başlamış. Hastanın subjektif bir yakınması olmasa da lezyonlar kendisine kozmetik açıdan rahatsızlık vermekteydi. Herhangi bir ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın ek bir hastalığı da yoktu. Dermatolojik muayenesinde, her iki yanaktan preauriküler ve submandibuler alana yayılan, çenede ve kaşların olduğu yerde yoğunlaşan simetrik eritemli, hiperpigmente yamalar ve bilateral kolların proksimalinde keratosis pilaris ile uyumlu foliküler belirginleşme izlendi. Hastanın kaşlarının kenarında ve kirpiklerde madarozis görüldü. Diyaskopik muayenede özellikle kıl foliküllerinin çevresinde beyaz foliküler tıkaçlar belirgindi. Eritemli yamalarda atrofi ve skar görülmedi. Yamalara dermatoskopi ile basınç uygulandığında eritemin solduğu ve yamaların kahverengi bir hal aldığı gözlemlendi. Muayene sırasında hastanın babasında da benzer lezyonlar dikkat çekti. Yapılan dermatolojik ve diyaskopik muayenede babada da hastayla aynı bulgular görüldü. Yüzeyel deri yüzeyi biyopsi tekniğiyle yüzlerinden ikişer adet örnek alınıp yapılan demodeks bakısı negatif olarak sonuçlandı. Bu bulgular eşliğinde hastaya ve babasına EFFC tanısı konuldu. Hastaya ve ailesine güneşten korunma önerildi, topikal tretinoin (%0,025) krem ve nemlendirici tedavisi başlandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

EFFC nadir olmasının yanında asemptomatik ve benign seyri nedeniyle hekime az başvuru alan ve gerçek insidansından daha az sıklıkta tanı alan bir dermatozdur. EFFC etiyojisi net olarak anlaşılamamış olsa da genetik faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Hastaların 1/4'ünde bu vakada olduğu gibi aile hikayesi mevcut olup OR kalıtım varlığı bildirilmiştir. Kozmetik görünümü etkilemesi ve özellikle ergenlik döneminde başlamasıyla beden algısını, kişilerin özgüvenini etkileyebilecek bir durum olduğundan EFFC ile ilgili farkındalığın artırılması önemlidir. Asemptomatik de olsa hastaların genel iyilik halini arttırmak için topikal retinoik asit türevleri olmak üzere, eksfoliyatif ajanlar, çeşitli lazer sistemlerinin uygulanması etkin tedaviler olarak bildirilmiştir. Bu olguyu hem EFFC'nin ailesel karakterine hem de hastaların beden algılarını etkileyerek yarattığı tedavi ihtiyacına dikkat çekmek için paylaştık.

ANAHTAR KELİMELEER: ailesel, eritem, foliküler papül, genetik, pigmentasyon

KAYNAKLAR: 1. Tüzün Y, Wolf R, Tüzün B, Engin B, Kotogyan A. Familial erythromelanosiss follicularis and chromosomal instability. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001;15(2):150-2.
2. Sardana K, Relhan V, Garg VK, Khurana N. An observational analysis of erythromelanosiss follicularis faciei et colli. Clin Exp Dermatol. 2008;33(3):333-6.
3. Chakraborty S, Sil A, Bhanja DB. Erythromelanosiss follicularis faciei et colli. Paediatr Child Health. 2020 Apr 3;26(3):133-4.
4. Thielmann CM, Sondermann W. Erythromelanosiss follicularis faciei et colli: a case report in a Caucasian male and brief review of the literature. Case Rep Dermatol. 2020;12(3):231-235



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-331][KABUL:POSTER]

İTERDİGİTAL PEMFIGUS VEGETANS

Öykü Elitok¹, Utku Yağız¹, Canten Tataroğlu², Ekin Şavk¹

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

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Pemfigus, deri ve mukoza tutulumuyla seyreden otoimmün büllöz bir dermatozdur. En sık görülen tipi, mukokutanöz büllerle karakterize Pemfigus vulgaris'tir (1). En nadir görülen klinik varyant Pemfigus vegetans(PV)'tir. Pemfigus vulgaris'ten, intertriginöz alanlarda ve ağız mukozasında vegetatif plaklar oluşturma eğilimiyle ayrılır. Pemfigus vegetans, tüm pemfigusun %1-2'sini temsil eder (2). Tanı yaşı genellikle ABD ve Avrupa'da 50 ila 70, diğer ülkelerde 30 ila 50'dir (3,4). PV, keratinosit hücre-hücre adhezyonundan sorumlu desmozomları oluşturan transmembran proteinlere karşı oluşan otoantikorlardan kaynaklanır. En yaygın nedeni desmoglein 3 ve desmoglein 1'e karşı otoantikorlardır (5). PV'in klinik olarak tanınan iki formu vardır. Hallopeau tipi yavaş seyreder ve vegetatif plaklarla iyileşen püstüller gösterir. Neumann tipi daha şiddetlidir ve tedaviye dirençlidir. Genellikle oral mukoza etkilenir (6).

OLGU:

73 yaş erkek hasta, ilk olarak 2023 yılında ayak ve ellerde kaşıntılı lezyonlar ve ağızda ağrılı yara şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Bize başvurusundan önceki dış merkez başvurularında Tinea pedis tanısıyla 3 ay sistemik antifungal kullanımı ve ağızdaki yaraları için intravenöz anitibiyotik tedavi aldığı dahiliye servis yatış öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde; bukkal mukozada erode alanları ve büll artıkları, bilateral el ve ayak dorsallerinde ve ayak interdigitallerde eritemli, masere ve erode plakları, tüm ayak tırnaklarında subungual hiperkeratoz ve sarı diskolarasyonu ve her 2 ayak 1.parmakta anonişisi mevcuttu. Hastadan Pemfigus vulgaris? Pellegra? ön tanılarıyla biyopsi alındı. Biyopsisi Pemfigus vulgaris ve otoantikor tetkiklerinde anti-Desmoglein 3: 1.91 (>1 pozitif) olarak sonuçlanan hastaya 60 mg eşdeğerinde sistemik steroid tedavisi başlandı. 5 ay içinde doz düşümüne geçerek steroid tedavisi kesilen hastanın o dönemde şikayetleri tamamen geriledi. 6 ay sonra oral mukozada ve ayak interdigitallerinde yeni lezyon çıkışları olan hasta



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

tarafımıza yeniden başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol bukkal mukozada, üst dudak iç yüzünde ve dil altında yaygın erozyonlar, ayak interdigitallerde maserasyon, el tırnaklarında onikomadezis ve el-ayak tırnaklarında periungal vezikül ve erozyonlar dikkat çekmekteydi. Hastanın servisimize yatırışı yapıldı, el ve ayak 1.parmaklarından 2 adet İF biyopsi alındı. Yeni biyopsileri; Pemfigus vegetans olarak sonuçlanan hastaya yeniden 60mg eşdeğer sistemik steroid tedavisinin yanında mikofenolat mofetil tedavisi başlandı. Hasta sonrasında iyilik haliyle taburcu edildi. 1 ay sonraki kontrol başvurusunda aktif şikayeti bulunmayan hastada yeni lezyon çıkışına rastlanmadı. İdame tedavi olarak 1 kür Rituksimab uygulandı.

SONUÇ:

PV, pemfigusun en nadir görülen formudur. Deri kıvrımlarını, saçlı deriyi ve mukozaları tutan hipertrofik papillalı plaklar oluşturan gevşek büller veya püstüllerle karakterize bir otoimmün hastalıktır. Tırnak tutulumu ise nadiren tanımlanmıştır (7). Genellikle tanısı zordur ve verrüköz vegetasyonların değişken sunumu nedeniyle hastamızda olduğu gibi klinik olarak yanıltıcı olabilmektedir (8). PV, intertriginöz alanlarda vegetatif plaklarla karakterizedir. Günlük pratikte bu alanlar daha çok aksiller ve inguinal kıvrımlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak literatürdeki tipik tutulum yerlerinin aksine; bir diğer intertriginöz bölge olan interdigitallerdeki şiddetli tutulum nedeniyle ayırıcı tanıda kolaylıkla gözden kaçabileceğini düşündüğümüz ve oral mukoza dahil tüm vücut dermatolojik muayenin önemini bir kez daha bize hatırlatan bu Pemfigus vegetanslı olguyu paylaşmayı uygun bulduk. Hekimlerin büyük çoğunluğu, hatta bazen biz dermatologlar bile ayak parmak arası lezyonlarına zihinlerimizde Tinea pedis ön tanısıyla yaklaşma eğilimindeyiz. Sonraki adımda kıvrım bölgelerini tutma eğiliminde olan invers psoriasis gibi başka dermatozlar akla gelse de PV'ın da bu ön tanı listesinde bulunması gerektiğini düşünüyoruz.

ANAHTAR KELİMELER: Pemfigus vegetans, Tinea pedis, akral tutulum

KAYNAKLAR: 1. Basu K, Chatterjee M, De A, Sengupta M, Datta C, Mitra P. A Clinicopathological and Immunofluorescence Study of Intraepidermal Immunobullous Diseases. Indian J Dermatol. 2019 Mar-Apr;64(2):101-105.

2. Von Köckritz A, Ständer S, Zeidler C, Metze D, Luger T, Bonsmann G. Successful monotherapy of pemphigus vegetans with minocycline and nicotinamide. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 Jan;31(1):85-88.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

3. Langan SM, Smeeth L, Hubbard R, Fleming KM, Smith CJ, West J. Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris--incidence and mortality in the UK: population based cohort study. *BMJ*. 2008 Jul 09;337(7662):a180.

4. Min MS, Damstetter E, Chen AYY. Autoimmune blistering disorders in the setting of human immunodeficiency virus infection. *Int J Womens Dermatol*. 2018 Sep;4(3):159-165.

5. Cozzani E, Christana K, Mastrogiacomo A, Rampini P, Drosera M, Casu M, Murialdo G, Parodi A. Pemphigus vegetans Neumann type with anti-desmoglein and anti-periplakin autoantibodies. *Eur J Dermatol*. 2007 Nov-Dec;17(6):530-3.

6. Jain V, Jindal N, Imchen S. Localized Pemphigus Vegetans without Mucosal Involvement. *Indian J Dermatol*. 2014 Mar;59(2):210.

7. de Almeida HL Jr, Neugebauer MG, Guarenti IM, Aoki V. Pemphigus vegetans associated with verrucous lesions: expanding a phenotype. *Clinics (Sao Paulo)*. 2006 Jun;61(3):279-82.

8. Mergler R, Kerstan A, Schmidt E, Goebeler M, Benoit S. Atypical Clinical and Serological Manifestation of Pemphigus Vegetans: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Dermatol*. 2017 Jan-Apr;9(1):121-130.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-333][KABUL:POSTER]

KELOİDİ TAKLİT EDEN DERMATOMYOFİBROMA

Büşra Demirbağ Gül¹, Dilek Batu Demir²

¹Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Dermatoloji Departmanı, Düzce

²Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Tıbbi Patoloji Departmanı, Düzce

GİRİŞ-AMAÇ:

Dermatomyofibroma, nadir görülen, benign, yüzeysel dermal yerleşimli bir fibromiyofibroblastik tümördür. En sık genç erişkin kadınlarda görülür. Klinik olarak sıklıkla keloid, dermatofibrom ya da hipertrofik skar gibi lezyonlarla karışabilir. Tanı çoğu zaman yalnızca histopatolojik inceleme ile konulabilir. Bu olgu sunumunun amacı, klinik olarak keloid ile karıştırılan ancak biyopsi ile dermatomyofibroma tanısı alan bir vakayı sunarak tanı sürecine dikkat çekmektir.

OLGU:

24 yaşında kadın hasta, yaklaşık 2 yıldır sırtında ve omuzlarında mevcut, ağrısız, sert, kabarık ve çok sayıda cilt lezyonu nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Lezyonlar zamanla büyümüş, ancak başka bir belirti göstermemişti. Hastanın öyküsünden, daha önce keloid tanısıyla 7 seans intralezyonel triamsinolon asetonid enjeksiyonu uygulandığı, ancak tedaviye yanıt alınamadığı öğrenildi. Ancak tedaviye yanıtızsızlık nedeniyle ayırıcı tanı amacıyla lezyonlardan biri üzerinden insizyonel biyopsi alındı.

Histopatolojik incelemede; dermiste düzgün demetler halinde yerleşmiş, atipi ve mitoz göstermeyen spindle hücreler saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede hücreler vimentin ve SMA (smooth muscle actin) pozitif, desmin negatif olarak değerlendirildi. Bu bulgularla dermatomyofibroma tanısı kondu.

SONUÇ:

Dermatomyofibroma, nadir görülmesi ve klinik benzerlik nedeniyle sıklıkla keloid veya dermatofibrom gibi lezyonlarla karıştırılabilir. Özellikle tedaviye dirençli ya da tipik olmayan yerleşimdeki cilt lezyonlarında histopatolojik inceleme tanı için gereklidir. Bu olgu, keloid benzeri lezyonların özellikle tedaviye dirençli olduğunda biyopsi ile değerlendirilmesi



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

gerektiğini ve dermatomyofibroma gibi benign tümörlerin ayırıcı tanıda akılda tutulmasının önemini göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELE: dermatomyofibroma, keloid, myofibroblast

KAYNAKLAR: 1) Mentzel T, Kutzner H. Dermatomyofibroma: clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 56 cases and reappraisal of a rare and distinct cutaneous neoplasm. Am J Dermatopathol. 2009;31:44–49.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-334][KABUL:POSTER]

NADİR RASTLANAN BİR OLGU PASİNİ VE PIERRİNİ'NİN ATROFODERMASI

Bahar Salıcı Demirbilek¹, Utku Çeşme¹, Tuğçe Gönenir Özer¹, Güven Karakaya¹, Arbil Açıklın², Yaşargül Denli¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Adana

GİRİŞ-AMAÇ:

Pasini ve Pierrini'nin Atrofoderması (APP), nadir görülen, skleroz olmadan seyreden, dermal atrofi ile karakterize bir deri hastalığıdır. APP ilk kez 1923 yılında Pasini tarafından tanımlanmış, 1936 yılında Pierini ve Vivoli tarafından morfea ile ilişkisi gündeme getirilmiştir. Genellikle genç erişkinlerde sırt bölgesinde hiperpigmente, oval, keskin sınırlı (uçurum kenarı) ve deprese plaklarla seyreder. Lezyonlar morfea ile karışabilir, sklerotik/ endüre değildir; bu özelliğiyle morfeadan ayrılır. Bununla beraber APP'yi morfea spektrumuna dahil eden çeşitli sınıflandırma şemaları bulunmaktadır ve hem APP hem morfea lezyonları aynı hastada bulunabilmektedir. Histopatolojik olarak epidermal ortokeratoz, kıl foliküllerinde atrofi, dermal kollajen liflerinde kalınlaşma gibi bulgular ayırıcı tanıda önemlidir.

APP'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Bazı olgularda *Borrelia burgdorferi* ile ilişkilendirilmiş ancak serolojik kanıtlar sınırlıdır. Ailevi vakalar bildirilmiş olsa da genetik geçiş kanıtlanamamıştır.

Tedavi konusunda standart bir yaklaşım bulunmamaktadır. Kortikosteroidler, kalsinörin inhibitörleri gibi topikal ilaçlar, antibiyotikler, kortikosteroidler ve hidroksiklorokin gibi oral tedaviler ile çeşitli başarılar bildirilmiştir.

OLGU:

Yirmi yaşında erkek hasta, sırt bölgesinde yeni fark ettiği koyu renkli, hafif çökük lezyonlar nedeniyle başvurdu. Lezyonlar asemptomatikti. Özgeçmiş ve soygeçmişte herhangi bir özellik saptanmadı. Sistemik hastalık veya ilaç kullanımı yoktu. Yapılan tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, ANA, anti-dsDNA ve *Borrelia burgdorferi* serolojisi normal bulundu.

Dermatolojik muayenede sırt orta hatta hiperpigmente, keskin sınırlı, deprese, sklerotik olmayan plaklar izlendi. Biyopsi ile alınan lezyonda ortokeratoz, kıl foliküllerinde atrofi,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

apokrin bezlerde yüzeyselleşme, dermal kollajen liflerinde artış ve kabalaşma saptandı. Klinik ve histopatolojik korelasyon sonucu elde edilen bulgular APP ile uyumluydu.

Hastaya oral doksisisiklin 200 mg/gün dozunda başlandı. Sekiz haftalık tedavinin kontrollerinde tedaviye belirgin yanıt izlendi.

SONUÇ:

APP nadir bir dermatoz olup, özellikle morfea ile karışabileceği için tanıda dikkat gerektirir. Klinik görünüm ve histopatolojik değerlendirme tanıda yol göstericidir. Bu olgu, APP'nin tanı ve tedavi süreci hakkında farkındalık yaratmayı amaçlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: atrofoderma, doksisisiklin, idiyopatik, morfea, Pasini ve Pierrini

KAYNAKLAR: 1. Pasini A. Atrofoderma idiopathica progressiva. G Ital Dermatol 1923;58:785–809.

2. Pierini LE, Vivoli D. Atrophodrmia idiopathica progressiva (Pasini). G Ital Dermatol 1936;77:403–409.

3.Litaiem N, Idoudi S. Atrophoderma of Pasini and Pierini. 2023 Aug 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 30085611.

4. Buechner SA, Ruffi T. Atrophoderma of Pasini and Pierini. Clinical and histopathologic findings and antibodies to *Borrelia burgdorferi* in thirty-four patients. J Am Acad Dermatol. 1994 Mar;30(3):441-6. doi: 10.1016/s0190-9622(94)70053-2. PMID: 8113457.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-336][KABUL:POSTER]

BİER SPOTS OLGU SUNUMU

Yelda Yaren Burucu, Naile Sezgin

Namık Kemal Üniversitesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Bier lekeleri (BS), siyanotik bir zemin üzerinde histolojik olarak normal görünen derinin, çok sayıda asemptomatik soluk ve düzensiz şekilli anemik maküllerini ifade eder.

Bier lekeleri ilk olarak 1898 yılında Bier tarafından tanımlanmıştır. Aynı zamanda fizyolojik anemik maküller, anjiyospastik maküller ve cildin abartılı fizyolojik benekli lekelenmesi olarak da adlandırılır. Bu durum genellikle 20 ila 40 yaşlarındaki kişilerde görülür ve kadınlarda erkeklerden daha yaygındır.

Klinik olarak lezyonlar, hasta ayağa kalktığı anda çevresinde solgun eritem bulunan geçici, küçük beyaz maküller olarak görülür ve uzuvlar kaldırıldıktan sonra kaybolur. Bu maküller, venöz hipertansiyona karşı küçük kutanöz damarların fizyolojik bir yanıtı olarak kabul edilir. Doku hipoksisine yol açan küçük damarların vazokonstriksiyonu başka bir olası mekanizmadır. Bier lekeleri genellikle alt ve üst uzuvlara dağılmıştır, ancak gövdede ve karında yaygın olabilirler. Çoğunlukla fizyolojik bir nedeni olmasına rağmen, bazen skleroderma renal krizi, miks kriyoglobulinemi ve lenfoma gibi sistemik hastalıkların ilk belirtisi olabilirler. BS'nin atipik özellikleri arasında şunlar yer alır: >10 mm'lik lekeler, vücutta ilerleyici genişleme, mukoza tutulumu, kalıcı lezyon, ayakta veya yatarken oluşması. Bu özellikler varsa ileri inceleme gerektirir.

OLGU

35 yaşındaki kadın hasta, kliniğimize yaklaşık iki aydır olan kollarda beyaz leke şikayetiyle başvurdu. Bilinen psöriazis vulgaris tanısı vardı. Dermatolojik muayenesinde bilateral kollarında ve ellerinde beyaz renkli maküller, ayrıca psöriatik lezyonları mevcuttu. Hastanın kolları yukarı kaldırılıp bekletilince beyaz renkli maküllerin geçtiği görüldü. Ayırıcı tanı açısından wood ile bakıda hipopigmente maküller görüldü. Hastaya psöriazis lezyonları için



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

topikal steroid ve nemlendirici reçete edildi. Beyaz renkli makülleri bier spots olarak değerlendirilip takip önerildi.

SONUÇ

Bier lekelerinin teşhisi kolaydır ve normalde biyopsi gerekmez. Ana ayırıcı tanı anemik nevüştür. Diğer hipopigmentasyonlar (akromik nevüs, hipomelanososis guttata, vb.) kolayca ayırt edilebilir.

Bier lekelerinin herhangi bir tedaviye ihtiyacı yoktur. BS atipik özellikler gösteriyorsa veya ek semptomlar varsa daha fazla araştırma yapılması gerekir. Laboratuvar testleri (beyaz kan hücresi sayımı, antinükleer antikorlar ve kriyoglobulinler dahil), biyopsi ve Doppler ultrason görüntüleme önerilir ve mümkünse altta yatan neden tedavi edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Bier spots, hipopigmente yama, idiyopatik

KAYNAKLAR: 1) N. Kluger, 1,* D. Bessis 2,3,4, Bier's spots,
<https://doi.org/10.1111/jdv.15222>

2) Fang-Yih Liaw MD, Chien-Ping Chiang MD PhD, Bier spots,
<https://doi.org/10.1503/cmaj.120376>

ELDE BİR SPOTS



Normal ışıkta hastanın palmar bölgesi değerlendirildi.

ELDE BİR SPOTS



Wood lambası ile hastanın palmar bölgesi değerlendirildi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-337][KABUL:POSTER]

GÖVDE YERLEŞİMLİ ERİTEMA ELEVATUM DIUTINUM: NADİR BİR KLİNİK PREZANTASYON

Adil Özcanlı¹, Alihan Baylan¹, Nesimi Büyükbabani², Defne Özkoca¹

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

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Eritema elevatum diutinum (EED), genellikle ekstremitelerde simetrik, kırmızı-mor renkli papül ve nodüllerle karakterize, nadir görülen bir küçük damar vaskülitidir (1). Hastalık genellikle orta yaş ve üzeri bireylerde, kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görülür. Hastalığın patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olsa da dolaşımdaki immün komplekslerin küçük damar duvarlarında birikerek inflamasyona yol açtığı düşünülmektedir. Hastalık idiopatik olabileceği gibi başta enfeksiyon, otoimmün hastalıklar ve IgA monoklonal gammopatisi gibi hematolojik hastalıklar ile birliktelik gösterebilir (2). Bu sunumda, gövde ve uyluk mediyalinde atipik yerleşim gösteren nadir bir EED olgusunun sunulması amaçlanmıştır, tanı ve tedavi sürecinde karşılaşılan zorluklar tartışılmıştır.

OLGU:

Elli dokuz yaşında erkek hasta, yaklaşık üç aydır karın ön yüzünde başlayan ve zamanla gövde ile kol-bacaklara yayılım gösteren hafif kaşıntılı döküntü şikâyeti ile tarafımıza başvurdu. Başvuru öncesi dış merkezde sistemik antihistaminik (bilastin) ve topikal süper potent kortikosteroid (klobetazol propiyonat) tedavileri uygulanmış, ancak klinik yanıt alınamamıştı. Dermatolojik muayenede, gövde ön yüz, sırt, bilateral üst ekstremiteler ve uyluk proksimallerinde, basmakla solan, pembe eritemli, ayrık, hafif infiltrate plaklar izlendi. (Resim1A-D). Vaskülit etiyojisine yönelik yapılan laboratuvar değerlendirmesinde; hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tam idrar tahlili, kriyoglobulin düzeyi ve anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) testleri normal sınırlarda saptanmıştır. Ürtikeryal vaskülit ve atipik pitriyazis roze ön tanılarıyla 4 mm punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede papiller dermiste ödem ve eritrosit ekstrasvazasyonu, yüzeysel ve orta dermiste ise ağırlıklı olarak lenfosit ve histiyositlerden oluşan, yer yer nötrofillerin de katıldığı yoğun perivasküler inflamatuvar infiltrasyon, serpinti halinde lökositoklazi izlendi. Direkt immünfloresan incelemede, epidermis bazal laminasında belirgin granüler C3 birikimi gözlemlendi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Bu bulgular ışığında hastaya sistemik antihistaminik (bilastin), topikal süper-potent kortikosteroid (klobetazol propiyonat) krem ve topikal dapson tedavisi başlandı. Hasta eşlik edebilecek hematolojik hastalıklar taraması açısından dahiliyeye yönlendirildi.

SONUÇ:

Eritema elevatum diutinum, tipik olarak ekstansör bölgelerde simetrik lezyonlarla seyreden bir küçük damar vaskülitidir. Ancak atipik lokalizasyonlar tanıyı güçleştirebilir ve klinik değerlendirmede gözden kaçmasına neden olabilir. Literatürde gövde yerleşimli EED olgularına ilişkin sınırlı sayıda vaka bildirimi mevcut olup, bu durum hastalığın geniş bir klinik prezantasyon yelpazesine sahip olabileceğine işaret etmektedir (3-4). Hastalığa başta çeşitli hematolojik bozukluklar olmak üzere çeşitli sistemik hastalıkların eşlik edebilmesi nedeniyle tanı koyduktan sonra olguların multidisipliner değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu olgu, gövdede yerleşim gösteren, eritemli ve infiltratif plak lezyonların ayırıcı tanısında EED'nin de göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: Atipik Yerleşim, Kutanöz Vaskülitler, Küçük Damar Vaskülit, Lökositoklastik Vaskülitler

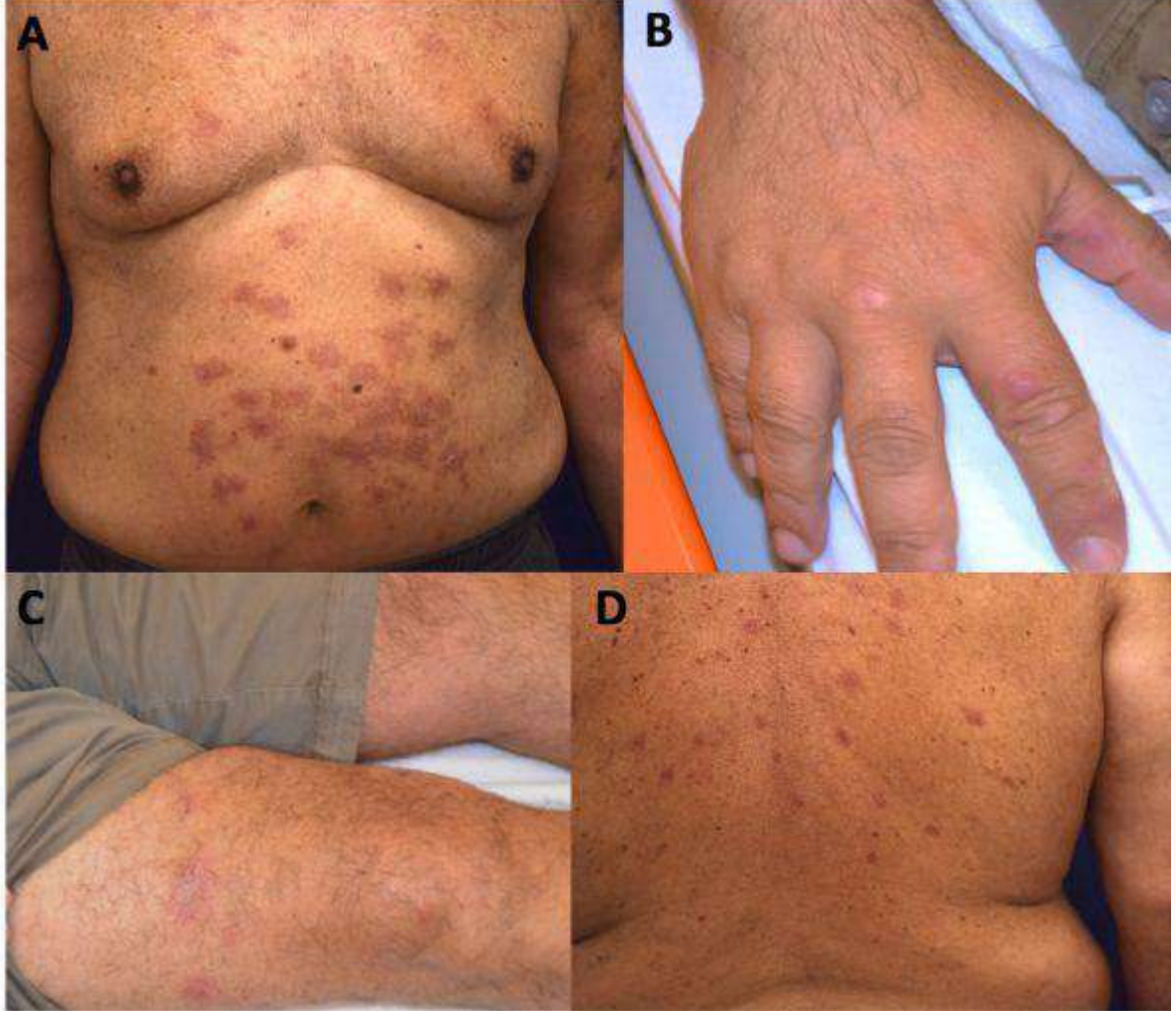
KAYNAKLAR: 1) Wollina U, Kronert C, Koch A, Schonlebe J, Vojvodic A, Lotti T. Erythema elevatum diutinum – two case reports, two different clinical presentations, and a short literature review. Open Access Maced J Med Sci.2019;7(18):3039-3042.

2) Doktor V, Hadi A, Hadi A, Phelps R, Goodheart H. Erythema elevatumdiutinum: a case report and review of literature. Int J Dermatol. 2019;58(4):408-415.

3) Atas H, Eskioglu F, Ustun H, Gonul M. Truncal erythema elevatum diutinum with elevated cryoglobulin level. Arch Rheumatol. 2017;32(4):370-372.

4) Yaycioğlu A, Vural S, Anadolu R. A rare presentation of erythema elevatum diutinum with annular lesions on the trunk. Dermatol Ther. 2021 Jan;34(1):e14566. doi: 10.1111/dth.14566. Epub 2020 Nov 29. PMID: 33219580.

VAKA RESİMLERİ



Resim 1A-D: Gövde ön yüzde pembemsi eritemli infiltrate papüloplaklar (A). Sol el dorsalinde eritemli infiltrate plaklar (B). Sağ uyluk lateralinde pembemsi eritemli yama ve plaklar (C). İnterskapuler ve sağ skapular alanda pembemsi eritemli infiltrate papül ve plaklar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-339][KABUL:POSTER]

GEBELİKTE PRURİTUS B12 VE DEMİR EKSİKLİĞİ İLE İLİŞKİLİ Mİ?

Abdullah Bünyamin Palancı, Batuhan Kerem Balan, Başak Yalıcı Armağan, Sibel Doğan
Günaydın, Sibel Ersoy Evans, Neslihan Akdoğan, Leyla Huseynova Terzi, Duygu Gülseren

Hacettepe Üniversitesi Dermatoloji

AMAÇ:

Pruritus, gebelik sürecinde herhangi bir primer deri lezyonu olmaksızın ortaya çıkabilen ve gebelik sürecinde sık karşılaşılan bir semptomdur. Gebelerin yaşam kalitesini belirgin şekilde düşürebilen bu durumun etiolojisi hâlâ tam olarak aydınlatılamamıştır. Demir ve B12 eksikliği ile pruritus arasındaki ilişki uzun süredir bilinmekle birlikte, bu ilişkinin altında yatan patofizyolojik mekanizmalar net değildir. Gebelik döneminde artan metabolit ihtiyacına bağlı olarak demir ve B12 eksikliği sık görülmektedir. Bu çalışmada, primer deri lezyonu olmayan ve başka sistemik ya da dermatolojik hastalıkla kaşıntısı açıklanamayan gebelerde, yani gebeliğe bağlı pruritus vakalarında, demir ve B12 eksikliği ile pruritus arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya Aralık 2016 ile Aralık 2024 tarihleri arasında kliniğimize başvuran gebe kadınlar dahil edilmiştir. primer deri hastalığı olmayan ve yaygın pruritus şikayeti ile başvuran gebeler ilk grubu oluştururken; kozmetik sebepler, melazma, viral siğil gibi pruritus dışı nedenlerle başvuran gebeler ikinci grubu oluşturmuştur. Gebelik öncesinde pruritus öyküsü bulunan veya kaşıntıya sebep olabilecek deri hastalığı olan gebeler çalışma dışı bırakılmıştır. Her iki grupta yaş, ferritin, total demir bağlama kapasitesi, hemoglobin ve vitamin B12 düzeyi karşılaştırılmıştır.

BULGULAR:

Toplam 99 gebe çalışmaya dahil edildi; bunlardan 32'si gebeliğe bağlı pruritus (pruritik grup), 67'si ise pruritus şikayeti olmayan (non-pruritik grup) bireylerden oluşmaktaydı. Pruritik grupta ortalama yaş $28,9 \pm 5,9$ yıl, ferritin düzeyi 12 ± 6 ng/mL, vitamin B12 düzeyi $158 \pm 59,6$ pg/mL, total demir bağlama kapasitesi (TDBK) $439,1 \pm 74,6$ µg/dL, gebelik haftası 25.2 ± 8.5



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ve hemoglobin düzeyi $11,5 \pm 1,2$ g/dL idi. Nonpruritik grupta ise ortalama yaş $31,6 \pm 5,3$ yıl, ferritin düzeyi $38,6 \pm 22,7$ ng/mL, vitamin B12 düzeyi $251,8 \pm 122$ pg/mL, TDBK $378,6 \pm 110,9$ µg/dL, gebelik haftası $21,2 \pm 7,8$ ve hemoglobin düzeyi $12,3 \pm 1,3$ g/dL olarak saptandı. Tek değişkenli analizde; yaş, ferritin, vitamin B12, total demir bağlama kapasitesi, gebelik haftası ve hemoglobin düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p değerleri sırasıyla: 0,011, <0,01, <0,01, 0,02 0.035 ve 0,006). Yapılan ROC analizinde ferritin değerinin 20 ng/ml'nin altında olması, B12 vitamin düzeyinde 197.5 pg/ml'nin altında olması istatistiksel olarak anlamlı olarak pruritus ile ilişkili bulundu. (sırasıyla; p <0,01, duyarlılık %88.4, özgüllük %79.1; p<0,01, duyarlılık %81.3, özgüllük %66) Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde B12 vitamin düzeyi, gebelik haftası, yaş ve ferritin düzeyi karşılaştırıldı. Ferritin düzeyinin 20 ng/mL'den düşük olması pruritus riskini 21.9 kat, B12 vitaminin ise 197.5 pg/ml'nin altında olması pruritus riskini 7.8 kat arttırdığı görüldü. (Sırasıyla p < 0,001, OR: 23,02, %95 güven aralığı: 5,9–80,03; p<0,001, OR:7.86, %95 güven aralığı 2.01 – 30.79).

SONUÇ:

Kaşıntılı gebelerde ferritin ve B12 düzeyleri, kaşıntısı olmayan gebelere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu bulgu, gebelikte görülen pruritusun etiyolojisinde demir eksikliğinin ve B12 eksikliğinin rolü olabileceğini düşündürmektedir. Pruritus şikayetiyle başvuran gebelerde ferritin ve B12 düzeylerinin değerlendirilmesi, erken tanı ve tedavi ile anne ve bebek sağlığının iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. Ancak bu ilişkinin daha net anlaşılabilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: B12, Ferritin, Gebelik, Pruritus



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-340][KABUL:POSTER]

RADYOTERAPİNİN İNDÜKLEDİĞİ PEMFIGUS FOLIACEUS ERİTRODERMİSİNDE İNTRAVENÖZ İMMUNOGLOBULİN DENEYİMİ

Erişcan Melih Kırsoy, Başak Şişdağ, Mustafa Akın, Ezgi Aktaş, Göknur Özaydın Yavuz, Zafer Türkoğlu

University of Health Sciences, Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, Dermatology Department

GİRİŞ-AMAÇ:

Eritrodermi, vücut yüzey alanının %80'inden fazlasını etkileyen eritem ve pullanma ile karakterizedir. Pemfigus foliaceus (PF), eritroderminin nadir görülen bir sebebi olan otoimmün büllöz bir hastalıktır. Pemfigus gelişiminde tetikleyici faktörler arasında ultraviyole maruziyeti, skuamöz hücreli karsinom (SCC) gibi maligniteler, stres gibi pek çok faktöre ek olarak nadiren radyoterapi (RT) uygulanması da bildirilmiştir. İntravenöz immunoglobulin (İVİG), pek çok dermatolojik hastalıkta tedavi seçeneği olmasına ek olarak seçilmiş PF olgularında tercih edilebilir. Biz burada, bölgesel metastatik kutanöz SCC tedavisi sırasında uygulanan RT sonrası eritrodermiyle prezente olan ve İVİG tedavisine olumlu yanıt veren nadir bir PF vakasını sunduk.

OLGU:

44 yaşında kadın hasta; halsizlik, yorgunluk ve tüm vücutta yara şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın öyküsünde 6 hafta önce elde başlayan, zamanla tüm vücuda yayılan döküntü ve 2 gündür genel durumda bozulma mevcuttu. Hastanın tıbbi geçmişinde 2 yıl önce lenf nodu metastazı yapan SCC nedeniyle sağ bacak amputasyonu ve bu nedenle sonucusu 1 yıl önce olmak üzere RT ve KT tedavisi öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenede, tüm vücutta yaygın eritem, yer yer erozyonlarla birlikte skuamlar gözlemlendi. Hasta deri yüzeyinin %100'ünü kaplayan eritrodermi tablosundaydı. Mukozalar sağlamdı. Nikolsky belirtisi pozitif (ŞEKİL 1). Hastanın tetkiklerinde serumda akut faz reaktan yüksekliği, elektrolit imbalansı, Total IgE yüksekliğine ek olarak akut böbrek yetmezliği (ABY) ile uyumlu olacak şekilde böbrek fonksiyonlarında bozulma izlendi. Hastaya destek tedavileri ve 1 mg/kg/gün metilprednizolon intravenöz tedavisi başlandı. Hastadan alınan deri punch biyopsi örneklerinin histopatolojik incelemesinde, intraepidermal akantoz ve direkt immunfloresans incelemesinde interselüler alanda anormal IgG ve C3 birikimi görüldü. Hasta serumunda



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Desmoglein1 antikorunun da pozitif olmasıyla eritrodermik PF tanısı konuldu. Hastanın genel durum bozukluğu, geçirilmiş metastatik SCC ve RT öyküleri olması ve ABY'de bulunması nedeniyle, daha güvenli bir ajan olan 2 gr/kg İViG tedavisi başlandı. Hastanın İViG tedavisinden sonraki 4. haftada erozyon ve skuamları postinflamatuvar eritem ve hiperpigmentasyon ile belirgin geriledi (**ŞEKİL: 2**). Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ:

Eritrodermi hayatı tehdit eden, hızlı müdahale gerektiren bir dermatolojik acildir. En sık eritrodermi nedenleri arasında ilaç reaksiyonları, atopik dermatit gibi ekzema grubu hastalıklar, psoriasis ve kutanöz lenfomalar bulunur. PF, sıklıkla seboreik bölgeleri tercih eden eritematoz skuamlı ve krutlu plaklar şeklinde görülen ve desmogleinlere karşı gelişen otoantikorlarla karakterize otoimmün büllü bir hastalıktır. Eritrodermi ile başlayan PF olgusu oldukça azdır^{1,2,3,4,5}. PF etyolojisinde pek çok tetikleyici faktör bildirilmişse de RT ile ilişkili PF olguları da sınırlı sayıdadır. Tavakolpour ve ark.'nın çalışmasında RT'ye sekonder gelişen PF olgularında, RT uygulaması ile PF gelişimi arasındaki süre 1 hafta ile 1 yıl arasında olarak bildirilmiştir⁶. Literatürde bildirilmiş olan RT ile indüklenen toplam 7 PF olgusunun 5'i meme kanseri, 1'i timoma ve 1'i SCC nedeniyle RT almıştı^{7,8,9,10,11,12,13}. Bizim olgumuzun da metastatik kutanöz SCC nedeniyle 1 yıl önce RT tedavisi sonlandırılmıştı. İViG, PF için standart tedavi olmasa da gerekli olgularda PF hastalarında faydalı olduğuna dair yayınlar mevcuttur.^{14,15,16}.

Biz burada, RT uygulanan bölgesel metastatik bir kutanöz SCC olgusunda ilk bulgu olarak eritrodermiyle prezente olan ve IVIG tedavisine yanıt veren bir PF olgusu sunduk ve literatürü gözden geçirdik.

ANAHTAR KELİMELEER: Pemfigus foliaceus, Eritrodermi, İntravenöz immunoglobulin, Radyoterapi, Skuamöz hücreli karsinom

KAYNAKLAR: 1.Pal S, Haroon TS. Eritroderma: 90 vaka. Int J Dermatol. 1998;37:104-107.

2.Miyashiro D, Sanches JA. Erythroderma: 12 yıl. Sci Rep. 2020;10:9774.

3.Seegal VN, et al. Erythroderma/exfoliative dermatitis. Int J Dermatol. 2004;43:39-47.

4.Hans-Filho G, et al. Fogo selvagem. An Bras Dermatol. 2018;93(5):638-650.

5.Lepe K, et al. Pemphigus Foliaceus. StatPearls. 2023.

6.Tavakolpour S. Pemphigus tetikleyicileri. Arch Dermatol Res. 2018;310(2).

7.Ko M, et al. Radyasyon kaynaklı PF. JAAD Case Rep. 2024;52:80-84.

8.Liebman TN, et al. PF, radyasyon ve MG. Dermatol Online J. 2016;22(3):13030.

- 9.Tagami H, et al. Pemphigus, MG, timoma. Dermatologica. 1976;152(3):181-190.
- 10.Low GJ, Keeling JH. Radyasyon kaynaklı PF. Arch Dermatol. 1990;126(10):1319-1323.
- 11.Cianchini G, et al. RT kaynaklı PF. J Dermatolog Treat. 2006;17(4):244-246.
- 12.Ambay A, et al. Radyasyon kaynaklı PF. J Am Acad Dermatol. 2006;54(5 Suppl):251-252.
- 13.Inadomi T. RT sonrası PF. Indian J Dermatol. 2015;60(1):93-94.
- 14.Almeida HL Jr, et al. IVIG ile PF tedavisi. An Bras Dermatol. 2024;99(1):156-158.
- 15.Kawakami T, et al. IVIG ile PF tedavisi. J Dermatol. 2013;40(11):869-873.
- 16.Norikawa N, et al. Eritrodermik PF: 6 vaka. Case Rep Dermatol. 2022;14(3):258-263.7

ŞEKİL: 1



Tüm vücutta yaygın eritem, yer yer erozyon ve skuamları içeren % 100 eritrodermi

ŞEKİL: 2



İViG tedavisinden 4 hafta sonra lezyonların postinflamatuar eritem ve hiperpigmentasyon ile gerilemesi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-342][KABUL:POSTER]

AFYONKARAHİSAR İLİNDE KONTAKT DERMATİTLİ HASTALARDA DERİ YAMA TESTİ SONUÇLARI

Bahar Süncak, Gülhan Gürel

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana bilim Dalı, Afyonkarahisar

AMAÇ:

Alerjik kontakt dermatit (AKD), alerjen madde ile daha önceden duyarlanmış kişinin aynı madde ile sonraki temaslarında meydana gelen Tip IV (gecikmiş tip) reaksiyondur. Deri yama testi AKD tanısının konulması, nedenin belirlenmesi, hastalığın önlenmesi ve hastanın bilgilendirilmesi açısından değerli bir testtir. Çalışmamızın amacı AKD tanılı hastalarda farklı duyarlandırııcılara karşı pozitif reaksiyonların sıklığını belirlemek ve hastaların çeşitli klinik özellikleri ile test sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışmaya polikliniğimize Mayıs 2024- Mayıs 2025 tarihleri arasında başvuran AKD tanısı düşünülerek Avrupa standart serisi (ASS) ile deri yama testi yapılan 91 hasta dahil edildi. Hastaların verileri retrospektif olarak incelenerek cinsiyet, yaş, meslek, egzema lokalizasyonu, atopi öyküsü, ailede atopi öyküsü, gıda alerjisi, ilaç alerjisi ve deri yama testinde gözlenen reaksiyon bilgileri kaydedildi. Elde edilen veriler SPSS 26.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR:

91 hastadan 58'i (%63,7) kadın 33'ü (%36,3) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 32,70 yılı (10-69 yıl). Hastaların meslek grupları incelendiğinde en büyük grubu ev hanımları (%34,1) ve ikinci olarak öğrenciler (%29,7) oluşturmaktaydı. Hastaların 65'inde (%71,4) 1 veya daha fazla maddeye karşı pozitif reaksiyon saptanırken, 26 hastada (%28,5) herhangi bir maddeye karşı reaksiyon saptanmadı. Hastaların lezyonları en sık ellerde (%27,3) görülmekle birlikte, %14,3'ü bacaklarda, %13,6 'sı yüzde, %13 'ü kollarda, %8,42'ü göz kapağı çevresinde, %5,2 'si ayaklarda %1,9'unda ise tüm vücutta değişik bölgelere dağılmaktaydı. Atopi varlığı hastaların %63,7 'sinde vardı. Gıda alerjisi hastaların %8,8'inde varken, ilaç alerjisi öyküsü %2,2'sinde vardı. Ailede alerjik hastalık atopi öyküsü %20,9'unda mevcuttu. Hastaların deri yama test



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

sonuçları şu şekildeydi (Tablo 1'de belirtildi): Nikel sülfat %28,6, kobalt klorid %15,4, potasyum dikromat %11, p-fenilendiamin %11, metildibromoglutaronitril %11, metilizotiazolinon %9,9, klor metil izotiazolinon %7,7, benzisotiazolinon %6,6, paraben karışımı- formaldehit- koku karışımı 1 ve propolis %5,5, tiuram karışımı- kolofoni- lanolin alkol- peru balsamı- sodyum metabisülfat %4,4, neomisin sülfat- caine karışımı- hidroksietilmetakrilat- N-izopropil-N-fenil-1,4-fenilendiamin- merkaptomiks- merkaptobenzotiazol- koku karışımı 2 %3,3, tixocortol pivalat %2,2, butilfenolformaldehit reçineleri- seskiterpen lakton karışımı - budezonid %1,1 pozitifliği saptandı. Hastalarımızın hiçbirinde epoksi reçine karşı reaksiyon saptanmadı. Butilfenolformaldehit reçineleri, seskiterpen lakton karışımı ve budezonid nadir alerjen olarak saptandı. Atopi öyküsü olan olgularda nikel sülfat ve metildibromoglutaronitril pozitifliğinin daha fazla görüldüğü saptandı. Ailede atopi öyküsü olan olgularda neomisin sülfat ve hidroksietilmetakrilat alerjenlerine karşı duyarlılığın belirgin şekilde yüksek olduğu görüldü. En sık reaksiyon gözlenen alerjenler sırasıyla kadınlarda nikel sülfat, kobalt klorit ve potasyum dikromat iken, erkeklerde nikel sülfat, metildibromoglutaronitril ve benzisotiazolinon şeklindeydi. Benzisotiazolinon erkeklerde anlamlı derecede daha fazla pozitif olarak saptandı. Tablo 2'de en sık pozitif reaksiyon veren alerjenler ve cinsiyete göre dağılımı verilmiştir.

SONUÇ:

İlimizde daha önce benzer bir çalışma yapılmamış olması nedeni ile deri yama testi uygulanan hastalarda elde ettiğimiz bu sonuçların, bölgemizin alerjen özelliklerini ortaya çıkarması açısından yararlı olabileceğini düşünüyoruz.

ANAHTAR KELİMELEER: Alerjik kontakt dermatit, Avrupa standart serisi, deri yama testi, egzema

KAYNAKLAR: 1. Doğramacı AÇ, Gürer MA: Kontakt Dermatitli Hastalarda Yama Testi

Sonuçları: Beş Yıllık Retrospektif Çalışma. Turk Klin J Dermatol 2008;18:215-22.

2. Buckley DA, Rycroft RJ, White IR, McFadden JP: The frequency of fragrance allergy in patch-tested patients increases with their age. Br J Dermatol 2003;149:986-9.

3. Akyol A, Boyvat A, Peksari Y, Gürgey E. Contact sensitivity to standart series allergens in 1038 patients with Contact Dermatitis in Turkey 2005;52: 333-7.

4. Önder M: Alerjik kontakt dermatitler. Turkderm 2009;43:3-9.

5. Ada, Simin, et al. "Alerjik kontakt dermatit tanısıyla deri yama testi yapılan 775 hastanın sonuçları." (2010): 187-192.

6. Sendur, N., et al. "Kontakt dermatitli 100 hastanın yama testi sonuclarinin



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

değerlendirilmesi." T Klin Dermatoloji 11.1 (2001): 1-15.

7. Davis, Mark DP, et al. "Changing trends and allergens in the patch test standard series: a Mayo Clinic 5-year retrospective review, January 1, 2001, through December 31, 2005." Archives of dermatology 144.1 (2008): 67-72.

8. Demirgüneş, Fatma Elif, et al. "Deri yama testi: daha az madde içeren ön yama testi serisi daha pratik olabilir mi?." (2007): 7-10.

9. Uçar-Tavlı, Yeliz, et al. "BEŞ YILLIK YAMA TESTİ SONUÇLARIMIZ." Genel Tıp Dergisi 22.1 (2012): 16-20.

10. Koca, Rafet, et al. "Batı Karadeniz Bölgesinde alerjik kontakt dermatitli olgularda yama testi sonuçları: Beş yıllık retrospektif çalışma." (2011): 198-202.

11. Ertam, Ilgen, Meltem Turkmen, and Sibel Alper. "Patch-test results of an academic department in Izmir, Turkey." DERM 19.4 (2008): 213-215.

12. Kashani, Mansour Nassiri, et al. "Allergic contact dermatitis in Iran." Contact dermatitis 52.3 (2005): 154-158.

13. Çölgeçen Özel, Emine, and Kemal Özyurt. "Yozgat ilinde alerjik kontakt dermatitli olgularda yama testi sonuçları." (2013): 161-165.

14. Çalka, Ömer, et al. "Türkiyenin doğusunda kontakt dermatitli hastalarda deri yama testi sonuçları." (2011): 19-23.

15. Bajaj, AK, ve diğerleri. "1000 hastada yama testi deneyimi." Hindistan dermatoloji, venereoloji ve leproloji dergisi 73 (2007): 313.

16. Akasya-Hillenbrand, Esra, and Esen Özkaya-Bayazit. "Patch test results in 542 patients with suspected contact dermatitis in Turkey." Contact dermatitis 46.1 (2002): 17-23.

17. Uter, Wolfgang, et al. "Contact allergy to fragrances: current patch test results (2005–2008) from the Information Network of Departments of Dermatology." Contact Dermatitis 63.5 (2010): 254-261.

18. Su, Özlem, et al. "Alerjik kontakt dermatit/mukoziti olan hastaların yama testi sonuçları." (2008): 13-17.

TABLO 1. DERİ YAMA TESTİ SONUÇLARI

Alerjen	Reaksiyon görülen hasta sayısı	%
Potasyum dikromat	10	11



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

p-Fenilendiamin	10	11
Tiuram karışımı	4	4,4
Neomisin sülfat	3	3,3
Kobalt klorid	14	15,4
Caine karışımı	3	3,3
Nikel sülfat	26	28,6
HEMA*	3	3,3
Kolofoni	4	4,4
Paraben karışımı	5	5,5
IPPD*	3	3,3
Lanolin alkol	4	4,4
Merkapto miks	3	3,3
Epoksi reçin	0	0
Peru balsamı	4	4,4
Butilfenolformaldehit reçineleri	1	1,1
MBT*	3	3,3
Formaldehit	5	5,5
Koku karışımı 1	5	5,5
Seskiterpenlakton karışımı	1	1,1
Sodyum metabisülfid	4	4,4
Propolis %10	5	5,5



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Klor metil izotiazolinon	7	7,7
Budezonid	1	1,1
Tixocortol pivalat	2	2,2
Metildibromoglutaronitril	10	11
Koku karışımı 2	3	3,3
Metilizotiazolinon	9	9,9
Benzisotiazolinon	6	6,6

*HEMA:Hidroksietilmetakrilat, IPPD: N-İzopropil-N-fenil-1,4-fenilendiamin, MBT: Merkaptobenzotiazol

TABLO2. EN SIK POZİTİF REAKSİYON VEREN ALERJENLER VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

Alerjen	Kadın (%)	Erkek (%)	p
Nikel sülfat	20 (34,5)	6 (18,2)	0,098
Benzisotiazolinon	1 (1,7)	5 (15,2)	0,013*
Kobalt klorit	11 (19,0)	3 (9,1)	0,209
Potasyum dikromat	8 (13,8)	2 (6,1)	0,257
MDBGN**	5 (8,6)	5 (15,2)	0,338

*Ki-kare testi, $p < 0,05$ **metildibromoglutaronitril



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-343][KABUL:POSTER]

**LİKEN PLANUS BENZERİ KERATOZUN DÜZ VE PAPİLLOMATÖZ TİPLERİNİN DERMOSKOPİK
ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: RETROSPEKTİF BİR İNCELEME**

Esin Kaplan¹, Esma İnan Yüksel¹, Ayliz Akbulut¹, Vildan Manav¹, Cem Leblebici², Ayşe Esra Koku Aksu¹

¹İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Deri ve Zürevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Liken planus benzeri keratoz (LPLK), sıklıkla solar lentigo veya seboreik keratoz zemininde gelişen, benign fakat klinik ve dermoskopik olarak lentigo maligna ile karışabilen bir tablodur. LPLK lezyonları düz ve papillomatöz özellik gösterebilir. Düz lezyonlara ait dermoskopik bulgular tanımlanmış olmakla birlikte, papillomatöz lezyonlara ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, histopatolojik olarak doğrulanmış LPLK olgularının düz ve papillomatöz fenotiplerinin dermoskopik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bu çalışma, 2015-2025 yılları arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiş olup, histopatolojik olarak doğrulanmış LPLK tanısı alan 64 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Lezyonlar klinik görünümüne göre düz ve papillomatöz olarak iki gruba ayrıldı. Dermoskopik olarak gri nokta, psödoag yapısı, milia benzeri kistler, papillomatöz yüzey, pembe arka plan, damar yapısı, simetri, mavi-gri peçe, polimorf damarlar, baskın damar yapısı, krut/ülser varlığı, beyaz yapısız alan parametreleri analiz edildi. İstatistiksel değerlendirme için Ki-kare testi, Fisher'ın kesin testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı.

BULGULAR:

Erkek/kadın oranı 1:1,16 olup (Kadın: %53,1, Erkek: %46,9), tanı konulduğunda ortalama yaş 60,3 idi. En sık etkilenen bölge yüzdü (44 olgu, %67,7); bunu gövde (%15,4), ekstremiteler (%15,4), boyun (%1,5), izledi. Ortalama lezyon süresi 4,9 yıl (dağılım: 1-15 yıl) idi.

Düz fenotipte (n=37) gri nokta sıklığı %89,1 iken, papillomatöz tipte (n=27) bu oran %51,9 idi (p<0,01). Düz fenotipte psödoag yapısı %43,2 iken, papillomatöz tipte %11,1 olarak saptandı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

($p=0,01$).

Papillomatöz lezyonlarda polimorfik damar yapısı (%29,6), düz lezyonlara (%8,1) göre daha sıkı ($p<0,05$).

1 yıl ve daha kısa süreli lezyonlarda yapısız beyaz alan görülme oranı %6,7 iken, 1 yıldan uzun süreli lezyonlarda bu oran %35,3 idi ($p<0,01$). Klinik tip ile yapısız beyaz alan varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

SONUÇ:

Liken planus benzeri keratoz lezyonlarında fenotipik farklılıklar dermoskopik özelliklere yansımaktadır. Düz tipte gri nokta sıklığı belirgin şekilde yüksekken, papillomatöz tipte vasküler yapılar daha baskındır. Lezyon süresi arttıkça yapısız beyaz alan görülme oranı da artmakta, bu durum fibrozis ile ilişkili olabilir. Bu çalışma, LPLK'nin fenotipik varyasyonlarına göre dermoskopik özelliklerinin değişebileceğini göstererek literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Liken Planus Benzeri Keratoz, Likenoid keratoz, Dermoskopi, Düz ve Papillomatöz Lezyon

- KAYNAKLAR:** 1. Laur WE, Posey RE, Waller JD. Lichen planus-like keratosis: a clinicopathologic correlation. J Am Acad Dermatol. 1981;4:329–336.
2. Shapiro L, Ackerman AB. Solitary lichen planus-like keratosis. Dermatologica. 1966;132:386–392.
3. Cohen HJ. Lichen planus-like keratosis. Cutis. 1979;23:194–197.
4. Scott MA, Johnson WC. Lichenoid benign keratosis. J Cutan Pathol. 1976;3:217–221.
5. Goette DK. Benign lichenoid keratosis. Arch Dermatol. 1980;116:780–782.
6. Glaun RS, Dutta B, Helm KF. A proposed new classification system for lichenoid keratosis. J Am Acad Dermatol. 1996;35:772–774.
7. Berger TG, Graham JH, Goette DK. Lichenoid benign keratosis. J Am Acad Dermatol. 1984;11:635–638.
8. Ackerman AB, Shapiro L. Lichen planus-like keratosis. Arch Dermatol. 1970;101:705.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-344][KABUL:POSTER]

HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA HASTALARININ SERUM İL-32 VE İL-36 SEVİYELERİNİN ÖLÇÜLMESİ

İdris Demir¹, Serhat İnalöz²

¹kilis devlet hastanesi

²gaziantep üniversitesi

GİRİŞ-AMAÇ:

Hidradenitis süpürativa hastalığı kronik, inflamatuvar hücre cevabı ve sitokin aktivasyonu ile karakterize, rekürren bir deri hastalığıdır. Patogenezi henüz iyi anlaşılmamıştır. Çoğu çalışmada interlökin ve sitokinlerin potansiyel rolü üzerinde durulmuştur. Bu çalışma ile amacımız hidradenitis süpürativa hastalarının özellikle daha önce az çalışılan serum IL-32 ve IL-36 seviyelerinin ölçülüp normal populasyonla karşılaştırıp hastalık patogenezinde rolünü ortaya koymak, bilimsel çalışmalara katkı sağlamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Ağustos 2020-Temmuz 2021 tarihleri arasında başvuran ve hidradenitis süpürativa hastalığına sahip, daha önce biyolojik ajan kullanmayan, 18-65 yaş aralığında, gebe olmayan, emzirmeyen 30 hasta ve Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Ağustos 2020-Temmuz 2021 tarihleri arasında başvuran herhangi bir kronik hastalığı olmayan, gebe olmayan, emzirmeyen 18-65 yaş arası 20 sağlıklı gönüllü dâhil edildi. Hasta ve gönüllülerden alınacak 10 mililitrelik kandan serum ayrıştırdıktan sonra ELISA yöntemi ile IL-32 ve IL-36 seviyeleri ölçülüp karşılaştırıldı.

BULGULAR:

Hasta grubunda (I. grup) IL-36 ortalaması $150,42 \pm 46,68$ iken kontrol grubunda (II. grup) $81,38 \pm 57,85$ olarak saptanmıştır. Hasta grubu ile kontrol grubu arasında IL-36 seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$). IL-32 seviyeleri ise I. grupta ortalama $11,37 \pm$



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

9,38 saptanırken II. grupta $5,8 \pm 2,91$ olarak saptanmıştır. I. grupta II. grup arasında IL-32 seviyeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,004$).

SONUÇ:

Sonuç olarak ELISA yöntemiyle ölçülen serum IL-32 ve IL-36 seviyeleri hidradenitis süpürativa hastalarında normal popülasyona göre daha yüksek bulundu.

ANAHTAR KELİMELEER: Hidradenitis Süpürativa, IL-32, IL-36

- KAYNAKLAR:** 1) Hayran Y, Allı N, Yücel Ç ve diğerleri. Serum IL-36 α , IL-36 β , and IL-36 γ levels in patients with hidradenitis suppurativa: association with disease characteristics, smoking, obesity, and metabolic syndrome. Archives of Dermatological Research 2019: <https://doi.org/10.1007/s00403-019-02012-w>
- 2) Vazquez BG, Alikhan A, Weaver AL, Wetter DA, Davis MD. Incidence of hidradenitis suppurativa and associated factors: a population-based study of Olmsted County, Minnesota. J Invest Dermatol. 2013; 133; 97–103.
- 3) Bettoli V, Manfredini M, Calamo G ve diğerleri. Long-term adalimumab treatment of hidradenitis suppurativa: Results and practical insights from a real-life experience. Dermatol Ther. 2018; 31; e1273.
- 4) Kohorst JJ, Kimball AB, Davis MD. Systemic associations of hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol. 2015; 73; S27–S35.
- 5) Pink AE, Simpson MA, Desai N, Trembath RC, Barker JNW. Gamma secretase mutations in hidradenitis suppurativa: new insights into disease pathogenesis. J Invest Dermatol. 2013; 133; 601–607.
- 6) Revuz JE, Canoui-Poittrine F, Wolkenstein P ve diğerleri. Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: results from two case-control studies. J Am Acad Dermatol. 2008; 59; 596–601.
- 7) Dréno B, Khammari A, Brocard A ve diğerleri. Hidradenitis suppurativa: the role of deficient cutaneous innate immunity. Arch Dermatol. 2012; 148; 182–186.
- 8) Hessam S, Sand M, Gambichler T, Bechara FG (2015) Correlation of inflammatory serum markers with disease severity in patients with hidradenitis suppurativa (HS). J Am Acad Dermatol. 2015 73; 998–1005.
- 9) Matusiak Ł, Szczęch J, Bieniek A, Nowicka-Suszkó D, Szepietowski JC



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

(2017) Increased interleukin (IL)-17 serum levels in patients with hidradenitis suppurativa: implications for treatment with anti-IL-17 agents. *J Am Acad Dermatol.* 2017; 76; 670–675.

10) Moran B, Sweeney CM, Hughes R ve diğerleri. Hidradenitis suppurativa is characterized by dysregulation of the Th17: treg cell axis, which is corrected by anti-TNF therapy. *J Investig Dermatol.* 2017; 137; 2389–2395.

11) van der Zee HH, de Ruiter L, van den Broecke DG, Dik WA, Laman JD, Prens EP. Elevated levels of tumour necrosis factor (TNF)- α , interleukin (IL) 1 β and IL-10 in hidradenitis suppurativa skin: a rationale for targeting TNF- α and IL-1 β . *Br J Dermatol.* 2011; 164; 1292–1298.

12) Blumberg H, Dinh H, Trueblood ES ve diğerleri. Opposing activities of two novel members of the IL-1 ligand family regulate skin inflammation. *J Exp Med.* 2007; 204; 2603–2614.

13) Chustz RT, Nagarkar DR, Poposki JA ve diğerleri. Regulation and function of the IL-1 family cytokine IL-1F9 in human bronchial epithelial cells. *Am J Respir Cell Mol Biol.* 2011; 45; 145–153.

14) Mattii M, Ayala F, Balato N ve diğerleri. The balance between pro- and anti-inflammatory cytokines is crucial in human allergic contact dermatitis pathogenesis: the role of IL-1 family members. *Exp Dermatol.* 2013; 22; 813–819.

15) Boutet MA, Bart G, Penhoat M ve diğerleri. Distinct expression of interleukin (IL)-36 α , β and γ , their antagonist IL-36Ra and IL-38 in psoriasis, rheumatoid arthritis and Crohn's disease. *Clin Exp Immunol.* 2016; 184; 159–166.

16) D'Erme AM, Wilsmann-Theis D, Wagenpfeil J ve diğerleri. IL-36 γ (IL-1F9) is a biomarker for psoriasis skin lesions. *J Investig Dermatol.* 2015; 135; 1025–1032.

17) Mai SZ, Li CJ, Xie XY ve diğerleri. Increased serum IL-36 α and IL-36 γ levels in patients with systemic lupus erythematosus: association with disease activity and arthritis. *Int Immunopharmacol.* 2018; 58; 103–108.

18) Di Caprio R, Balato A, Caiazza G ve diğerleri. IL-36 cytokines are increased in acne and hidradenitis suppurativa. *Arch Dermatol Res.* 2017; 309; 673–678.

19) Thomi R, Kakeda M, Yawalkar N, Schlapbach C, Hunger RE. Increased expression of the interleukin-36 cytokines in lesions of hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017; 31; 2091–209.

20) You-Jung Ha, Jin-Su Park, Mi-il Kang ve diğerleri. Increased serum interleukin-32 levels in patients with Behcet's disease. *international Journal of*



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Rheumatic Diseases 2017: 21(12); 2167-2174.

21) Young Sik Choi, Sinae Kim, Young Sang Oh ve diğerleri. Elevated serum interleukin-32 levels in patients with endometriosis: A cross-sectional study. 2019: 82(2); e13149.

22) Yvette J.E, Smitt J.W. Insights into the role of IL-32 in cancer. Semin Immunol. 2018: Aug;38:24-32.

23) Kim S. Interleukin-32 in Inflammatory Autoimmune Diseases. Immune Network 2014; 14(3): 123-127.

24) Thomi R, Kakeda M, Yawalkar N, Schlapbach C, Hunger RE. Interleukin 32 is highly expressed in lesions of hidradenitis suppurativa Br J Dermatol 2017;177(5): 1358-1366.

25) Chren MM, Lasek RJ, Sahay AP, Sands LP. Measurement properties of Skindex-16: a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. J Cutan Med Surg. 2001: 5; 105.

26) Ingram JR, Collier F, Brown D ve diğerleri. British Association of Dermatologists guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018. Br J Dermatol. 2019: 180; 1009.

27) Jemec GB. Clinical practice. Hidradenitis suppurativa. N Engl J Med. 2012: 366; 158.

28) von Laffert M, Helmbold P, Wohlrab J ve diğerleri. Hidradenitis suppurativa (acne inversa): early inflammatory events at terminal follicles and at interfollicular epidermis. Exp Dermatol. 2010: 19; 533.

29) Danby FW, Jemec GB, Marsch WCh, von Laffert M. Preliminary findings suggest hidradenitis suppurativa may be due to defective follicular support. Br J Dermatol. 2013: 168; 1034.

30) Pink AE, Simpson MA, Desai N. γ -Secretase mutations in hidradenitis suppurativa: new insights into disease pathogenesis. J Invest Dermatol. 2013: 133; 601.

31) Netea MG, Lewis EC, Azam T ve diğerleri. Interleukin 32 induces the differentiation of monocytes into macrophage-like cells. Proc Natl Acad Sci USA. 2008: 105; 3515–20.

32) Kim SH, Han SY, Azam T ve diğerleri. Interleukin-32: a cytokine and inducer of TNF α . Immunity. 2005: 22; 131– 42.

33) Netea MG, Azam T, Ferwerda G ve diğerleri. IL-32 synergizes with nucleotide oligomerization domain (NOD) 1 and NOD2 ligands for IL-1 β and IL-6 production through a caspase 1-dependent mechanism. Proc Natl Acad Sci USA. 2005: 102; 16309–14.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- 34) Bridgewood C, Stacey M, Alase A, Lagos D, Graham A, Wittmann M. IL 36γ has proinflammatory effects on human endothelial cells. *Exp Dermatol*. 2017; 26; 402–408.
- 35) Vigne S, Palmer G, Martin P ve diğerleri. IL-36 signaling amplifies Th1 responses by enhancing proliferation and Th1 polarization of naive CD4+ T cells. *Blood*. 2012; 120; 3478–3487.
- 36) Żebrowska A, Woźniacka A, Juczyńska K ve diğerleri. Correlation between IL36α and IL17 and activity of the disease in selected autoimmune blistering diseases. *Mediat Infamm* 2017:8980534
- 37) Otake S, Sugaya M, Nakajima R ve diğerleri. Increased interleukin36γ expression in skin and sera of patients with atopic dermatitis and mycosis fungoides/Sézary syndrome. *J Dermatol*. 2018; 45; 468–471.
- 38) Boutet MA, Bart G, Penhoat M ve diğerleri. Distinct expression of interleukin (IL)-36α, β and γ, their antagonist IL-36Ra and IL-38 in psoriasis, rheumatoid arthritis and Crohn's disease. *Clin Exp Immunol*. 2016; 184;159 173.
- 39) Tortola L, Rosenwald E, Abel B ve diğerleri (2012) Psoriasiform dermatitis is driven by IL-36-mediated DC-keratinocyte crosstalk. *J Clin Investig* 122:3965–3976
- 40) van Asseldonk EJ, Stienstra R, Koenen TB ve diğerleri. The effect of the interleukin-1 cytokine family members IL-1F6 and IL-1F8 on adipocyte differentiation. *Obesity (Silver Spring)*. 2010; 18; 2234–2236



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-345][KABUL:POSTER]

BÜLLÖZ PEMFİGOİD TANILI HASTALARIN KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNİN VE OLASI TETİKLEYİCİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Okan Kapan, İbrahim Etem Arıca, Arzu Ferhatosmanoğlu, Leyla Baykal Selçuk, Deniz Aksu Arıca

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ:

Büllöz pemfigoid (BP) hastalığının insidansı gerek hastalığa ve hastalığın atipik formlarına dair farkındalık ile bilgi düzeyinin artması, gerekse global nüfusun giderek yaşlanması nedeni ile artmaktadır. Hastalık genelde “yaşlı” olarak nitelendirilebilen grubu etkilediğinden; yaş, komorbiditeler, tetikleyiciler, hastalığın yaygınlığı gibi birçok faktör tedavi seçimini etkilemektedir. Bu açıdan kliniğimize başvurmuş ve büllöz pemfigoid tanısı almış hastaların geçmiş verilerini inceleyerek büllöz pemfigoid hastalarının değerlendirilmesinde ve tedavi seçimlerinde neleri daha iyi yapabileceğimizi öğrenmeyi ve literatüre bu yönde katkı sağlamayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Çalışma T.C. Karadeniz Teknik Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından tek merkezli olarak yürütülmüştür. Kliniğimize Eylül 2005 ile Aralık 2024 arasında başvuran, klinik ve/veya histopatolojik olarak büllöz pemfigoid (L12.0) tanısı almış toplam 118 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri ve hastalık süresi, ek hastalıkları, kullanmakta olduğu ilaçlar, hastalık yaygınlığı, mukozal tutulum varlığı, tetikleyiciler, histopatolojik özellikleri, immünfloresans birikim özellikleri, kaşıntı varlığı gibi klinik özellikleri analiz edilmiştir. Bu bilgiler her hasta için oluşturulmuş standart hasta veri formuna kaydedilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmamıza dahil edilen hastaların 82’si (%69.50) kadın, 36’sı (%31.50) erkekti. Genel yaş ortalaması 73.80 ± 12.99 idi. Komorbidite açısından en sık görülenler hipertansiyon (HT) ve diabetes mellitus (DM) idi. Hastaların 55’inde (%49.10) HT, 49’unda (%43.75) DM mevcuttu. Kadın hastalarda ortalama hastalık süresi 20.84 ± 51.54 ay, erkeklerde 20.71 ± 82.86 ay olarak bulundu. Kadınlarda hastalık süresi anlamlı derecede daha uzundu ($p=0.036$).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

100 hastada (%84.74) jeneralize tutulum, 18 hastada (%15.26) lokalize tutulum görüldü. 14 hastada (%11.8) mukozal tutulum mevcuttu. 106 hastada tetikleyici analizi yapıldı; 27 hastada (%25.5) ilaçla (gliptin), 4 hastada (%3.8) enfeksiyonla tetiklenme görüldü. 75 hastada (%70.8) tetikleyici yoktu veya belirlenemedi. En sık başlanan tedaviler topikal kortikosteroidler, sistemik steroidler ve tetrasiklinlerdi. Demanslı hastaların anlamlı derecede daha yaşlı olduğu görüldü ($p=0.004$). İmmün birikim ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmadı. IgG birikimi ile DM arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0.012$). Demanslı bireylerde mukozal tutulumun daha az olduğu belirlendi ($p=0.035$). İlaçla tetiklenen hastaların yaş ortalaması diğer gruplarla benzerdi ($p=0.445$). Bu hastaların 23'ü jeneralize, 4'ü lokalize tutulumuna sahipti. Gliptin ile mukozal tutulum arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0.093$).

SONUÇ:

BP tanılı hastaların çoğunluğunu kadınlar (%69.50) oluşturmakta olup, ortalama yaş 73.80 ± 12.99 'dur. En sık görülen komorbiditeler HT ve DM'dir. Hastalık süresi kadınlarda daha uzundur ($p=0.036$). Tutulum genellikle jeneralizedir; mukozal tutulum %11.8 oranındadır. Gliptin ile tetiklenen vakalar %25.5 oranında olup, yaş ve tutulum paterni açısından diğer gruplardan farklılık göstermemektedir. Demanslı hastalar daha ileri yaşta olup, mukozal tutulum daha az görülmektedir ($p=0.035$). IgG birikimi ile DM varlığı arasındaki anlamlı ilişki dikkat çekicidir ($p=0.012$). Komorbiditeler, tutulum şekli ve olası tetikleyiciler tedavi yaklaşımını etkileyebilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Bullöz pemfigoid, vezikülobullöz, komorbidite

KAYNAKLAR: 1. Miyamoto D, Santi CG, Aoki V, Maruta CW. Bullous pemphigoid. An Bras Dermatol. 2019 Mar 1;94(2):133–46.

2. Vaillant L, Bernard P, Joly P, Prost C, Labeille B, Bedane C, et al. Evaluation of clinical criteria for diagnosis of bullous pemphigoid. French Bullous Study Group. Arch Dermatol [Internet]. 1998 Sep [cited 2025 Feb 26];134(9):1075–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9762017/>

3. Didona D, Schmidt MF, Maglie R, Solimani F. Pemphigus and pemphigoids: Clinical presentation, diagnosis and therapy. J Dtsch Dermatol Ges [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2025 Jan 11];21(10):1188–209. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37587612/>

4. Khandpur S, Verma P. Bullous pemphigoid. Indian J Dermatol Venereol Leprol [Internet]. 2011 Jul [cited 2025 Jan 11];77(4):450–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21727692/>

5. Lamb PM, Abell E, Tharp M, Frye R, Deng JS. Prodromal bullous pemphigoid. Int J



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Dermatol. 2006 Mar;45(3):209–14.

6. Borradori L, Murrell DF, Hall RP. Bullous Pemphigoid (Cutaneous Pemphigoid): The Spectrum of Clinical Presentations. Blistering Diseases: Clinical Features, Pathogenesis, Treatment [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2025 Feb 17];335–42. Available from:

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-45698-9_31

7. Patel PM, Amber KT, Borradori L. Bullous Pemphigoid. Diseases of the Oral Mucosa: Study Guide and Review [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2025 Feb 17];223–34. Available from:

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-82804-2_21

8. Langan SM, Smeeth L, Hubbard R, Fleming KM, Smith CJP, West J. Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris--incidence and mortality in the UK: population based cohort study. BMJ [Internet]. 2008 Jul 19 [cited 2025 Jan 16];337(7662):160–3. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18614511/>

9. Joly P, Baricault S, Sparsa A, Bernard P, Bédane C, Duvert-Lehembre S, et al. Incidence and Mortality of Bullous Pemphigoid in France. J Invest Dermatol [Internet]. 2012 [cited 2025 Jan 16];132(8):1998–2004. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22418872/>

10. Rosi-Schumacher M, Baker J, Waris J, Seiffert-Sinha K, Sinha AA. Worldwide epidemiologic factors in pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid. Front Immunol [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 20];14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37180132/>

11. Persson MSM, Begum N, Grainge MJ, Harman KE, Grindlay D, Gran S. The global incidence of bullous pemphigoid: a systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2024 Dec 24];186(3):414–25. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34480482/>

12. Persson MSM, Harman KE, Vinogradova Y, Langan SM, Hippisley-Cox J, Thomas KS, et al. Incidence, prevalence and mortality of bullous pemphigoid in England 1998–2017: a population-based cohort study. British Journal of Dermatology. 2021 Jan 1;184(1):68–77.

13. Cole C, Vinay K, Borradori L, Amber KT. Insights Into the Pathogenesis of Bullous Pemphigoid: The Role of Complement-Independent Mechanisms. Front Immunol [Internet]. 2022 Jul 7 [cited 2025 Jan 9];13:912876. Available from: www.frontiersin.org

14. Kasperkiewicz M, Zillikens D. The pathophysiology of bullous pemphigoid. Clin Rev Allergy Immunol. 2007 Oct;33(1–2):67–77.

15. Hoang MP. Immunobullous Disorders. Immunohistochemistry in Diagnostic Dermatopathology [Internet]. 2017 Nov 4 [cited 2025 Feb 17];224–47. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/immunohistochemistry-in-diagnostic-dermatopathology/immunobullous-disorders/BD0959BED2CB83B06648252E781FF7A6>

16. Sitaru C. Bullous pemphigoid: A prototypical antibody-mediated organ-specific autoimmune disease. Journal of Investigative Dermatology. 2009;129(4):822–4.

17. Stavropoulos PG, Soura E, Antoniou C. Drug-induced pemphigoid: a review of the



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

literature. Vol. 28, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. Blackwell Publishing Ltd; 2014. p. 1133–40.

18. Lütgerath C, Sadik CD, van Beek N. [Trigger factors associated with bullous autoimmune dermatoses]. *Dermatologie* (Heidelberg, Germany) [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2024 Dec 24];74(12):948–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37943295/>

19. Venning VA, Wojnarowska F. Induced bullous pemphigoid. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 1995 May 1 [cited 2025 Feb 2];132(5):831–2. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2133.1995.tb00739.x>

20. Moro F, Fania L, Sinagra JLM, Saleme A, Di Zenzo G. Bullous Pemphigoid: Trigger and Predisposing Factors. *Biomolecules* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2025 Jan 16];10(10):1–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33050407/>

21. Adverse Drug Reaction Probability Scale (Naranjo) in Drug Induced Liver Injury. *LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury* [Internet]. 2019 May 4 [cited 2025 Jan 12]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK548069/>

22. Rezende de Menezes R, Graciano Silva M das D, Pinho Ribeiro AL, Martins Pinto Filho M, Martinho GH, Carvalho Ferreira LE, et al. Causality assessment of adverse drug reactions by applying a global introspection method in a high complexity hospital. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*. 2021 Sep 1;3:100064.

23. de Nicolas-Ruanes B, Ballester-Martinez A, Garcia-Mouronte E, Berna-Rico E, Azcarraga-Llobet C, Fernandez-Guarino M. From Molecular Insights to Clinical Perspectives in Drug-Associated Bullous Pemphigoid. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Dec 20];24(23). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38069109/>

24. Verheyden MJ, Bilgic A, Murrell DF. A systematic review of drug-associated bullous pemphigoid. *Acta Derm Venereol*. 2020 Aug 1;100(15):1–9.

25. Ruocco V, Sacerdoti G. Pemphigus and bullous pemphigoid due to drugs. *Int J Dermatol* [Internet]. 1991 [cited 2025 Jan 19];30(5):307–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1829722/>

26. Bullous pemphigoid in an 11-year-old boy - PubMed [Internet]. [cited 2025 Jan 19]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4914266/>

27. Park KY, Kim BJ, Kim MN. Amlodipine-associated bullous pemphigoid with erythema multiforme-like clinical features. *Int J Dermatol* [Internet]. 2011 May [cited 2025 Jan 19];50(5):637–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21506992/>

28. Lee JJ, Downham TF. Furosemide-induced bullous pemphigoid: case report and review of literature. *J Drugs Dermatol* [Internet]. 2006 Jun 1 [cited 2025 Jan 19];5(6):562–4. Available from: <https://europepmc.org/article/med/16774111>

29. Bullous pemphigoid-like lesions induced by phenacetin. Report of a case and an immunopathologic study - PubMed [Internet]. [cited 2025 Jan 19]. Available from:



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6383223/>

30. Patsatsi A, Vyzantiadis TA, Chrysomallis F, Devliotou-Panagiotidou D, Sotiriadis D.

Medication history of a series of patients with bullous pemphigoid from northern Greece - observations and discussion. *Int J Dermatol* [Internet]. 2009 [cited 2025 Jan 19];48(2):132–5.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19200186/>

31. RUOCCO V, SATRIANO RA, GUERRERA V. “Two-step” pemphigus induction by ACE-inhibitors. *Int J Dermatol* [Internet]. 1992 [cited 2025 Jan 19];31(1):33–6. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1737686/>

32. “Two-step” drug-induced bullous pemphigoid - PubMed [Internet]. [cited 2025 Jan 19].

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9888338/>

33. Walsh SRA, Hogg D, Mydlarski PR. Bullous pemphigoid: from bench to bedside. *Drugs* [Internet]. 2005 [cited 2025 Jan 19];65(7):905–26. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15892587/>

34. Pemphigus provoked by D(-)penicillamine. An experimental approach using in vitro tissue cultures - PubMed [Internet]. [cited 2025 Jan 19]. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7084544/>

35. Durdu M, Baba M, Sekin D. A case of bullous pemphigoid induced by aspirin. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2011 [cited 2025 Jan 19];65(2):443–4. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21763579/>

36. Vassileva S. Drug-induced pemphigoid: bullous and cicatricial. *Clin Dermatol* [Internet]. 1998 [cited 2025 Jan 19];16(3):379–87. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9642531/>

37. Brenner S, Ruocco V, Ruocco E, Srebrnik A, Goldberg I. A possible mechanism for phenol-induced pemphigus. *Skinmed* [Internet]. 2006 [cited 2025 Jan 19];5(1). Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16522979/>

38. Hazaz B, David M, Ingber A, Sandbank M. Bullous pemphigoid mimicking bullous erythema multiforme: an untoward side effect of penicillins. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1988 [cited 2025 Jan 19];18(2 Pt 1):345–9. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2964460/>

39. Kirby M, Yu DMT, O’Connor SP, Gorrell MD. Inhibitor selectivity in the clinical application of dipeptidyl peptidase-4 inhibition. *Clin Sci (Lond)* [Internet]. 2009 [cited 2025 Feb 16];118(1):31–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19780719/>

40. Yoshiji S, Murakami T, Harashima SI, Ko R, Kashima R, Yabe D, et al. Bullous pemphigoid associated with dipeptidyl peptidase-4 inhibitors: A report of five cases. *J Diabetes Investig* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2025 Jan 16];9(2):445–7. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28520234/>

41. Béné J, Moulis G, Bennani I, Auffret M, Coupe P, Babai S, et al. Bullous pemphigoid and



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

dipeptidyl peptidase IV inhibitors: a case-noncase study in the French Pharmacovigilance Database. *Br J Dermatol* [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 16];175(2):296–301. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27031194/>

42. Plaquevent M, Tétart F, Fardet L, Ingen-Housz-Oro S, Valeyrie-Allanore L, Bernard P, et al. Higher Frequency of Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor Intake in Bullous Pemphigoid Patients than in the French General Population. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2025 Jan 16];139(4):835–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30543900/>

43. Di Zenzo G, della Torre R, Zambruno G, Borradori L. Bullous pemphigoid: from the clinic to the bench. *Clin Dermatol* [Internet]. 2012 Jan [cited 2025 Jan 16];30(1):3–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22137222/>

44. Varpuluoma O, Försti AK, Jokelainen J, Turpeinen M, Timonen M, Tasanen K, et al. Oral diabetes medications other than dipeptidyl peptidase 4 inhibitors are not associated with bullous pemphigoid: A Finnish nationwide case-control study. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Dec 1;79(6):1034-1038.e5.

45. Benzaquen M, Borradori L, Berbis P, Cazzaniga S, Valero R, Richard MA, et al. Dipeptidyl peptidase IV inhibitors, a risk factor for bullous pemphigoid: Retrospective multicenter case-control study from France and Switzerland. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Jun 1;78(6):1090–6.

46. Shalmon D, Bar-Ilan E, Peled A, Geller S, Bar J, Schwartz N, et al. Identification of Risk Factors for Gliptin-associated Bullous Pemphigoid among Diabetic Patients. *Acta Derm Venereol*. 2024;104.

47. Sugiyama S, Yamamoto T, Aoyama Y. Clinical features of dipeptidyl peptidase-4 inhibitor-associated bullous pemphigoid in Japan: A nationwide retrospective observational study. *J Dermatol* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2024 Dec 23];49(7):697–702. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35478414/>

48. Sun L, Wang C, Wu C, Zhou Y, Wang C. Analysis of the Clinical Characteristics of Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor-Induced Bullous Pemphigoid. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2024 Dec 23];56(2):205–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34105395/>

49. Murakami T, Yabe D, Inagaki N. Bullous pemphigoid with dipeptidyl peptidase-4 inhibitors: Clinical features and pathophysiology. Vol. 10, *Journal of Diabetes Investigation*. Blackwell Publishing; 2019. p. 1168–70.

50. Phan K, Charlton O, Smith SD. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and bullous pemphigoid: A systematic review and adjusted meta-analysis. *Australas J Dermatol* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Dec 24];61(1):e15–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31215644/>

51. Chouchane K, Di Zenzo G, Pitocco D, Calabrese L, De Simone C. Bullous pemphigoid in diabetic patients treated by gliptins: the other side of the coin. *J Transl Med*. 2021 Dec



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

1;19(1).

52. Kawaguchi Y, Shimauchi R, Nishibori N, Kawashima K, Oshitani S, Fujiya A, et al. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors-associated bullous pemphigoid: A retrospective study of 168 pemphigoid and 9,304 diabetes mellitus patients. *J Diabetes Investig.* 2019 Mar 1;10(2):392–8.

53. Ständer S, Schmidt E, Zillikens D, Ludwig RJ, Kridin K. More Severe Erosive Phenotype Despite Lower Circulating Autoantibody Levels in Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor (DPP4i)-Associated Bullous Pemphigoid: A Retrospective Cohort Study. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2024 Dec 24];22(1):117–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33026629/>

54. Kridin K, Bergman R. Association of Bullous Pemphigoid with Dipeptidyl-Peptidase 4 Inhibitors in Patients with Diabetes: Estimating the Risk of the New Agents and Characterizing the Patients. *JAMA Dermatol.* 2018 Oct 1;154(10):1152–8.

55. Chanprapaph K, Pratumchart N, Limtong P, Rutnin S, Sukasem C, Kungvalpivat P, et al. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitor-related bullous pemphigoid: A comparative study of 100 patients with bullous pemphigoid and diabetes mellitus. *J Dermatol* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2024 Dec 23];48(4):486–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33543537/>

56. Izumi K, Nishie W, Mai Y, Wada M, Natsuga K, Ujiie H, et al. Autoantibody Profile Differentiates between Inflammatory and Noninflammatory Bullous Pemphigoid. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2025 Jan 12];136(11):2201–10. Available from: <http://www.jidonline.org/article/S0022202X16321005/fulltext>

57. Oya K, Fujii M, Taguchi S, Nishie W, Izumi K, Shimizu H. Localized bullous pemphigoid associated with dipeptidyl peptidase-4 inhibitor treatment. *European Journal of Dermatology.* 2018 Mar 1;28(2):250–1.

58. Varpuluoma O, Försti AK, Jokelainen J, Turpeinen M, Timonen M, Tasanen K, et al. Oral diabetes medications other than dipeptidyl peptidase 4 inhibitors are not associated with bullous pemphigoid: A Finnish nationwide case-control study. *J Am Acad Dermatol.* 2018 Dec 1;79(6):1034-1038.e5.

59. Murrell DF, Daniel BS, Joly P, Borradori L, Amagai M, Hashimoto T, et al. Definitions and outcome measures for bullous pemphigoid: recommendations by an international panel of experts. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2012 Mar [cited 2025 Jan 17];66(3):479–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22056920/>

60. Chijiwa C, Takeoka S, Kamata M, Tateishi M, Fukaya S, Hayashi K, et al. gliptin ilişkili BP de eozinofiller. *J Dermatol* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2025 Jan 15];45(5):596–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29411416/>

61. Ujiie H, Muramatsu K, Mushiroda T, Ozeki T, Miyoshi H, Iwata H, et al. HLA-DQB1*03:01



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

as a Biomarker for Genetic Susceptibility to Bullous Pemphigoid Induced by DPP-4 Inhibitors. J Invest Dermatol [Internet]. 2018 May 1 [cited 2025 Jan 15];138(5):1201–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29203362/>

62. García-Díez I, Ivars-Lleó M, López-Aventín D, Ishii N, Hashimoto T, Iranzo P, et al. Bullous pemphigoid induced by dipeptidyl peptidase-4 inhibitors. Eight cases with clinical and immunological characterization. Int J Dermatol [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2025 Jan 15];57(7):810–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29682739/>

63. Hung CT, Chang YL, Wang WM. Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor-Related Bullous Pemphigoid: Clinical, Laboratory, and Histological Features, and Possible Pathogenesis. Int J Mol Sci. 2022 Nov 1;23(22).

64. Kinyó Á, Hanyecz A, Lengyel Z, Várszegi D, Oláh P, Gyömörei C, et al. Clinical, Laboratory and Histological Features of Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor Related Noninflammatory Bullous Pemphigoid. J Clin Med [Internet]. 2021 Apr 28 [cited 2024 Dec 24];10(9). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33925042>

65. Prugnit-Rouanet M, Delaumenie S, Couraud A, Audevard D, Rouanet J, Bedane C. Gliptin-induced bullous pemphigoid: withdrawal of gliptin allows for faster control of the disease. Eur J Dermatol [Internet]. 2022 May 1 [cited 2024 Dec 23];32(3):368–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36065541/>

66. Martín-Enguix D, Ruiz-Villaverde R, Galán-Gutiérrez M, Cabrerizo-Carvajal AM. [Association between bullous pemphigoid and dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and impact of their withdrawal]. Aten Primaria [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2025 Jan 14];55(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36842360/>

67. Tzanani I, Tzachy-Suissa I, Barzilai A, Pavlotsky F, Lyakhovitsky A, Baum S. Bullous pemphigoid and dipeptidyl peptidase-4 inhibitors: evaluation of clinical course and treatment response. Clin Exp Dermatol [Internet]. 2023 Aug 1 [cited 2025 Jan 14];48(8):873–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37099692/>

68. Nozawa K, Suzuki T, Kayanuma G, Yamamoto H, Nagayasu K, Shirakawa H, et al. Lisinopril prevents bullous pemphigoid induced by dipeptidyl peptidase 4 inhibitors via the Mas receptor pathway. Front Immunol [Internet]. 2023 Jan 5 [cited 2024 Dec 23];13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36685490/>

69. Rami Ballout CA, Ballout RA, Musharrafieh U, Khattar J. CASE REPORT Lisinopril-associated bullous pemphigoid in an elderly woman: a case report of a rare adverse drug reaction. British Journal of Clinical Pharmacology Br J Clin Pharmacol. 2018;84:2678.

70. González Arnáiz E, Olmos Nieva C, Ariadel Cobo D, Alejo Ramos M, Ballesteros Pomar MD. A clinical case of bullous pemphigoid induced by vildagliptin. Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed) [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2025 Feb 17];67(9):613–4. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-english-ed--413->



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

articulo-a-clinical-case-bullous-pemphigoid-S2530018020301335

71. Mukaijo J, Kanaoka M, Kawano K, Matsukura S, Hibiya T, Miyake A, et al. Linagliptin treatment-associated bullous pemphigoid presenting severe mucosal erosions. *Journal of Cutaneous Immunology and Allergy*. 2018 Jun;1(2):77–8.
72. Callahan MK, Postow MA, Wolchok JD. Targeting T Cell Co-receptors for Cancer Therapy. *Immunity* [Internet]. 2016 May 17 [cited 2025 Jan 20];44(5):1069–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27192570/>
73. Shiravand Y, Khodadadi F, Kashani SMA, Hosseini-Fard SR, Hosseini S, Sadeghirad H, et al. Immune Checkpoint Inhibitors in Cancer Therapy. *Current Oncology* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2025 Jan 20];29(5):3044. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9139602/>
74. Heinzerling L, De Toni E, Schett G, Hundorfean G, Zimmer L. Checkpoint Inhibitors. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2019 Feb 22 [cited 2025 Jan 20];116(8):119–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30940340/>
75. Kawsar A, Edwards C, Patel P, Heywood RM, Gupta A, Mann J, et al. Checkpoint inhibitor-associated bullous cutaneous immune-related adverse events: a multicentre observational study. *Br J Dermatol* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2025 Jan 20];187(6):981–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35976170/>
76. Sadik CD, Langan EA, Gutzmer R, Fleischer MI, Loquai C, Reinhardt L, et al. Retrospective Analysis of Checkpoint Inhibitor Therapy-Associated Cases of Bullous Pemphigoid From Six German Dermatology Centers. *Front Immunol* [Internet]. 2021 Feb 23 [cited 2025 Jan 20];11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33708189/>
77. Asdourian MS, Shah N, Jacoby T V., Reynolds KL, Chen ST. Association of Bullous Pemphigoid With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy in Patients With Cancer: A Systematic Review. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2025 Jan 17];158(8):933–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35612829/>
78. Tsiogka A, Bauer JW, Patsatsi A. Bullous pemphigoid associated with anti-programmed cell death protein 1 and anti-programmed cell death ligand 1 therapy: A review of the literature. *Acta Derm Venereol*. 2021;101(1):1–7.
79. Apalla Z, Lallas A, Delli F, Lazaridou E, Papalampou S, Apostolidou S, et al. Management of immune checkpoint inhibitor-induced bullous pemphigoid. *J Am Acad Dermatol*. 2021 Feb 1;84(2):540–3.
80. Agero ALC, Dusza SW, Benvenuto-Andrade C, Busam KJ, Myskowski P, Halpern AC. Dermatologic side effects associated with the epidermal growth factor receptor inhibitors. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2006 Oct [cited 2025 Jan 22];55(4):657–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17010747/>
81. Eriksson H, Hansson J, Krynitza B, Masucci G, Girnita A, Lapins J, et al. Bullous Pemphigoid-



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

like Eruption Triggered by Targeted Therapy for Metastatic Melanoma. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 22];100(18):5896. Available from:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9309853/>

82. Atzori L, Conti B, Zucca M, Pau M. Bullous pemphigoid induced by m-TOR inhibitors in renal transplant recipients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015;29(8):1626–30.

83. Sofi AA, Gottwald L, Bohman K, Kaw D. Bullous pemphigoid associated with acute renal allograft rejection. *Transplantation* [Internet]. 2010 Feb [cited 2025 Jan 22];89(3):368–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20145531/>

84. Chen TJ, Lai PC, Yang LC, Kuo TT, Hon HS. Bullous pemphigoid in a renal transplant recipient: a case report and review of the literature. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2009 [cited 2025 Jan 22];10(3):197–200. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19354335/>

85. Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris: correlated behaviour of serum VEGF, sE-selectin and TNF-alpha levels - PubMed [Internet]. [cited 2025 Jan 21]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9582615/>

86. Nin M, Tokunaga D, Ishii N, Komai A, Hashimoto T, Katoh N. Case of coexisting psoriatic arthritis and bullous pemphigoid improved by etanercept. *J Dermatol* [Internet]. 2013 Jan [cited 2025 Jan 21];40(1):55–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22963138/>

87. Canizares MJ, Smith DI, Connors MS, Maverick KJ, Heffernan MP. Successful treatment of mucous membrane pemphigoid with etanercept in 3 patients. *Arch Dermatol*. 2006;142(11):1457–61.

88. Bordignon M, Belloni-Fortina A, Pigozzi B, Tarantello M, Alaibac M. Bullous pemphigoid during long-term TNF-alpha blocker therapy. *Dermatology* [Internet]. 2009 Nov [cited 2025 Jan 21];219(4):357–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19797890/>

89. Boussemart L, Jacobelli S, Batteux F, Goulvestre C, Grange P, Carlotti A, et al. Autoimmune bullous skin diseases occurring under anti-tumor necrosis factor therapy: two case reports. *Dermatology* [Internet]. 2010 Oct [cited 2025 Jan 21];221(3):201–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20720390/>

90. Stausbøl-Grøn B, Deleuran M, Sommer Hansen E, Kragballe K. Development of bullous pemphigoid during treatment of psoriasis with adalimumab. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2009 Oct [cited 2025 Jan 21];34(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19438555/>

91. Duong TA, Buffard V, André C, Ortonne N, Revuz J, Bagot M, et al. Efalizumab-induced bullous pemphigoid. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2010 Jan [cited 2025 Jan 21];62(1):161–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20082902/>

92. Monnier-Murina K, Du Thanh A, Merlet-Albran S, Guillot B, Dereure O. Bullous



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

pemphigoid occurring during efalizumab treatment for psoriasis: a paradoxical auto-immune reaction? *Dermatology* [Internet]. 2009 Jun [cited 2025 Jan 21];219(1):89–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19270438/>

93. Karakioulaki M, Eyerich K, Patsatsi A. Advancements in Bullous Pemphigoid Treatment: A Comprehensive Pipeline Update. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2025 Jan 21];25(2):195–212. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38157140/>

94. Wang G, Hu X, Han S, Zhou M. A case report of bullous pemphigoid following secukinumab therapy for a patient with psoriasis. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 21];35(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38945532/>

95. Fatima R, Altorok N. Secukinumab-Induced Bullous Pemphigoid in a Patient With Psoriatic Arthritis. *Am J Ther* [Internet]. 2024 Jun 7 [cited 2025 Jan 21];31(4):e434–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37285586/>

96. Burlando M, Capurro N, Herzum A, Cozzani E, Parodi A. Guselkumab-associated bullous pemphigoid in a psoriasis patient: A case report and review of the literature. *Dermatol Ther* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2025 Jan 17];35(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34791777/>

97. Didona D, Cunha T, Hinterseher J, Juratli HA, Mühlenbein S, Hertl M. Dyshidrosiform pemphigoid induced by ustekinumab in a patient with ulcerative colitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2023 Feb 1 [cited 2025 Jan 17];37(2):e160–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36268696/>

98. Lloyd-Lavery A, Chi CC, Wojnarowska F, Taghipour K. The associations between bullous pemphigoid and drug use: a UK case-control study. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2013 Jan [cited 2025 Jan 21];149(1):58–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23324757/>

99. Béné J, Moulis G, Bennani I, Auffret M, Coupe P, Babai S, et al. Bullous pemphigoid and dipeptidyl peptidase IV inhibitors: a case-noncase study in the French Pharmacovigilance Database. *Br J Dermatol* [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 21];175(2):296–301. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27031194/>

100. Tanaka H, Ishii T. Analysis of patients with drug-induced pemphigoid using the Japanese Adverse Drug Event Report database. *J Dermatol* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2025 Jan 21];46(3):240–4. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1346-8138.14741>

101. Bastuji-Garin S, Joly P, Lemordant P, Sparsa A, Bedane C, Delaporte E, et al. Risk factors for bullous pemphigoid in the elderly: a prospective case-control study. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2011 [cited 2025 Jan 21];131(3):637–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20944650/>

102. Liu S De, Chen WT, Chi CC. Association Between Medication Use and Bullous



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Pemphigoid: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Dermatol [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2025 Jan 21];156(8):891–900. Available from:

<https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2767250>

103. Takeichi S, Kubo Y, Arase S, Hashimoto T, Ansai SI. Brunsting-Perry furosemid fotodağılımı. European Journal of Dermatology [Internet]. 2009 Sep 1 [cited 2025 Jan 21];19(5):500–3. Available from: [https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-](https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/brunsting_perry_type_localized_bullous_pemphigoid_possibly_induced_by_furosemid_e_administration_and_sun_exposure_282058/article.phtml?tab=texte)

[docs/brunsting_perry_type_localized_bullous_pemphigoid_possibly_induced_by_furosemid_e_administration_and_sun_exposure_282058/article.phtml?tab=texte](https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/brunsting_perry_type_localized_bullous_pemphigoid_possibly_induced_by_furosemid_e_administration_and_sun_exposure_282058/article.phtml?tab=texte)

104. Bollingutz S, Bernard P, Bedane C, le Brun V, Bonnetblanc JM. Bullous pemphigoid induced by bumetanide. British Journal of Dermatology [Internet]. 1998 Mar 1 [cited 2025 Jan 21];138(3):548–9. Available from: <https://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02146.x>

105. Ambur AB, Nathoo R, Saeed S, Ambur AB, Nathoo R, Saeed S. A Case of Drug-Induced Bullous Pemphigoid With an Isomorphic Response and Updated Review of Koebnerization in Bullous Diseases. Cureus [Internet]. 2021 Dec 23 [cited 2025 Jan 21];13(12). Available from: <https://www.cureus.com/articles/71367-a-case-of-drug-induced-bullous-pemphigoid-with-an-isomorphic-response-and-updated-review-of-koebnerization-in-bullous-diseases>

106. Wurtz P, Borucki R, Georgesen C. A case of bullous pemphigoid induced by torsemide. JAAD Case Rep [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2025 Jan 21];26:95–7. Available from: <http://www.jaadcasereports.org/article/S2352512622002776/fulltext>

107. Tan CWX, Pang Y, Sim B, Thirumoorthy T, Pang SM, Lee HY. The association between drugs and bullous pemphigoid. British Journal of Dermatology. 2017 Feb 1;176(2):549–51.

108. Lee SG, Hee, Lee J, Moon, Yoon S, Dong, et al. Association of Dipeptidyl Peptidase 4 Inhibitor Use With Risk of Bullous Pemphigoid in Patients With Diabetes. JAMA Dermatol [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2025 Jan 21];155(2):172–7. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2719752>

109. Bullous pemphigoid induced by hydrochlorothiazide therapy - PubMed [Internet]. [cited 2025 Jan 21]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24595583/>

110. García Sanchez VC, Calle Romero Y, de la Peña Parra E, Lorenzo Borda S. Penfigoide ampolloso inducido por hidroclorotiazida. Semergen. 2013 May;39(4):214–7.

111. Cozzani E, Muracchioli A, Russo R, Burlando M, Parodi A. Acetazolamide: a new trigger for bullous pemphigoid? European Journal of Dermatology [Internet]. 2020 May 1 [cited 2025 Jan 21];30(3):321–2. Available from: [https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-](https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/acetazolamide_a_new_trigger_for_bullous_pemphigoid__317215/article.phtml?tab=te)
[docs/acetazolamide_a_new_trigger_for_bullous_pemphigoid__317215/article.phtml?tab=te](https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/acetazolamide_a_new_trigger_for_bullous_pemphigoid__317215/article.phtml?tab=te)
xte

112. Bastuji-Garin S, Joly P, Lemordant P, Sparsa A, Bedane C, Delaporte E, et al. Risk factors for bullous pemphigoid in the elderly: A prospective case-control study. Journal of Investigative Dermatology. 2011;131(3):637–43.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

113. Bastuji-Garin S. Drugs Associated With Bullous Pemphigoid. *Arch Dermatol*. 1996 Mar 1;132(3):272.
114. Mallet L, Cooper JW, Thomas J. Bullous pemphigoid associated with captopril. *DICP* [Internet]. 1989 [cited 2025 Jan 22];23(1):63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2524130/>
115. Martin Arsanios DA, Gómez-Álvarez LM, Muñoz-Angulo N, Montealegre C, Quintero Muñoz E, Calderón-Vargas C. Bullous Pemphigoid Associated With the Use of Sacubitril/Valsartan: A Case Report and Literature Review. *Cureus* [Internet]. 2024 Jan 29 [cited 2025 Jan 17];16(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38420049/>
116. Perry A, Sparling JD, Pennington M. Bullous pemphigoid following therapy with an oral beta-blocker. *J Drugs Dermatol* [Internet]. 2005 Nov 1 [cited 2025 Jan 22];4(6):746–8. Available from: <https://europepmc.org/article/med/16302561>
117. Namazi MR. Statins: novel additions to the dermatologic arsenal? *Exp Dermatol* [Internet]. 2004 Jun [cited 2025 Jan 22];13(6):337–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15186318/>
118. Kowalski EH, Kneibner D, Kridin K, Amber KT. Serum and blister fluid levels of cytokines and chemokines in pemphigus and bullous pemphigoid. *Autoimmun Rev*. 2019 May 1;18(5):526–34.
119. Papadopoulou A, Zafiriou E, Koukoulis GK, Roussaki-Schulze A V. Drugs associated with bullous pemphigoid: role of HMG-COa reductase inhibitors. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2025 Jan 17];34(6):e269–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31991502/>
120. Langan SM, Groves RW, West J. The relationship between neurological disease and bullous pemphigoid: A population-based case-control study. *Journal of Investigative Dermatology*. 2011;131(3):631–6.
121. Kridin K, Zelber-Sagi S, Kridin M, Cohen AD. Bullous pemphigoid and neuropsychiatric medications: An influence of drugs or of underlying conditions? *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2025 Jan 17];88(3):e137. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31004730/>
122. Cordel N, Chosidow O, Hellot MF, Delaporte E, Lok C, Vaillant L, et al. Neurological disorders in patients with bullous pemphigoid. *Dermatology* [Internet]. 2007 Sep [cited 2025 Jan 22];215(3):187–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17823513/>
123. Bean SF, Good RA, Windhorst DB. Bullous Pemphigoid in an 11-Year-Old Boy. *Arch Dermatol* [Internet]. 1970 Aug 1 [cited 2025 Jan 22];102(2):205–8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/531733>
124. Celecoxib-Induced Bullous Pemphigoid: Report Of The First Case. *The Internet Journal of Anesthesiology*. 2012 Jun 28;14(2).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

125. Popadic S, Skiljevic D, Medenica L. Bullous pemphigoid induced by penicillamine in a patient with Wilson disease. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2009 [cited 2025 Jan 22];10(1):36–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19170410/>
126. Weller R, White MI. Penicillamine in the etiology of Bullous pemphigoid. *Annals of Pharmacotherapy*. 1998;32(12):1368.
127. Rasmussen HB, Jepsen L V., Brandrup F. Penicillamine-induced bullous pemphigoid with pemphigus-like antibodies. *J Cutan Pathol* [Internet]. 1989 [cited 2025 Jan 22];16(3):154–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2671069/>
128. Yamaguchi R, Oryu F, Hidano A. A case of bullous pemphigoid induced by tiobutarit (D-penicillamine analogue). *J Dermatol* [Internet]. 1989 [cited 2025 Jan 22];16(4):308–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2689490/>
129. Ikehara K, Uchino H, Kakumae Y, Miyashita N, Yoshino H, Miyagi M, et al. A case of bullous pemphigoid associated with the administration of ipragliflozin, a sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor. *Journal of the Japan Diabetes Society* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 22];61(2):59–63. Available from: https://www.researchgate.net/publication/323703185_A_case_of_bullous_pemphigoid_associated_with_the_administration_of_ipragliflozin_a_sodium-glucose_cotransporter_2_inhibitor
130. Burruss CP, Jones JM, Burruss JB. Semaglutide-associated bullous pemphigoid. *JAAD Case Rep* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2025 Jan 22];15:107–9. Available from: <http://www.jaadcasereports.org/article/S235251262100518X/fulltext>
131. Pokharel NR, Shrestha R, Dev Pant A, Pandey S. Metformin induced Bullous pemphigoid - A Rare Case Report. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 22];31(4):740–3. Available from: <https://www.jpapad.com.pk/index.php/jpapad/article/view/1780>
132. Ajaaouani R, Hali F, Marnissi F, Meftah A, Chiheb S, Ajaaouani R, et al. A Generalized Form of Lichen Planus Pemphigoid Induced by an Oral Antidiabetic. *Cureus* [Internet]. 2022 Nov 4 [cited 2025 Jan 22];14(11). Available from: <https://www.cureus.com/articles/119109-a-generalized-form-of-lichen-planus-pemphigoid-induced-by-an-oral-antidiabetic>
133. Mai Y, Nishie W, Sato K, Hotta M, Izumi K, Ito K, et al. Bullous Pemphigoid Triggered by Thermal Burn Under Medication With a Dipeptidyl Peptidase-IV Inhibitor: A Case Report and Review of the Literature. *Front Immunol* [Internet]. 2018 Apr 12 [cited 2025 Jan 24];9(APR). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29706950/>
134. Ujiie H. What's new in the pathogenesis and triggering factors of bullous pemphigoid. *J Dermatol* [Internet]. 2023 Feb 1 [cited 2025 Jan 17];50(2):140–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36412277/>
135. Schulze F, Neumann K, Recke A, Zillikens D, Linder R, Schmidt E. Malignancies in



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- pemphigus and pemphigoid diseases. J Invest Dermatol [Internet]. 2015 May 22 [cited 2025 Jan 24];135(5):1445–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25560279/>
136. Dănescu S, Chiorean R, MacOvei V, Sitaru C, Baican A. Role of physical factors in the pathogenesis of bullous pemphigoid: Case report series and a comprehensive review of the published work. J Dermatol [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2025 Mar 1];43(2):134–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26173987/>
137. Tavakolpour S. Pemphigus trigger factors: special focus on pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus. Arch Dermatol Res [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2025 Jan 24];310(2):95–106. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29110080/>
138. Stone C, Bak G, Oh D, Zhao C, Venugopal S, Kumar K, et al. Environmental triggers of pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid: a case control study. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 23];11:1441369. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39502648>
139. Maronese CA, Caproni M, Moltrasio C, Genovese G, Vezzoli P, Sena P, et al. Bullous Pemphigoid Associated With COVID-19 Vaccines: An Italian Multicentre Study. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2022 Feb 28 [cited 2024 Dec 24];9:841506. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35295599>
140. Gambichler T, Hamdani N, Budde H, Sieme M, Skrygan M, Scholl L, et al. Bullous pemphigoid after SARS-CoV-2 vaccination: spike-protein-directed immunofluorescence confocal microscopy and T-cell-receptor studies. Br J Dermatol [Internet]. 2022 Jan 20 [cited 2025 Jan 25];186(4):728–31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8653321>
141. Solimani F, Mesas-Fernández A, Bodner E, Carevic-Neri M, Hasheminasab M, Jakovljevicova T, et al. Clinical and immunological impact of booster immunization with recombinant mRNA vaccines for SARS-CoV-2 in patients with pemphigus and bullous pemphigoid. Vol. 37, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. John Wiley and Sons Inc; 2023. p. e695–7.
142. Kasperkiewicz M, Yale M, Strong R, Zillikens D, Woodley DT, Recke A. COVID-19 pandemic and autoimmune bullous diseases: a cross-sectional study of the International Pemphigus and Pemphigoid Foundation. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2025 Jan 25];35(7):e418–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33724560/>
143. Pathak GN, Pathak AN, Rao B. The role of COVID-19 vaccines in the development and recurrence of pemphigus and bullous pemphigoid. Vol. 38, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. John Wiley and Sons Inc; 2024. p. e651–3.
144. Downs AMR, Lear JT, Bower CPR, Kennedy CTC. Does influenza vaccination induce bullous pemphigoid? A report of four cases. Br J Dermatol [Internet]. 1998 [cited 2025 Jan



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- 24];138(2):363. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9602897/>
145. Drago F, Nozza P, Casazza S, Brusati C, Bandelloni R, Rebora A. Human herpesviruses in bullous pemphigoid lesions. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 2005 Feb 1 [cited 2025 Jan 27];152(2):375–6. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06331.x>
146. Barrick BJ, Barrick JD, Weaver CH, Lohse CM, Wieland CN, Kalaaji AN, et al. Herpes zoster in patients with bullous pemphigoid: a population-based case–control and cohort study. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2025 Jan 27];174(5):1112–4. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/bjd.14321>
147. Levy PM, Balavoine JF, Salomon D, Merot Y, Saurat JH. Ritodrine-responsive bullous pemphigoid in a patient with AIDS-related complex. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 1986 May 1 [cited 2025 Jan 27];114(5):635–43. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1986.tb04073.x>
148. BULL RH, FALLOWFIELD ME, MARSDEN RA. Autoimmune blistering diseases associated with HIV infection. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 1994 Jan 1 [cited 2025 Jan 27];19(1):47–50. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01114.x>
149. De D, Kanwar AJ, Radotra BD, Narang T. Bullous Eruption in a Patient Infected With the Human Immunodeficiency Virus. *SKINmed: Dermatology for the Clinician* [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2025 Jan 27];7(2):98–101. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1751-7125.2008.07160.x>
150. Jang H, Jin YJ, Yoon CH, Kim CW, Kim L. Bullous pemphigoid associated with chronic hepatitis C virus infection in a hepatitis B virus endemic area: A case report. *Medicine (United States)* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2025 Jan 27];97(15). Available from: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2018/04130/bullous_pemphigoid_associated_with_chronic.55.aspx
151. Lo Schiavo A, Ruocco E, Brancaccio G, Caccavale S, Ruocco V, Wolf R. Bullous pemphigoid: Etiology, pathogenesis, and inducing factors: Facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2013 Jul 1;31(4):391–9.
152. Sagi L, Baum S, Agmon-Levin N, Sherer Y, Katz BSP, Barzilai O, et al. Autoimmune bullous diseases: The spectrum of infectious agent antibodies and review of the literature. *Autoimmun Rev*. 2011 Jul 1;10(9):527–35.
153. Tsuji H, Ichiki N, Niwa H, Iwata H. Bullous pemphigoid following hand, foot, and mouth disease. *J Dermatol* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2025 Jan 23];51(3):e68–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1346-8138.16979>
154. Bornhövd E, Partscht K, Flaig MJ, Messer G. [Bullous scabies and scabies-triggered bullous pemphigoid]. *Hautarzt* [Internet]. 2001 [cited 2025 Jan 27];52(1):56–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11220241/>
155. Kasperkiewicz M, Woodley DT. Association between vaccination and autoimmune



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- bullous diseases: A systematic review. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2025 Jan 27];86(5):1160–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33905786/>
156. Kasperkiewicz M, Woodley DT. Association between vaccination and immunobullous disorders: a brief, updated systematic review with focus on COVID-19. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2025 Jan 27];36(7):e498–500. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35220622/>
157. Birabaharan M, Kaelber DC, Orme CM, Paravar T, Karris MY. Evaluating risk of bullous pemphigoid after mRNA COVID-19 vaccination. *Br J Dermatol* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2025 Jan 27];187(2):271–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35279833/>
158. Kasperkiewicz M, Bednarek M, Tukaj S. Case: Circulating Anti-SARS-CoV-2 Antibodies Do Not Cross-React With Pemphigus or Pemphigoid Autoantigens. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2021 Dec 20 [cited 2025 Jan 27];8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34988105/>
159. Kasperkiewicz M. Association between COVID-19 vaccination and autoimmune bullous diseases: a random coincidence or rare event. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2025 Jan 27];36(9):e665–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35535449/>
160. Kianfar N, Dasdar S, Salehi Farid A, Balighi K, Mahmoudi H, Daneshpazhooh M. Exacerbation of Autoimmune Bullous Diseases After Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Vaccination: Is There Any Association? *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2022 Jul 19 [cited 2025 Jan 27];9:957169. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9344059/>
161. Kasperkiewicz M, Strong R, Mead K, Yale M, Zillikens D, Woodley DT, et al. COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy in patients with immunobullous diseases: a cross-sectional study of the International Pemphigus and Pemphigoid Foundation. *Br J Dermatol* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2025 Jan 27];186(4):737–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34842282/>
162. Kasperkiewicz M, Strong R, Yale M, Dunn P, Woodley DT. Safety of the COVID-19 vaccine booster in patients with immunobullous diseases: A cross-sectional study of the International Pemphigus and Pemphigoid Foundation. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2025 Jan 27];37(1):e9–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35964297/>
163. Alshammari F, Abuzied Y, Korairi A, Alajlan M, Alzomia M, AlSheef M. Bullous pemphigoid after second dose of mRNA- (Pfizer-BioNTech) Covid-19 vaccine: A case report. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022 Mar 1;75:103420.
164. Uozumi T, Serizawa N, Hagino T, Morita T, Mizuno M, Ichiyama S, et al. Dietary habits in Japanese patients with bullous pemphigoid: low intake of retinol. *Eur J Dermatol* [Internet].



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2023 Jul 1 [cited 2024 Dec 23];33(4):394–403. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37823490/>

165. Mohaghegh F, Sadat R, Tembi K. TRANSPLANTATION Bullous Pemphigoid in a Renal Transplant Recipient, A Case Report and Review of the Literature [Internet]. Vol. 14, Case Report Iranian Journal of Kidney Diseases |. 2020. Available from: www.ijkd.org

166. Zhang J, Wang G. Genetic predisposition to bullous pemphigoid. J Dermatol Sci [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2024 Dec 20];100(2):86–91. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33129650/>

167. Drago F, Nozza P, Casazza S, Brusati C, Bandelloni R, Rebora A. Human herpesviruses in bullous pemphigoid lesions. British Journal of Dermatology [Internet]. 2005 Feb 1 [cited 2025 Jan 25];152(2):375–6. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06331.x>

168. Büdinger L, Borradori L, Yee C, Eming R, Ferencik S, Grosse-Wilde H, et al. Identification and characterization of autoreactive T cell responses to bullous pemphigoid antigen 2 in patients and healthy controls. J Clin Invest [Internet]. 1998 Dec 15 [cited 2025 Jan 25];102(12):2082–9. Available from: <http://www.jci.org>

169. Okazaki A, Miyagawa S, Yamashina Y, Kitamura W, Shirai T. Polymorphisms of HLA-DR and -DQ Genes in Japanese Patients with Bullous Pemphigoid. J Dermatol [Internet]. 2000 Mar 1 [cited 2025 Jan 25];27(3):149–56. Available from:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1346-8138.2000.tb02141.x>

170. Gao XH, Winsey S, Li G, Barnardo M, Zhu XJ, Chen HD, et al. HLA-DR and DQ polymorphisms in bullous pemphigoid from northern China. Clin Exp Dermatol [Internet]. 2002 Jun 1 [cited 2025 Jan 25];27(4):319–21. Available from:

<https://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2230.2002.01037.x>

171. Esmaili N, Mortazavi H, Chams-Davatchi C, Daneshpazhooh M, Damavandi R, Aryanian Z, et al. Association between HLA-DQB1*03:01 and Bullous Pemphigoid in Iranian Patients. Iran J Immunol [Internet]. 2013 [cited 2025 Jan 25];10(1):1–9. Available from: www.iji.ir

172. Fang H, Shen S, Zheng X, Dang E, Zhang J, Shao S, et al. Association of HLA class I and class II alleles with bullous pemphigoid in Chinese Hans. J Dermatol Sci [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2025 Jan 25];89(3):258–62. Available from:

<http://www.jdsjournal.com/article/S0923181117307843/fulltext>

173. Hirose M, Schilf P, Benoit S, Eming R, Gläser R, Homey B, et al. Polymorphisms in the mitochondrially encoded ATP synthase 8 gene are associated with susceptibility to bullous pemphigoid in the German population. Exp Dermatol [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2025 Jan 25];24(9):715–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25941154/>

174. Hashimoto T, Qian H, Ishii N, Nakama T, Tateishi C, Tsuruta D, et al. Classification and Antigen Molecules of Autoimmune Bullous Diseases. 2023 [cited 2025 Jan 28]; Available from: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

175. Schmidt E, della Torre R, Borradori L. Clinical features and practical diagnosis of bullous pemphigoid. *Dermatol Clin*. 2011 Jul;29(3):427–38.
176. Borradori L, Van Beek N, Feliciani C, Tedbirt B, Antiga E, Bergman R, et al. Updated S2 K guidelines for the management of bullous pemphigoid initiated by the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2024 Dec 24];36(10):1689–704. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35766904/>
177. Tran JT, Mutasim DF. Localized bullous pemphigoid: a commonly delayed diagnosis. *Int J Dermatol* [Internet]. 2005 Nov 1 [cited 2025 Jan 28];44(11):942–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-4632.2004.02288.x>
178. Al-Salhi W, Alharithy R. Pemphigoid nodularis. *J Cutan Med Surg*. 2015 Mar 1;19(2):153–5.
179. Dangel B, Kofler L, Metzler G. Nodular subtype of bullous pemphigoid. *J Cutan Med Surg* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2025 Jan 28];20(6):570–2. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1203475416648322?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
180. Ch'en PY, Song EJ. Lichen planus pemphigoides successfully treated with dupilumab. *JAAD Case Rep*. 2023 Jan 1;31:56–8.
181. Loser K, Ohata C, Ujiie H, Liu Z, Hübner F, Langan EA, et al. Lichen Planus Pemphigoides: From Lichenoid Inflammation to Autoantibody-Mediated Blistering. *Frontiers in Immunology* | www.frontiersin.org [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 28];1:1389. Available from: www.frontiersin.org
182. Cristescu MI, Tutunaru CV, Panaitescu A, Voiculescu VM. Gestational Pemphigoid-From Molecular Mechanisms to Clinical Outcomes: A Case Report and Review of Literature. *Life (Basel)* [Internet]. 2024 Nov 1 [cited 2025 Jan 28];14(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39598226/>
183. Martinez-De Pablo MI, Maria; Childhood Bullous Pemphigoid Clinical and Immunological Findings in a Series of 4 Cases.
184. Pankakoski A, Panelius J, Salava A, Kluger N. Bullous Pemphigoid in Three Paediatric Patients in Finland. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2025 Jan 29];100(6):1–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32157316/>
185. Moteği SI, Abe M, Tamura A, Ishii N, Hashimoto T, Ishikawa O. Childhood bullous pemphigoid successfully treated with diaminodiphenyl sulfone. *Journal of Dermatology*. 2005;32(10):809–12.
186. Endo M, Watanabe Y, Yamamoto M, Igari S, Kikuchi N, Yamamoto T. Erythrodermic bullous pemphigoid. *Dermatologica Sinica* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2025 Jan 28];39(1):61–2. Available from:



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

https://journals.lww.com/ders/fulltext/2021/39010/erythrodermic_bullous_pemphigoid.15.aspx

187. Korman NJ, Woods SG. Erythrodermic bullous pemphigoid is a clinical variant of bullous pemphigoid. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 1995 Dec 1 [cited 2025 Jan 28];133(6):967–71. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1995.tb06935.x>

188. Tekin B, Johnson EF, Wieland CN, Gibson LE, Camilleri MJ, Kalaaji AN, et al. Histopathology of autoimmune bullous dermatoses: what's new? *Hum Pathol*. 2022 Oct 1;128:69–89.

189. Xuan RR, Yang A, Murrell DF. New biochip immunofluorescence test for the serological diagnosis of pemphigus vulgaris and foliaceus: A review of the literature. *Int J Womens Dermatol* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2025 Jan 29];4(2):102. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5986232/>

190. Chanprapaph K, Ounsakul V, Pruettivorawongse D, Thadanip K. Anti-BP180 and anti-BP230 enzyme-linked immunosorbent assays for diagnosis and disease activity tracking of bullous pemphigoid: A prospective cohort study. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2021 Dec 1;39(4):272–8.

191. Monshi B, Gulz L, Piringer B, Wiala A, Kivaranovic D, Schmidt M, et al. Anti-BP180 autoantibody levels at diagnosis correlate with 1-year mortality rates in patients with bullous pemphigoid. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2024 Dec 24];34(7):1583–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32170780/>

192. Van Beek N, Lüttmann N, Huebner F, Recke A, Karl I, Schulze FS, et al. Correlation of serum levels of ige autoantibodies against BP180 with bullous pemphigoid disease activity. *JAMA Dermatol*. 2017 Jan 1;153(1):30–8.

193. Nagarajan H, Mahadevan K, Rai R, Boppe A. Evaluation of ELISA BP180 and BP230 Autoantibodies in Blister Fluid and Serum in the Diagnosis of Bullous Pemphigoid. *Indian J Dermatol* [Internet]. 2023 Jan [cited 2024 Dec 25];68(1):122. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37151247/>

194. Daneshpazhooh M, Ghiasi M, Lajevardi V, Nasiri N, Balighi K, Teimourpour A, et al. BPDAl and ABSIS correlate with serum anti-BP180 NC16A IgG but not with anti-BP230 IgG in patients with bullous pemphigoid. *Arch Dermatol Res*. 2018 Apr 1;310(3):255–9.

195. Joly P, Roujeau JC, Benichou J, Picard C, Dreno B, Delaporte E, et al. A comparison of oral and topical corticosteroids in patients with bullous pemphigoid. *N Engl J Med* [Internet]. 2002 Jan 31 [cited 2025 Jan 30];346(5):321–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11821508/>

196. Masters CL, Bateman R, Blennow K, Rowe CC, Sperling RA, Cummings JL. Alzheimer's disease. *Nature Reviews Disease Primers* 2015 1:1 [Internet]. 2015 Oct 15 [cited 2025 Feb 2];1(1):1–18. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrdp201556>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

197. Brick KE, Weaver CH, Savica R, Lohse CM, Pittelkow MR, Boeve BF, et al. A population-based study of the association between bullous pemphigoid and neurologic disorders. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2025 Feb 2];71(6):1191–7. Available from: <http://www.jaad.org/article/S0190962214017836/fulltext>
198. Kibsgaard L, Rasmussen M, Lamberg A, Deleuran M, Olesen AB, Vestergaard C. Increased frequency of multiple sclerosis among patients with bullous pemphigoid: a population-based cohort study on comorbidities anchored around the diagnosis of bullous pemphigoid. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2025 Feb 2];176(6):1486–91. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/bjd.15405>
199. Kridin K, Hübner F, Recke A, Linder R, Schmidt E. The burden of neurological comorbidities in six autoimmune bullous diseases: a population-based study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2025 Feb 3];35(10):2074–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jdv.17465>
200. Kokkonen N, Herukka SK, Huilaja L, Kokki M, Koivisto AM, Hartikainen P, et al. Increased Levels of the Bullous Pemphigoid BP180 Autoantibody Are Associated with More Severe Dementia in Alzheimer's Disease. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2025 Feb 2];137(1):71–6. Available from: <http://www.jidonline.org/article/S0022202X16324514/fulltext>
201. Zhao W, Wang Y, Mao X, Payne AS, Feng S, Li W, et al. Detection of underlying dementia in bullous pemphigoid patients using cognitive evaluation tests: a multicenter case-control study. *Ann Transl Med* [Internet]. 2020 Nov [cited 2024 Dec 24];8(21):1397–1397. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33313142/>
202. Oberstein TJ, Taha L, Spitzer P, Hellstern J, Herrmann M, Kornhuber J, et al. Imbalance of circulating Th17 and regulatory T cells in Alzheimer's disease: A case control study. *Front Immunol* [Internet]. 2018 Jun 4 [cited 2025 Feb 3];9(JUN):367690. Available from: www.frontiersin.org
203. Zhang H, Zhang D, Tang K, Sun Q. The Relationship Between Alzheimer's Disease and Skin Diseases: A Review. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 25];14:1551–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34729018/>
204. Cristiano C, Volpicelli F, Lippiello P, Buono B, Raucci F, Piccolo M, et al. Neutralization of IL-17 rescues amyloid- β -induced neuroinflammation and memory impairment. *Br J Pharmacol* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2025 Feb 3];176(18):3544–57. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bph.14586>
205. Xu JJ, Guo S, Xue R, Xiao L, Kou JN, Liu YQ, et al. Adalimumab ameliorates memory impairments and neuroinflammation in chronic cerebral hypoperfusion rats. *Aging* [Internet]. 2021 May 24 [cited 2025 Feb 3];13(10):14001–14. Available from: <https://www.aging-us.com/article/203009>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

206. Seppänen A. Collagen XVII: a shared antigen in neurodermatological interactions? Clin Dev Immunol [Internet]. 2013 [cited 2025 Feb 3];2013. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23878581/>
207. Dikmen HO, Yilmaz K, Benoit S, Bernard P, Drenovska K, Gerdes S, et al. Serum autoantibody reactivity in bullous pemphigoid is associated with neuropsychiatric disorders and the use of antidiabetics and antipsychotics: a large, prospective cohort study. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2025 Feb 3];36(11):2181–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35796163/>
208. Laffitte E, Burkhard PR, Fontao L, Jaunin F, Saurat JH, Chofflon M, et al. Bullous pemphigoid antigen 1 isoforms: potential new target autoantigens in multiple sclerosis? Br J Dermatol [Internet]. 2005 Mar [cited 2025 Feb 3];152(3):537–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15787824/>
209. Kılıç Sayar S, Sun GP, Küçükoğlu R. Comorbidities of bullous pemphigoid: A single-center retrospective case-control study from Turkey. Dermatol Ther [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2024 Dec 23];34(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34137146/>
210. Ständer S, Hammers CM, Vorobyev A, Schmidt E, Hundt JE, Sadik CD, et al. Coexistence of bullous pemphigoid with neuropsychiatric comorbidities is associated with anti-BP230 seropositivity. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2024 Dec 23];35(10):2067–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33896070/>
211. Cortés B, Marazza G, Naldi L, Combescure C, Borradori L. Mortality of bullous pemphigoid in Switzerland: a prospective study. Br J Dermatol [Internet]. 2011 Aug [cited 2025 Feb 3];165(2):368–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21574978/>
212. Lee JH, Kim SC. Mortality of patients with bullous pemphigoid in Korea. J Am Acad Dermatol. 2014;71(4):676–83.
213. Pietkiewicz P, Gornowicz-Porowska J, Bowszyc-Dmochowska M, Bartkiewicz P, Dmochowski M. Bullous pemphigoid and neurodegenerative diseases: a study in a setting of a Central European university dermatology department. Aging Clin Exp Res. 2016 Aug 1;28(4):659–63.
214. Försti AK, Jokelainen J, Ansakorpi H, Seppänen A, Majamaa K, Timonen M, et al. Psychiatric and neurological disorders are associated with bullous pemphigoid - A nationwide Finnish Care Register study. Sci Rep. 2016 Nov 15;6.
215. Daneshpazhooh M, Khorassani J, Balighi K, Ghandi N, Mahmoudi H, Tohidinik H, et al. Neurological diseases and bullous pemphigoid: A case-control study in Iranian patients. Indian J Dermatol Venereol Leprol [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2025 Feb 3];83(2):195. Available from: <https://ijdv.com/neurological-diseases-and-bullous-pemphigoid-a-case-control-study-in-iranian-patients/>
216. Rania M, Petersen LV, Benros ME, Liu Z, Diaz L, Bulik CM. Psychiatric comorbidity in



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- individuals with bullous pemphigoid and all bullous disorders in the Danish national registers. BMC Psychiatry [Internet]. 2020 Aug 20 [cited 2024 Dec 23];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32819315/>
217. Mashima E, Saito-Sasaki N, Sawada Y. Systemic Implications of Bullous Pemphigoid: Bridging Dermatology and Internal Medicine. Diagnostics (Basel) [Internet]. 2024 Oct 12 [cited 2024 Dec 23];14(20). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39451595>
218. Aktaş Karabay E, Üniversitesi Tıp Fakültesi B, ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı D. Evaluation of Comorbidities in Patients with Autoimmune Bullous Diseases: A Retrospective Study. 2018 [cited 2025 Feb 3]; Available from: www.sislietfaltip.org
219. Rosina P, Chieragato C, Saverio D'Onghia F, Zuberbier T, Henz BM. Bullous pemphigoid and diabetes mellitus. Acta Derm Venereol [Internet]. 1996 Nov 1 [cited 2025 Feb 3];76(6):497–8. Available from: <https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/view/15068>
220. Pankakoski A, Sintonen H, Ranki A, Kluger N. Comorbidities of bullous pemphigoid in a Finnish cohort. European Journal of Dermatology [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2025 Feb 3];28(2):157–61. Available from: https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/comorbidities_of_bullous_pemphigoid_in_a_finnish_cohort_311713/article.phtml?tab=texte
221. Jedlickova H, Hlubinka M, Pavlik T, Semradova V, Budinska E, Vlasin Z. Bullous pemphigoid and internal diseases - A case-control study. European Journal of Dermatology. 2010 Jan;20(1):96–101.
222. Teixeira VB, Cabral R, Brites MM, Vieira R, Figueiredo A. Bullous pemphigoid and comorbidities: A case-control study in Portuguese patients. An Bras Dermatol. 2014;89(2):274–8.
223. Daher R, Silva I, Khattri S. Comorbidities and autoimmune disease associations in patients with Bullous Pemphigoid: a cross-sectional study of the all of us database. Arch Dermatol Res. 2024 Dec 1;316(10):749.
224. Jeon HW, Yun SJ, Lee SC, Won YH, Lee JB. Mortality and Comorbidity Profiles of Patients with Bullous Pemphigoid in Korea. Ann Dermatol. 2018 Feb 1;30(1):13–9.
225. Sánchez-García V, Pérez-Alcaraz L, Belinchón-Romero I, Ramos-Rincón JM. Comorbidities in Patients with Autoimmune Bullous Disorders: Hospital-Based Registry Study. Life (Basel) [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2025 Feb 3];12(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35455086/>
226. Lee S, Rastogi S, Hsu DY, Nardone B, Silverberg JI. Association of bullous pemphigoid and comorbid health conditions: a case-control study. Arch Dermatol Res [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2025 Feb 3];313(5):327–32. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00403-020-02100-2>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

227. Osipowicz K, Kalinska-Bienias A, Kowalewski C, Wozniak K. Development of bullous pemphigoid during the haemodialysis of a young man: case report and literature survey. *Int Wound J*. 2017 Feb 1;14(1):288–92.
228. Morimoto K, Yoshida T, Washida N, Uchiyama K, Nakayama T, Itoh H, et al. Bullous pemphigoid in patients receiving peritoneal dialysis: a case series and a literature survey. *Ren Fail* [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 3];43(1):651–7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0886022X.2021.1910045>
229. Yang YW, Chen YH, Xirasagar S, Lin HC. Increased risk of stroke in patients with bullous pemphigoid: A population-based follow-up study. *Stroke* [Internet]. 2011 Feb [cited 2025 Feb 3];42(2):319–23. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.110.596361>
230. Cai SCS, Allen JC, Lim YL, Chua SH, Tan SH, Tang MBY. Mortality of bullous pemphigoid in Singapore: risk factors and causes of death in 359 patients seen at the National Skin Centre. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 2014 Jun 1 [cited 2025 Feb 3];170(6):1319–26. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/bjd.12806>
231. Shen WC, Chiang HY, Chen PS, Lin YT, Kuo CC, Wu PY. Risk of All-Cause Mortality, Cardiovascular Disease Mortality, and Cancer Mortality in Patients With Bullous Pemphigoid. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2025 Feb 3];158(2):167–75. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2787674>
232. Försti AK, Jokelainen J, Timonen M, Tasanen K. Risk of Death in Bullous Pemphigoid: A Retrospective Database Study in Finland. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2025 Feb 3];96(6):758–61. Available from: <https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/view/6147>
233. Chen CL, Wu CY, Lyu YS, Chou YJ, Chang YT, Wu CY. Association between bullous pemphigoid and risk of venous thromboembolism: A nationwide population-based cohort study. *J Dermatol* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2024 Dec 23];49(8):753–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35491650/>
234. Cugno M, Marzano A V., Bucciarelli P, Balice Y, Cianchini G, Quaglino P, et al. Increased risk of venous thromboembolism in patients with bullous pemphigoid: The INVENTEP (INcidence of VENous Thromboembolism in bullous Pemphigoid) study. *Thromb Haemost*. 2016;115(1):193–9.
235. Mo J, Zhang D f, Ji G, Liu X z, Fan B. Detection of targets and their mechanisms for early diagnosis of traumatic deep vein thrombosis. *Genetics and Molecular Research* [Internet]. 2015 [cited 2025 Feb 3];14(1):2413–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.4238/2015.March.27.26>
236. Ding P, Zhang S, Yu M, Feng Y, Long Q, Yang H, et al. IL-17A promotes the formation of deep vein thrombosis in a mouse model. *Int Immunopharmacol*. 2018 Apr 1;57:132–8.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

237. He MJ, Wang YJ, Ran DL, Fu DS, He Q, Zhang HY, et al. Relationship between bullous pemphigoid and malignancy: A Mendelian randomization study. *J Dermatol* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2024 Dec 20];51(3):403–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38212903/>
238. Li J, Zuo YG, Zheng HY, Qiu-Ning S. Association between bullous pemphigoid and internal diseases. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2025 Feb 3];11(3):263–4. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ddg.12002>
239. Wright B, Halper K, Worswick S. Bullous Pemphigoid and Malignancy in Two Different Hospital Populations: A Retrospective Cohort Review. *Oncology (Switzerland)*. 2020 Apr 1;98(5):318–20.
240. Atzmony L, Mimouni I, Reiter O, Leshem YA, Taha O, Gdalevich M, et al. Association of bullous pemphigoid with malignancy: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Oct 1;77(4):691–9.
241. Lucariello RJ, Villablanca SE, Mascaró JM, Reichel M. Association between bullous pemphigoid and malignancy: A meta-analysis. *Australasian Journal of Dermatology*. 2018 Nov 1;59(4):253–60.
242. Colbert RL, Allen DM, Eastwood D, Fairley JA. Mortality rate of bullous pemphigoid in a US medical center. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2004 [cited 2025 Feb 2];122(5):1091–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15140208/>
243. Roujeau JC, Lok C, Bastuji-Garin S, Mhalla S, Enginger V, Bernard P. High risk of death in elderly patients with extensive bullous pemphigoid. *Arch Dermatol* [Internet]. 1998 [cited 2025 Feb 2];134(4):465–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9554299/>
244. Joly P, Baricault S, Sparsa A, Bernard P, Bédane C, Duvert-Lehembre S, et al. Incidence and mortality of bullous pemphigoid in France. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2012 [cited 2025 Feb 2];132(8):1998–2004. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22418872/>
245. Liu Y Di, Wang YH, Ye YC, Zhao WL, Li L. Prognostic factors for mortality in patients with bullous pemphigoid: a meta-analysis. *Arch Dermatol Res*. 2017 Jul 1;309(5):335–47.
246. Amonchaisakda N, Aiempnakit K. Clinical characteristics, mortality, and prognostic factors for bullous pemphigoid in a Thai population. *Medicine* [Internet]. 2020 Oct 23 [cited 2024 Dec 24];99(43):E22850. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33120819/>
247. Narla S, Silverberg JL. Multimorbidity and mortality risk in hospitalized adults with chronic inflammatory skin disease in the United States. *Arch Dermatol Res* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2024 Dec 25];312(7):507–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32047999/>
248. Shen WC, Chiang HY, Chen PS, Lin YT, Kuo CC, Wu PY. Risk of All-Cause Mortality, Cardiovascular Disease Mortality, and Cancer Mortality in Patients with Bullous Pemphigoid.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

JAMA Dermatol. 2022 Feb 1;158(2):167–75.

249. Cyr P, Lim D, Caruana M, Pennou C, Lemieux A, Fortin B, et al. Bullous Pemphigoid-Associated Mortality Rate in a Canadian Tertiary Referral Centre. J Cutan Med Surg. 2022 Jul 1;26(4):386–92.

250. Papara C, Chiorean R, Leucuta DC, Baican C, Danescu S, Sitaru C, et al. Survival and prognostic factors in bullous pemphigoid: A retrospective cohort study. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2023 May 1;89(3):363–71.

251. Sticherling M, Franke A, Aberer E, Gläser R, Hertl M, Pfeiffer C, et al. An open, multicentre, randomized clinical study in patients with bullous pemphigoid comparing methylprednisolone and azathioprine with methylprednisolone and dapsone. Br J Dermatol [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2025 Feb 4];177(5):1299–305. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28494097/>

252. Alkeraye S, Alzamil LR, Alenazi S. Dapsone in the Management of Pemphigus and Pemphigoid: Rediscovery of its Long-Lost Efficacy. 2020;

253. Dereure O, Bernard P, Oro S, Chosidow O, Machet L, Duvert-Lehembre S, et al. Corticothérapie locale brève + méthotrexate vs corticothérapie locale seule prolongée dans la pemphigoïde bulleuse: essai national multicentrique. Ann Dermatol Venereol [Internet]. 2017 Dec [cited 2025 Feb 4];144(12):S86. Available from: https://www.researchgate.net/publication/321437958_Corticotherapie_locale_breve_methotrexate_vs_corticotherapie_locale_seule_prolongee_dans_la_pemphigoide_bulleuse_essai_national_multicentrique

254. Bernard P, Antonicelli F. Bullous Pemphigoid: A Review of its Diagnosis, Associations and Treatment. Am J Clin Dermatol. 2017 Aug 1;18(4):513–28.

255. Cao P, Xu W, Zhang L, Hashimoto T, Kowalewski C, Mao X, et al. Rituximab, Omalizumab, and Dupilumab Treatment Outcomes in Bullous Pemphigoid: A Systematic Review. 2022 [cited 2025 Feb 4];13:1. Available from: www.frontiersin.org

256. Amagai M, Ikeda S, Hashimoto T, Mizuashi M, Fujisawa A, Ihn H, et al. A randomized double-blind trial of intravenous immunoglobulin for bullous pemphigoid. J Dermatol Sci [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2025 Feb 4];85(2):77–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27876358/>

257. D’aguanno K, Gabrielli S, Ouchene L, Muntyanu A, Ben-Shoshan M, Zhang X, et al. Omalizumab for the Treatment of Bullous Pemphigoid: A Systematic Review of Efficacy and Safety. Vol. 2022, Journal of Cutaneous Medicine and Surgery.

258. Simpson EL, Bieber T, Guttman-Yassky E, Beck LA, Blauvelt A, Cork MJ, et al. Two Phase 3 Trials of Dupilumab versus Placebo in Atopic Dermatitis. New England Journal of Medicine [Internet]. 2016 Dec 15 [cited 2025 Feb 4];375(24):2335–48. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1610020>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

259. Kaye A, Gordon SC, Deverapalli SC, Her MJ, Rosmarin D. Dupilumab for the Treatment of Recalcitrant Bullous Pemphigoid. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2025 Feb 4];154(10):1225–6. Available from:

<https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2697216>

260. Seyed Jafari SM, Feldmeyer L, Bossart S, Simon D, Schlapbach C, Borradori L. Case: Combination of Omalizumab and Dupilumab for Recalcitrant Bullous Pemphigoid. *Front Immunol* [Internet]. 2021 Jan 29 [cited 2025 Feb 4];11:611549. Available from:

www.frontiersin.org

261. Abdat R, Waldman RA, de Bedout V, Czernik A, Mcleod M, King B, et al. Dupilumab as a novel therapy for bullous pemphigoid: A multicenter case series. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Jul 1;83(1):46–52.

262. Meyersburg D, Schmidt E, Kasperkiewicz M, Zillikens D. Immunoadsorption in Dermatology. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 2012 Aug;16(4):311–20.

263. Afarideh M, Borucki R, Werth VP. A Review of the Immunologic Pathways Involved in Bullous Pemphigoid and Novel Therapeutic Targets. *J Clin Med* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2024 Dec 25];11(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35628982/>

264. Bao L, Perez White BE, Chang RC, Li J, Vanderheyden K, Verheesen P, et al. Neonatal Fc Receptor Inhibition Reduces Bullous Pemphigoid Anti–Basement Membrane Zone IgG Deposition and Blistering in 3-Dimensional Human Skin Equivalents. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Feb 5];144(12):2809–2812.e2. Available from: <http://www.jidonline.org/article/S0022202X24015045/fulltext>

265. Oren-Shabtai M, Kremer N, Lapidoth M, Sharon E, Atzmony L, Nosrati A, et al. Treatment of Bullous Pemphigoid in People Aged 80 Years and Older: A Systematic Review of the Literature. *Drugs Aging* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2025 Mar 10];38(2):125–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33230804/>

266. Huttelmaier J, Benoit S, Goebeler M. Comorbidity in bullous pemphigoid: up-date and clinical implications. *Front Immunol*. 2023 Jun 29;14:1196999.

267. Cao Q, Tan CC, Xu W, Hu H, Cao XP, Dong Q, et al. The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2020 Dec 26 [cited 2025 Mar 10];73(3):1157–66. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.3233/JAD-191092?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

268. Hadjkacem F, Frikha H, Boujelben K, Chaari C, Mnif E, Masmoudi A, et al. Bullous Pemphigoid Associated With Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitors: A Case Report and Review of Current Evidence. *Hosp Pharm*. 2023 Aug 1;58(4):357–62.

269. Duraisamy P, Jagadeesan S, Eapen M, Thomas J. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitor-associated cutaneous eruptions: a retrospective observational study. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2025 Feb 19];47(7):1283–90. Available from:



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

<https://dx.doi.org/10.1111/ced.15144>

270. Mysorekar V, Sumathy T, Shyam Prasad A. Role of direct immunofluorescence in dermatological disorders. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2015 [cited 2025 Feb 19];6(3):172. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/276422191_Role_of_direct_immunofluorescence_in_dermatological_disorders

271. Baum S, Engler Markowitz M, Lyakhovitsky A, Gershon R, Aviv H, Segal Z, et al. Skin Eosinophil Counts in Bullous Pemphigoid as a Prognostic Factor for Disease Severity and Treatment Response. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 19];103:2938. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9885287/>

272. Fiest KM, Jetté N, Roberts JL, Maxwell CJ, Smith EE, Black SE, et al. The Prevalence and Incidence of Dementia: a Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Neurol Sci* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2025 Feb 20];43 Suppl 1(S1):S3–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27307127/>

273. Chen X, Zhang B, Mao X, Wang Y, Yang Y, Liu Y, et al. Clinical characteristics of bullous pemphigoid patients of different ages and the possible mechanism. *J Dermatol* [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 20]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1346-8138.17616>

274. Clapé A, Muller C, Gatouillat G, Le Jan S, Barbe C, Pham BN, et al. Mucosal involvement in bullous pemphigoid is mostly associated with disease severity and to absence of anti-BP230 autoantibody. *Front Immunol* [Internet]. 2018 Mar 13 [cited 2025 Feb 20];9(MAR):350504. Available from: www.frontiersin.org

275. Eftekhari H, Rafiei R, Yousefkhani L, Rafiei E, Darjani A, Alizade N, et al. Association between Immunofluorescence Pattern and Mucosal Involvement in Patients with Bullous Pemphigoid. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2018;

276. Kridin K, Bergman R. Assessment of the Prevalence of Mucosal Involvement in Bullous Pemphigoid. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2025 Feb 22];155(2):166–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30624571/>

277. Chen X, Zhao W, Jin H, Li L. Risk Factors for Mucosal Involvement in Bullous Pemphigoid and the Possible Mechanism: A Review. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2021 May 20 [cited 2025 Feb 22];8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34095183/>

278. Kimura K, Kawai K. Doxycycline as an initial treatment of bullous pemphigoid in Japanese patients. *Journal of Cutaneous Immunology and Allergy* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2025 Feb 22];3(4):80–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cia2.12126>

279. Tetracycline and nicotinamide for the treatment of bullous pemphigoid: Our experience in Singapore | Request PDF [Internet]. [cited 2025 Feb 22]. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/12297172_Tetracycline_and_nicotinamide_for_the_treatment_of_bullous_pemphigoid_Our_experience_in_Singapore
280. Amber KT, Valdebran M, Kridin K, Grando SA. The role of eosinophils in bullous pemphigoid: A developing model of eosinophil pathogenicity in mucocutaneous disease. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2018 Jul 10 [cited 2025 Feb 22];5(JUL):400566. Available from: www.frontiersin.org

TABLO 1: BÜLLÖZ PEMFİGOİD HASTALARININ KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Kategori	Alt Başlık / Değişken	n / Ortalama ± SD	p-Değeri
Toplam Hasta	-	118	-
Cinsiyet	Kadın / Erkek	82 / 36	-
Yaş Ortalaması	Kadın	74.07 ± 13.01	0.542
	Erkek	73.31 ± 13.25	
Hastalık Süresi (Ay)	Kadın	20.84 ± 51.54	0.036
	Erkek	20.71 ± 82.86	
Tutulum Tipi	Generalize / Lokalize	100 / 18	-
Mukozal Tutulum	Toplam	14	0.197
Komorbiditeler	HT / DM / Demans / Diğer	55 / 49 / 27 / 65	Demans: 0.004
Tetikleyici Faktörler	İlaç (Glipitin) / Enfeksiyon / Spontan	27 / 4 / 75	-
	Yaş farkı (ilaç tedavisi)	-	0.445
	Cinsiyet farkı (ilaç tedavisi)	-	0.330
İlaçla Tedavilenenlerde Tutulum	Generalize / Lokalize	23 / 4	-
Mukozal Tutulum	Glipitin ilacı	-	0.093
Latensi Süresi	Minimum - Maksimum	6 - 54 ay	0.213
İmmünoyolaj Bulguları	IgG & DM ilişkisi	-	0.012
	İlaç & IgG	-	0.337
	İlaç & C3	-	0.891
	IgG & Sistemik Steroid	-	0.047
	Eozinofil Pariti	-	0.247
Mukozal Tutulum Tedavi	Demans ilişkisi	-	0.035
	Topikal / Sistemik Steroid / Tetrasklin	En sık / 2 / 3. miktarda	-



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-346][KABUL:POSTER]

BÜLLÖZ EKSTRAGENİTAL LİKEN SKLEROZUS ET ATROFİKUS: 3 HASTALIK BİR OLGU SERİSİ VE LİTERATÜR İNCELEMESİ

Efe Günal¹, Filiz Cebeci Kahraman¹, Adnan Somay²

¹SBÜ, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²SBÜ, Hamidiye Ulusal Tıp Fakültesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Liken sklerozus (LS), öncelikle anogenital bölgeyi etkileyen ancak nadiren ekstrasjenital bölgelerde de ortaya çıkabilen kronik, inflamatuvar ve sklerozan bir dermatozdur. Histopatolojik olarak epidermal incelme, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, üst dermiste kollajen homojenizasyonu ve bant benzeri lenfositik infiltrasyon ile karakterizedir. Büllöz lezyonlar LS'nin nadir bir varyantıdır ve genellikle dermo-epidermal bileşkenin kırılmağına bağılı olarak ileri veya şiddetli olgularda görülür[1,2,3]. Özellikle ekstrasjenital bölgelerde büll oluşumu tanısız zorluklara yol açmakta olup histopatolojik doğrulama gerektirir. Bu bildiride ekstrasjenital LS tanısı almış üç olgudan oluşan bir seri sunulmaktadır.

OLGU:

Olgu 1:

Kırk beş yaşında erkek hasta, sırtında 5–6 yıldır geçmeyen sulantılı, kaşıntılı yara şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol skapulaya yakın yerleşimli, çapı yaklaşık 20x10 cm genişliğinde lividimsi zemin, bu zeminde sarımsı beyazımsı birbiriyle grup olacak şekilde dizilmiş papüller, bu papüllerin yakınında büllöz ve kurutlanma gösteren plak lezyon görüldü(Figür 1). Vücudun diğer bölgelerinde veya genital bölgede başka lezyon saptanmadı ve sistemik hastalık öyküsü yoktu. Histopatolojik incelemede üst dermiste kollajen homojenizasyonu, ödem ve subepidermal ayrışma saptandı(Figür 2). Klinikopatolojik korelasyonla olgu LS tanısı aldı.

Olgu 2:

Elli yaşında kadın hasta, yaklaşık 1.5 aydır devam eden her iki kasıkta geniş erozyonlar ve büller ile çevresinde violase yama lezyonlarının halka şeklinde yer aldığı bir tablo ile



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

başvurdu. Diğer vücut bölgelerinde ve genital bölgede başka lezyon bulunmamaktaydı. Multinodüler guatr dışında başka sistemik hastalığı yoktu. Histopatolojik değerlendirmesinde epidermiste belirgin ortokeratozla birlikte incelleme, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, üst dermiste fibrin içeren subepidermal ayrışma ve dermiste baskın olarak perivasküler mononükleer inflamatuvar hücre infiltrasyonu saptandı. Klinikopatolojik korelasyonla olgu LS tanısı aldı.

Olgu 3:

Elli beş yaşında kadın hasta, sağ memede 2x3 cm boyutlarında, 8 aydır mevcut olan, yüzeyinde erozyon, krut ve deskuamasyon gözlenen fildişi renkli maküler bir lezyon ile başvurdu. Diğer bölgelerde lezyon mevcut değildi ve sistemik hastalık öyküsü bulunmamaktaydı. Histopatolojik incelemede epidermiste rete çıkıntılarında yassılaşıma, subepidermal ayrışma ve dermiste kollajen lifler arasında perivasküler ve interstisyel mononükleer inflamatuvar hücre infiltrasyonu gözlemlendi. Klinikopatolojik korelasyonla olgu LS tanısı aldı.

SONUÇ:

Liken sklerozusun büllöz ve ekstrasgenital formu oldukça nadir görülmekle birlikte, klinik açıdan tanınması güç, ayırıcı tanıda dikkat gerektiren bir tablodur. Özellikle genital bölge tutulumu olmaksızın ortaya çıkan büllöz lezyonlar, diğer sklerozan dermatozlar, büllöz hastalıklar veya inflamatuvar dermatozlarla karışabilir. Bu nedenle, atipik lokalizasyonda ve dirençli seyir gösteren lezyonlarda histopatolojik doğrulama, tanı koymada elzemdir. Bu olgu serisinde aktarılan üç hastada, klasik histolojik özelliklerle birlikte subepidermal ayrışmanın saptanması, büllöz ekstrasgenital liken sklerozus tanısını desteklemiş ve doğru yönetim için temel oluşturmuştur. Bu varyantın tanınması, gereksiz tedavilerin ve gecikmiş tanılarının önüne geçilmesi açısından önemlidir. Dermatoloji pratiğinde, özellikle ekstrasgenital bölgelerde yerleşen büllöz lezyonlarda liken sklerozusun da ayırıcı tanıya dahil edilmesi, uygun yaklaşım ve tedavi planlaması açısından klinisyenlere yol gösterici olacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: büllöz, ekstrasgenital, liken sklerozus, subepidermal ayrışma

KAYNAKLAR: 1.Smith YR, Haefner HK. Vulvar lichen sclerosis: pathophysiology and treatment. Am J Clin Dermatol 2004; 5: 105-25.

2. Heyman WR. Lichen sclerosis. J Am Acad Dermatol 2007; 56: 683-4.

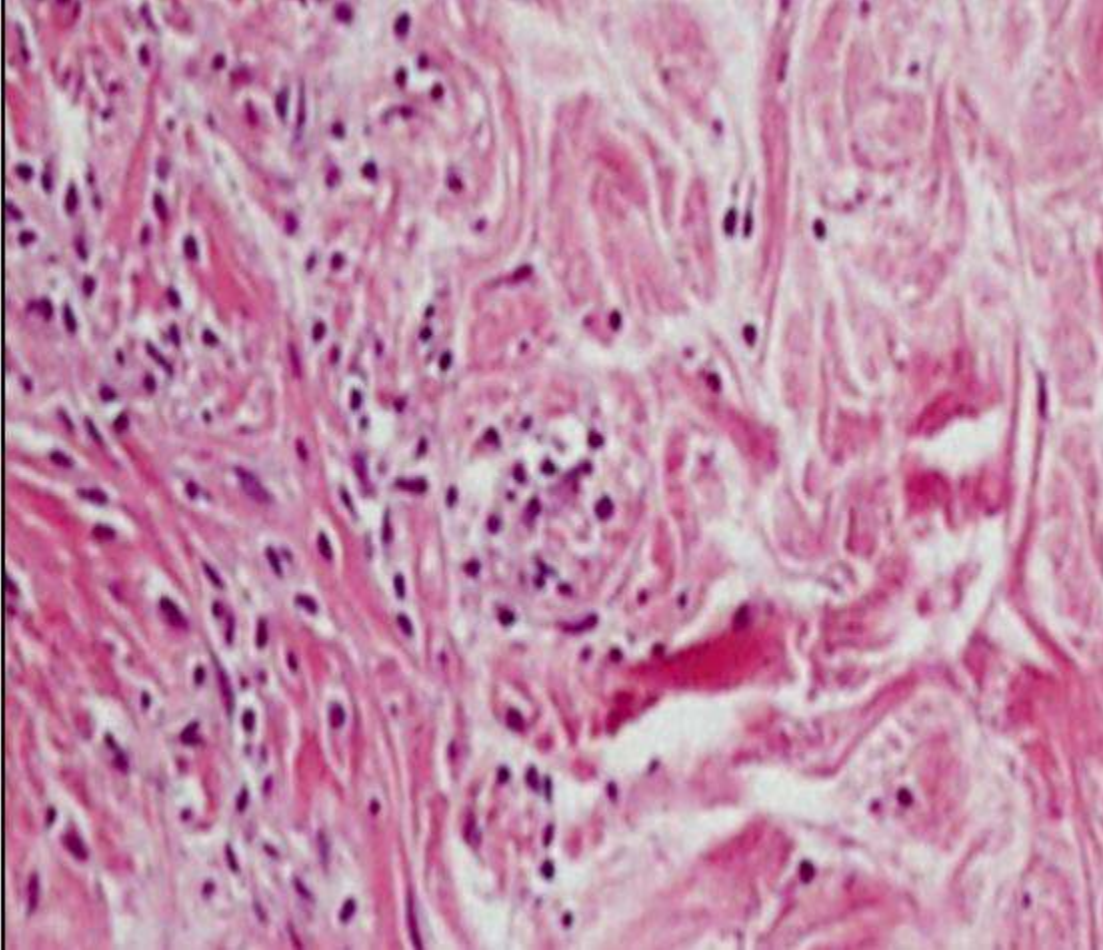
3. Cretu A, Ardeleanu C, Coman I, Georgescu SR. Histological features of vulvar lichen sclerosis: an update. Rom J Morphol Embryol. 2016;57(4):1157–62.

FIGÜR 1



Figür 1: Sırtta sklerotik plak üzerinde egzamatizasyon ve bül formasyonu

FIGÜR 2



Figür 2: Üst dermiste kollajende homojenizasyon,ödem ve subepidermal ayrışma.[H&Ex200]



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-347][KABUL:POSTER]

KONJENİTAL MELANOSİTİK NEVÜSTE HALO FENOMENİ: MALİGNİTE KUŞKUSU MU, İMMÜN REGRESYON MU?

Furkan Uyanık, Seçil Soylu

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

GİRİŞ AMAÇ:

Konjenital melanositik nevüs (KMN),(Sutton melanositik nevus, doğumda veya kısa bir süre sonra ortaya çıkan, nöral krest kökenli melanositlerden gelişen pigmente bir lezyondur. Çocukluk döneminde büyüme eğilimi gösterir. KMN çevresinde ortaya çıkan halka tarzı depigmentasyon, literatürde "halo nevüs" veya "leukoderma acquisitum centrifugum" olarak adlandırılır. Bu fenomen, nadiren malign melanom çevresinde de görülebilmekle birlikte, genellikle benignidir. Depigmentasyon, sitotoksik T hücreleri veya IgM otoantikorlar aracılığıyla melanositlere karşı gelişen immünolojik bir yanıt sonucunda oluşur. Edinsel nevüslere kıyasla KMN çevresinde halo gelişimi çok daha nadir gözlenir ve yanlışlıkla malign dönüşüm olarak yorumlanabilir.

Halo fenomeni, vitiligo ile birlikte seyrettiğinde pigmente lezyonun kısmi ya da tam gerilemesine yol açabilir; bazı olgularda ise stabil kalabilir veya yeniden pigmente olabilir. Ancak, KMN'nin spontan involüsyonu nadirdir. Bu değişiklikler klinikte sıklıkla malign transformasyon kuşkusuna yol açmakta ve gereksiz cerrahi girişimlere neden olabilmektedir. Oysa ki, halo fenomeni KMN varlığında genellikle iyi huyludur ve maligniteyi doğrudan işaret etmez. Dermoskopik ve histopatolojik incelemeler, depigmente alanlarda melanin ve nevüs hücrelerinin kaybını göstererek immün kaynaklı temizlenmeye işaret eder, Bu nedenle, halo fenomeni gösteren çocukluk çağı KMN vakalarında konservatif yaklaşım ve düzenli dermoskopik izlem uygun bir stratejidir. Olgumuz, tipik halo nevüs görünümü ve eşlik eden vitiligo ile ilişkili saç ve deri bulguları ile bu nadir ancak önemli tabloya dikkat çekmektedir.

OLGU:

Saçında beyazlık şikâyeti ile başvuran, özgeçmiş ve soygeçmişinde vitiligo dahil özelliği olmayan 15 yaşında erkek hastanın dermatolojik muayenesinde, üst göz kapağında birkaç adet depigmente yama ile birlikte dermoskopik Wood bakısı ile de belirginleşen saçlı deride sağ frontotemporal, parietal bölgede ve sağ kaşında az miktarda depigmente kıllar izlendi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Ayrıca, sağ uyluk medial yüzeyinde, 8x3 cm boyutlarında, üzeri kıllarla kaplı, çevresi belirgin şekilde depigmente ve ortası homojen kahverengi pigmentli bir yama mevcuttu (Resim 1a,1b,2a,2b). Lezyon, KMN zemininde gelişen halo fenomeni ile uyumlu olarak değerlendirildi. Yeni tanı vitiligo olması nedeniyle yapılan laboratuvar incelemelerinde, tiroid stimulan hormon düzeyi yüksek (4,58 mIU/L), serbest T4 düzeyi düşük (0,95 ng/dL) olarak saptandı. Ayrıca folik asit düzeyi düşük (2,49 µg/L) ve ferritin seviyesi de referans alt sınırında (28,1 µg/L) idi. Hasta, bu laboratuvar bulguları nedeniyle Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine yönlendirildi. Tedavi olarak hafta içi mometazon furoat losyon, hafta sonları ise pimekrolimus krem uygulaması ve sistemik folik asit desteği başlandı. Hastanın KMN açısından düzenli aralıklar ile klinik ve dermoskopik olarak takibimiz altındadır.

TARTIŞMA: Bizim vakamızda, KMN çevresinde depigmentasyon ve saçlı deride fokal poliozis ile birlikte seyreden bu tablo, vitiligoya eşlik eden immünolojik bir süreç olarak değerlendirildi. Ailede benzer bir öykü olmaması, sistemik bulguların eşlik etmemesi, lezyonun stabil seyretmesi ve dermoskopik bulgularımız malignite olasılığını düşündürmemektedir. Halo fenomeni gösteren KMN vakalarında invaziv tanısız girişimlerden kaçınılmalı; bunun yerine dermoskopik izlem tercih edilmelidir. Depigmentasyon gelişen KMN bölgelerinde melanin kaybı, immün yanıtla ilişkili regresyonu göstermekte olup, malign dönüşüm anlamına gelmemektedir. Bu farkındalık, gereksiz cerrahi işlemlerin önlenmesi açısından önem taşır.

SONUÇ:

Konjenital melanositik nevüs çevresinde gelişen halo fenomeni, sıklıkla benign seyirli bir immün yanıtın sonucudur. Klinik ve dermoskopik takiple izlenmesi uygun bir yaklaşımdır. Bu durumun farkında olunması, malignite kuşkusu ile yapılan gereksiz cerrahi müdahalelerin önüne geçebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: halo, konjenital melanositik nevüs, nevus, vitiligo

KAYNAKLAR: 1) Lee, Noo Ri MD; Chung, Hee-Chul MD; Hong, Hannah MD; Lee, Jin Wook MD; Ahn, Sung Ku MD, PhD. Spontaneous Involution of Congenital Melanocytic Nevus With Halo Phenomenon. The American Journal of Dermatopathology 37(12):p e137-e139, December 2015. | DOI: 10.1097/DAD.0000000000000311

2) Cebeci F, Aksoy H, Aslan Z, Şimşek B Çobanoğlu. Large Congenital Melanocytic Nevus With Halo Phenomenon. Dermatol Pract Concept. 2022;12(1):e2022016.
doi:10.5826/dpc.1201a16

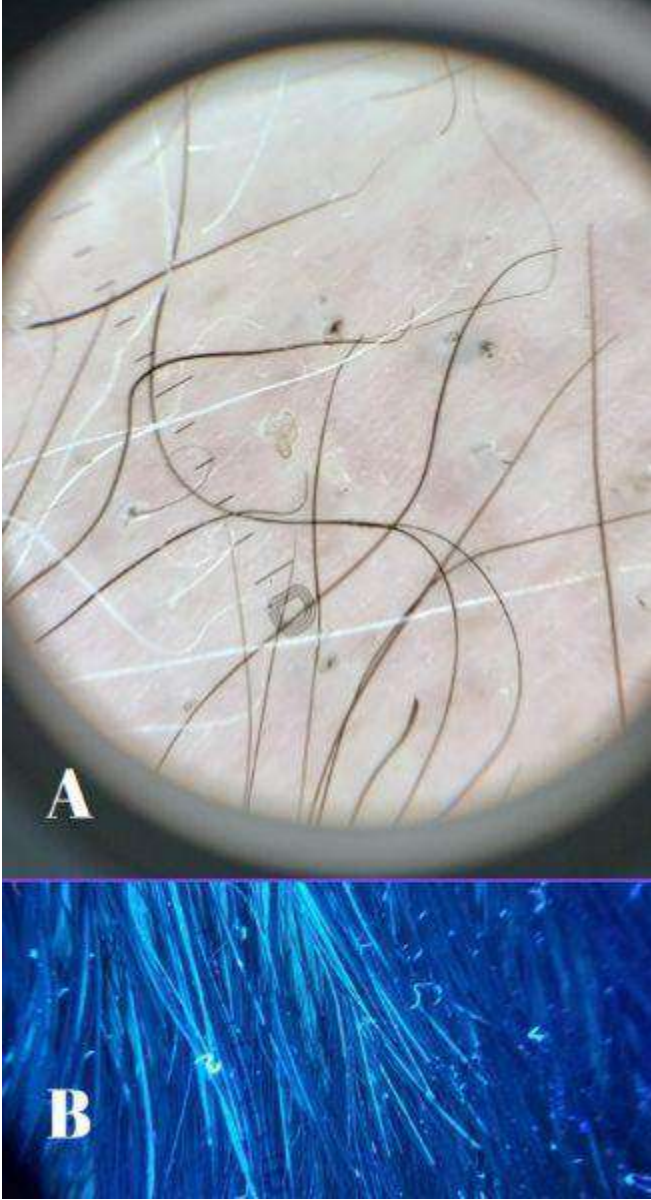
3)Hofmann, U. B., Bröcker, E.-B., & Hamm, H. (2009). Simultaneous Onset of Segmental Vitiligo and a Halo Surrounding a Congenital Melanocytic Naevus. Acta Dermato-Venereologica, 89(4), 402–406. <https://doi.org/10.2340/00015555-0654>

RESİM 1



Resim 1a: Sağ uyluk medial yüzeyde üzeri kıllarla kaplı, çevresi depigmente ve ortası hiperpigmente yama lezyon. Resim 1b: Sutton nevusla KMN'nin Wood bakısı görüntüsü.

RESİM 2



Resim 2a: KMN ve etrafındaki depigmente alanın dermoskopi altındaki görünümü (10 X büyütme) Resim 2b: Saçlı derideki fokal poliozisin ultraviyole indüklenmiş floresan dermatoskopisi ile görünümü (10 X büyütme)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-348][KABUL:POSTER]

WAARDENBURG SENDROMU: PEDIATRİK BİR OLGU SUNUMU

Murat Yavuz, Ayşe Deniz Yücelten

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

GİRİŞ-AMAÇ:

Waardenburg sendromu (WS), ilk kez 1951 yılında Hollandalı oftalmolog ve genetikçi Petrus Johannes Waardenburg tarafından tanımlanmıştır. Hastalığın klasik bulguları; sensörinöral işitme kaybı, distopia kantorum, iris heterokromisi, saç, cilt ve retinada pigmentasyon bozukluklarıdır. Burada vücutta hipopigmente yamaları ve konjenital sensorinöral işitme kaybı olan WS'li 6 yaşında kız hasta nadir olması nedeniyle sunulmaktadır.

OLGU:

6 yaşındaki kız hasta, doğuştan beri mevcut olan vücutta beyaz lekeler şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Aile öyküsü sorgulandığında benzer şikâyetlerin aile bireylerinde bulunmadığı, dört yaşında sağlıklı bir kız kardeşi olduğu ve doğumundan sonra vücudunda daha koyu renkli lezyonların da ortaya çıktığı öğrenildi. Anne-baba arasında akrabalık yoktu. Hastanın nörolojik gelişimi yaşına uygundu. Sağ kulakta tüm frekanslarda 50 dB'nin altında konjenital sensörinöral işitme kaybı mevcuttu. Fizik muayenesinde, tüm vücutta aralarda sağlam cilt alanlarının izlendiği yaygın depigmente yamalar ve tüm vücutta guttat karakterde kahverengi makül ve yama tarzında lezyonlar mevcuttu. Ayrıca hastada beyaz perçem (white forelock) bulgusu mevcuttu. Hastada distopia kantorum, iris heterokromisi ve ala nasi hipoplazisi bulunmazken; geniş nazal kök saptandı. 2025 yılında yapılan göz ve beyin MR'ı ile ekokardiyografide patolojik bulguya rastlanmadı. WS tanısı fenotipik özellikler ve klinik bulgulara dayanarak konulur (Tablo I). Tanı için iki majör ya da bir majör ile iki minör kriter varlığı gerekmektedir. Nöral tüp defektleri, sprenkel deformitesi (skapulanın konjenital elevasyonu), yarık dudak-damak, Hirschsprung hastalığı, kas kontraktürleri ve iskelet kası hipoplazisi ise daha nadir görülen bulgulardır. Olgumuzda iki majör kriter (konjenital sensörinöral işitme kaybı ve white forelock perçem) ile iki minör kriter (konjenital lökodermi ve geniş nazal kök) mevcut olup, bu bulgular doğrultusunda hastaya WS tanısı konulmuştur.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

WS, nöral krest hücrelerinin gelişim bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkar. Embriyonik dönemdeki nöral krest hücreleri, melanositlerin öncülü olmanın yanı sıra, kraniyofasiyal kemikler, ekstremiteler kasları ve enterik nöronlar gibi birçok yapının gelişimine katkı sağlar. WS'nin dört klinik alt tipi tanımlanmıştır. En yaygın formlardan biri olan Tip 1 WS, OD kalıtlı ve PAX3 genindeki mutasyonlara bağlı olarak gelişir. Tip 2 WS OD kalıtlı ve sık görülen bir alt tip olup, MITF genindeki mutasyonlar sonucunda ortaya çıkar. Tip 2'de distopia kantom bulunmaz; ancak diğer klinik özellikler Tip 1 ile benzerdir. Tip 3 (Klein-Waardenburg sendromu), Tip 1'in daha ağır bir formu olup sporadik geçiş gösterir ve Tip 1'e ek olarak üst ekstremitelerde kas-iskelet sistemi anomalileri ile karakterizedir. Tip 4 (Shah-Waardenburg sendromu) ise EDNRB ya da EDN3 gen mutasyonlarına bağlı olarak gelişir. Bu genler sırasıyla endotelin B reseptörünü ve endotelin-3'ü kodlamaktadır. Tip 4 genellikle OR kalıtım gösterir ve enterik sinir sistemi tutulumu nedeniyle Hirschsprung hastalığı ile birlikte seyredebilir. Hastalığın cilt bulgusu nedeniyle birçok ayırıcı tanısı mevcuttur. (Tablo II). WS, çeşitli sistemleri etkileyen nadir ve genetik bir hastalık olup, tanısı fenotipik bulgulara dayanmaktadır. Tipik bulgular (işitme kaybı, pigment bozuklukları) ile tanı konulabilir. Bu sendromda multidisipliner yaklaşım, erken tanı ve uygun işitsel rehabilitasyon, prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

ANAHTAR KELİMELER: Konjenital işitme kaybı, pigmentasyon bozukluğu, Waardenburg sendromu

KAYNAKLAR: 1) Winters R, Masood S. Waardenburg Syndrome. [Updated 2025 May 4], StatPearls Publishing; 2025.

2) Kankipati SM, Mahalingam A, Reshie A et al. D. Clinical Insights Into Waardenburg-Shah Syndrome: A Case Series and Literature Review. Cureus 2024 May 8;16: e59858.

3) Civelek K, Zorlutuna K N, Kandemir B et al. Waardenburg sendromu tip 1: Olgu sunumu. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2014;25:143–146.

RESİM 1



Resim 1: Frontal bölgedeki saçlarda, kaşlarda ve kirpikler belirgin depigmentasyon ile beyaz perçem (white forelock) görünümü izlenmektedir. Ek olarak hastanın alın orta hattında, gövde ve kollarda geniş hipopigmente yamalar ve cafe au lait lekeleri dikkati çekmektedir.

RESİM 2



Resim 2a: Sağ kol ve sağ gövde lateralde de benzer şekilde bazı kısımların korunduğu geniş hipopigmente yamalar ve cafe au lait lekeleri görülmektedir. Resim 2b: Hastanın sırt bölgesinde de benzer karakterde cafe au lait lekeleri mevcuttur.

TABLO I

Majör Kriterler	Minör Kriterler
Konjenital sensörinöral işitme kaybı*	Konjenital lökodermi*
İris pigmentasyon bozuklukları (tam heterokromi, parsiyel/segmental heterokromi, hipoplastik mavi iris)	Synophrys (kaşların orta hatta birleşmesi)
Distopia kantomum (iç kantusların laterale yer değiştirmesi)	Ala nasi hipoplazisi
White forelock (beyaz alın perçemi)*	Geniş nazal kök*
Birinci derece akrabada WS öyküsü	Saçların 30 yaşından önce beyazlaşması

Tablo I. WS tanı kriterleri *Hastamızdaki bulgular



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-349][KABUL:POSTER]

CAVUM CEPTUM PELLUCIDUM AT VERGAE İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN GORLIN GOLTZ SENDROMU

Mehmet Çağlar Soysal

Gaziantep Özel Emek Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Gaziantep

GİRİŞ-AMAÇ:

Nevoid bazal hücreli karsinom sendromu (NBHKS), Gorlin-Goltz sendromu olarak da bilinen, otozomal dominant geçişli nadir bir genetik hastalıktır. PTCH1 genindeki mutasyonlarla ilişkilidir ve Hedgehog sinyal yolunu etkileyerek embriyonik gelişim, hücre proliferasyonu ve farklılaşmasında bozukluklara yol açar (1). Klinik olarak çenede odontojenik kistler, multipl bazal hücreli karsinomlar (BCC), iskelet ve santral sinir sistemi anomalileri, palmar/plantar keratotik lezyonlar ve göz patolojileri ile karakterizedir. Tanı, klinik kriterlere ve genetik doğrulamaya dayanır (2).

OLGU:

55 yaşındaki kadın hasta, yüzünde uzun süredir mevcut çok sayıda yara ve saçlı deride üzeri kepekli kitle nedeniyle başvurdu. Anamnez sırasında dezoryante olduğu ve iletişimin kısıtlı olduğu gözlemlendi. Fizik muayenede geniş frontal kemik yapısı, kaba yüz görünümü, burun, glabella ve medial kantuslara yerleşik ülser ve pigment lezyonlar izlendi. Bu lezyonların dermoskopik bulguları pigment BCC ile uyumluydu. Saçlı deride sağ temporoparietal bölgede 5x6 cm'lik, üzeri krutlu tümöral bir lezyon saptandı. Her iki avuç içi bölgesinde keratotik pittingler mevcuttu.

Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde sağ frontal subkutan bölgede hiperdens lezyon ve cavum septum pellucidum et vargae varyantı izlendi. Yapılan rutin biyokimyasal tetkiklerinde anormallik saptanmadı. Odontojenik kist açısından çene grafileri normaldi. Göz ve sistemik taramalar negatifti. Psikiyatrik değerlendirmede zeka testinde hafif mental retardasyon saptandı. Genetik geçmişinde benzer öykü yoktu. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda NBHKS tanısı konuldu.

Saçlı derideki lezyon plastik cerrahi tarafından eksize edildi ve histopatolojik olarak BCC ile



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

uyumlu bulundu. Diğer lezyonlar için hasta vismodegib tedavisi amacıyla onkolojiye yönlendirildi.

SONUÇ:

NBHKs erken yaşta başlayan çok sayıda BCC, iskelet anomalileri ve çene kistleriyle karakterize kompleks bir sendromdur (3). Olgumuzda çok sayıda BCC, palmar pittingler ve tipik yüz görünümü tanıya yol gösterici olmuştur. Ayrıca, saçlı deride büyük boyutlu tümöral BCC bulunması dikkat çekicidir. Mental retardasyon eşlik eden nadir bulgular arasında yer alır.

Olgunun en dikkat çeken yönlerinden biri ise beyin görüntülemesinde cavum septum pellucidum et vargae varyantının bulunmasıdır. Bu konjenital orta hat beyin kisti, çoğunlukla benign kabul edilse de psikiyatrik ve nörolojik bozukluklarla ilişkili bulunmuştur (4). Literatürde, NBHKs'ye eşlik eden cavum septum pellucidum et vargae ilk kez bu olguda bildirilmiştir. Bu nedenle, radyolojik olarak erken yaşlarda saptanması, NBHKs'nin erken tanısı için uyarıcı bir bulgu olabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: bazal hücreli karsinom, cavum ceptum pellucidum, gorlin goltz sendromu

KAYNAKLAR: 1) Farndon PA, Del Mastro RG, Evans DG, Kilpatrick MW. Location of gene for Gorlin syndrome. Lancet 1992; 339:581–2.
2) Bakacen G, Rajab LD, Sawair FA, et al., authors. Nevoid basal cell carcinoma syndrome: a review of the literature and a report of a case. Int J Paediatr Dent. 2004. 14:p. 279–87.
3) Kimonis VE, Goldstein AM, Pastakia B et al. Clinical manifestations in 105 persons with nevoid basal cell carcinoma syndrome. Am J Med Genet 1997; 69:299–308.
4) Tubbs RS, Krishnamurthy S, Verma K, et al. Cavum velum interpositum, cavum septum pellucidum, and cavum vergae: a review. Childs Nerv Syst. June 2011:1927-1930. doi:10.1007/s00381-011-1457-2.

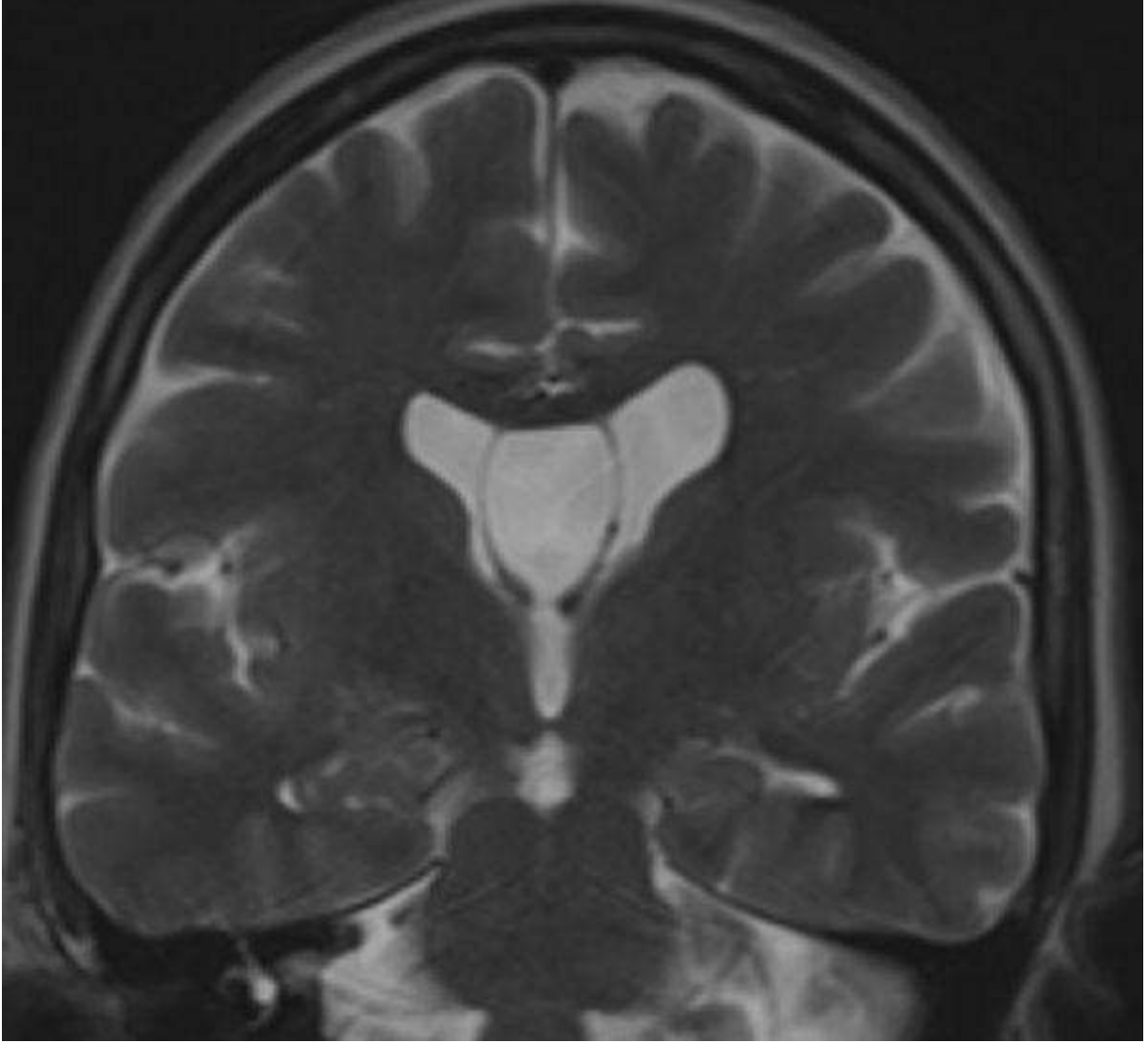
RESİM 1: HASTANIN MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEMESİNDE CAVUM CEPTUM PELLUCIDUM GÖRÜNÜMÜ



33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr



RESİM 2: HASTANIN YÜZ GÖRÜNÜMÜ





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-350][KABUL:POSTER]

OLGU SUNUMU: BLASCHKO ÇİZGİLERİ ÜZERİNDE DAĞILIM GÖSTEREN LİKEN PLANUS

Fulya Bülbül, Aslı Filiz Güpgüpoğlu, Yılmaz Ulaş, Yücel Tekin

KAYSERİ ŞEHİR HASTANESİ, KAYSERİ

GİRİŞ-AMAÇ:

Liken planus(LP), genellikle cilt, mukozal ve tırnakları etkileyen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır (1)Liken planusun kesin etiyolojisi bilinmemekle birlikte, immün aracılı bir patogeneze bilinmektedir, bunlar arasında stres, ilaçlar, bazı enfeksiyonlar ve genetik yatkınlık sayılabilir.(2)Morfoloji ve yerleşime göre oral, tırnak, lineer, atrofik, hipertrofik, eroziv, büllöz, ülseratif, liken planus pigmentosus, liken planopilaris, vulvovajinal, aktinik, liken planus pemfigoides gibi birçok varyantları mevcuttur. Blaschko çizgileri, embriyogenez sırasında epidermal hücrelerin göç yollarını temsil eden X'e bağlı, doğuştan veya edinilmiş cilt rahatsızlıklarının izlediği bir örüntüyü vurgular. Arka orta hatta V- şeklinde, abdomende S şeklinde ve posterior skalp bölgesine ise spiraller oluşturarak ilerler.(4,6) Blaschko çizgileri boyunca takip eden LP lezyonları nadir görülen bir varyantı olup, tüm LP hastalarının %0,24-%0,62'sini etkilediği tahmin edilmektedir. Bu hastalık için lineer LP, Blaschkolineer LP ve Blaschkoid LP gibi çeşitli terimler kullanılmaktadır. Yayınlanmış literatürde, Blaschko çizgileri boyunca dağılıma sahip LP vakaları çoğunlukla tek taraflı gövde ve ekstremitelerin tutulumunu göstermektedir.(4,5)

OLGU:

30 yaşında sağlıklı bir kadın hasta kliniğimize Nisan 2024 tarihinde vücudunda 1 yıldır bulunan yeni başlangıçlı döküntü şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde periumbilikal bölgeden başlayarak sol lomber bölgeye uzanarak sırta doğru dairesel çizgiler oluşturan birleşik hiperpigmente kahverengi makülleri mevcuttu. Lezyonlar Blaschko çizgilerini takip etmekteydi. Lezyonlar sol tarafa izole olup, sırt orta hattı geçmemekteydi. Hastanın kaşıntısı yoktu, birkaç ay önce güçlü topikal kortikosteroidler kullanmıştı fakat yanıt alınmamıştı. Hastanın fizik muayenesinde oral mukozası, saç derisi ve tırnak muayenesi normal,kan sayımı normal idi. Bilinen ek bir hastalığı ve düzenli kullandığı ilacı bulunmamaktaydı. Yeni başlanan ilaç hikayesi, geçirilmiş zona hikayesi ve yeni bir aşı hikayesi yoktu. Lezyondan blaschkoid liken planus, liken striatus, edinilmiş bkashkoid dermatit ve İLVEN on tanıları ile 4 mm punch biyopsi örneği alındı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Yapılan punch biyopsi sonucunda kesitlerde epidermisi yer yer düzleşerek incelmış, küçük bir alanda bazal pigment artışı, birkaç alanda bazal tabaka hasarı ve hafif-orta dereceli lenfosit girişi gösteren deri dokusu izlendi.Dermoepidermal alanda citoid cisimcikler seçilmektedir. Dermiste yüzeysel alanlarda perivasküler ve bazı alanlarda bant tarzında hafif-orta dereceli mononükleer iltihabi infiltrasyon ve arada seyrek melanofaj gözlendi.Biyopsi sonucu likenoid reaksiyon paterni ile blaschkoid LP tanısını doğruladı. Bu olgu sunumunda nadir görülen bir form blaschko çizgileri üzerine dağılım gösteren Liken planus sunulmuş olup, hastaya tedavi başlanmamış, gözlemine devam edilmektedir.Blaschkoid LP nadir görülen bir liken planus tipidir. Blaschkoid LP genellikle iyi huylu ve kendi kendini sınırlayan bir seyir izler, lezyonlar sıklıkla pigmentasyon değişikliğiyle iyileşir. Topikal glukokortikoidler birinci basamak tedavi olarak kabul edilir ve dirençli vakalarda oral glukokortikoidler ve fototerapi gibi birçok alternatif de ek tedavi seçenekleri arasındadır.(6,7) Bu vakadaki deneyimimiz, bu nadir hastalığa ilişkin fikir verebilir ve hastalığın zamanında teşhis ve tedavisini kolaylaştırabilir. Bu lezyonların Blaschko çizgilerini takip eden hiperpigmentasyon görülmesi ve liken planusun tipik lezyonlarını içermemesi her dermatologun ayırıcı tanıda aklında bulundurması gereken bir durumdur.

ANAHTAR KELİMELEER: Blaschko çizgileri, Blaschkoid dermatitler, Liken planus

KAYNAKLAR: 1.N Engl J Med 2012;366:723-732 VOL. 366 NO. 8

2.Diagnosis and Treatment of Lichen Planus,Am Fam Physician. 2011;84(1):53-60

3.International Journal of Women's Dermatology Volume 1, Issue 3, August 2015, Pages 140-149

4-Criscito MC, Brinster NK, Skopicki DL, Seidenberg R, Cohen JM. Blaschkoid lichen planus: Throwing a "curve" in the nomenclature of linear lichen planus. JAAD Case Rep. 2020 Feb 26;6(3):237-239. doi: 10.1016/j.jdc.2020.01.001. PMID: 32140526; PMCID: PMC7044646.

5-Herd RM, McLaren KM, Aldridge RD. Linear lichen planus and lichen striatus--opposite ends of a spectrum. Clin Exp Dermatol. 1993 Jul;18(4):335-7. doi: 10.1111/j.1365-2230.1993.tb02211.x. PMID: 8403470.

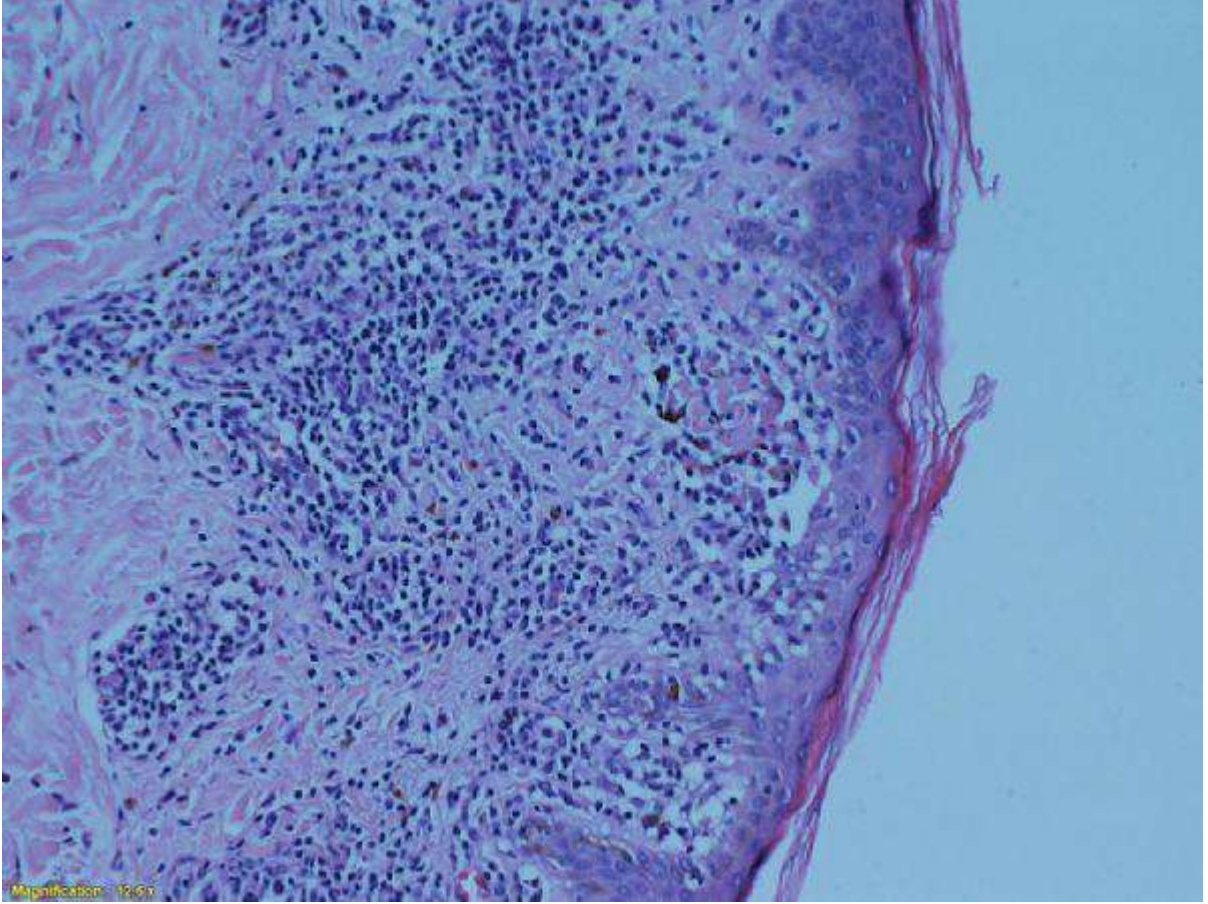
6-Bolognia JL, Orlow SJ, Glick SA. Lines of Blaschko. J Am Acad Dermatol. 1994 Aug;31(2 Pt 1):157-90; quiz 190-2. doi: 10.1016/s0190-9622(94)70143-1. PMID: 8040398.

7-Kabbash C, Laude TA, Weinberg JM, Silverberg NB. Lichen planus in the lines of Blaschko. Pediatr Dermatol. 2002 Nov-Dec;19(6):541-5. doi: 10.1046/j.1525-1470.2002.00229.x. PMID: 12437560.

GÖRSEL 1



GÖRSEL 2



Epidermisde bazal vakuolar dejenerasyon ve bazal tabaka hasarı, dermisde yüzeysel perivasküler ve ara alanlarda orta dereceli mononükleer iltihabi infiltrasyon seyrek melanofaj ve bir alanda citoid cisimcikler (HE, x200)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-353][KABUL:POSTER]

**MUKOZAL EROZİV LEZYONLARIN ARDINDAKİ SESSİZ TÜMÖR: PAPİLLER TİROİD
KARSİNOMUNA SEKONDER GELİŞEN PARANEOPLASTİK PEMFİGUS**

Ahmet Taraç¹, Yıldız Gürsel Ürün¹, Mustafa Ürün¹, Emre Asker²

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Edirne

GİRİŞ VE AMAÇ:

Paraneoplastik pemfigus (PNP), mukozal erozyonlar ve polimorfik kutanöz lezyonlarla seyreden nadir, sıklıkla mortal bir otoimmün büllöz hastalıktır [1]. Olguların çoğunda hematolojik maligniteler eşlik ederken, solid tümör birlikteliği nadirdir [2]. PNP tanısı; revize kriterlere göre, üç majör bulgu (mukozal tutulum, eşzamanlı neoplazi, serolojik değerlendirmede anti-plakin pozitifliği) ve iki minör bulgu (histopatolojide akantoliz ve/veya likenoid dermatit, direkt immunfloresan inceleme (DİF)'de intersellüler ve bazal membranda IgG/C3 birikimi) ile konulabilir [3].

Bu olgu sunumunda, oral mukozal lezyonlarla başvuran ve altında papiller tiroid karsinomu saptanan bir PNP vakası sunulmaktadır.

OLGU:

Elli yaşında kadın hasta, bir ay önce başlayan oral mukozada yara ve yemek yemekte güçlük şikayeti ile başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenede labial, gingival, palatal, bukkal ve lingual mukozada ağrılı erozyonlar ve beyaz plaklar izlendi. Muayene sırasında mukozal lezyonlara eşlik eden deri tutulumu saptanmadı. Histopatolojik incelemede suprabazal ayrışma ve akantoliz, DİF'de intersellüler düzeyde ve bazal membranda IgG ve C3 birikimi saptandı. Elisa ölçümünde desmoglein 1 ve 3 antikorları ile desmoplakin I antikorunda pozitiflik bulundu. Tüm bu bulgular eşliğinde hastaya PNP ön tanısıyla yaşa bağlı malignite taraması yapıldı. Tiroide saptanan nodülden elde edilen sitoloji malignite ile uyumlu olup, tiroidektomi sonrası histopatolojik tanı papiller tiroid karsinomu olarak raporlandı. Olgu, revize kriterlere uygun olarak PNP tanısı kondu. İmmünsüpresif tedavi planlanan hasta, tedavi öncesi olası komplikasyonların önlenmesi amacıyla multidisipliner olarak değerlendirildi. Pneumocystis jirovecii pnömonisi için haftada iki gün trimetoprim-sülfametoksazol, tüberküloz profilaksisi için izoniazid başlandı. Osteoporoz riski açısından fiziksel tıp ve rehabilitasyon, beslenme desteği için diyetisyen görüşü alındı. Tedavide sistemik kortikosteroid (1 mg/kg/gün) ve azatiyoprine (0.5 mg/kg/gün) ek olarak, bir kür romatoid



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

artrit protokolünde rituksimab tedavisi ve üç kür intravenöz immünoglobulin (2 g/kg/ 5 gün/ayda bir) uygulandı. Hastalığın izleminde Pemphigus Disease Area Index (PDAI) kullanıldı. Hastanın başlangıçtaki PDAI skoru 25 iken, tedavinin 10. ayı sonunda tam remisyonu yansıtan PDAI skoru 0 olarak belirlendi. Hastanın on aylık izleminde mukozal lezyonlarda belirgin gerileme gözlemlendi.

SONUÇ:

PNP, özellikle persistan mukozit ile başvuran olgularda malignite göstergesi olabilir [1]. Revize tanı kriterlerinin uygulanması PNP tanısının sıklığını artırmaktadır [3]. PNP ve tiroid karsinom birlikteliği ilk kez 2012 yılında tanımlanmıştır [4]. Cho ve ark. retrospektif çalışmasında da PNP'li hastalarda görülen solid organ malignitelerinden biri tiroid papiller mikrokarsinom olarak bildirmektedir[5].

Papiller tiroid karsinomu gibi solid neoplazilerle ilişkili PNP olguları nadir olsa da, tanıda akılda tutulmalıdır [2]. Uygun immünsüpresyon ve multidisipliner takip ile uzun dönem klinik yanıt elde edilebilir [1].

ANAHTAR KELİMELER: mukozal eroziv lezyonlar, paraneoplastik pemfigus, tiroid malinitesi ile ilişkili otoimmünite

KAYNAKLAR: 1. Kim JH, Kim SC. Paraneoplastic pemphigus: Paraneoplastic autoimmune disease of the skin and mucosa. *Front Immunol.* 2019;10:1259. doi:

10.3389/fimmu.2019.01259

2. Yong AA, Tey HL. Paraneoplastic pemphigus. *Australas J Dermatol.* 2013;54(4):241–250. doi: 10.1111/j.1440-0960.2012.00921.x

3. Svoboda SA, et al. Paraneoplastic pemphigus: Revised diagnostic criteria based on literature analysis. *J Cutan Pathol.* 2021;48(9):1133–1138. doi: 10.1111/cup.14004

4. H. Yamada, Y. Nobeyama, K. Matsuo, T. Ishiji, T. Takeuchi, S. Fukuda, T. Hashimoto, H. Nakagawa, A case of paraneoplastic pemphigus associated with triple malignancies in combination with antilaminin-332 mucous membrane pemphigoid, *British Journal of Dermatology*, Volume 166, Issue 1, 1 January 2012, Pages 230–231, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10520.x>

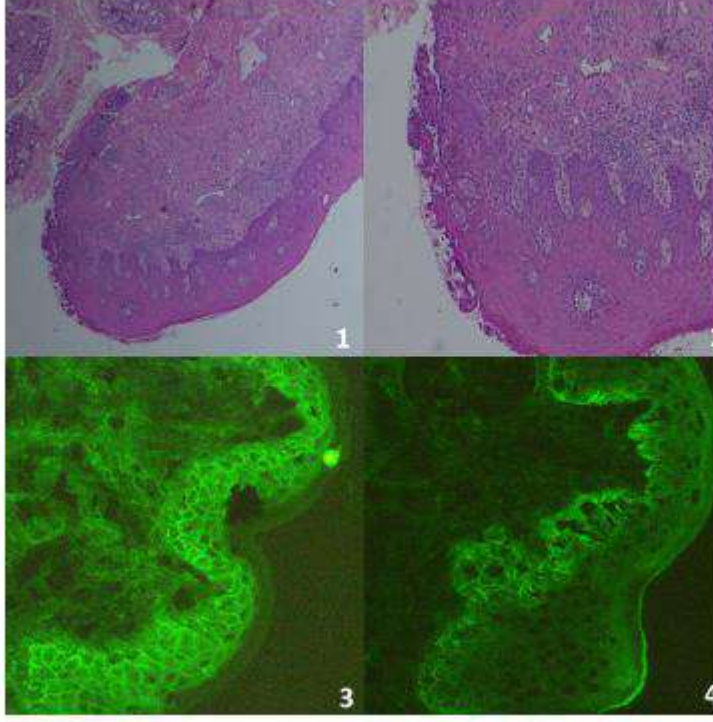
5. Cho Y T, Kao J T, Chen H J, Wang L F, Chu C Y. Paraneoplastic pemphigus: a retrospective case series in a referral center in northern Taiwan. *Dermatologica Sinica.* 2014;32(1):1–6. doi:10.1016/j.dsi.2013.04.006

RESİM 1



Labial mukozada eroziv plak

RESİM 2



2.1-2.2: Histopatolojik incelemede subrabazal ayrışma, akantoliz 2.3: DİF'te interselüler alanda ve bazal membranda IgG birikimi 2.4: DİF'te interselüler alanda ve bazal membranda C3 birikimi



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-354][KABUL:POSTER]

**VASKÜLİTİ TAKLİT EDEN ERİTEMA NODOSUMUN EŞLİK ETTİĞİ BÜLLÖZ SELÜLİT: NADİR BİR
VAKA**

Muhammet Adıgüzel¹, Selen Taner Akbay¹, Asena Çiğdem Doğramacı¹, Görkem Temizkan¹,
Gizem Kaynar Beyaz²

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay

²Mustafa Kemal Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı, Hatay

GİRİŞ-AMAÇ:

Büllöz selülit, özellikle streptokokal enfeksiyonlara bağlı gelişen, dermis ve subdermisi tutan, bül oluşumuyla seyreden bakteriyel deri enfeksiyonudur. Genellikle immünsüprese hastalarda veya alt ekstremitte travması sonrasında ortaya çıkabilir. Eritema nodosum sıklıkla enfeksiyonlar, ilaçlar veya sistemik hastalıklarla ilişkili olarak görülen, pretibial bölgede ağrılı, eritemli ve simetrik nodüllerle seyreden; en sık karşılaşılan septal pannikülit formudur. En sık 20–40 yaş arası kadınlarda görülmektedir. Büllöz selülit sonrası eritema nodosum gelişimi mümkün olmakla birlikte, bu durum oldukça nadirdir. Klinik olarak vaskülitte karışabilen büllöz selülit olgularının az görülmesi nedeniyle, bu çalışma sunulmaya değer bulunmuştur.

OLGU:

Otuz altı yaşında kadın hasta, iki haftadır her iki bacakta mevcut kızarıklık, ağrı ve şişlik şikayetleriyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede bilateral pretibial bölgelerde eritemli zemin üzerinde ekimotik ve krutlanmış alanlar, yaygın peteşiler, birkaç adet bül ve ödemli görünüm; posterior tibial bölgelerde eritemli, nodüler ve palpasyonda ağrılı lezyonlar izlendi. Hasta, on gün önce dış merkezde antibiyotik tedavisi almıştı. Alt ekstremitte Doppler ultrasonografisinde her iki cruris ve ayak bileği cilt altı dokusunda lenfödem saptandı. Bül tabanından Tzanck yayması yapıldı ve krutlu lezyonlardan yara kültürü alındı. Ayak parmak aralarından nativ örnekleri alındı. Ön tibial bölgedeki peteşiyal lezyonlardan büllöz selülit, lökositoklastik vaskülit, livedoid vaskülopati, lipodermatoskleroz, morfea, lupus ve sarkoidoz ön tanılarıyla; arka tibial bölgedeki nodüler lezyonlardan ise eritema nodosum, nodüler lupus ve nodüler vaskülit ön tanılarıyla cilt biyopsileri alındı. Tam kan sayımı, biyokimya parametreleri, idrar kültürü, posterior-anterior akciğer grafisi ve otoantikör testleri istendi. Eritema nodosum etiyolojisi açısından yapılan sorgulamada; gebelik, ilaç kullanımı, inflamatuvar hastalık ya da paraziter enfeksiyon öyküsü saptanmadı.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Laboratuvar bulgularında CRP ve sedimentasyon değerlerinde artış izlendi. Hastaya, hastaneye yatırılarak sistemik antibiyotik tedavisi başlandı. Ön tibial bölgeden alınan deri biyopsisinin histopatolojisinde epidermiste ortokeratoz, subkutan yağ dokusunda perivasküler eritrosit ekstrasvazasyonları, epitelioid histiyosit ve nötrofil içerikli mikst iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi ve bulgular “pannikülit ile uyumlu” olarak raporlandı. Her iki biyopsi örneğinde direkt immüno Floresan (DIF) sonucu negatif idi. Arka tibial bölgeden alınan biyopsinin histopatolojisinde epidermiste ortokeratoz, spongiyoz ve suprabazal ayrışma ile birlikte dermiste damar lümeninde fibrin birikimi ve perivasküler nötrofil içerikli mikst infiltrasyon görüldü. Bulgular “vaskülopatik reaksiyon paterni” ile uyumluydu. Hasta, 22 gün süreyle sistemik antibiyoterapi aldı, şifayla taburcu edildi.

SONUÇ:

Eritema nodosum, pannikülitlerin en sık görülen formudur ve çoğunlukla enfeksiyonlar, sistemik hastalıklar ya da ilaçlara bağlı immün yanıt sonucu ortaya çıkar. Hastamızda bilateral alt ekstremitelerde tutulumlu, ağrılı nodüler lezyonlar, tipik eritema nodosum tablosu mevcuttu. Ancak eşlik eden inflamatuvar belirsizlik, peteşiyal döküntüler ve bül oluşumu; ayırıcı tanıda vaskülit ve enfeksiyöz pannikülitleri de gündeme getirmiştir. Bu nedenle, histopatolojik inceleme tanı koymada kritik rol oynamıştır. Eritema nodosum etiolojisinde enfeksiyöz pannikülitler, paraziter ve fungal hastalıklar ile Behçet hastalığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgu, eritema nodosumun bülöz formasyonlarla birlikte seyredebileceğini ve bülöz selülit vaskülit tablosunun klinik olarak birbiriyle karışabileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Tanıda klinik muayene kadar histopatolojik inceleme de belirleyici rol oynamaktadır. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi, semptomatik destek ve altta yatan etiolojinin araştırılması; tedavi yaklaşımının temel unsurlarını oluşturur. Ayırıcı tanıların kapsamlı şekilde değerlendirilmesi ve multidisipliner yaklaşım, doğru tedavi planlamasında kritik öneme sahiptir.

ANAHTAR KELİMELER: Bülöz Selülit, Eritema Nodosum, Pannikülit, Vaskülit

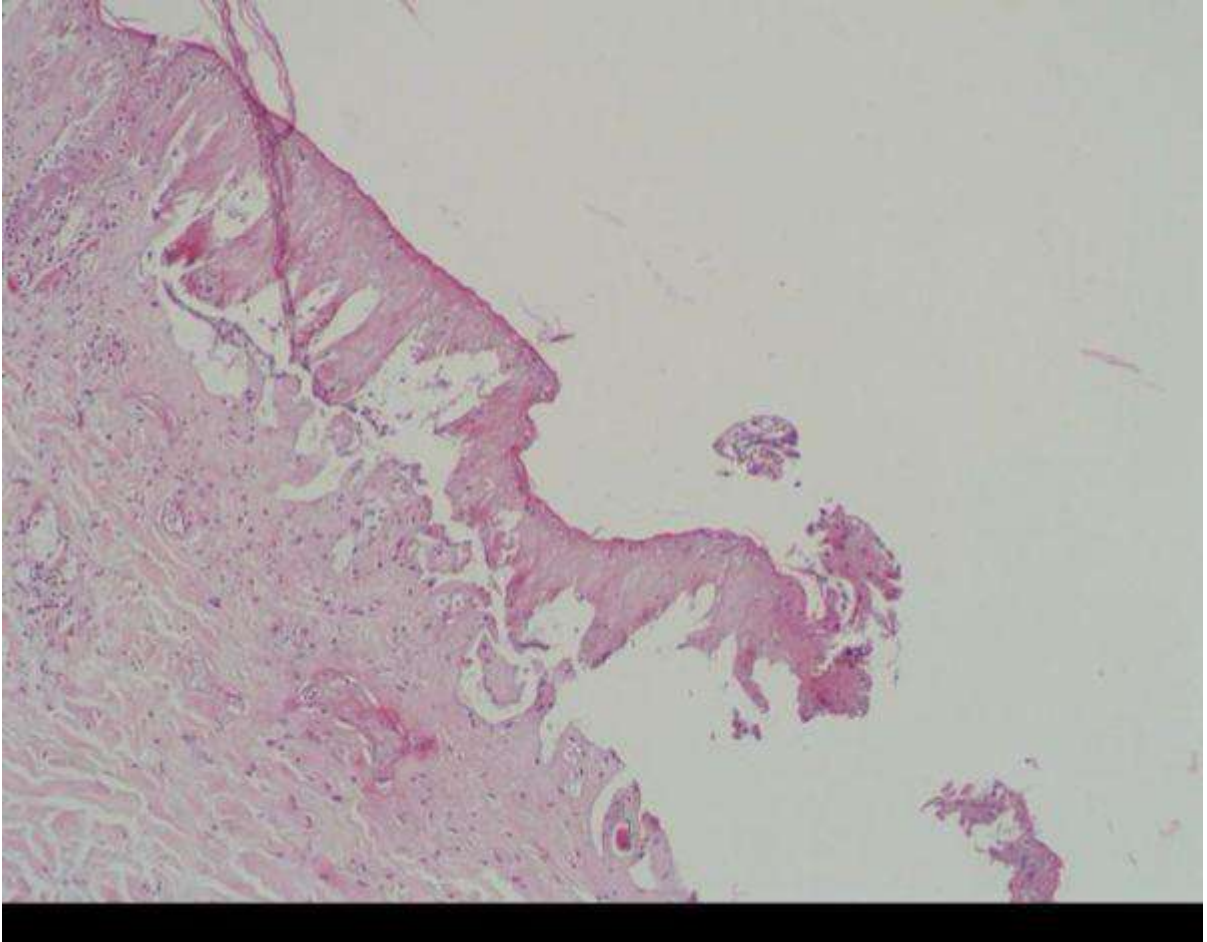
KAYNAKLAR: 1- Keller, Emily C., Kenneth J. Tomecki, and M. Chadi Alraies. "Distinguishing cellulitis from its mimics." Cleveland Clinic journal of medicine 79.8 (2012): 547-552.

2-Margolin, L., Feinmesser, M., & Hodak, E. (2003). Leukocytoclastic vasculitis associated with bullous erysipelas. International Journal of Dermatology, 42(4), 300–301.

3- Atzeni, F., Carrabba, M., Davin, J. C., Francès, C., Ferri, C., Guillemin, L., ... & Sarzi-Putini, P. (2006). Skin manifestations in vasculitis and erythema nodosum. Clinical and Experimental Rheumatology, 24(Suppl. 40), S60–S66

4-Gowda, S. K., Garg, S., Behera, B., Thakur, V., & Sahu, D. K. (2025). Mimickers of erysipelas and cellulitis: A narrative review. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology, 91(3), 346–355.

HASTA BİYOPSİ PREPARATI



hasta ön tibia 10x biyopsi preparatı

HASTA TİBİA ÖN TARAF FOTOĞRAFI



Tibia ön taraf fotoğrafı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-358][KABUL:POSTER]

ÜÇÜNCÜ BASAMAK DERMATOLOJİ KLİNİĞİNDE KRONİK ÜRTİKER TANISI İLE TAKİPLİ HASTALARIN KLİNİK VE EPİDEMİYOLOJİ ÖZELLİKLERİ

Nazlı Caf¹, İkrar Kevser Atilla², Fatma Zorlu², Elif Şeyda Aslan², Gizem Dayı¹, Zafer Türkoğlu²

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

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Kronik spontan ürtiker (KSÜ), erişkinlerde yaşam kalitesini belirgin biçimde düşüren, tekrarlayıcı ve bazen tedaviye dirençli olabilen inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Hastaların çoğu antihistaminik ve/veya anti-IgE tedavisine yanıt verirken, bazı hastalarda klinik direnç gelişebilmektedir. Bu durum tanı, izlem ve tedavide zorluklar yaratmakta, yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, üçüncü basamak dermatoloji kliniğinde KSÜ nedeniyle takip edilen erişkin hastaların demografik, klinik ve tedavi yanıt profilleri değerlendirmek ve klinik dirençle ilişkili faktörleri saptamaktır.

MATERYAL-METOD:

Bu retrospektif çalışmada, 2020–2024 yılları arasında Başakşehir Çam ve Sakura Dermatoloji Ürtiker Polikliniği'nde KSÜ nedeniyle takip edilen 18 yaş üstü 479 erişkin hastanın verileri incelendi. Demografik bilgiler, eşlik eden fiziksel ürtiker tipleri, anjioödem, Ürtiker Aktivite Skoru (UAS7), Ürtiker Kontrol Testi (UKT), serum total IgE ve anti-TPO düzeyleri ile kullanılan tedaviler ve komorbiditeler değerlendirildi. Klinik direnç, UCT/UAS7 skorlarının yeterli iyileşme göstermemesi, omalizumab'a yanıtızlık ve/veya ek immünsupresif ajan gereksinimi temelinde hekim kararıyla tanımlandı. Verilerin analizleri SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 27 programı ile yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro-Wilk testi ile, gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U ve Wilcoxon testleri, kategorik verilerde ise Pearson Ki-kare testi kullanıldı. $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR:

Hastaların %67,4'ü kadındı ($n=323$) ve yaş ortalaması $41,4\pm13,1$ yılı. Hastaların %63'ü stresi,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

%44'ü sıcak, %15'i soğuk, %22'si ilaçları ve %11'i mens dönemini hastalığın tetikleyici etkenleri olarak görmekteydi. Fiziksel ürtiker alt tipleri %58 hastada görülmekteydi; sıcak/soğuk (%36,7), basınç (%26,5), kolinerjik (%21,5) ve dermografizm (%19,9) en sık eşlik eden alt tiplerdi. Anjioödem %55,6 hastada mevcuttu. Ortalama hastalık süresi $5,3 \pm 4,59$ yıl, tanı süresi $3,8 \pm 4,12$ yıldır. Sigara kullanımı %36,5, alkol %9,2, tanıli depresif hastalık öyküsü %35,8 oranında bildirildi. Ailede ürtiker öyküsü %22,2 hastada mevcuttu.

Omalizumab kullanım oranı %78,5 (n=376) olup, ortalama doz 312 mg ve uygulama aralığı $32,44 \pm 10,5$ gündü. Ortalama antihistaminik dozu $2,6 \pm 1,37$ tablet/gün, kullanım süresi $41,38 \pm 54,72$ ay olarak bulundu. Tedavi öncesi UKT skoru $4,5 \pm 3,6$ iken tedavi sonrası $12,2 \pm 3,7$ 'ye yükseldi ($p < 0,001$); UAS7 skoru ise $32,4 \pm 9,6$ 'dan $10,03 \pm 10,5$ 'e geriledi ($p < 0,001$). Klinik direnç oranı %15,7 (n=75) olarak tespit edildi.

Dirençli olgularda siklosporin (%10,7), dapson (%16), hidrosiklorokin (%14,9) ve doksepin (%6,7) kullanım oranları anlamlıydı. Lojistik regresyon analizinde fiziksel ürtiker varlığı (OR: 0,54; $p = 0,033$) ve anjioödem (OR: 0,57; $p = 0,045$) klinik dirençle anlamlı ilişkili bulundu. Total IgE, anti-TPO, nötrofil/lenfosit ve platelet/lenfosit oranları ile direnç arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Atopik altyapı ile klinik direnç arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p = 0,925$).

SONUÇ:

Erişkin KSÜ hastalarında kadın predominansı, fiziksel ürtiker alt tiplerinin ve anjioödem sıklığının görülmesi dikkat çekicidir. Hastaların çoğu omalizumab tedavisinden fayda görmekte birlikte, yaklaşık %16'sında dirençli hastalık seyri izlenmiştir. Fiziksel ürtiker, anjioödem ve eşlik eden depresyon varlığı, klinik direnç gelişimiyle ilişkili bulunmuştur. Bu alt grupların erken tanımlanması ve yakın izlemle bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımları geliştirilmesi önemlidir. Total IgE, anti-TPO, nötrofil/lenfosit ve platelet/lenfosit oranları ile direnç arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Bu çalışma, klinik direnç gelişiminde yalnızca laboratuvar parametrelerinin değil, fiziksel ürtiker ve anjioödem gibi fenotipik özelliklerin de belirleyici olabileceğini ortaya koymuştur. Bu bulgular, direnç riski taşıyan hastaların erken tanımlanarak tedavi sürecinin bireyselleştirilmesi ve gereksiz ilaç ve maddi yükün önlenmesi açısından klinik pratiğe katkı sağlayabilir.

ANAHTAR KELİMELER: antihistaminik, klinik direnç, kronik spontan ürtiker, omalizumab, Ürtiker Aktivite Skoru



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- KAYNAKLAR:** 1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018;73(7):1393-1414. doi:10.1111/all.13397
2. Kolkhir P, Muñoz M, Asero R, et al. Autoimmune chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. 2022;149(6):1819-1831. doi:10.1016/j.jaci.2022.04.010
3. Maurer M, Altrichter S, Schmetzer O, Scheffel J, Church MK, Metz M. Immunoglobulin E-Mediated Autoimmunity. *Front Immunol*. 2018;9:689. Published 2018 Apr 9. doi:10.3389/fimmu.2018.00689
4. Bracken SJ, Abraham S, MacLeod AS. Autoimmune Theories of Chronic Spontaneous Urticaria. *Front Immunol*. 2019;10:627. Published 2019 Mar 29. doi:10.3389/fimmu.2019.00627
5. Saini S, Shams M, Bernstein JA, Maurer M. Urticaria and Angioedema Across the Ages. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(6):1866-1874. doi:10.1016/j.jaip.2020.03.030
6. Lachover-Roth I, Rabie A, Cohen-Engler A, Rosman Y, Meir-Shafir K, Confino-Cohen R. Chronic urticaria in children - New insights from a large cohort. *Pediatr Allergy Immunol*. 2021;32(5):999-1005. doi:10.1111/pai.13457
7. Ulambayar B, Park HS. Anti-TPO IgE Autoantibody in Chronic Urticaria: Is It Clinically Relevant?. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2019;11(1):1-3. doi:10.4168/aair.2019.11.1.1
8. Brás R, Esteves Caldeira L, Bernardino A, Costa C. Anti-TPO IgG/Total IgE Ratio: Biomarker for Omalizumab Response Prediction in Chronic Spontaneous Urticaria. *Int Arch Allergy Immunol*. 2023;184(9):866-869. doi:10.1159/000532021
9. Barzilai A, Baum A, Ben-Shoshan M, et al. Epidemiological and Clinical Characteristics of Adult and Pediatric Patients with Chronic Spontaneous Urticaria. *J Clin Med*. 2023;12(23):7482. Published 2023 Dec 3. doi:10.3390/jcm12237482
10. Sandoval-Ruballos M, Domínguez O, Ortiz de Landazuri I, et al. Pediatric chronic urticaria: Clinical and laboratory characteristics and factors linked to remission. *Pediatr Allergy Immunol*. 2023;34(3):e13929. doi:10.1111/pai.13929
11. Kolkhir P, Kovalkova E, Chernov A, et al. Autoimmune Chronic Spontaneous Urticaria Detection with IgG Anti-TPO and Total IgE. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;9(11):4138-4146.e8. doi:10.1016/j.jaip.2021.07.04347



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-359][KABUL:POSTER]

SUPERİOR JOWL YERLEŞİMLİ KONDROİD SİRİNGOM OLGUSU

Mevlûde Duru¹, Ahmet Uğur Atılan¹, Niyazi Çetin¹, Erdem Çomut²

¹PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DERMATOLOJİ ANA BİLİM DALI, DENİZLİ

²PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANA BİLİM DALI, DENİ

GİRİŞ-AMAÇ:

Kondroid siringom (mikst tümör), ekrin veya apokrin ter bezlerinden köken alan, epitelyal ve mezenkimal komponentleri içeren nadir, genellikle benign bir adneksiyel cilt tümörüdür. Klinik olarak, kondroid siringom yavaş büyüyen, ağrısız, iyi sınırlı, genellikle dermis veya subkutan dokuda yerleşen sert bir nodül olarak gözlenir(1). Lezyonların boyutu genellikle 0.5-3 cm arasında olup, daha büyük lezyonlar da bildirilmiştir(2). Bu tümör, ciltteki primer tümörlerin %0.01'inden daha azını oluşturur ve özellikle orta yaşlı erkeklerde, baş ve boyun bölgesinde (burun, yanaklar ve üst dudak gibi) sıkça görülür(1). Gövde ve ekstremitelerde daha az sıklıkta bulunabilirken, skrotum, vulva, aksilla ve ayak tabanı gibi nadir lokalizasyonlar da rapor edilmiştir(9).

Klinik görünümünün non-spesifik olması nedeniyle kondroid siringom sıklıkla epidermoid kist, pilar kist veya nörofibrom gibi diğer cilt lezyonlarıyla karıştırılır ve klinik tanısı sıklıkla zordur(2). Bu durum, kesin tanının ancak histopatolojik inceleme ile konulabileceği gerçeğini vurgular. Histopatolojik olarak bazaloid epitelyal hücre yuvaları ve tübüler yapılar ile kondromiksoid veya miksoid stroma adalarıyla karakterize bifazik bir patern gösterir. Tedavi genellikle cerrahi eksizyon ile tam tümör çıkarılmasıdır ve çoğu vakada küratiftir(1). Nadiren özellikle alt ekstremitelerde agresif seyir gösteren malign varyantları da bildirilmiştir; bu durum hızlı büyüme, ülserasyon, belirgin atipi, artmış sellülerite, artmış mitoz ve doku yıkımı gibi özelliklerle ayırt edilir.

Bu olgu; nadir görülen bir deri eki tümörü olduğundan ve klinik olarak sık görülen diğer tümöral lezyonlarla karıştırılabildiğinden dolayı sunulmaya değer bulunmuştur.

OLGU:

2 yıldır sağ çene bölgesinde büyümekte olan lezyon şikayetiyle gelen hastanın ağrı ve hassasiyeti yoktu, özelliğinde 5-6 yıl önce TIA, ht, kardiyak anjiyo(stent) mevcuttu ve asetilsalisilik asit tablet dışında kullandığı ilaç yoktu. Fizik muayenede sağ alt dudak



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

marionette çizgisinde yerleşim gösteren 3 cm çapında egzofitik nodüler solid kitle bulunmaktaydı ve dermoskopik bakışında dallanan damarlar dışında özellik yoktu. Sebace karsinom, bazal hücreli karsinom ve trikoepitelyoma ön tanıları ile plastik cerrahiye eksizyon için yönlendirdik. Hastanın patolojisinde İmmünohistokimyasal incelemede EMA ve CEA ile duktus yapılarında (+) izlenmiştir. PAS-AB özel boyası ile stromada miksoid görünüm dikkati çekmiştir. d-PAS uygulanmıştır. Malignite lehine bulgu görülmemiştir. Kondroid siringoma /kutanöz mikst tümör olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma:

Olgumuzda sağ alt dudak marionette çizgisinde yerleşen 3 cm çapında nodüler kitle bulunması, literatürdeki boyut ve klinik özelliklerle uyumludur(2). Bununla birlikte, KS'un klinik ve dermoskopik görünümünün non-spesifik olması nedeniyle sıklıkla epidermoid kist, pilar kist veya nörofibrom gibi diğer cilt lezyonlarıyla karıştırılır ve klinik tanısı sıklıkla zordur. Olgumuzda da başlangıçta sebace karsinom, bazal hücreli karsinom ve trikoepitelyoma ön tanıları düşünülmüş olması da klinik tanı zorluğunu vurgulamaktadır. Tanısal destek için immünohistokimyasal boyalar (sitokeratin, EMA, S-100 protein, SMA) da kullanılabilir(1). KS genellikle iyi huylu tümörler olsalar da, nadir durumlarda malign varyantları da bildirilmiştir(1). Olgumuzda malignite lehine bulgu görülmemiştir, bu da benign doğasını desteklemektedir. Ayırıcı tanıda malign kondroid siringomun yanı sıra pleomorfik adenom ve kondroid lipom gibi diğer tümöral lezyonlar da akılda tutulmalıdır(8).

SONUÇ:

KS nadir görülen, genellikle iyi huylu bir tümör olmasına rağmen, klinik olarak belirgin bir özelliğe sahip olmaması nedeniyle sıklıkla diğer kutanöz lezyonlarla karıştırılmaktadır. Klinik muayenenin yetersizliği nedeniyle lezyonun total eksizyonu ve ardından detaylı histopatolojik değerlendirme, kesin tanı ve tedavi için altın standarttır.

ANAHTAR KELİMELER: Deri eki tümörleri, kondroid siringom, ter bezi neoplazmları, benign mikst tümör

KAYNAKLAR: Referanslar

- 1.Meckley AL, Stepien A. Chondroid Syringoma. 2024 Oct 28. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan—. PMID: 3953614
- 2.Millett, C. (2019). Chondroid syringoma (Mixed tumor of the skin). Dermatology Advisor.
- 3.BÜYÜKBAYRAM, H., UZUNLAR, A. K., AKDENİZ, S., SALTABAŞ, F., & ARSLAN, A. (2001). Kondroid Siringoma (Sekiz Olgu Nedeniyle). Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology, 11(1), 26-29.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- 4.Ahmed, A., & Shalin, S. C. (2023). Cutaneous mixed tumor / chondroid syringoma. Pathology Outlines.
- 5.Bisceglia, M., Clemente, C. R., Vairo, M., Cafaro, A., & Pasquinelli, G. (1997). ["Hyaline-cell chondroid syringoma." Morphological, immunohistochemical and ultrastructural study of a case and review of the literature]. Pathologica, 89(5), 540-545.
- 6.Moreno Giménez, J. C., Ortega Medina, I., Pérez Bernal, A. M., Galera Davidson, H., & Camacho Martínez, F. (1983). [Chondroid syringoma. Clinico-pathologic aspects]. Med Cutan Ibero Lat Am, 11(3), 159-162.
- 7.Borello, E. D., & Piazza, M. V. (1966). [Salivary type mixed tumors of the skin (chondroid syringoma). Presentation of 2 cases with facial localization]. Arch Argent Dermatol, 16(3), 210-216.
- 8.Akçay Çelik, M., Erdem, H., & Turhan Haktanır, N. (2018). Kondroid siringoma, nadir görülen bir olgu. 28. Ulusal Patoloji Kongresi E-Poster.
- 9.Aksoy, B., & Aksoy, H. M. (2008). Olağan Dışı Kalsifikasyon Gösteren Ender Lokalizasyonda Yerleşimli Bir Kondroid Siringom: Olgu Sunumu. Türk Dermatoloji Dergisi, 2(2), 55-57.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-360][KABUL:POSTER]

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ DERMATOLOJİ KLİNİĞİNDE DERMATİTİS HERPETİFORMİS
ÖNTANISI İLE ALINAN DERİ BİYOPSİLERİNİN DİF VE SEROLOJİK TESTLER İLE KORELASYONU**

Zeynep Utlu, Zeynep Karaca Ural, Saliha Gökçe Albayrak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Erzurum

AMAÇ:

Dermatolojide bazen bir tanıyı diğerinden ayırmak oldukça zordur. Bazı dermatolojik hastalıklar birbirini taklit edebilir ve/veya aynı anda ortaya çıkabilir. Karmaşayı en aza indirmek için anamnez, dermatolojik muayene, histopatoloji, immüno Floresan bulgular ve hatta terapötik yanıtı sentezlemek gerekebilir. Dermatitis herpetiformis tanısı bazen oldukça güç olan, scabies, pemfigus, büllöz pemfigoid, lupus eritematozus ve atopik dermatit gibi pek çok dermatozdan ayırt edilmesi gereken bir tablodur. DH tanısı klinik bulgulara ek olarak, doku patolojisi, direkt immüno Floresan (DİF) mikroskopisi ve seroloji dahil olmak üzere laboratuvar çalışmaları gerektirebilmektedir. DİF, tanı için altın standart test olarak kabul edilmekle beraber tek başına yeterli olamayabilir. Klinik olarak DH'den şüphelenilen hastalarda ilk yaklaşımımız rutin hematoksin ve eozin (H&E) boyama için lezyonel deri biyopsisi ve DİF için perilezyonel deri biyopsisini içerir. Tanıyı desteklemek için yardımcı testler olarak serolojik çalışmalar kullanılır. Seroloji ayrıca diyet tedavisine uyumu değerlendirmek için de yararlı olabilir. Bu çalışmada Klinik olarak DH'den şüphelenilen hastalarda kesin tanı koymada seroloji, histopatoloji ve DİF testlerin korelasyonunu araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya 13.09.2017-21.02.2024 tarihleri arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar kliniğinde Dermatitis Herpetiformis öntanısı ile biyopsi alınan 174 hasta dahil edilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 3-85 yaş arası (ortalama 47.3), hastaların 110'u kadın (%63.2), 64'ü erkekti(36.8). DH ön tanısı ile alınan biyopsilerin 22(%12.6)'si H&E boyamada DH ile uyumlu iken yalnızca 11'inde (%6.3) DİF ile tanı konfirme edilmiştir. Hastaların 152'si (%87.3) H&E boyamada DH uyumlu bulunmazken 62'sinde (%35.6) ise histopatolojik olarak farklı bir tanı



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

konulmuştur. Aynı hastalara yapılan serolojik incelemede 74 hastada (%42.5) seroloji negatif; 22 hastada (12.6) pozitif, 78 hastada (%44.8) ise çalışılmamıştı. Histopatolojik ve DIF değerlendirme ile farklı tanı konulan hastalar arasında en sık konulan tanılar; 11 hastada spongiotik dermatit, 4 hastada PLEVA, 4 hastada Büllöz pemfigoid, 4 hastada Liken Simpleks Kronikus olmakla beraber; 1 hastada Mikozis fungoides, 3 hastada Lineer ıgG Büllöz dermatozu, 2 hastada porokeratoz, 1 hastada ise Psödolenfomaydı. Histopatolojik ve DIF ile DH tanısı konulan 11 hastanın 6'sında (%54.5) serolojik inceleme pozitif, 4'ünde (36.4) negatif, 1'inde (%9.1) çalışılmamıştı; histopatolojik olarak DH uyumlu olmayan 90 hastanın 43'ünde (%47.8) seroloji negatif, 12'sinde (13.3) seroloji pozitif, 3'ünde (38.9) çalışılmamıştı.

SONUÇ:

DH klinik, histopatolojik, DIF ve serolojik testlerin bütününe değerlendirilerek tanısı konabilen ayırıcı tanıda pek çok dermatolojik tablonun olduğu kompleks bir antitedir. Tanı koymada yaşadığımız zorluklara H&E ve DIF için alınan biyopsinin doğru lezyondan seçilmemesi, çalışmamızın yapıldığı tarihler arasında ülkemizde varolan scabies insidans artışı ve son yıllarda artan glüten enteropatisi ilişkili dermatozların neden olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamız DH tanısında karşılaşılan zorlukları objektif olarak göstermesi ve literatürde yer almayan pek çok dermatozun da DH ile karışabileceğini ve ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gerektiğini ortaya koyması bakımından değerlidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Biyopsi, Dermatit Herpetiformis, Histopatoloji, Seroloji

KAYNAKLAR: Caproni, M., ve diğerleri. "Dermatitis herpetiformis'in tanısı ve tedavisi için kılavuzlar." Avrupa Dermatoloji ve Venereoloji Akademisi Dergisi 23.6 (2009): 633-638. Salmi, TT "Dermatit herpetiformis." Klinik ve deneysel dermatoloji 44.7 (2019): 728-731. Nicolas, Marie Eleanore O., ve diğerleri. "Dermatitis herpetiformis." Uluslararası dermatoloji dergisi 42.8 (2003).



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-362][KABUL:POSTER]

**MELAZMADA HASTALIK ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ TEDAVİYE DUYARLIDIR:
GÖZLEMSEL BİR VAKA-KONTROL ARAŞTIRMASI**

Neslihan Fişek İzci¹, Berna Aksoy²

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

²Biruni Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Melazma hastaların görünümünü önemli ölçüde bozan yüzde yerleşmiş pigment lekeler oluşturduğu için hastaların yaşam kalitesi (YK) üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Melazma hastalarının YK, genellikle birbirleriyle iyi korelasyon gösteren dermatolojiye özgü veya melazmaya özgü indekslerle değerlendirilebilir (1). Temel amacımız Türk melazma hastalarında klinik ve demografik değişkenlerin melazma şiddeti ve yaşam kalitesi ile korelasyonunu araştırmaktır. İkincil amacımız üçlü kombinasyon tedavisi (ÜKT) sonrası melazma şiddeti ve YK'ndeki değişikliği değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD:

Melazma hastaları ile yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş kontrol olguları 2017-2018 yıllarında prospektif olarak ankete dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi ve Melazma Alan ve Şiddet İndeksi (MAŞİ) skorları hesaplandı. Yaşam kalitesi hem hastalar hem de kontroller için Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) kullanılarak değerlendirildi. Hastalara ilk ziyarette ÜKT (hidrokinon %4 krem, tretinoin 0.05 krem ve %0.1 hidrokortizon 17-bütirat lipokrem) reçete edildi. 12 haftalık tedaviden sonra hastalar MAŞİ ve DYKİ kullanılarak yeniden değerlendirildi.

BULGULAR:

Çalışmaya 109 melazma hastası (çoğu kadın, n: 103, %94,5) ve 109 eşleştirilmiş kontrol olgusu dahil edildi. Hastaların sadece %44,4'ü düzenli olarak güneş koruyucu kullanıyordu. En sık tanımlanan tetikleyici faktör gebelik / doğumdu (%33,9). Hastaların %57,8'inde melazmaya başka bir dermatolojik hastalık eşlik ediyordu. Bunlar arasında rozase %43,9 oranıyla en yüksek birlikteliğe sahipti. Hasta grubunun (n:109) DYKİ skorları (7,39±5,96, min-maks: 0-26, medyan 5) kontrol grubunun skorlarından (0,89±1,30, min-maks: 0-6, medyan 0) anlamlı derecede yüksekti (p<0,001). Hastaların MAŞİ skorları (11,0±7,0, min-maks: 1-33,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

medyan 9,7) ve DLQI skorları ilk vizitte ilişkili değildi ($p>0,05$). Hastalık süresi ile MAŞİ skorları arasında orta derecede pozitif anlamlı ilişki vardı ($r:0,292$ $p=0,002$). MAŞİ skorları, tetikleyici faktör, aile öyküsü, ilaç kullanımı ve düzenli güneş kremi kullanımı olan ve olmayan hastalar arasında farklı değildi ($p>0,05$). Tedaviye yanıt 12. haftada önerilen ÜKT rejimini tamamlayan yalnızca 43 uygun hastada MAŞİ ve DYKİ kullanılarak değerlendirildi. Tedavi ile hem DYKİ ($4,1\pm4,8$) hem de MAŞİ ($5,0\pm4,3$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma bulundu ($p<0,001$). Tedavi öncesi DYKİ ve MAŞİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olmamasına rağmen ($p>0,05$), tedaviden sonra DYKİ ve MAŞİ puanlarında orta derecede pozitif anlamlı bir korelasyon bulundu ($r=0,363$ $p=0,017$).

SONUÇ:

Hastalık süresi ile MAŞİ arasında pozitif bir korelasyon gözlemledik ancak DYKİ ile gözlemlemedik. MAŞİ ayrıca düzenli güneş kremi kullanımının varlığı veya yokluğuyla da ilişkili değildi. Dolayısıyla, evrensel inancın aksine, düzenli güneş kremi kullanımı melazma şiddetini etkilemiyordu. MAŞİ ve DYKİ tedavi öncesi skorları korelasyon göstermemesi melazma şiddetinin tek başına bir hekimi tedavi seçeneğine yönlendirmemesi gerektiği anlamına gelir. Hastalarımıza 12 haftalık bir ÜKT kürü önerdik ve tedavi sonrası MAŞİ ve DYKİ skorlarında anlamlı ve ilişkili bir azalma gözlemledik. Çalışmamız ayrıca dermatolojiye özgü yaşam kalitesi ölçeği olan DYKİ'nin yaygın rutin klinik kullanımının melazma hastalarında tedaviye yanıtı değerlendirmede de anlamlı bir araç olduğunu göstermektedir. Eski ama vazgeçilmez ÜKT, her dermatoloğun tedavi seçenekleri arasında bulunması gereken ve ayrıca diğer terapötik alternatiflerle kombine edilebilen, melazmada etkili, kolay ulaşılabilir ve ucuz bir tedavi yöntemidir.

ANAHTAR KELİMELE: melazma, melazma şiddeti, tedavi, üçlü kombinasyon kremi, yaşam kalitesi

KAYNAKLAR: 1.Lieu TJ, Pandya AG. Melasma quality of life measures. Dermatol Clin 2012;30(2):269-80.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-363][KABUL:POSTER]

**EKSTRAGENİTAL DERİ YERLEŞİMLİ HEMORAJİK BÜLLÖZ LİKEN SKLEROZ: OLGU SUNUMU VE
LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ**

Fatih Kızılkaya¹, Selen Taner Akbay¹, Selen Aydın¹, Tümay Özgür², Asena Çiğdem Doğramacı¹

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hatay

²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Hatay

GİRİŞ-AMAÇ:

Liken Skleroz (LS), beyaz, sklerotik, atrofik plaklar ile karakterize kronik otoimmün bir dermatozdur. Klasik LS en sık anogenital bölgede yerleşirken, daha seyrek görülen ekstragenital yerleşimli LS en sık gövde veya proksimal ekstremitelerde görülmektedir. Nadir olarak, LS' debüller ve hemoraji görülmektedir. Büllöz LS olarak da bilinen bu formda gevşek büller hemorajik olabilmekte ve hastalığın tipik klinik görünümünü oluşturmaktadır. Hem genital hem de ekstragenital bölgede yerleşebilen bu formun tedavisi klasik LS ile benzerlik göstermektedir; ancak tedavi yanıtı daha yavaş ve geç olmaktadır.

OLGU:

Bu raporda, sırtında hızla büyüyen, üzerinde pullanma ve kızarıklık olan lezyonun değerlendirilmesi için başvuran 47 yaşında erkek hastanın vakası sunulmaktadır. Tıbbi geçmişinde ve dermatolojik muayenesinde başka bir özellik bulunmayan hastanın lezyonundan alınan biyopsi sonucu büllöz hemorajik liken skleroz ile uyumlu gelmiştir. Nadir bir vaka olması nedeniyle sunulmaya değer görülmüştür.

SONUÇ:

Büllöz LS, klasik ve diğer LS tiplerine göre nadir görülen ve klinik olarak ayırt edilmesi zor dermatolojik tanılar arasında yer almaktadır. Ekstragenital yerleşimli büllöz LS, erken tanı ve uygun tedavinin sağlanması açısından dermatologlar tarafından dikkate alınması gereken önemli bir deri hastalığıdır.



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

ANAHTAR KELİMELEER: Hemorajik liken skleroz, dermatopatoloji, nadir cilt hastalıkları, büllöz lezyonlar

KAYNAKLAR: 1.Heymann WR. Lichen sclerosus. J Am Acad Dermatol. 2007;56:683–4. doi: 10.1016/j.jaad.2006.11.031. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

2.Ballester I, Bañuls J, Pérez-Crespo M, Lucas A. Extragenital bullous lichen sclerosus atrophicus. Dermatol Online J. 2009;15:6. [PubMed] [Google Scholar]

3. Smith YR, Haefner HK. Vulvar lichen sclerosus: pathophysiology and treatment. Am J Clin Dermatol. 2004; 5(2):105-25. [PubMed].



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-364][KABUL:POSTER]

İKİ BÜYÜK TAKLİTÇİ: DEV HÜCRELİ KERATOAKANTOMA MI, SKUAMÖZ KARSİNOMA MI ?

Eda Kılınç Eşki¹, Furkan Bozkurt¹, Seçil Soylu¹, Çiğdem Tokyol²

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

GİRİŞ-AMAÇ:

Keratoakantom (KA), epidermal diferansiyasyon gösteren, genellikle benign seyirli ve hızlı büyüyen bir tümör olarak tanımlanır. Klinik olarak merkezi kraterli, kubbe şeklinde nodüler lezyonlar olarak prezente olur. Histopatolojik görünümü ise sıklıkla skuamöz hücreli karsinom (SHK) ile örtüşmektedir. KA genellikle iyi sınırlı, hızlı büyüyen ve birkaç ay içerisinde spontan regresyon gösterebilen bir tümördür. Buna karşın SHK, invaziv büyüme paterni sergileyen ve tedavi edilmediğinde metastaz riski taşıyan malign bir tümördür. Bu benzerlik nedeniyle KA, sıklıkla düşük dereceli SHK ile karışabilir.

Olgumuz aracılığıyla ayırıcı tanısında KA'un da olduğu her lezyonun klinik ve dermoskopik muayenesi uyumlu bulunsa da, SHK'yı ekarte ettirmeyeceğini; regresyonun beklenmeden tanı ve tedavisi için total eksizyonun tercih edilmesinin önemini tekrar hatırlatmak amacıyla sunmak istedik.

OLGU:

71 yaşında erkek hasta, sol şakak bölgesinde yaklaşık 1 yıldır mevcut olan ve son aylarda hızla büyüme gösteren bir kitle nedeniyle Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi polikliniğine başvurmuştur. Operasyon öncesi değerlendirme amacıyla kliniğimize yönlendirilmiştir. Yoğun güneş maruziyeti dışında özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik olmayan hastanın dermatolojik muayenesinde sol temporal bölgede yaklaşık 4 cm çapında, çevreden kabarık, ortasında frajil hemorajik krutlu krater benzeri bir tümoral lezyon gözlenmiştir. Lezyonun dermoskopik incelemesinde ortasında ülser, keratin tıkaçlar ve çevresinde firkete damarlar görülmüştür.. Ayırıcı tanıda KA, SHK ve BHK düşünülerek total eksizyon yapılmıştır. Eksizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde orta derecede diferansiye SHK ile uyumlu bulgular saptanmıştır. Epidermiste ülserasyon mevcut olup, lenfovasküler ve perinöral invazyon izlenmemiştir. Cerrahi sınırlar tabanda 0.1 cm, lateralde 0.2 cm olarak



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

raporlanmıştır. Tümöre karşı şiddetli lenfositik yanıt bildirilmiştir.

SONUÇ:

KA'nın gerçek doğası hakkında tartışmalar devam etmekle birlikte, birçok otör, tanısal belirsizlik halinde lezyonun eksize edilmesini önermektedir. KA bazı yazarlarca kendiliğinden regrese olma özelliği nedeniyle benign kabul edilmesine karşın, histopatolojik olarak maligniteyi taklit etmesi, hatta nadiren gerçek malign davranış göstermesi olasılığı, SHK ile ayırımını zorlaştırmaktadır. Günümüzde dermatolojik pratiğe yansıyan görüş, KA şüphesinde gözlemden ziyade cerrahi eksizyon yönündedir. Çünkü spontan regresyon nadir olup, SHK ile ayırıcı tanıda gecikmeler ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, klinik-dermoskopik-patolojik korelasyonun birlikte yürütülmesi esastır.

Bu vakada, nadir görülen dev KA'yı taklit eden bir SHK lezyonunun dermoskopik bulgularla erken dönemde şüpheli olarak değerlendirilmesi, regresyonun beklenmemesi ve total eksizyonla tanının netleştirilmesi, hastanın prognozu açısından ciddi önem taşır.

Sonuç olarak, KA benzeri tüm nodüler lezyonlar multidisipliner bir yaklaşımla, klinik, dermoskopik ve histopatolojik verilerin birlikte değerlendirilmesiyle ele alınmalıdır. Erken tanı ve tedavi, özellikle yüz bölgesi gibi fonksiyonel ve estetik açıdan önemli alanlarda morbiditeyi azaltmada belirleyici olacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Dermoskopi, Histopatoloji, Keratoakantoma, Skuamöz Hücreli Karsinoma

KAYNAKLAR: 1. Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatology. 4th ed. Elsevier; 2018.

(Bölüm 123: Keratoakantom ve SCC)

2. Zalaudek I, Schmid K, Marghoob AA, et al. Dermoscopic criteria for differentiating keratoacanthoma and squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2011;65(4):638–644.

3. Tschandl P, Kittler H, Lallas A. Dermoscopy and histopathology of keratoacanthoma and squamous cell carcinoma: Difficult or impossible to distinguish? Curr Probl Dermatol. 2015;46:128–134.

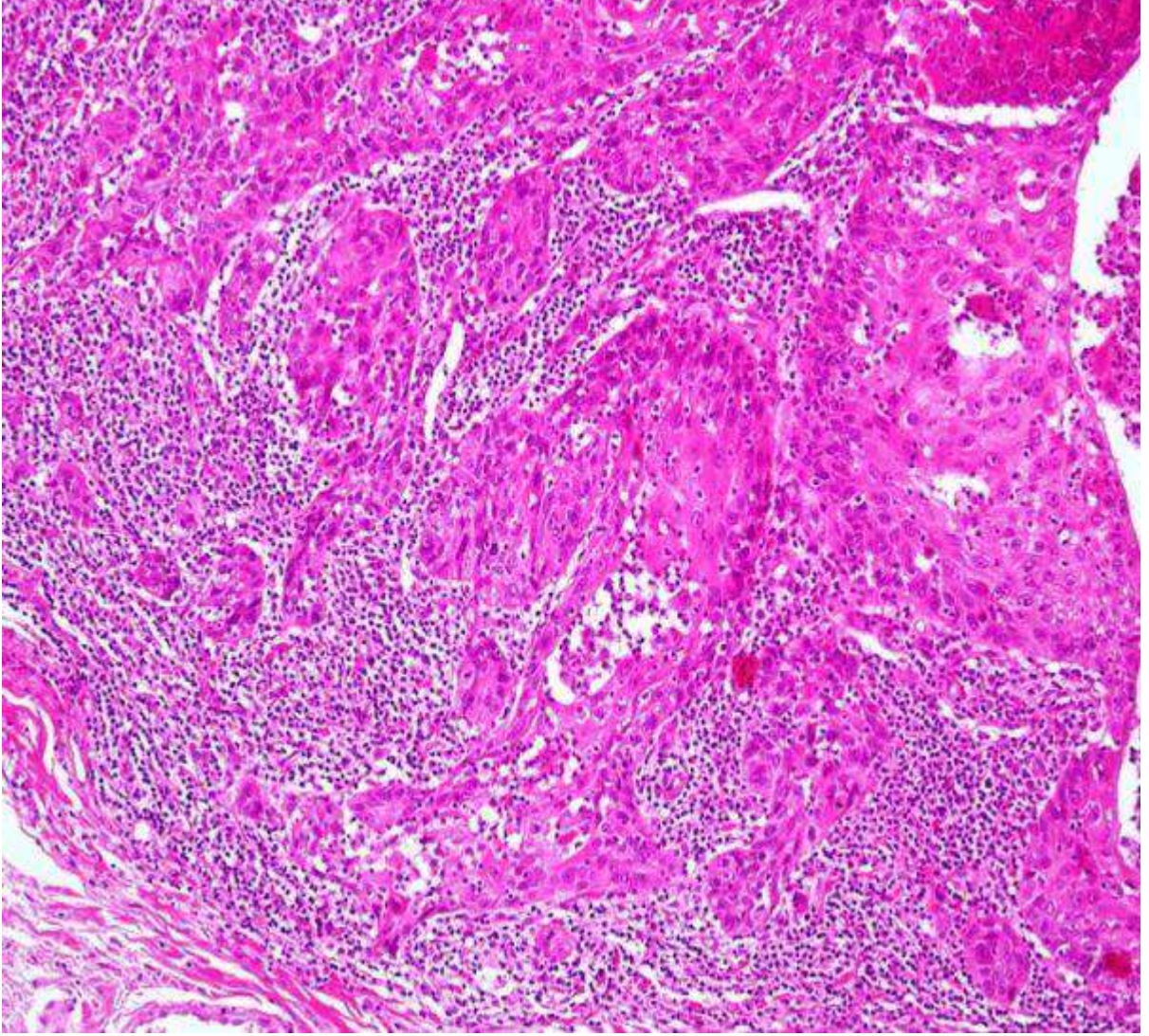
4. Cameron MC, Lee E, Hibler BP, et al. Basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma: A review of high-risk features and staging. J Am Acad Dermatol. 2019;80(2):341–354

RESİM 1



Sol Temporal Bölgedeki Lezyonun Makroskopisi

RESİM-2



Hiperplastik çok katlı yassı epitelde nükleer atipi ve lezyon tabanında invazyon odağı
(HEx100)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-365][KABUL:POSTER]

İLACA BAĞLI BÜLLÖZ PEMFİGOİD: EDOKSABAN POTANSİYEL TETİKLEYİCİ Mİ?

Havva Nur Yüce Çetin, Ahmet Metin, Kevser Sayın

Pamukkale Üniveristesi Tıp fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ-AMAÇ:

Büllöz pemfigoid (BP), deri ve mukozada kaşıntı, ürtikeryal plaklar ve ardından gergin büllerle karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Hastalık, hemidesmozomal proteinler olan BP180 ve BP230'a karşı gelişen otoantikorların dermoepidermal bileşkede kompleman sistemini aktive etmesiyle ortaya çıkar. Son yirmi yılda BP insidansında belirgin artış bildirilmiş olup, bu artış yaşanan nüfus, eşlik eden komorbiditeler, tanı olanaklarının gelişmesi ve özellikle ilaca bağlı olguların artmasıyla ilişkilendirilmiştir.

İlaca bağlı büllöz pemfigoid (İBP), klinik ve histopatolojik olarak idiopatik formdan ayırt edilmesi güç ancak bazı ilaçların sistemik ya da topikal kullanımıyla tetiklenen özel bir alt tip olarak tanımlanır. Bugüne dek gliptinler (DPP-4 inhibitörleri), PD-1/PD-L1 inhibitörleri, diüretikler, bazı antibiyotikler ve antipsikotikler gibi 80'i aşkın ilaçla ilişkili İBP vakaları bildirilmiştir. Bu grup ilaçların, genetik yatkınlığı olan bireylerde antijen sunumunu veya epidermal antijen yapısını değiştirerek otoimmün süreci tetikleyebildiği düşünülmektedir. Edoksaban, özellikle atriyal fibrilasyon ve venöz tromboembolizm tedavisinde yaygın olarak kullanılan, doğrudan faktör Xa'yı inhibe eden bir oral antikoagülandır. Antikoagülanların, BP gelişimiyle ilişkili olabileceğine dair veriler artmakta ancak Edoksaban özelinde tanımlanmış vaka bulunmamaktadır. Bu da Edoksaban'ı potansiyel bir tetikleyici olarak değerlendirme gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu olgu sunumunda, Edoksaban kullanımını takiben klinik, histopatolojik bulgularla tanısı konan bir büllöz pemfigoid vakasını paylaşmayı amaçladık. Edoksaban'ın BP ile olası ilişkisini ortaya koyarak, antikoagülan ilaç grubunun bu hastalıktaki rolüne dair farkındalık yaratmak ve literatüre katkı sağlamak hedeflenmiştir. Özellikle yaşlı hastalarda, yeni başlayan büllöz lezyonlar karşısında ilaç sorgulamasının dikkatle yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.

OLGU:

80 yaşında erkek hasta, üç hafta önce başlayan yaygın kaşıntı, eritemli plaklar ve sonrasında gelişen büllöz lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın tıbbi özgeçmişinde



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

atriyal fibrilasyon tanısıyla iki aydır Edoksaban kullandığı, ek olarak yıllardır asetilsalisilik asit kullanımı mevcuttu. Dermatolojik muayenede, gövde ve ekstremitelerde eritemli zemin üzerinde, erode büller izlendi. Biyopsi örneğinde dermoepidermal ayrışma, subepidermal bül formasyonu ve dermiste eozinofilik infiltrasyon görüldü. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda BP tanısı konuldu. İlaç öyküsü dikkatle sorgulandığında Edoksaban başlanmasından kısa süre sonra lezyonların geliştiği öğrenildi. Diğer potansiyel tetikleyicilerin dışlanması ve zamansal ilişki göz önüne alındığında İBP lehine değerlendirildi. Edoksaban kesildi, hastaya topikal kortikosteroid tedavisi başlandı. İki hafta içinde yeni lezyon oluşumu durdu ve mevcut lezyonlarda belirgin regresyon gözlemlendi.

SONUÇ:

İlaca bağlı büllöz pemfigoidin karmaşık etiyolojisi ve değişken klinik seyri, vakaların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini ve detaylı ilaç öyküsü alınmasını gerektirir. Devam eden araştırmalar, genetik yatkınlık, altta yatan mekanizmalar ve doğal seyir hakkında daha fazla bilgi edinerek, risk altındaki gruplar için daha hedefe yönelik tedavi stratejileri geliştirmeye yardımcı olacaktır. Bu olgu sunumu, Edoksaban gibi yeni nesil antikoagülan ilaçların büllöz pemfigoidi tetikleme potansiyeline dikkat çekmekte ve klinisyenlerin, özellikle yaşlı, polifarmasi öyküsü olan hastalarda, yeni başlayan veya atipik büllöz lezyonlar karşısında geniş bir ilaç yelpazesini göz önünde bulundurarak İBP olasılığına karşı yüksek bir şüpheyle yaklaşımları gerektiğini vurgulamaktadır. Bu vaka, spesifik olarak Edoksaban'ın tetikleyici rolünü kesinleştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmasına rağmen ilgili ilaç sınıfının önemini ve erken teşhisin hasta yönetimi üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Büllöz pemfigoid, Edoksaban, ilaca bağlı büllöz pemfigoid

KAYNAKLAR: 1. Verheyden, M. J., Bilgic, A., & Murrell, D. F. (2020). A systematic review of drug-associated bullous pemphigoid. **Acta Dermato-Venereologica**, 100, adv00224.
2. Moro, F., Fania, L., Sinagra, J. L. M., Salemme, A., & Di Zenzo, G. (2020). Bullous pemphigoid: Trigger and predisposing factors. **Biomolecules**, 10(10), 1432.
3. Miyamoto, D., Santi, C. G., Aoki, V., & Maruta, C. W. (2019). Bullous pemphigoid. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 94(2), 133–146.
4. Swiderski, M., Vinogradova, Y., Knaggs, R. D., Harman, K., Harwood, R. H., Prasad, V., Persson, M. S. M., Figueredo, G., Layfield, C., & Gran, S. (2025). Association between drugs and vaccines commonly prescribed to older people and bullous pemphigoid: A case–control study. **British Journal of Dermatology**, 192(3), 440–449.

5. Soura, E., Gerochristou, M., Douvali, T., Chasapi, V., & Stratigos, A. (2024). Drug associated bullous pemphigoid: What's new? **Italian Journal of Dermatology and Venereology**, 159(6), 626–637.

RESİM 1



Bülloz Pemfigoid hastasının gövdesinde görülen erode büller



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-366][KABUL:POSTER]

UNİLATERAL PITYRIASIS ROSEALI BİR ÇOCUK OLGU

Esra Genç¹, Elif Çetinkaya², Mehtap Toprak², Burçe Can Kuru¹

¹Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Pityriasis rosea (PR), sıklıkla genç erişkinlerde görülen, akut başlangıçlı, kendi kendini sınırlayan bir papüloskuamöz dermatozdur. Klasik formu gövdede ve proksimal ekstremitelerde simetrik, “Noel ağacı” deseninde dizilen somon renginde papüller ve plaklarla karakterizedir. Ancak hastalığın atipik formları da mevcuttur ve bunlar tüm PR olgularının yaklaşık %20’sini oluşturur. Bu atipik formlar arasında lokalize, unilateral, purpurik, vezikülobüllöz veya invers formlar yer alır. Bu bildiride unilateral yerleşimli pityriasis rosea tanılı bir çocuk olgu sunulmuştur.

OLGU:

On yaşında, daha önce sağlıklı olan bir kız hasta, sol uylukta 3 aydır var olan kaşıntısız döküntü şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Sistemik hastalık öyküsü, yakın zamanda geçirilen enfeksiyon veya aşı öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenesinde, sol uyluk ön yüz lateralinde birkaç odaktan başlayarak tüm bacağı yayıldığı izlenen, milimetrik peteşilerin eşlik ettiği somon renkli ve eritemli arkuat şekilli plak lezyonlar saptandı. Lezyonlar tek taraflı ve alt ekstremita ile sınırlıydı. Laboratuvar incelemelerinde Tam kan sayımı ve koagülasyon parametreleri normal sınırlarda idi. Klinik bulgular eşliğinde sol uyluktaki somon renkli, eritemli plaktan; pigmente purpurik dermatoz ve unilateral laterotorasik ekzantem ön tanılarıyla punch biyopsi örneği alındı. Histopatolojik incelemede; lokal parakeratoz, hafif spongiyoz, yer yer epitel bazaline girişler yapan papiller-yüzeysel dermiste hafif infiltrasyon oluşturan atipisiz lenfosit infiltrasyonu ve ekstrasöz eritrositler izlendi. PAS boyamada mantar üremesine, Prusya mavisi ile boyamada ise hemosiderin birikimine rastlanmadı.

SONUÇ:

Bu olgu nadir görülen, unilateral tutulumu olan, pediatrik pityriasis rosea vakasını temsil etmektedir. Pityriasis rosea, birçok farklı klinik formda ve lokalizasyonda ortaya çıkabilir. Bu nedenle tanıda dikkatli klinik muayene ve histopatolojik değerlendirme gerekliliğine dikkat çekmek amacıyla bu olgu sunumunu hazırladık.

ANAHTAR KELİMELEER: Pityriasis rosea, pediatrik dermatoloji, unilateral

KAYNAKLAR: Daze RP, Dorton D. An Atypical Presentation of Pityriasis Rosea Localized to the Extremities. Cureus. 2020 Aug 15;12(8):e9765. doi: 10.7759/cureus.9765. PMID: 32944477; PMCID: PMC7489771.

Ciccarese G, Drago F. Atypical presentations of pityriasis rosea: a reply. Dermatol Online J. 2017 Aug 15;23(8):13030/qt2d50q1tq. PMID: 29469755.

PİTYRİASİS ROSEA



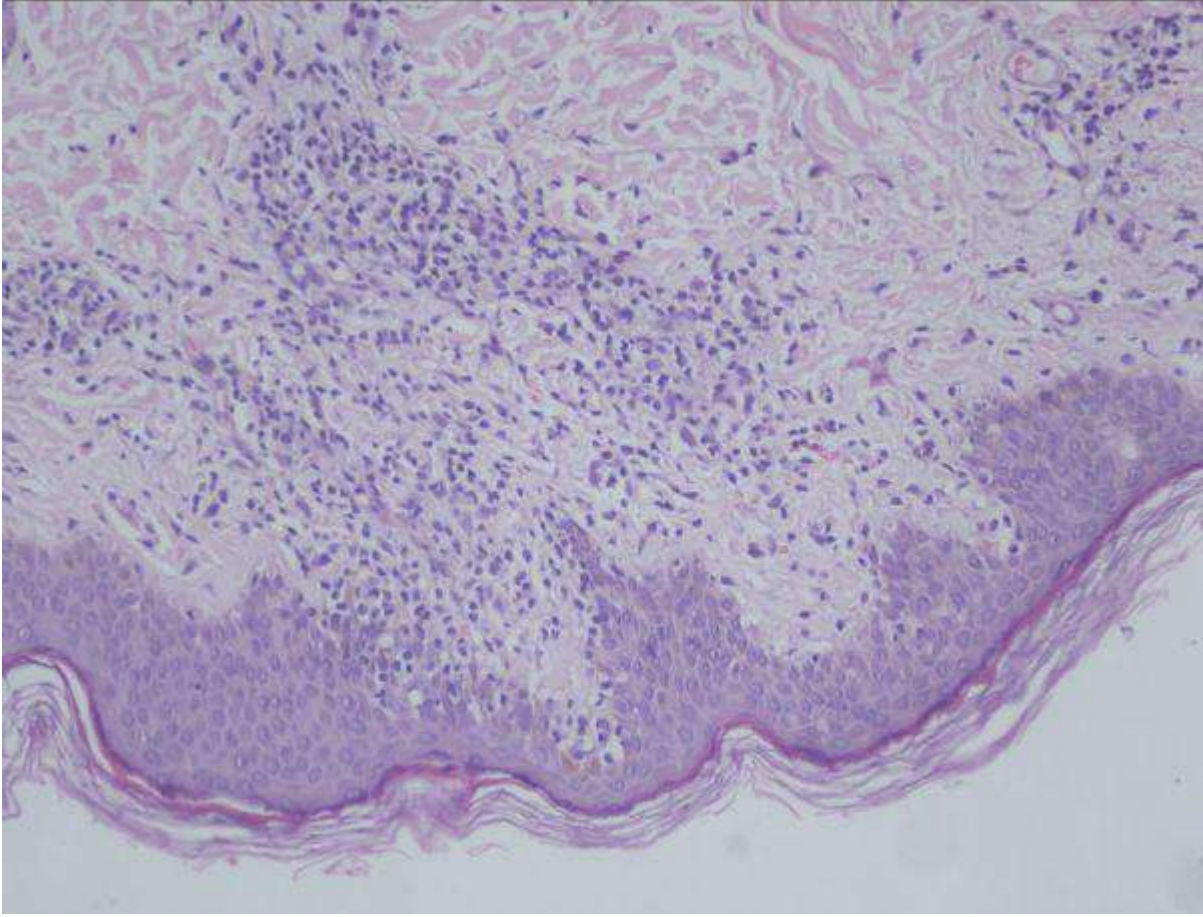


33. ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

HİSTOPATOLOJİ





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-367][KABUL:POSTER]

18 YILLIK KRONİK TEKRARLAYAN ÜRTİKERYAL DÖKÜNTÜLERLE SEYREDEN HİPOKOMPLEMENTEMİK ÜRTİKERYAL VASKÜLİT SENDROMU OLGUSU

Damla Değirmenci¹, İbrahim Akçay¹, Nilay Duman¹, Banu Yaman²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Hipokomplementemik Ürtikeryal Vaskülit Sendromu (HUVS), düşük serum kompleman düzeyleri, tekrarlayan ürtiker atakları ve sıklıkla artralji gibi sistemik belirtilerle seyreden nadir bir vaskülit formudur. Bu olgu sunumunda, hastalığın atipik ve uzun süreli seyri ile tanı sürecindeki güçlükleri nedeniyle dikkat çeken bir HUVS vakası sunulmaktadır.

OLGU:

Otuz altı yaşındaki kadın hasta, 18 yıldır tekrarlayan ürtikeryal döküntüler şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde Hashimoto tiroiditi dışında ek bir hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Son altı ay içinde yeni bir ilaç kullanımı olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede ürtikeryal plakların yanı sıra bazı bölgelerde postinflamatuar hiperpigmentasyon alanları mevcuttu. Lezyonların genellikle 6–12 saat içinde gerilediği bildirildi. Deri bulgularına eşlik eden göz kuruluğu ve bilateral proksimal falanks ile metakarpofalangeal eklemlerde ağrı mevcuttu. Daha önce yapılan bir deri biyopsisinde vaskülite rastlanmamışken, mevcut atak sırasında alınan yeni biyopsinin immünfloresan incelemesinde perivasküler C3 granüler pozitifliği ve fibrinojen birikimi saptandı. Bulgular ürtikeryal vaskülit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemelerinde C3 düzeyi 77 mg/dL (referans: 90–180), C4 düzeyi 16 mg/dL (10–40), ANA 1/160 homojen pozitif, Ro-52 (+3) pozitif ve DFS70 (+3) pozitif olarak saptandı. Bu bulgular doğrultusunda hastaya HUVS tanısı konuldu. Tedavi sürecinde, atak döneminde 0.5 mg/kg dozda başlanan prednizolon, oral antihistaminik ve 400 mg/gün hidroklorokin tedavisi ile klinik olarak belirgin iyileşme sağlandı. Takip sürecinde yeni lezyon gelişimi izlenmedi.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Bu olgu, uzun süreli tekrarlayan ürtiker öyküsü olan hastalarda HUVS tanısının akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır. Tanı sürecinde fizik muayene, laboratuvar parametreleri ve patolojik bulguların birlikte değerlendirilmesinin önemi büyüktür. Gerekli durumlarda tekrarlayan biyopsiler tanıya ulaşmada belirleyici olabilir. Bu bildirimin amacı, nadir görülen bu sendromun erken tanınması ve etkin yönetimi konusunda farkındalık oluşturmaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Ürtiker, Vaskülit, Hipokomplementemi, Otoimmünite, Artralji

KAYNAKLAR: DAVIS, Mark DP; VAN DER HILST, Jeroen CH. Mimickers of urticaria: urticarial vasculitis and autoinflammatory diseases. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 2018, 6.4: 1162-1170.

ROTHERMEL, Nikolai Dario, et al. Managing urticarial vasculitis: a clinical decision-making algorithm based on expert consensus. American journal of clinical dermatology, 2024, 1-15.

BONNEKOH, Hanna, et al. In urticarial vasculitis, long disease duration, high symptom burden, and high need for therapy are linked to low patient-reported quality of life. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 2022, 10.10: 2734-2741. e7.

ARORA, Amrita, et al. Incidence of leukocytoclastic vasculitis, 1996 to 2010: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. In: Mayo Clinic Proceedings. Elsevier, 2014. p. 1515-1524.

KOLKHIR, Pavel, et al. Treatment of urticarial vasculitis: a systematic review. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2019, 143.2: 458-466.

WISNIESKI, Jeffrey J., et al. Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome: clinical and serologic findings in 18 patients. Medicine, 1995, 74.1: 24-41.

SAIGAL, Kapil, et al. Hypocomplementemic urticarial vasculitis with angioedema, a rare presentation of systemic lupus erythematosus: rapid response to rituximab. Journal of the American Academy of Dermatology, 2003, 49.5: 283-285.

FORTSON, Jayne Schiff, et al. Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome responsive



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

to dapsone. Journal of the American Academy of Dermatology, 1986, 15.5: 1137-1142.

FUEYO-CASADO, A., et al. Effectiveness of omalizumab in a case of urticarial vasculitis. Clinical and Experimental Dermatology, 2017, 42.4: 403-405.

MCDUFFIE JR, F. C. Sams WM, Maldonado JE, Andreini PH, Conn DL, Samayoa EA. Hypocomplementaemia with cutaneous vasculitis and arthritis. Possible immune complex syndrome. In: Mayo Clin Proc. 1973. p. 340-348.

BUCK, Andrew; CHRISTENSEN, Jim; MCCARTY, Morgan. Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome: a case report and literature review. The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, 2012, 5.1: 36.

DAVIS, Mark DP, et al. Clinicopathologic correlation of hypocomplementemic and normocomplementemic urticarial vasculitis. Journal of the American Academy of Dermatology, 1998, 38.6: 899-905.

VIZIAK, Alenka, et al. Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome—a case report. Pathology, 2014, 46: S41-S42.

AYDOĞAN, Kenan, et al. Hypocomplementemic urticarial vasculitis: a rare presentation of systemic lupus erythematosus. 2006.

MEHREGAN, Darius R.; HALL, Matthew J.; GIBSON, Lawrence E. Urticarial vasculitis: a histopathologic and clinical review of 72 cases. Journal of the American Academy of Dermatology, 1992, 26.3: 441-448.

MARZANO, Angelo Valerio, et al. Urticarial vasculitis: clinical and laboratory findings with a particular emphasis on differential diagnosis. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2022, 149.4: 1137-1149.

CHANG, Suyoung; CARR, Warner. Urticarial vasculitis. In: Allergy and asthma proceedings. OceanSide Publications, Inc, 2007. p. 97-100.

BLACK, Anne Kobza. Urticarial vasculitis. Clinics in dermatology, 1999, 17.5: 565-569.

BROWN, Natalie A.; CARTER, John D. Urticarial vasculitis. Current rheumatology reports,



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

2007, 9.4: 312-319.

GU, Stephanie L.; JORIZZO, Joseph L. Urticarial vasculitis. International Journal of Women's Dermatology, 2021, 7.3: 290-297.

YOUNIS, A. A. Urticarial vasculitis as an initial manifestation of colonic carcinoma: a case report and review of the literature. Reumatismo, 2018, 70.4: 259-263.

HUNG, Yi-Teng; CHEN, Wei-Ti. Urticarial vasculitis in a young woman with Graves hyperthyroidism. CMAJ, 2022, 194.17: E612-E612.

BHASIN, Arveen K.; SLUZEVICH, Jason C. Urticarial vasculitis: A Complication of SMZ-TMP therapy. Clinical Case Reports, 2021, 9.5: e03872.

BRÁS, Elisa Macedo, et al. Urticarial Vasculitis Associated with Dabigatran. Acta Médica Portuguesa, 2024, 37.12: 889-890.

BHANJA, Dibyendu Bikash, et al. Faropenem-induced urticarial vasculitis. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology, 2021, 87.1: 146-146.

DINCY, C. V. P., et al. Clinicopathologic profile of normocomplementemic and hypocomplementemic urticarial vasculitis: a study from South India. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2008, 22.7: 789-794.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-368][KABUL:POSTER]

**PSORİAZİSLİ ÇOCUK HASTALARDA ADALİMUMAB BİYOBENZERİNİN (AMGEVİTA®)
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ulkar Jafarova, Fatma Aslı Hapa

İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Bu çalışmanın amacı Psoriasis Vulgaris tanılı 18 yaş altı çocuklarda Adalimumab biyobenzeri Amgevitanın etkinliğini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD:

Araştırma yöntemi retrospektiftir. Adalimumab etken maddeli Amgevita kullanan Psoriasis Vulgaris tanılı 19 hastanın sağlık verileri ilacın etkinliği ve güvenilirliği açısından retrospektif olarak tarandı.

BULGULAR:

Araştırmaya aldığımız 17 hastanın 15 (%88.2)'i Psoriasis Vulgaris, 2 (%11.7) hastamız ise hem Hidradenitis Suppurativa hem de Psoriasis tanısıyla tedavi almıştır. Hastalarımızda tedavi öncesi hastalık süresi ortalama 4 yıldır. Hastalarımız daha önce metotreksat tedavisi almış fakat bulantı ve fayda görememe nedeniyle ilacı kullanamamıştır. 1 hastamızda ek hastalık olarak Ülseratif kolit hastalığı mevcuttur. Hidradenitis suppurativa tanısı da mevcut olan 1 hastamız ek olarak antibiyotik ve isotretinoin tedavisi de almıştır.

SONUÇ:

Toplam 19 hastanın ortalama başlangıç PASİ değeri 10, ortalama 3. ay PASİ değeri ise 1 olarak hesaplanmıştır. Tedaviye dirençli tutulum bölgesi olan scalp tutulumu 8 hastamızda mevcut olup 2 hastamızda PASİ 0 yanıtına ulaşılmıştır. 17 hastamızın 8'inde (%47) aile öyküsünün mevcut olması bu hastalıkların genetik zeminde gelişebileceğinin önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Adalimumab, Amgevita, Psoriasis



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

KAYNAKLAR: Jean L. Bologna Dermatology, International Edition, 5th Edition

Tüm Yönleriyle Psoriasis

Temel Dermatoloji



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-369][KABUL:POSTER]

SCC İLE SONUÇLANAN VİTİLİGO İLE KARIŞAN BALANİTİS KSEROTİKA OBLİTERANS

Sevim Karli, Cemrenur Üsten Çözgen, Eda Öksüm Solak, Murat Borlu

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

GİRİŞ: Liken sklerozus (LS); beyaz, atrofik papüller ve plaklar şeklinde görülen, etiyojisi bilinmeyen kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Ekstragenital ve anogenital tutulum yapan bu hastalık %85 oranında anogenital bölgeyi etkilemektedir. Kadınlarda vulva ve perianal bölge sıklıkla tutulurken; liken sklerozusun bir alt türü olan balanitis kserotika obliterans (BKO), erkek genital organlarını, özellikle sünnet derisini, glansı ve üretra measını etkiler. BKO'da sünnet derisinin etkilenmesiyle dispigmentasyon, atrofik cilt değişiklikleri; edinilmiş fimozis ve meatal stenoza sekonder tekrarlayan balanit bulguları görülür. Nispeten iyi huylu olmasına rağmen, BKO artık human papilloma virüs (HPV) ile ilişkisiz premalign bir lezyon olarak kabul edilmekte ve tedavi edilmezse skuamöz hücreli karsinom (SCC) dönüşümüne uğrayabilmektedir. Yaklaşık %15'inin SCC'ye ilerleyebildiği; bu malign ilerlemenin de ortalama 17 yıl sürdüğü bildirilmiştir. (1)

LS'nin uzun dönem komplikasyonlarını önlemek amacıyla doğru tanı ve tedavi büyük önem arz etmektedir. Anogenital bölgede yerleşen vitiligo ise bu durumda işimizi zorlaştırmaktadır. Sunduğumuz olgu yıllarca yanlış vitiligo tanısı almış ve bu nedenle hastada komplikatif ilerlemenin önüne geçilememiştir.

OLGU:

65 yaşında erkek hasta, üroloji servisindeki yatışında peniste yara şikayeti ile tarafımıza konsülte edildi. Hastanın yaklaşık 20 yıldır penis ucu ve çevresinde yer yer beyaz renkli lekeler ve lekeler üzerinde sertlik olduğu, buna kaşıntı, yanma ve idrarını yaparken zorlanma şikayetinin eşlik ettiği öğrenildi. Hasta son 4 yıldır bu şikayetlerle üroloji ve dermatoloji polikliniklerine başvurmuş; üroloji tarafından üretral stenoz tedavisi amacıyla birçok cerrahi işlem uygulanmış; dermatoloji tarafından ise açık renkli lekeleri olması üzerine vitiligo ön tanısı ile yüksek potens topikal kortikosteroid tedavileri verilmiş. Ancak hastanın şikayetleri sürekli tekrarlanmış ve balanit ön tanısı ile sık sık sistemik geniş spektrumlu antibiyoterapi almış. Hastanın şikayetlerine 4 ay önce başlayan penis ucunda kabuklu, kanamalı bir yara



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

şikayeti eklenmiş. Hastanın özgeçmişinde primer hipertansiyon öyküsü dışında özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde radiks, korpus penis ventral ve dorsal yüzünde yer yer beyaz, keskin sınırlı, sklerotik, sert alanlar (Resim 1), glans peniste eksternal üretral meatusta yaklaşık 2*2 cm lik eritemli erode alan üzerinde siyah hemorajik kurutlu plak (Resim 2) saptandı. Hastadan penis korpusundan 1- BKO ön tanısı ile; glans penisten ise 1- SCC ön tanısı biyopsi alındı. Korpus penis biyopsi sonucu LS ile; glans penis biyopsi sonucu ise SCC, HPV ilişkisiz tip şeklinde raporlandı. Pelvik manyetik rezonans incelemesinde glans penis meatus eksternus düzeyinde 12x6 mm lik patolojik yer kaplayıcı oluşum, pozitron emisyon tomografisinde glans penis dışında tutulumu rastlanmadı. Hastaya üroloji tarafından parsiyel penektomi yapıldı. Klinik olarak T3N0M0 olarak evrelenen hastaya ilaçsız takip önerildi.

SONUÇ:

LS ve vitiligo, her ikisi de dispigmentasyonla ortaya çıkabilen otoimmün bir patogeneze sahip kronik inflamatuvar dermatozlardır. Yapılan çalışmalarda LS ve vitiligoyu (1) klinik bulgular, (2) Wood ışığı, (3) histopatolojik bulgular ve (4) tedaviye yanıt ile ayırıcı tanıya gitmek mümkün olabilmektedir. (2,3) LS premalign bir lezyon olarak kabul edildiği için ayırıcı tanıya gitmek ve uygun tedaviyi vermek gelişebilecek komplikasyonlar açısından ekstra önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Balanitis kserotika obliterans, SCC, vitiligo

KAYNAKLAR: KAYNAKÇA:

1-Carocci K, Leslie SW, Hughes EC, et al. Balanitis Xerotica Obliterans (Male Penile Lichen Sclerosus) [Updated 2024 Dec 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567770/>

2-Vulvar liken skleroz ve vitiligo: Örtüşme ve klinik özellikler Esse, İlhan ve ark. Amerikan Dermatoloji Akademisi Dergisi, Cilt 89, Sayı 4, 839 - 841

3-Park YJ, Lee H, Park HS, Kim YC. Histopathological differences between vitiligo and lichen sclerosus et atrophicus using quantitative immunohistochemical analysis. Front Med (Lausanne). 2023 Jul 14;10:1205909. doi: 10.3389/fmed.2023.1205909. PMID: 37521337; PMCID: PMC10376688.

RESİM 1



RESİM 2





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-370][KABUL:POSTER]

ROKATİNLİMAB'IN DİRENÇLİ ATOPIK DERMATİTTEKİ ETKİNLİĞİ

Emre Erdoğan, Murat Borlu, Demet Kartal, Salih Levent Çınar, Eda Öksüm Solak

Erciyes Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ:

Atopik dermatit (AD), genetik temeli olan kronik veya kronik olarak tekrarlayan inflamatuvar bir dermatozdur. Çoklu tetikleyicilerle ilişkilidir ve karmaşık bir patofizyolojik mekanizmaya sahiptir. Klinik tablo hem başvuru yaşı hem de belirti ve semptomlar açısından çok heterojendir. (1)

Son yıllarda, başta dendritik hücreler gibi profesyonel antijen sunucu hücrelerde eksprese edilen T hücresi ko-stimülatör molekülü OX40 ve ligandı OX40L'nin rolü, T hücre aracılı deri hastalıklarında potansiyel bir tedavi hedefi olarak geniş çaplı araştırmalara konu olmuştur. Ayrıca, erken dönem temel ve klinik araştırmalar, OX40–OX40L aksını hedefleyen tedavilerin orta-şiddetli AD olgularında etkinlik ve güvenlik açısından umut verici sonuçlar sunduğunu göstermiştir. (2)

Biz de bu olguda konvansiyonel ve biyolojik tedavilere dirençli bir olguda rokatinlimab ile elde edilen yüksek tedavi etkinliği ve uzun dönemli klinik remisyon deneyimini paylaşmayı amaçladık.

OLGU:

On üç yaşında, kendisinde ve ailesinde atopi öyküsü olmayan, tarafımızca 4 yaşından itibaren takip edilen erkek hastanın şikayetleri, 3 aylıkken yüzde ve ekstremitelerde belirgin kaşıntılı lezyonlar ile başlamış; sonrasında kol ve bacaklarda daha belirgin olmak üzere devam etmişti. Laboratuvar değerlerinde kantitatif immünoglobulin E düzeyleri dönemsel olarak küçük değişiklikler göstermiş olsa da genellikle 300–400 IU/mL aralığında, tam kan sayımındaki eozinofil değerleri de %10 seviyelerinde seyretmişti.

Hastanın tedavi geçmişi incelendiğinde, 4 yaşına kadar topikal kortikosteroidler ve topikal kalsinörin inhibitörleri kullanmıştı. Takibimizin başladığı 4 yaş itibarıyla topikal tedavilere yanıtızsızlık nedeniyle sistemik immünosupresif tedavilere geçilmiş; siklosporin A, mikofenolat sodyum, metotreksat, sistemik kortikosteroid ve omalizumab tedavileri uygulanmıştı. On yaşına kadar bu ajanlar farklı sürelerde ve sırayla kullanılmıştı. Ancak ya primer ya da



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

sekonder etkisizlik nedeniyle ajan değişimleri yapılmıştı.

10 yaşından itibaren hastaya IVIG tedavisi başlanmış; ancak tedavinin dördüncü ayında şikayetlerde tekrarlama olması üzerine IVIG tedavisine konvansiyonel tedavilerle kombine şekilde devam edilmişti. Hastanın tedaviye dirençli seyretmesi nedeniyle pediatrik immünoloji ve hematoloji bölümlerine konsülte edilmiş, yapılan genetik analizde Wiscott-Aldrich açısından anlamlı olabilen WAS geninde hemizigot p131k mutasyonu tespit edilmiş ancak Wiscott-Aldrich açısından sadece AD mevcuttu ve Wiscott-Aldrich tanısı konulmamıştı. Yaklaşık 24 ay süresince IVIG tedavisi alan hastaya, ardından rokatinlimab tedavisi başlandı. Tedavi başlangıcında egzema alan ve şiddet indeksi (EASI) skoru 22, en yoğun kaşıntı sayısal değerlendirme ölçeği (PP-NRS) skoru ise 9 olarak bulundu. Tedavinin ikinci ayından itibaren kaşıntıda belirgin düzelme gözlemlendi ve PP-NRS skoru 2'ye geriledi. EASI 50 yanıtına üçüncü ayda, EASI 100 yanıtına ise beşinci ayda ulaşıldı. Tedavinin 64. haftası itibarıyla hasta, EASI skoru 0 ve PP-NRS 0 değerleriyle izlenmektedir. Tedavi boyunca herhangi bir yan etkiye rastlanılmamıştır.

SONUÇ:

Orta-şiddetli AD için yeni hedefe yönelik tedavilerin yakın zamanda piyasaya sürülmesine rağmen, birçok hasta hala tedavi hedeflerine ulaşamamakta veya bunları sürdürememekte ya da tedavi sırasında ortaya çıkan advers olaylar yaşamaktadır. Bu durum, sadece etkili değil aynı zamanda güvenli, dayanıklı ve orta-şiddetli AD hastaları için sürekli rahatlatma sağlayabilen yeni tedavi seçeneklerine olan sürekli ihtiyacı vurgulamaktadır.

İnsan anti-OX40 monoklonal antikoruna olan Rokatinlimab ile bizim olgumuzda da literatürdeki vakalara benzer şekilde 8.haftada kaşıntıda 12.hafta itibarıyla de EASI skorunda belirgin iyileşme gözlemlendi. (3)

AD karmaşık bir patofizyoloji ve kliniğe sahip olması nedeniyle tedavi açısından yeni yaklaşımlara ihtiyaç duymaktadır. Rokatinlimab bizim olgumuzda olduğu gibi hem yüksek etkinlik hem de güvenlik verileriyle bu konuda umut verici bir ajan konumundadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Atopik dermatit, OX40, OX40 reseptörü, Rokatinlimab

KAYNAKLAR: 1-Armario-Hita, J. C., Galán-Gutiérrez, M., Dodero-Anillo, J. M., Carrascosa, J. M., & Ruiz-Villaverde, R. (2023). Updated Review on Treatment of Atopic Dermatitis. Journal of investigational allergology & clinical immunology, 33(3), 158–167.

<https://doi.org/10.18176/jiaci.0906>

2-Valenzuela, F., & Meza, V. (2025). OX40/OX40L as a Therapeutic Target in Atopic Dermatitis:

A Scoping Review. Biologics: targets & therapy, 19, 281–288.

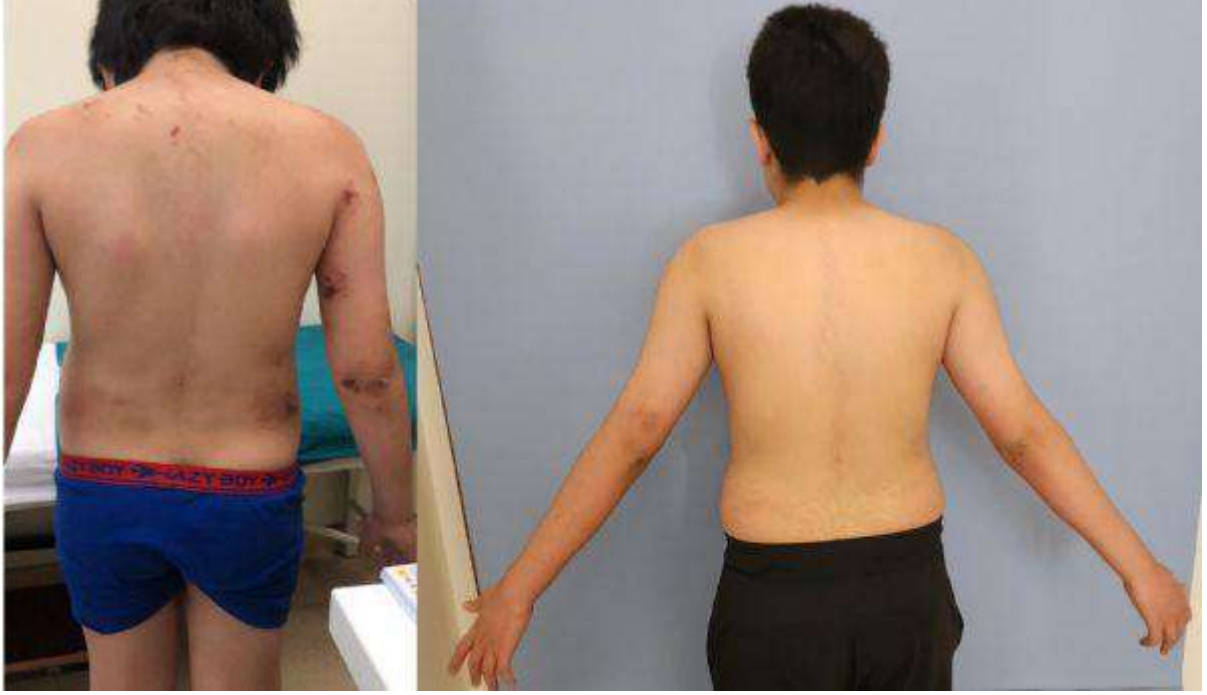
<https://doi.org/10.2147/BTT.S511125>

3-Guttman-Yassky, E., Simpson, E., Bissonnette, R., Eichenfield, L. F., Kabashima, K., Luna, P. C., Hercogová, J. T., Spelman, L., Worm, M., Esfandiari, E., Arai, T., Mano, H., Charuworn, P., Wang, A., & Kricorian, G. (2025). ROCKET: a phase 3 program evaluating the efficacy and safety of rocatinlimab in moderate-to-severe atopic dermatitis. *Immunotherapy*, 17(2), 83–94. <https://doi.org/10.1080/1750743X.2025.2464528>

ELLERİN TEDAVİ ÖNCESİ(SOL) VE SONRASI(SAĞ) HALİ



SIRTIN TEDAVİ ÖNCESİ(SOL) SONRASI(SAĞ) HALİ





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-371][KABUL:POSTER]

VERRUKA VULGARİSE EĞİLİM YARATAN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Büşra Çelik Akbalık¹, Alper Alyanak¹, Ali Karakuzu¹, Büşra Emir²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Deri Ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İstatistik Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Verruka vulgaris etkeni insan papilloma virüsü (HPV) olup başlıca el ve ayak tutulumu yapmakla birlikte vücudun herhangi bir bölgesini de tutabilmektedir.

Epidermal yüzeysel hasar sonucu virüs bazal tabakaya ulaşarak enfeksiyonu başlatabilir.(1)

Virus ile enfekte olmuş hücrelere karşı başlıca hücresel immünite rol almaktadır.(2) Herpes labialis ve üst solunum yolu enfeksiyonlarının (ÜSYE) çoğunluğunu başka viruslar

yapmaktadır. Literatürde verruka vulgaris oluşumuna eğilim yaratan elde çizik oluşumu, havuza girme gibi epidermal hasar oluşturan veya oluşturabilecek faktörleri sorgulayan çalışmalar mevcuttur (3) Çalışmamızda verruka vulgarisi olan hastalarda epidermiste hasar oluşmasını kolaylaştıracak faktörlerin yanında herpes labialis ve ÜSYE sıklığını araştırarak immün sistemde olası yetersiz yanıtı araştırdık.

GEREÇ YÖNTEM:

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniğine el, ayak veya diğer bölgelerde yerleşimli verruka vulgaris nedeniyle gelen 200 hastaya (125 erkek, 75 kadın), kontrol grubu olarak verruka vulgaris dışı başka bir deri hastalığı nedeniyle polikliniğe başvuran veya sağlıklı gönüllülerden oluşan 200 bireye (125 erkek, 75 kadın) anket formu doldurtulmuştur. Anket formunda aile bireylerinde siğil varlığı; okul veya iş yerinde siğili olan bireylerin varlığı; ellerin günde 2 saatten fazla su veya eldiven içinde kalması; el nemlendiricisi kullanma durumu; ellerde çizik oluşturacak faaliyet veya işle uğraşılması; çıplak ayakla ortak alanların kullanılması; ayak tabanı için topuk taşı vb çizik oluşturabilecek alet kullanımı; başkalarının ayakkabılarını giyme; çorap değişimi sıklığı; aşırı terleme; toplu taşıma kullanımı; sigara kullanımı; atopik dermatit varlığı; çok sık grip, nezle, soğuk algınlığı veya bronşit gibi hastalıklara yakalanma durumu; dudakta uçuk çıkması ve çıkıyorsa yılda 6 kez veya üzerinde mi çıktığı sorulmuştur. Veriler IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirilmiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

BULGULAR:

Ailede verrü bulunması hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek ($p<0.001$), sigara içilmesi kontrol grubunda hasta grubuna göre yüksek ($p=0.014$) çıkmıştır. Diğer faktörlerde istatistiksel fark çıkmamıştır.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Çalışmamızda ailede verrü bulunması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Van Haalen ve ark. okul çocukları ile yaptıkları çalışmada ailede siğil varlığının daha yüksek risk faktörü olarak saptandığını; dışarıda çıplak ayakla yürüme, yüzme havuzu ve ortak duş kullanmanın risk oluşturmadığını; ailede virüs varlığının fazla virüs yüküne maruz kalma nedeniyle risk oluşturabileceğini belirtilmişlerdir ve çalışmamızdaki bulgularla uyumludur.(3) Çalışmamızda verrüsü olan hastalarda sigara içiciliğinin daha az olduğu tespit edilmiştir. Yorulmaz ve ark.188 hastayla yaptıkları çalışmada sigara içmeyle verrüka vulgaris arasında anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiş, ancak sigaranın immünsüpresif etkisinden dolayı daha geniş ölçekli yapılacak çalışmalarda sigara içmeyenlerde daha az siğil olmasının öngörülebileceğini belirtilmişlerdir.(4) Çalışmamızda verrüka vulgarisi olan hastalarda herpes labialis ve ÜSYE sık geçirmeyle ilgili anlamlı sonuç çıkmamıştır. Seksik ve ark. inflamatuvar barsak hastalığı nedeniyle azatiyopirin kullanan ve kullanmayan hastaları karşılaştırılmış, verrü varlığı ve herpes labialis ataklarını ilaç kullananlarda daha sık tespit etmişler, üst solunum yolu enfeksiyonları açısından anlamlı fark bulmamışlardır. Çalışmamızda anlamlı sonuç çıkmamasının sebebi hastalarımızın immünsüpresif olmaması olabilir.(5) Sonuç olarak, virüs aile içinde sık bulaştığı için ailede siğili olanların üzerini bant gibi yöntemlerle kapatması önerilebilir.Verrüsü olanlarda herpes labialis ve ÜSYE sıklığının artmamış olması HPV virusuna özel immün yanıtla ilgili eksiklik olabileceğini düşündürmektedir.

ANAHTAR KELİMELE: verrü, immünite, virus

KAYNAKLAR: 1. Loo, S. K.-f., & Tang, W. Y.-m. (2014). Warts (non-genital). BMJ Clinical Evidence, 2014, 1710.

2. Witchev, D. J., Witchev, N. B., Roth-Kauffman, M. M., & Kauffman, M. K. (2018). Plantar warts: Epidemiology, pathophysiology, and clinical management. Journal of the American Osteopathic Association, 118(2), 92–105.

3. van Haalen, F. M., Bruggink, S. C., Gussekloo, J., Assendelft, W. J. J., & Eekhof, J. A. H. (2009). Warts in primary schoolchildren: Prevalence and relation with environmental factors. British Journal of Dermatology, 161(1), 148–152.

4. Yorulmaz, A., Tamer, E., & Kulcu Cakmak, S. (2020). Smoking: Is it a risk factor for common



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

warts? Current Health Sciences Journal, 46(1), 5–10.

5. Seksik, P., Cosnes, J., Sokol, H., Nion-Larmurier, I., Gendre, J.-P., & Beaugerie, L. (2009).

Incidence of benign upper respiratory tract infections, HSV and HPV cutaneous infections in inflammatory bowel disease patients treated with azathioprine. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 29(10), 1106–1113.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-373][KABUL:POSTER]

ROZASEA HASTALARINDA ASİMETRİK DİMETİLARGİNİN, MALONDİALDEHİT VE GLUTATYON DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: OKSİDATİF STRES VE İNFLAMASYONUN ROLÜ

Neşe Göçer Gürok¹, Selda Telo², Büşra Genç Ulucan¹, Savaş Öztürk¹

¹SBÜ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Elazığ

²Fırat Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya ABD, Elazığ

AMAÇ:

Rozasea, inflamasyon ve oksidatif stresin önemli rol oynadığı kronik bir dermatolojik hastalıktır. Bu çalışmada, rozasea hastalarında oksidatif stres belirteçleri olan asimetrik dimetilarginin (ADMA), malondialdehit (MDA) ve antioksidan glutatyon (GSH) düzeylerinin değerlendirilmesi ve hematolojik, metabolik parametrelerle ve hastalık şiddetiyle ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Bu prospektif çalışmaya rozasea tanısı almış 77 hasta ve 47 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), rutinde bakılan hematolojik parametreler [açlık kan glukozu, C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), kan lipid düzeyleri, hemogram parametreleri], hastalık süresi, hastalık şiddeti ve rozasea alt tipi kaydedilmiştir. Katılımcılardan alınan kan örneklerinde high-performance liquid chromatography (HPLC) yöntemi ile ADMA, MDA ve GSH seviyeleri bakılmış, elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

BULGULAR:

Demografik özellikleri karşılaştırıldığında hasta ve kontrol grubu yaş, cinsiyet ve VKİ açısından benzerdi ($p>0.05$). Hasta grubunda glukoz, total kolesterol, ESR, white blood cell (WBC) ve platelet (PLT) değerleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0.018$, $p=0.042$, $p=0.024$, $p=0.018$, $p=0.016$). High density lipoprotein (HDL), low density lipoprotein (LDL), trigliserit, CRP, hemoglobin (Hb) seviyeleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ADMA ve MDA değerleri yüksek GSH değerleri düşük bulundu ($p>0.05$). MDA ile HDL ($r=-$



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

0.194, $p=0.031$) arasında negatif yönde, MDA ile WBC arasında ise ($r=0.205$, $p=0.022$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Rozasea alt tipleri ile laboratuvar değerlerini karşılaştırdığımızda papülopüstüler tip rozasea hastalarında Hb düzeyi, eritematelenjektazik tipe kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0.019$). Diğer biyokimyasal parametreler açısından rozasea alt tipleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$)

SONUÇ:

Çalışma bulguları, rozasea patogenezinde oksidatif stresin ve inflamasyonun önemli bir faktör olduğunu desteklemektedir. Antioksidan tedavi yaklaşımlarının ve oksidatif stresi hedefleyen tedavilerin rozasea yönetiminde potansiyel bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir. Hastalığın sistemik bileşenlerini daha iyi anlamak ve potansiyel yeni tedavi yaklaşımları geliştirmek için gelecekte yapılacak çalışmalar faydalı olacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: Rozasea, Oksidatif stres, ADMA, MDA, Glutatyon

KAYNAKLAR: Khvoryk D, Yarmolik A. Lipid peroxidation and antioxidant protection in patients with papulopustular rosacea. Prog Health Sci 2015;5(2):54-60.

TainYL, Hsu CN. Toxic Dimethylarginines: Asymmetric Dimethylarginine (ADMA) and Symmetric Dimethylarginine (SDMA). Toxins (Basel). 2017; 6;9(3):92.

Tsikak D. Assessment of lipid peroxidation by measuring malondialdehyde (MDA) and relatives in biological samples: Analytical and biological challenges. Anal Biochem. 2017;1;524:13-30.

Erdogan HK, Bulur I, Kocaturk E, Saracoglu ZN, Alatas O, Bilgin M. Advanced oxidation protein products and serum total oxidant/antioxidant status levels in rosacea. Postepy Dermatol Alergol. 2018;35(3):304-308.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-374][KABUL:POSTER]

**BÜLLÖZ PEMFİGOİD HASTALARININ SERUM VE BÜL SIVISINDA ÖLÇÜLEN MATRİKS
METALLOPROTEİNAZ 9 DEĞERLERİNİN HASTALIK ŞİDDETİ VE EŞLİK EDEN KOMORBİDİTELER
İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Kamer Faruk Coşkun¹, Rumeysa Nur Algan Coşkun², İbrahim Halil Yavuz², Zafer Türkoğlu²

¹Bitlis Devlet Hastanesi, Bitlis

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

AMAÇ:

Büllöz pemfigoid (BP) sıklıkla ileri yaştaki insanlarda gözlenen, gövde ve ekstremitelerde ürtikeryal plaklar üzerinde gelişen kaşıntılı büllerle karakterizedir. Hastaların çoğunun ileri yaşta olması beraberinde birçok komorbiditenin de gözlenmesine neden olmaktadır. Çalışmadaki primer amacımız patogenezdaki yeri gösterilmiş matriks metalloproteinaz 9'un (MMP-9)'un hastalık şiddetini gösterebilecek bir prognostik belirteç olup olmadığını tespit etmek iken sekonder amacımız eşlik eden komorbiditelerin MMP-9 değerleri ve hastalık şiddeti üzerinde belirgin bir etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamıza 15 Şubat-1 Kasım 2024 tarihleri arasında Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği'ne kaşıntılı büllöz lezyonlarla başvuran, klinik olarak büllöz pemfigoid düşünülen hastalar dahil edildi. Hastaların klinik başvurusu esnasında eşlik eden komorbiditeleri not edilerek araştırmacı hekim tarafından Büllöz Pemfigoid Hastalık Alan İndeksi (BPDAI) skoru hesaplandı. Serum ve bül sıvısı örneklerinde MMP-9 ölçümü ELISA yardımıyla yapıldı.

BULGULAR:

Serum Sıvısı MMP-9 konsantrasyonu (ng/ml) ile BPDAI Skoru arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r:0,637$; $p<0,05$). Hastalık şiddeti açısından yapılan analizde, serum MMP-9 konsantrasyonu bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiş olup ($F:6,00$; $p<0,05$) şiddetli hastalık grubundaki ortalama serum MMP-9 konsantrasyonu ($8,43\pm4,35$ ng/ml), hafif ve orta şiddet grubuna kıyasla daha



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

yüksek bulunmuştur. Bül sıvısı ile serum MMP-9 konsantrasyonları arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır.

SONUÇ:

Serum sıvısı MMP-9 konsantrasyonları ile BPDAl skoru arasında tespit edilen pozitif yöndeki istatistiksel olarak anlamlı ilişki ve şiddetli hastalıkta serum MMP-9 konsantrasyonlarının hafif ve orta şiddetteki hastalığa göre daha yüksek gözlenmesi MMP-9'un BP patogeneziindeki yerini doğrulamakta ve serum MMP-9 konsantrasyon değerlerinin hastalık progresyonunda yol gösterici olabilecek nitelikte olduğunu göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Büllöz pemfigoid, Komorbidite, Matriks metalloproteinaz 9

KAYNAKLAR: 1. Miyamoto D, Santi CG, Aoki V, Maruta CW. Bullous pemphigoid. An Bras Dermatol [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2024 Sep 12];94(2):133–46. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31090818/>

2. Bernard P, Antonicelli F. Bullous Pemphigoid: A Review of its Diagnosis, Associations and Treatment. Am J Clin Dermatol [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2024 Sep 12];18(4):513–28.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28247089/>

3. Lee S, Rastogi S, Hsu DY, Nardone B, Silverberg JL. Association of bullous pemphigoid and comorbid health conditions: a case-control study. Arch Dermatol Res [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2024 Sep 12];313(5):327–32. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32647978/>

4. Schmidt E, Zillikens D. Pemphigoid diseases. Lancet [Internet]. 2013 [cited 2024 Sep 12];381(9863):320–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23237497/>

5. Cabral-Pacheco GA, Garza-Veloz I, Rosa CCD La, Ramirez-Acuña JM, Perez-Romero BA, Guerrero-Rodriguez JF, et al. The Roles of Matrix Metalloproteinases and Their Inhibitors in Human Diseases. Int J Mol Sci [Internet]. 2020 Dec 2 [cited 2024 Sep 12];21(24):1–53.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33419373/>

6. Bağcı IS, Horváth ON, Ruzicka T, Sárdy M. Bullous pemphigoid. Autoimmun Rev [Internet]. 2017 May 1 [cited 2024 Sep 13];16(5):445–55. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28286109/>

7. Ujiie H, Nishie W, Shimizu H. Pathogenesis of bullous pemphigoid. Dermatol Clin [Internet]. 2011 Jul [cited 2024 Sep 13];29(3):439–46. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21605809/>

8. Joly P, Baricault S, Sparsa A, Bernard P, Bédane C, Duvert-Lehembre S, et al. Incidence and



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- mortality of bullous pemphigoid in France. J Invest Dermatol [Internet]. 2012 [cited 2024 Nov 5];132(8):1998–2004. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22418872/>
9. Alpsoy E, Akman-Karakas A, Uzun S. Geographic variations in epidemiology of two autoimmune bullous diseases: pemphigus and bullous pemphigoid. Arch Dermatol Res [Internet]. 2015 May 1 [cited 2024 Sep 13];307(4):291–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25589418/>
10. Langan SM, Smeeth L, Hubbard R, Fleming KM, Smith CJP, West J. Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris--incidence and mortality in the UK: population based cohort study. BMJ [Internet]. 2008 Jul 19 [cited 2024 Sep 13];337(7662):160–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18614511/>
11. Nanda A, Dvorak R, Al-Saeed K, Al-Sabah H, Alsaleh QA. Spectrum of autoimmune bullous diseases in Kuwait. Int J Dermatol [Internet]. 2004 Dec [cited 2024 Sep 13];43(12):876–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15569006/>
12. Wong SN, Chua SH. Spectrum of subepidermal immunobullous disorders seen at the National Skin Centre, Singapore: a 2-year review. Br J Dermatol [Internet]. 2002 [cited 2024 Sep 13];147(3):476–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12207586/>
13. Genovese G, Zengo G Di, Cozzani E, Berti E, Cugno M, Marzano AV. New Insights Into the Pathogenesis of Bullous Pemphigoid: 2019 Update. Front Immunol [Internet]. 2019 [cited 2024 Sep 16];10(JUL):1506. Available from: <https://pmc/articles/PMC6614376/>
14. Annunziato F, Romagnani C, Romagnani S. The 3 major types of innate and adaptive cell-mediated effector immunity. J Allergy Clin Immunol [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2024 Nov 7];135(3):626–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25528359/>
15. Akdis CA, Arkwright PD, Brüggen MC, Busse W, Gadina M, Guttman-Yassky E, et al. Type 2 immunity in the skin and lungs. Allergy [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2024 Nov 7];75(7):1582–605. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32319104/>
16. Cavani A, Pennino D, Eyerich K. Th17 and Th22 in skin allergy. Chem Immunol Allergy [Internet]. 2012 Mar [cited 2024 Nov 7];96:39–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22433369/>
17. Didona D, Scarsella L, Fehrest M, Solimani F, Juratli HA, Göbel M, et al. Autoreactive Peripheral Blood T Helper Cell Responses in Bullous Pemphigoid and Elderly Patients With Pruritic Disorders. Front Immunol [Internet]. 2021 Mar 25 [cited 2024 Nov 7];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33841390/>
18. Mukhatayev Z, Ostapchuk YO, Fang D, Le Poole IC. Engineered antigen-specific regulatory T cells for autoimmune skin conditions. Autoimmun Rev [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2024 Nov 7];20(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33476816/>
19. Huang R, Hu L, Jiang F. Study of cytokine-induced immunity in bullous pemphigoid: recent developments. Ann Med [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 7];55(2):2280991. Available from:



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10732206/>

20. Stähle-Bäckdahl M, Inoue M, Giudice GJ, Parks WC. 92-kD gelatinase is produced by eosinophils at the site of blister formation in bullous pemphigoid and cleaves the extracellular domain of recombinant 180-kD bullous pemphigoid autoantigen. J Clin Invest [Internet]. 1994 [cited 2024 Sep 16];93(5):2022–30. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8182134/>

21. Niimi Y, Pawankar R, Kawana S. Increased expression of matrix metalloproteinase-2, matrix metalloproteinase-9 and matrix metalloproteinase-13 in lesional skin of bullous pemphigoid. Int Arch Allergy Immunol [Internet]. 2006 Jan [cited 2024 Nov 7];139(2):104–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16374020/>

22. Geng RSQ, Wei E, Wilken B, Sibbald RG, Sibbald C. Serum Biomarkers in Bullous Pemphigoid: A Systematic Review. J Cutan Med Surg [Internet]. 2024 Sep 1 [cited 2024 Nov 7];28(5):463. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11514321/>

23. Liu Z, Shipley JM, Vu TH, Zhou X, Diaz LA, Werb Z, et al. Gelatinase B-deficient mice are resistant to experimental bullous pemphigoid. J Exp Med [Internet]. 1998 Aug 3 [cited 2024 Nov 7];188(3):475–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9687525/>

24. Liu Z, Zhou X, Shapiro SD, Shipley JM, Twining SS, Diaz LA, et al. The serpin alpha1-proteinase inhibitor is a critical substrate for gelatinase B/MMP-9 in vivo. Cell [Internet]. 2000 Sep 1 [cited 2024 Nov 7];102(5):647–55. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11007483/>

25. Le Jan S, Plée J, Vallerand D, Dupont A, Delanez E, Durlach A, et al. Innate immune cell-produced IL-17 sustains inflammation in bullous pemphigoid. J Invest Dermatol [Internet]. 2014 Dec 13 [cited 2024 Nov 7];134(12):2908–17. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24945093/>

26. Lin L, Betsuyaku T, Heimbach L, Li N, Rubenstein D, Shapiro SD, et al. Neutrophil elastase cleaves the murine hemidesmosomal protein BP180/type XVII collagen and generates degradation products that modulate experimental bullous pemphigoid. Matrix Biol [Internet]. 2012 Jan [cited 2024 Nov 7];31(1):38–44. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21979170/>

27. Stinco G, Codutti R, Scarbolo M, Valent F, Patrone P. A retrospective epidemiological study on the association of bullous pemphigoid and neurological diseases. Acta Derm Venereol [Internet]. 2005 [cited 2024 Sep 17];85(2):136–9. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15823907/>

28. Cordel N, Chosidow O, Hellot MF, Delaporte E, Lok C, Vaillant L, et al. Neurological disorders in patients with bullous pemphigoid. Dermatology [Internet]. 2007 Sep [cited 2024 Sep 17];215(3):187–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17823513/>

29. Jedlickova H, Hlubinka M, Pavlik T, Semradova V, Budinska E, Vlasin Z. Bullous pemphigoid



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- and internal diseases - A case-control study. Eur J Dermatol [Internet]. 2010 Jan [cited 2024 Sep 17];20(1):96–101. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19797038/>
30. Langan SM, Groves RW, West J. The relationship between neurological disease and bullous pemphigoid: a population-based case-control study. J Invest Dermatol [Internet]. 2011 [cited 2024 Sep 17];131(3):631–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21085189/>
31. Bastuji-Garin S, Joly P, Lemordant P, Sparsa A, Bedane C, Delaporte E, et al. Risk factors for bullous pemphigoid in the elderly: a prospective case-control study. J Invest Dermatol [Internet]. 2011 [cited 2024 Sep 17];131(3):637–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20944650/>
32. Seppänen A, Autio-Harmainen H, Alafuzoff I, Särkioja T, Veijola J, Hurskainen T, et al. Collagen XVII is expressed in human CNS neurons. Matrix Biol [Internet]. 2006 Apr [cited 2024 Sep 17];25(3):185–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16387484/>
33. Claudepierre T, Manglapus MK, Marengi N, Radner S, Champlaud MF, Tasanen K, et al. Collagen XVII and BPAG1 expression in the retina: evidence for an anchoring complex in the central nervous system. J Comp Neurol [Internet]. 2005 Jun 27 [cited 2024 Sep 17];487(2):190–203. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15880472/>
34. Seppänen A, Suuronen T, Hofmann SC, Majamaa K, Alafuzoff I. Distribution of collagen XVII in the human brain. Brain Res [Internet]. 2007 Jul 16 [cited 2024 Sep 17];1158(1):50–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17555727/>
35. Rania M, Petersen LV, Benros ME, Liu Z, Diaz L, Bulik CM. Psychiatric comorbidity in individuals with bullous pemphigoid and all bullous disorders in the Danish national registers. BMC Psychiatry [Internet]. 2020 Aug 20 [cited 2024 Sep 17];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32819315/>
36. Försti AK, Jokelainen J, Ansakorpi H, Seppänen A, Majamaa K, Timonen M, et al. Psychiatric and neurological disorders are associated with bullous pemphigoid - a nationwide Finnish Care Register study. Sci Rep [Internet]. 2016 Nov 15 [cited 2024 Sep 17];6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27845416/>
37. Huttelmaier J, Benoit S, Goebeler M. Comorbidity in bullous pemphigoid: up-date and clinical implications. Front Immunol [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 18];14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37457698/>
38. Zhang B, Chen X, Liu Y, Chen F, Yang N, Li L. Relationship between bullous pemphigoid and metabolic syndrome: a 12-year case-control study conducted in China. Ther Adv Chronic Dis [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 18];13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36267486/>
39. Shen WC, Chiang HY, Chen PS, Lin YT, Kuo CC, Wu PY. Risk of All-Cause Mortality, Cardiovascular Disease Mortality, and Cancer Mortality in Patients With Bullous Pemphigoid.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

JAMA Dermatol [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2024 Sep 18];158(2):167–75. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34964804/>

40. Kwa MC, Silverberg JI. Association Between Inflammatory Skin Disease and Cardiovascular and Cerebrovascular Co-Morbidities in US Adults: Analysis of Nationwide Inpatient Sample Data. Am J Clin Dermatol [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2024 Sep

18];18(6):813–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28534318/>

41. Kılıç Sayar S, Sun GP, Küçüköğlu R. Comorbidities of bullous pemphigoid: A single-center retrospective case-control study from Turkey. Dermatol Ther [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2024 Sep 18];34(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34137146/>

42. Martin E, Mauer I, Malzahn U, Heuschmann PU, Goebeler M, Benoit S. Comorbid diseases among bullous pemphigoid patients in Germany: new insights from a case-control study. J Dtsch Dermatol Ges [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2024 Sep 18];20(6):798–805. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35657083/>

43. Atzmony L, Mimouni I, Reiter O, Leshem YA, Taha O, Gdalevich M, et al. Association of bullous pemphigoid with malignancy: A systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2024 Sep 18];77(4):691–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28645646/>

44. Kridin K, Hammers CM, Ludwig RJ, Cohen AD. Risk of solid malignancies in bullous pemphigoid: A large-scale population-based cohort study. J Dermatol [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2024 Sep 18];48(3):317–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33368562/>

45. Lindelöf B, Islam N, Eklund G, Åfors L. Pemphigoid and cancer. Arch Dermatol [Internet]. 1990 [cited 2024 Sep 18];126(1):66–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2404464/>

46. Ong E, Goldacre R, Hoang U, Sinclair R, Goldacre M. Associations between bullous pemphigoid and primary malignant cancers: an English national record linkage study, 1999–2011. Arch Dermatol Res [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2024 Sep 18];306(1):75–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23912480/>

47. Cai SCS, Allen JC, Lim YL, Tan SH, Tang MBY. Association of Bullous Pemphigoid and Malignant Neoplasms. JAMA Dermatol [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2024 Sep 18];151(6):665–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25671805/>

48. Ren Z, Narla S, Hsu DY, Silverberg JI. Association of serious infections with pemphigus and pemphigoid: analysis of the Nationwide Inpatient Sample. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2024 Sep 18];32(10):1768–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29575160/>

49. Schulze F, Neumann K, Recke A, Zillikens D, Linder R, Schmidt E. Malignancies in pemphigus and pemphigoid diseases. J Invest Dermatol [Internet]. 2015 May 22 [cited 2024



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- Sep 18];135(5):1445–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25560279/>
50. Lamberts A, Meijer JM, Jonkman MF. Nonbullous pemphigoid: A systematic review. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2024 Sep 19];78(5):989–995.e2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29102490/>
51. Non-bullous variant of bullous pemphigoid: role of immunofluorescence in diagnosis - PubMed [Internet]. [cited 2024 Sep 19]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17642917/>
52. Masmoudi W, Vaillant M, Vassileva S, Patsatsi A, Quereux G, Moltrasio C, et al. International validation of the Bullous Pemphigoid Disease Area Index severity score and calculation of cut-off values for defining mild, moderate and severe types of bullous pemphigoid. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2024 Oct 22];184(6):1106–12. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/bjd.19611>
53. Blome C, Klein TM. Classifying the severity of bullous pemphigoid disease. *Br J Dermatol* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2024 Oct 22];184(6):997–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33599983/>
54. Machado-Pinto J, McCalmont TH, Golitz LE. Eosinophilic and neutrophilic spongioid: clues to the diagnosis of immunobullous diseases and other inflammatory disorders. *Semin Cutan Med Surg* [Internet]. 1996 [cited 2024 Sep 19];15(4):308–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9069598/>
55. Sárdy M, Kostaki D, Varga R, Peris K, Ruzicka T. Comparative study of direct and indirect immunofluorescence and of bullous pemphigoid 180 and 230 enzyme-linked immunosorbent assays for diagnosis of bullous pemphigoid. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2013 Nov [cited 2024 Sep 19];69(5):748–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23969034/>
56. de Almeida LGN, Thode H, Eslambolchi Y, Chopra S, Young D, Gill S, et al. Matrix Metalloproteinases: From Molecular Mechanisms to Physiology, Pathophysiology, and Pharmacology. *Pharmacol Rev* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2024 Sep 23];74(3):712–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35738680/>
57. Huang H. Matrix Metalloproteinase-9 (MMP-9) as a Cancer Biomarker and MMP-9 Biosensors: Recent Advances. *Sensors (Basel)* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2024 Sep 23];18(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30262739/>
58. Vandooren J, Van Den Steen PE, Opdenakker G. Biochemistry and molecular biology of gelatinase B or matrix metalloproteinase-9 (MMP-9): the next decade. *Crit Rev Biochem Mol Biol* [Internet]. 2013 [cited 2024 Sep 23];48(3):222–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23547785/>
59. Vandooren J, Van Den Steen PE, Opdenakker G. Biochemistry and molecular biology of gelatinase B or matrix metalloproteinase-9 (MMP-9): the next decade. *Crit Rev Biochem Mol Biol* [Internet]. 2013 [cited 2024 Sep 24];48(3):222–72. Available from:



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23547785/>

60. Stamenkovic I. Extracellular matrix remodelling: the role of matrix metalloproteinases. J Pathol [Internet]. 2003 Jul 1 [cited 2024 Sep 24];200(4):448–64. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12845612/>

61. Rybakowski JK. Matrix Metalloproteinase-9 (MMP9)—A Mediating Enzyme in Cardiovascular Disease, Cancer, and Neuropsychiatric Disorders. Cardiovasc Psychiatry Neurol [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2024 Sep 24];2009(1):904836. Available from:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/2009/904836>

62. Tokito A, Jougasaki M. Matrix Metalloproteinases in Non-Neoplastic Disorders. Int J Mol Sci [Internet]. 2016 Jul 21 [cited 2024 Oct 6];17(7). Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27455234/>

63. Gu Z, Cui J, Brown S, Fridman R, Mobashery S, Strongin AY, et al. A highly specific inhibitor of matrix metalloproteinase-9 rescues laminin from proteolysis and neurons from apoptosis in transient focal cerebral ischemia. J Neurosci [Internet]. 2005 Jul 6 [cited 2024 Oct 6];25(27):6401–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16000631/>

64. Bronisz E, Kurkowska-Jastrzębska I. Matrix Metalloproteinase 9 in Epilepsy: The Role of Neuroinflammation in Seizure Development. Mediators Inflamm [Internet]. 2016 [cited 2024 Oct 6];2016. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28104930/>

65. Vandooren J, Knoop S, Buzzo JLA, Boon L, Martens E, Opdenakker G, et al. Differential inhibition of activity, activation and gene expression of MMP-9 in THP-1 cells by azithromycin and minocycline versus bortezomib: A comparative study. PLoS One [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2024 Oct 6];12(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28369077/>

66. Yabluchanskiy A, Ma Y, Iyer RP, Hall ME, Lindsey ML. Matrix metalloproteinase-9: Many shades of function in cardiovascular disease. Physiology (Bethesda) [Internet]. 2013 Nov 1 [cited 2024 Oct 6];28(6):391–403. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24186934/>

67. Blankenberg S, Rupprecht HJ, Poirier O, Bickel C, Smieja M, Hafner G, et al. Plasma concentrations and genetic variation of matrix metalloproteinase 9 and prognosis of patients with cardiovascular disease. Circulation [Internet]. 2003 Apr 1 [cited 2024 Oct 6];107(12):1579–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12668489/>

68. Hou Z hui, Lu B, Gao Y, Cao H li, Yu F fang, Jing N, et al. Matrix metalloproteinase-9 (MMP-9) and myeloperoxidase (MPO) levels in patients with nonobstructive coronary artery disease detected by coronary computed tomographic angiography. Acad Radiol [Internet]. 2013 Jan [cited 2024 Oct 6];20(1):25–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22947272/>

69. Ferroni P, Basili S, Martini F, Cardarello CM, Ceci F, Di Franco M, et al. Serum metalloproteinase 9 levels in patients with coronary artery disease: a novel marker of inflammation. J Investig Med [Internet]. 2003 [cited 2024 Oct 6];51(5):295–300. Available



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14577520/>

70. Atkinson JJ, Senior RM. Matrix metalloproteinase-9 in lung remodeling. *Am J Respir Cell Mol Biol* [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2024 Oct 7];28(1):12–24. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12495928/>

71. Uemura S, Matsushita H, Li W, Glassford AJ, Asagami T, Lee KH, et al. Diabetes mellitus enhances vascular matrix metalloproteinase activity: role of oxidative stress. *Circ Res* [Internet]. 2001 Jun 22 [cited 2024 Oct 7];88(12):1291–8. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11420306/>

72. Garcia-Fernandez N, Jacobs-Cachá C, Mora-Gutiérrez JM, Vergara A, Orbe J, Soler MJ. Matrix Metalloproteinases in Diabetic Kidney Disease. *J Clin Med* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Oct 20];9(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32046355/>

73. Opdenakker G, Abu El-Asrar A. Metalloproteinases mediate diabetes-induced retinal neuropathy and vasculopathy. *Cell Mol Life Sci* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2024 Oct 20];76(16):3157–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31183508/>

74. Mondal S, Adhikari N, Banerjee S, Amin SA, Jha T. Matrix metalloproteinase-9 (MMP-9) and its inhibitors in cancer: A minireview. *Eur J Med Chem* [Internet]. 2020 May 15 [cited 2024 Oct 6];194. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32224379/>

75. Matrix metalloproteinases, angiogenesis, and cancer: commentary re: A. C. Lockhart et al., Reduction of wound angiogenesis in patients treated with BMS-275291, a broad spectrum matrix metalloproteinase inhibitor. *Clin. Cancer Res.*, 9: 00-00, 2003 - PubMed [Internet]. [cited 2024 Oct 20]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12576417/>

76. Jabłońska-Trypuc A, Matejczyk M, Rosochacki S, Jabłoński AJ, Trypuc J, JT. Matrix metalloproteinases (MMPs), the main extracellular matrix (ECM) enzymes in collagen degradation, as a target for anticancer drugs. *J Enzyme Inhib Med Chem* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2024 Oct 20];31(S1):177–83. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14756366.2016.1161620>

77. Zeng Y, Gao M, Lin D, Du G, Cai Y. Prognostic and Immunological Roles of MMP-9 in Pan-Cancer. *Biomed Res Int* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2024 Oct 20];2022(1):2592962. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/2022/2592962>

78. Langan SM, Smeeth L, Hubbard R, Fleming KM, Smith CJP, West J. Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris--incidence and mortality in the UK: population based cohort study. *BMJ* [Internet]. 2008 Jul 19 [cited 2024 Nov 5];337(7662):160–3. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18614511/>

79. Liu Y Di, Wang YH, Ye YC, Zhao WL, Li L. Prognostic factors for mortality in patients with bullous pemphigoid: a meta-analysis. *Arch Dermatol Res* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2024 Nov 5];309(5):335–47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28317060/>

80. Verheyden MJ, Bilgic A, Murrell DF. A Systematic Review of Drug-Induced Pemphigoid.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Acta Derm Venereol [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2024 Nov 5];100(15):1–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32176310/>

81. Haghi AR, Khorami N, Fotoohi M, Moradi A. MIF and MMP-9 Serum Changes in Type II Diabetes and Non-Diabetic Subjects: A Short Communication. Iran J Pathol [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2024 Nov 8];16(4):444–7. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34567195/>

82. Moradi N, Fadaei R, Ahmadi R, Mohammad MH, Shahmohamadnejad S, Tavakoli-Yaraki M, et al. Role of serum MMP-9 levels and vitamin D receptor polymorphisms in the susceptibility to coronary artery disease: An association study in Iranian population. Gene [Internet]. 2017 Sep 10 [cited 2024 Nov 8];628:295–300. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28739397/>

83. Lahdentausta L, Leskelä J, Winkelmann A, Tervahartiala T, Sorsa T, Pesonen E, et al. Serum MMP-9 Diagnostics, Prognostics, and Activation in Acute Coronary Syndrome and Its Recurrence. J Cardiovasc Transl Res [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2024 Nov 8];11(3):210–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29349668/>

84. Zhao J, Li Q, Meng L, Wang F, Li Q, Yang F, et al. Relationship between MMP-9 serum levels and tHcy levels and total imaging load and cognitive dysfunction. J Stroke Cerebrovasc Dis [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2024 Nov 8];31(12). Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36201989/>

85. Zhao J, Yang F, Peng X, Li Q, Wang F, Xu Z, et al. Is Matrix Metalloproteinase-9 Associated with Post-Stroke Cognitive Impairment or Dementia? J Integr Neurosci [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2024 Nov 8];21(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36424752/>

86. Dimic-Janjic S, Hoda MA, Milenkovic B, Kotur-Stevuljevic J, Stjepanovic M, Gompelmann D, et al. The usefulness of MMP-9, TIMP-1 and MMP-9/TIMP-1 ratio for diagnosis and assessment of COPD severity. Eur J Med Res [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Nov 8];28(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36935521/>

87. Hong Z, Lin YM, Qin X, Peng JL. Serum MMP-9 is elevated in children with asthma. Mol Med Rep [Internet]. 2012 Feb [cited 2024 Nov 8];5(2):462–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22052126/>

88. Ming H, Huang Y, Mao J, Wang H, Gao X, Li Z. Changes and clinical significance of serum MMP-9, TIMP-1, COX-2, and immune levels in patients with asthma. Allergol Immunopathol (Madr) [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 8];51(6):83–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37937500/>

89. de Nicolas-Ruanes B, Ballester-Martinez A, Garcia-Mouronte E, Berna-Rico E, Azcarraga-Llobet C, Fernandez-Guarino M. From Molecular Insights to Clinical Perspectives in Drug-Associated Bullous Pemphigoid. Int J Mol Sci [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Nov 25];24(23). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38069109/>



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

90. Muhammed N, Korgaonkar S, Pradhan V, Khopkar US. A Cross-Sectional Study to Correlate Disease Severity in Bullous Pemphigoid Patients with Serum Levels of Autoantibodies Against BP180 and BP230. Indian Dermatol Online J [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2024 Nov 25];12(5):696–700. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34667755/>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-375][KABUL:POSTER]

**İNATÇI VE TEDAVİYE DİRENÇLİ NETHERTON SENDROMUNDA SECUKINUMAB ETKİSİ:
LİTERATÜRLE DESTEKLENEN BİR OLGU**

Berfin Ece Akbulut, Anıl İnan, Gizem Özer, Nilay Duman

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ:

Netherton sendromu (NS), SPINK5 genindeki mutasyonlara bağlı gelişen nadir, otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Cilt bariyer bozukluğuna bağlı olarak iktiyoz, atopik dermatit, bambu saç, immün yetmezlik ve çoklu alerjiler gibi sistemik bulgularla seyreder. Geleneksel tedaviler çoğunlukla yetersiz kalmakta, bu nedenle son yıllarda atopik dermatit ve psoriasis tedavisinde kullanılan biyolojik ajanlar NS yönetiminde alternatif seçenek olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, 2 yaşından beri takip edilen, tanısı genetik olarak doğrulanmış bir NS olgusunun IL-17 inhibitörü olan secukinumab tedavisine yanıtı literatür derlemesi eşliğinde sunulmuştur.

OLGU:

Yirmi üç yaşındaki kadın hasta, doğum sonrası dönemde başlayan yaygın kaşıntı ve döküntü şikayetleri nedeniyle çocuk servisinde yatırılarak izlenmiş; fizik muayene ve trikogramda tipik NS bulguları saptanmış, SPINK5 geninde homozigot c.2112+2T>A mutasyonu gösterilmiştir. Hastada bambu saç, iktiyozis linearis sirkumfleksa, hipereozinofili, yüksek total IgE (14.500 kU/L), eozinofilik özofajit ve gastrit, multipl besin alerjileri mevcuttu. Topikal ve sistemik steroidler, IVIG, omalizumab ve dupilumab tedavilerine yanıt sınırlı kalmış veya yan etkiler nedeniyle kesilmiştir.

Secukinumab tedavisi öncesi hastada yaygın eritrodermi mevcuttu. Tedaviye ilk ay haftalık 150 mg, devamında aylık 150 mg subkutan dozla devam edilmiştir. Tedavi sonrası sistemik steroid gereksinimi büyük oranda ortadan kalkmış, yalnızca bir alevlenme topikal steroid ile kontrol altına alınabilmektedir. Tedavi süresince, özellikle alın bölgesinde impetiginizasyon atakları gelişmiş ve oral-topikal antibiyotiklerle gerilemiştir; ciddi advers etki gözlenmemiştir. Klinik olarak eritem ve iktiyoziste belirgin düzelme saptanmıştır. Ancak tedavi ilerledikçe etkinliğin tek başına yeterli olmadığı, kombine biyolojik yaklaşımların gerekebileceği yönünde değerlendirilmiştir.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Bu olgu, IL-17 baskın bağışıklık yanıtının rol oynadığı Netherton sendromunda secukinumabın hedefe yönelik, güvenli ve etkili bir seçenek olabileceğini göstermektedir. Literatürde bildirilen 10 NS olgusu ile karşılaştırıldığında, bu olguda etkinliğin gözlenme süresi literatür ile uyumlu bulundu(4-16 hafta),diğer olgularda gözlenen verruka vulgaris (%20) ve onikomikoz(%20) şeklindeki yan etkiler hastamızda gözlenmedi.Tedavi olgumuz ve literatür eşliğinde değerlendirildiğinde, sistemik steroid kullanımını azaltmakta ve semptom kontrolü sağlamaktadır. Ancak zamanla azalan etkinlik nedeniyle tek başına yeterli olmayabileceği, kombinasyon tedavilerinin düşünülmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Netherton sendromu, Pediatrik dermatoloji, Biyolojik tedavi, IL-17 inhibitörü

KAYNAKLAR: Kostova P, Petrova G, Shahid M, Papochieva V, Miteva D, Yordanova I, Drenovska K, Bradinova I, Janniger CK, Schwartz RA, Vassileva S. Netherton syndrome-A therapeutic challenge in childhood. Clin Case Rep. 2024 Apr 16;12(4):e8770. doi: 10.1002/ccr3.8770. PMID: 38634098; PMCID: PMC11021628.

Sarri CA, Roussaki-Schulze A, Vasilopoulos Y, Zafiriou E, Patsatsi A, Stamatis C, Gidarokosta P, Sotiriadis D, Sarafidou T, Mamuris Z. Netherton Syndrome: A Genotype-Phenotype Review. Mol Diagn Ther. 2017 Apr;21(2):137-152. doi: 10.1007/s40291-016-0243-y. PMID: 27905021.

Inaba Y, Kanazawa N, Muraoka K, Yariyama A, Kawaguchi A, Kunimoto K, Kaminaka C, Yamamoto Y, Tsujioka K, Yoshida A, Yanagi T, Jinnin M. Dupilumab Improves Pruritus in Netherton Syndrome: A Case Study. Children (Basel). 2022 Feb 24;9(3):310. doi: 10.3390/children9030310. PMID: 35327681; PMCID: PMC8946880.

Pontone M, Giovannini M, Filippeschi C, Oranges T, Pedaci FA, Mori F, Barni S, Barbatì F, Consonni F, Indolfi G, Lodi L, Azzari C, Ricci S, Hovnanian A. Biological treatments for pediatric Netherton syndrome. Front Pediatr. 2022 Dec 23;10:1074243. doi: 10.3389/fped.2022.1074243. PMID: 36619513; PMCID: PMC9822572.

AlMoosawi S, Alkhanaizi S, Albaharna M, Khamdan F. Two Incidental Sibling Diagnoses of Netherton Syndrome in Separate Visits: A Case Report. Cureus. 2024 Mar 19;16(3):e56439. doi: 10.7759/cureus.56439. PMID: 38638763; PMCID: PMC11024762.

Luchsinger I, Knöpfel N, Theiler M, Bonnet des Claustres M, Barbieux C, Schwieger-Briel A, et al. Secukinumab Therapy for Netherton Syndrome. JAMA Dermatol. 2020;156(8):907-11.

Blanchard SK, Prose NS. Successful use of secukinumab in Netherton syndrome. JAAD Case



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Rep. 2020;6(6):577-8.

Gupta AK, Foley KA, Abramovits W. COSENTYX (Secukinumab). *Skinmed*. 2015;13(4):303-6.

Liu T, Tang M, Liu J, Kong T, Tian Y, Yang S, Zhang J, Ji S, Lin Z, Xue R, Ding Y, Yang B, Liang Y. A combination therapy with secukinumab and dupilumab in Netherton syndrome: A prospective pilot study. *J Am Acad Dermatol*. 2024 Dec;91(6):1258-1260. doi: 10.1016/j.jaad.2024.07.1513. Epub 2024 Sep 7. PMID: 39182676.

Mahajan R, Bakshi S, Kumar A, De D, Handa S. Case: Interleukin-17 targeted biological therapy in netherton syndrome. *Front Pediatr*. 2023 Nov 29;11:1297658. doi: 10.3389/fped.2023.1297658. PMID: 38094185; PMCID: PMC10716271.

Ting IPL, Lee TS, Teo HG, Albela H, Tang MM, Leong KF. Secukinumab for Netherton syndrome: a Malaysian experience. *Clin Exp Dermatol*. 2023 Nov 16;48(12):1366-1369. doi: 10.1093/ced/llad253. PMID: 37503742.

Kaikati J, Merhy R, Sarkis AS, Tomb R. Secukinumab: A life-changing treatment for Netherton syndrome? *Ann Dermatol Venereol*. 2023 Mar;150(1):61-63. doi: 10.1016/j.annder.2022.08.005. Epub 2022 Nov 22. PMID: 36428119.

Gan C, King E, Orchard D. Secukinumab use in the treatment of Netherton's syndrome. *Australas J Dermatol*. 2022 Aug;63(3):365-367. doi: 10.1111/ajd.13880. Epub 2022 May 27. PMID: 35622930.

Herz-Ruelas ME, Chavez-Alvarez S, Garza-Chapa JI, Ocampo-Candiani J, Cab-Morales VA, Kubelis-López DE. Netherton Syndrome: Case Report and Review of the Literature. *Skin Appendage Disord*. 2021 Aug;7(5):346-350. doi: 10.1159/000514699. Epub 2021 Jun 15. PMID: 34604321; PMCID: PMC8436607.

Blanchard SK, Prose NS. Successful use of secukinumab in Netherton syndrome. *JAAD Case Rep*. 2020 May 1;6(6):577-578. doi: 10.1016/j.jdc.2020.04.025. PMID: 32518812; PMCID: PMC7270530.

Luchsinger I, Knöpfel N, Theiler M, Bonnet des Claustres M, Barbieux C, Schwieger-Briel A, Brunner C, Donghi D, Buettcher M, Meier-Schiesser B, Hovnanian A, Weibel L. Secukinumab Therapy for Netherton Syndrome. *JAMA Dermatol*. 2020 Aug 1;156(8):907-911. doi: 10.1001/jamadermatol.2020.1019. PMID: 32459284; PMCID: PMC7254452.

ICHTHYOSİS LİNEARİS CİRCUMFLEXA



Tedavi öncesi gövde ve ekstremitelerde yaygın ichthyosis linearis circumflexa görüntüsü

TEDAVİ SONRASI REGRESYON GÖSTEREN ALANLAR





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-376][KABUL:POSTER]

YAPAY ZEKA TABANLI DİL MODELLERİNİN SİSTEMİK İZOTRETİNOİN HAKKINDAKİ HASTA SORULARINI CEVAPLAMA PERFORMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ: CHATGPT VE GEMİNİ KARŞILAŞTIRILMASI

Elif Bal Avcı¹, Sezgi Sarıkaya Solak¹, Buğra Burç Dağtaş², Dilara İlhan Erdil³, Ozan Erdem⁴, Andaç Salman⁵

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Edirne

²SBÜ, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

³Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

⁴Medeniyet Üniversitesi, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Altunizade Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Yapay zeka tabanlı dil modellerinin günlük hayatta kullanımı her geçen gün artmaktadır. (1) Kolay ulaşılabilir olması nedeniyle hem hastalar hem hekimler için hastalıkların tanısı, tedavisi ve takibiyle ilgili bir bilgi kaynağı olarak sıklıkla kullanılmaktadır (2). Ancak paylaşılan verilerin doğruluğu, güvenilirliği ve hastalar tarafından anlaşılabilirliği ilgili endişeler mevcuttur. Bu çalışmada en sık kullanılan ChatGPT(OpenAI) ve Gemini(Google) yapay zeka dil modellerinin potansiyel hasta sorularına verdiği cevapların değerlendirilmesini amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD:

Sistemik izotretinoin ile ilgili blog, arama motorları, hasta bilgilendirme broşürleri kaynak olarak kullanılarak hastalar tarafından en sık sorulabilecek 40 soru belirlendi. Bu sorular genel bilgi, tedavi etkinliği ve süreci, yan etkiler, takip ve önlemler ve kozmetik endişeler olmak üzere 5 kategoriye ayrıldı. Değerlendirici olmayan bir araştırmacı tarafından, biası engellemek için sorular üç kez ve her soruda yeni bir pencere açarak, kullanıcı girişi yapmadan, ChatGPT 4o ve Gemini'nin Ocak 2025 ücretsiz versiyonu kullanılarak oluşturulan cevaplar kaydedildi. Kaydedilen cevaplar kör bir şekilde beş dermatoloji uzmanı tarafından beşli Likert ölçeği kullanılarak doğruluk, açıklık, kapsayıcılık, yararlılık skorları ve genel kalite skoru (GKS) açısından değerlendirildi. Okunabilirlik skorları olan Flesch-Kincaid Okuma Düzeyi (FKGL), Flesch Okuma Kolaylığı (FRE) ve SMOG Index skorları readabilityformulas.com sitesinden



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

faaydalanılarak hesaplandı. FRE skoru 0-100 arasında olup değeer arttıkkça metin daha kolay okunabilir, SMOG ve FKGL ise eğitım seviyesini ifade eder ve değeer arttıkkça okunması zor metin olarak değeerlendirilir. Tüm veriler uygun istatistiksel analizlerle değeerlendirildi.

BULGULAR:

ChatGPT'nin ortalama puanları Gemini'ye kıyasla doğruluk (4,37'ye karşı 4,20; $p = 0,018$), kapsayıcılık (4,385'e karşı 3,770; $p < 0,001$), yararlılık (4,415'e karşı 4,040; $p < 0,001$) ve GQS (4,415'e karşı 4,045; $p < 0,001$) aşıısından anlamlı ölçüde daha yüksekti. ChatGPT açıklık aşıısından da daha yüksek puan alsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (4,415'e karşı 4,270; $p = 0,070$). Sorular alt başlıklara göre incelendiğinde genel bilgi, tedavi etkinliği ve süreci, yan etkiler, takip ve önlemler ve kozmetik endişeler alt başlıklarında ChatGPT ve Gemini arasında değeerlendirme parametreleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca değeerlendirici ve soru alt tipinden bağımsız olarak ChatGPT yanıtlarının Gemini'ye kıyasla daha yüksek puan alma olasılığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. (Doğruluk $OR = 1,94$, Açıklık $OR = 1,82$, Kapsayıcılık $OR = 5,88$; Yararlılık $OR = 3,74$). Okunabilirlik skorları değeerlendirildiğinde FRE ölçeğinde Gemini ortalama 42 puan, ChatGPT 37,9 puan; FKGL ölçeğinde Gemini 11,2. sınıf, ChatGPT 12,6. Sınıf okuma düzeyinde; SMOG indeksinde ise ChatGPT 11,3 Gemini ise 10 seviyesindedir. Gemini'nin oluştırdığu cevaplar anlamlı olarak daha okunabilir düzeyde bulunmuştur.

SONUÇ:

Bu çalışma potansiyel hasta sorularına verilen cevaplar karşılaştırıldığında ChatGPT yapay zeka tabanlı dil modelinin Gemini'ye kıyasla daha doğru, kapsayıcı, yararlı ve genel kalite skoruna göre daha başarılı sonuçlar verdiğini ancak Gemini'nin okunabilirliği daha yüksek cevaplar oluşturarak hastalar aşıısından daha sade ve anlaşılabilir bir dil kullandığını göstermektedir. Ancak her iki modelin de oluşturduğu cevaplar hasta bilgilendirme metinleri için önerilen 6-8.sınıf okuma düzeyinden uzaktır. Bu durum, yapay zeka tabanlı dil modellerinin sağlık alanında kullanımında doğru ve uygun içeriğin yani sıra dilin daha sade ve anlaşılır hale getirilmesi gerekliliğine işaret etmektedir. Bu nedenle sağladıkları içeriklerin değeerlendirilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: hasta bilgilendirme, okunabilirlik indeksi, sistemik izotretinoin, sağlık okuryazarlığı, yapay zeka

KAYNAKLAR: 1.De Angelis L, Baglivo F, Arzilli G, Privitera GP, Ferragina P, Tozzi AE, Rizzo C. ChatGPTand the rise of large language models: the new AI-driven infodemic threat in



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

publichealth. Front Public Health. 2023;11:1166120.

2.Wang X, Cohen RA. Health Information Technology Use Among Adults: United States.

Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics (U.S.); 2022.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-377][KABUL:POSTER]

**DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE HORMONAL AKNE FENOTİPİ İLE BAŞVURAN KADIN
HASTALARDA 21-HİDROKSİLİZ EKSİKLİĞİNE BAĞLI KLASİK OLMAYAN KONJENİTAL ADRENAL
HİPERPLAZİ SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI**

Rumeysa Nur Algan Coşkun¹, Nazlı Caf⁵, Aysel Ünver Özkahraman², Kamer Faruk Coşkun³,
Ayşe Merve Ok Kurt⁴, Zafer Türkoğlu¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği,
İstanbul

³Bitlis Devlet Hastanesi, Dermatoloji Polikliniği, Bitlis

⁴Kocaeli Şehir Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği

⁵Atlas Üniversitesini Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

AMAÇ:

Akne sıklıkla ergenlik döneminde görülen pilosebace ünitenin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Ergenlik sonrası kadınlarda görülen akne androjen artışı ile ilişkilendirilmiştir. Kılınma artışı, adet düzensizliği, androjenik alopesi gibi durumların eşlik ettiği tedavilere dirençli akneye polikistik over sendromu, non-klasik konjenital adrenal hiperplazi (NKKAH), over tümörleri ve adrenal tümörler neden olabilmektedir. Biz de çalışmamızda hormonal akne fenotipi ile polikliniğimize başvuran hastalardaki non-klasik konjenital adrenal hiperplazi sıklığını ve bu hastaların klinik özellikleri ile biyokimyasal parametrelerini incelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamıza Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'ne 15 Mart 2024 - 15 Aralık 2024 tarihleri arasında başvurmuş klinik olarak hormonal akne düşünülen 18-35 yaş arasındaki 248 kadın hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik bilgileri kaydedildi. Erken foliküler fazda ölçülen 17-OHP değeri 2 ng/ml üzerinde olan hastalar endokrinolojiye konsülte edildi. 17-OHP değeri 2-10 ng/ml arasında olan hastalara ACTH stimülasyon testi uygulandı. 17-OHP değeri >10 ng/ml olan hastalar NKKAH tanısı aldı.

BULGULAR:

On iki hastada 17-OHP 2 ng/ml'nin üzerinde saptandı. Beş hastada bazal 17-OHP 10 ng/ml



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

üzerinde bulundu ve bu hastalar NKKAH tanısı aldı. Yedi hastanın ise dördüne ACTH stimülasyon testi uygulandı, bu hastalarda 17-OHP 10 ng/ml altında izlendi. Altmış üç hastada 17-OHP yüksek bulundu. Altmış sekiz hastada ise serbest testosteron, total testosteron, DHEA-S değerlerinden en az biri yüksek bulundu. Akneye en sık kıllanma artışının eşlik ettiği gözlemlendi.

SONUÇ:

Polikliniğimize başvuran hormonal akne hastalarında NKKAH sıklığı %2,01 saptandı. NKKAH hastalarının dermatoloji polikliniğine akne şikayeti ile başvurabileceği ve bu hastalığın tanısında dermatoloji hekimlerinin de aktif rol alabileceği gösterildi. 17-OHP'nin hormonal akne hastalarında akne şiddeti ve kıllanma artışı ile ilişkili olduğu, DHEA-S, serbest testosteron, total testosteron değerleri ile korelasyon gösterdiği saptandı.

ANAHTAR KELİMELEER: akne, non-klasik konjenital adrenal hiperplazi, hiperandrojenizm

KAYNAKLAR: 1. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. Lancet [Internet]. 2012 [cited 2024 Oct 22];379(9813):361–72. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21880356/>

2. Harrington CI. Post-adolescent acne and marital break-up [11]. British Journal of Dermatology. 1997;137(3):478–9.

3. Thiboutot D, Gollnick H, Bettoli V, Dréno B, Kang S, Leyden JJ, et al. New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2009 May [cited 2024 Nov 13];60(5 Suppl). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19376456/>

4. Ju Q, Tao T, Hu T, Karadağ AS, Al-Khuzaei S, Chen WC. Sex hormones and acne. Clin Dermatol [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2024 Dec 29];35(2):130–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28274349/>

5. Imperato-Mc Ginley J, Gautier T, Cai LQ, Yee B, Epstein J, Pochi P. The androgen control of sebum production. Studies of subjects with dihydrotestosterone deficiency and complete androgen insensitivity. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 1993 [cited 2024 Nov 13];76(2):524–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8381804/>

6. Dessinioti C, Katsambas A. Congenital adrenal hyperplasia. Dermatoendocrinol [Internet]. 2009 Mar 27 [cited 2024 Nov 13];1(2):87–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22523607/>

7. New MI. Extensive clinical experience: nonclassical 21-hydroxylase deficiency. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2006 [cited 2024 Nov 13];91(11):4205–14. Available from:



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16912124/>

8. Trapp CM, Oberfield SE. Recommendations for treatment of nonclassic congenital adrenal hyperplasia (NCCAH): an update. *Steroids* [Internet]. 2012 Mar 10 [cited 2024 Nov 13];77(4):342–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22186144/>

9. Grant RNR. The History of Acne. *J R Soc Med* [Internet]. 1951 Aug 1 [cited 2024 Nov 14];44(8):647–52. Available from:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003591575104400802>

10. Karimkhani C, Dellavalle RP, Coffeng LE, Flohr C, Hay RJ, Langan SM, et al. Global Skin Disease Morbidity and Mortality: An Update From the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2025 Jan 9];153(5):406–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28249066/>

11. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2014 [cited 2025 Jan 9];134(6):1527–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24166134/>

12. Perkins AC, Maglione J, Hillebrand GG, Miyamoto K, Kimball AB. Acne vulgaris in women: prevalence across the life span. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2012 Feb 1 [cited 2024 Nov 14];21(2):223–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22171979/>

13. O'Neill AM, Gallo RL. Host-microbiome interactions and recent progress into understanding the biology of acne vulgaris. *Microbiome* [Internet]. 2018 Oct 2 [cited 2024 Oct 22];6(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30285861/>

14. Knutsen-Larson S, Dawson AL, Dunnick CA, Dellavalle RP. Acne vulgaris: pathogenesis, treatment, and needs assessment. *Dermatol Clin* [Internet]. 2012 Jan [cited 2024 Nov 15];30(1):99–106. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22117871/>

15. Imperato-Mc Ginley J, Gautier T, Cai LQ, Yee B, Epstein J, Pochi P. The androgen control of sebum production. Studies of subjects with dihydrotestosterone deficiency and complete androgen insensitivity. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 1993 [cited 2024 Nov 15];76(2):524–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8381804/>

16. Yildiz BO. Diagnosis of hyperandrogenism: clinical criteria. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2006 Jun [cited 2024 Nov 15];20(2):167–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16772149/>

17. Hall JB, Cong Z, Imamura-Kawasawa Y, Kidd BA, Dudley JT, Thiboutot DM, et al. Isolation and Identification of the Follicular Microbiome: Implications for Acne Research. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2024 Nov 18];138(9):2033–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29548797/>

18. Fitz-Gibbon S, Tomida S, Chiu BH, Nguyen L, Du C, Liu M, et al. *Propionibacterium acnes* strain populations in the human skin microbiome associated with acne. *J Invest Dermatol*



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[Internet]. 2013 [cited 2024 Nov 18];133(9):2152–60. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23337890/>

19. Bruggemann H, Henne A, Hoster F, Liesegang H, Wiezer A, Strittmatter A, et al. The complete genome sequence of *Propionibacterium acnes*, a commensal of human skin.

Science [Internet]. 2004 Jul 30 [cited 2024 Nov 15];305(5684):671–3. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15286373/>

20. Lomholt HB, Kilian M. Population genetic analysis of *Propionibacterium acnes* identifies a subpopulation and epidemic clones associated with acne. PLoS One [Internet]. 2010 [cited 2024 Nov 18];5(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20808860/>

21. Agak GW, Kao S, Ouyang K, Qin M, Moon D, Butt A, et al. Phenotype and Antimicrobial Activity of Th17 Cells Induced by *Propionibacterium acnes* Strains Associated with Healthy and Acne Skin. J Invest Dermatol [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2024 Nov 18];138(2):316–24.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28864077/>

22. Agak GW, Qin M, Nobe J, Kim MH, Krutzik SR, Tristan GR, et al. *Propionibacterium acnes* Induces an IL-17 Response in Acne Vulgaris that Is Regulated by Vitamin A and Vitamin D. J Invest Dermatol [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 18];134(2):366–73. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23924903/>

23. Hajam IA, Katiki M, McNally R, Lázaro-Díez M, Kolar S, Chatterjee A, et al. Functional divergence of a bacterial enzyme promotes healthy or acneic skin. Nat Commun [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Nov 18];14(1). Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38052825/>

24. Wang Y, Hata TR, Tong YL, Kao MS, Zouboulis CC, Gallo RL, et al. The Anti-Inflammatory Activities of *Propionibacterium acnes* CAMP Factor-Targeted Acne Vaccines. J Invest Dermatol [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2024 Nov 18];138(11):2355–64. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29964032/>

25. Qin M, Pirouz A, Kim MH, Krutzik SR, Garbán HJ, Kim J. *Propionibacterium acnes* Induces IL-1 β secretion via the NLRP3 inflammasome in human monocytes. J Invest Dermatol [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 18];134(2):381–8. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23884315/>

26. Li ZJ, Choi DK, Sohn KC, Seo MS, Lee HE, Lee Y, et al. *Propionibacterium acnes* activates the NLRP3 inflammasome in human sebocytes. J Invest Dermatol [Internet]. 2014 Nov 5 [cited 2024 Nov 18];134(11):2747–56. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24820890/>

27. Kim J, Ochoa MT, Krutzik SR, Takeuchi O, Uematsu S, Legaspi AJ, et al. Activation of Toll-Like Receptor 2 in Acne Triggers Inflammatory Cytokine Responses. J Immunol [Internet]. 2002 Aug 1 [cited 2024 Nov 18];169(3):1535. Available from:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4636337/>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

28. Shibata M, Katsuyama M, Onodera T, Ehama R, Hosoi J, Tagami H. Glucocorticoids enhance Toll-like receptor 2 expression in human keratinocytes stimulated with *Propionibacterium acnes* or proinflammatory cytokines. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2009 Feb [cited 2024 Nov 18];129(2):375–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18704103/>
29. Sugisaki H, Yamanaka K, Kakeda M, Kitagawa H, Tanaka K, Watanabe K, et al. Increased interferon-gamma, interleukin-12p40 and IL-8 production in *Propionibacterium acnes*-treated peripheral blood mononuclear cells from patient with acne vulgaris: host response but not bacterial species is the determinant factor of the disease. *J Dermatol Sci* [Internet]. 2009 Jul [cited 2024 Nov 18];55(1):47–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19375895/>
30. Jahns AC, Lundskog B, Ganceviciene R, Palmer RH, Golovleva I, Zouboulis CC, et al. An increased incidence of *Propionibacterium acnes* biofilms in acne vulgaris: a case-control study. *Br J Dermatol* [Internet]. 2012 Jul [cited 2024 Nov 18];167(1):50–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22356121/>
31. Trivedi NR, Gilliland KL, Zhao W, Liu W, Thiboutot DM. Gene array expression profiling in acne lesions reveals marked upregulation of genes involved in inflammation and matrix remodeling. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2006 [cited 2024 Nov 18];126(5):1071–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16528362/>
32. Chronnell CMT, Ghali LR, Ali RS, Quinn AG, Holland DB, Bull JJ, et al. Human beta defensin-1 and -2 expression in human pilosebaceous units: upregulation in acne vulgaris lesions. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2001 [cited 2024 Nov 18];117(5):1120–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11710922/>
33. Xu SX, Wang HL, Fan X, Sun LD, Yang S, Wang PG, et al. The familial risk of acne vulgaris in Chinese Hans - a case-control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2007 May [cited 2024 Nov 18];21(5):602–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17447973/>
34. Ballanger F, Baudry P, N'Guyen JM, Khammari A, Dréno B. Heredity: a prognostic factor for acne. *Dermatology* [Internet]. 2006 Feb [cited 2024 Nov 18];212(2):145–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16484821/>
35. Di Landro A, Cazzaniga S, Parazzini F, Ingordo V, Cusano F, Atzori L, et al. Family history, body mass index, selected dietary factors, menstrual history, and risk of moderate to severe acne in adolescents and young adults. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2012 Dec [cited 2024 Nov 18];67(6):1129–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22386050/>
36. Wolkenstein P, Machovcová A, Szepietowski JC, Tennstedt D, Veraldi S, Delarue A. Acne prevalence and associations with lifestyle: a cross-sectional online survey of adolescents/young adults in 7 European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet].



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

2018 Feb 1 [cited 2024 Nov 18];32(2):298–306. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28707712/>

37. Goulden V, McGeown CH, Cunliffe WJ. The familial risk of adult acne: a comparison between first-degree relatives of affected and unaffected individuals. *Br J Dermatol* [Internet]. 1999 [cited 2024 Nov 18];141(2):297–300. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10468803/>

38. Bataille V, Snieder H, MacGregor AJ, Sasieni P, Spector TD. The influence of genetics and environmental factors in the pathogenesis of acne: a twin study of acne in women. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2002 [cited 2024 Nov 18];119(6):1317–22. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12485434/>

39. Liao DC. Management of acne. *Journal of Family Practice* [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2024 Nov 19];52(1):43–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12833004/>

40. Grossi E, Cazzaniga S, Crotti S, Naldi L, Di Landro A, Ingordo V, et al. The constellation of dietary factors in adolescent acne: a semantic connectivity map approach. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2024 Nov 19];30(1):96–100. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25438834/>

41. Dall'Oglio F, Nasca MR, Fiorentini F, Micali G. Diet and acne: review of the evidence from 2009 to 2020. *Int J Dermatol* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2024 Nov 19];60(6):672–85.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33462816/>

42. Bershad S. The unwelcome return of the acne diet. *Arch Dermatol* [Internet]. 2003 Jul 1 [cited 2024 Nov 19];139(7):940-a-941. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12873898/>

43. Thiboutot DM, Strauss JS. Diet and acne revisited. *Arch Dermatol*. 2002 Dec 1;138(12):1591–2.

44. Cordain L, Lindeberg S, Hurtado M, Hill K, Eaton SB, Brand-Miller J. Acne vulgaris: a disease of Western civilization. *Arch Dermatol* [Internet]. 2002 Dec 1 [cited 2024 Nov 19];138(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12472346/>

45. Cappel M, Mauger D, Thiboutot D. Correlation between serum levels of insulin-like growth factor 1, dehydroepiandrosterone sulfate, and dihydrotestosterone and acne lesion counts in adult women. *Arch Dermatol* [Internet]. 2005 Mar [cited 2024 Nov 19];141(3):333–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15781674/>

46. Thiboutot D. Acne: Hormonal concepts and therapy. *Clin Dermatol* [Internet]. 2004 [cited 2024 Nov 19];22(5):419–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15556729/>

47. Adebamowo CA, Spiegelman D, Danby FW, Frazier AL, Willett WC, Holmes MD. High school dietary dairy intake and teenage acne. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2005 [cited 2024 Nov 19];52(2):207–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15692464/>

48. Adebamowo CA, Spiegelman D, Berkey CS, Danby FW, Rockett HH, Colditz GA, et al. Milk



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

consumption and acne in teenaged boys. *J Am Acad Dermatol*. 2008 May;58(5):787–93.

49. Smith RN, Mann NJ, Braue A, Mäkeläinen H, Varigos GA. The effect of a high-protein, low glycemic-load diet versus a conventional, high glycemic-load diet on biochemical parameters associated with acne vulgaris: a randomized, investigator-masked, controlled trial. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2007 Aug [cited 2024 Nov 20];57(2):247–56. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17448569/>

50. Fabbrocini G, Izzo R, Faggiano A, Del Prete M, Donnarumma M, Marasca C, et al. Low glycaemic diet and metformin therapy: a new approach in male subjects with acne resistant to common treatments. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2024 Nov 20];41(1):38–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26053680/>

51. Vora S, Ovhal A, Jerajani H, Nair N, Chakraborty A. Correlation of facial sebum to serum insulin-like growth factor-1 in patients with acne. *Br J Dermatol* [Internet]. 2008 Oct [cited 2024 Nov 20];159(4):990–1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18652583/>

52. Aizawa H, Niimura M. Elevated serum insulin-like growth factor-1 (IGF-1) levels in women with postadolescent acne. *J Dermatol* [Internet]. 1995 [cited 2024 Nov 20];22(4):249–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7608381/>

53. Snast I, Dalal A, Twig G, Astman N, Kedem R, Levin D, et al. Acne and obesity: A nationwide study of 600,404 adolescents. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2024 Nov 20];81(3):723–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30978426/>

54. Galobardes B, Smith GD, Jeffreys M, Kinra S, McCarron P. Acne in adolescence and cause-specific mortality: lower coronary heart disease but higher prostate cancer mortality: the Glasgow Alumni Cohort Study. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2005 Jun 15 [cited 2024 Nov 20];161(12):1094–101. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15937017/>

55. Halvorsen JA, Vleugels RA, Bjertness E, Lien L. A population-based study of acne and body mass index in adolescents. *Arch Dermatol* [Internet]. 2012 Jan [cited 2024 Nov 20];148(1):131–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22250253/>

56. Lu PH, Hsu CH. Body mass index is negatively associated with acne lesion counts in Taiwanese women with post-adolescent acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2024 Nov 20];29(10):2046–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25266447/>

57. Green J, Sinclair RD. Perceptions of acne vulgaris in final year medical student written examination answers. *Australas J Dermatol* [Internet]. 2001 [cited 2024 Nov 20];42(2):98–101. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11309030/>

58. Brajac I, Bilic-Zulle L, Tkalčić M, Lončarek K, Gruber F. Acne vulgaris: Myths and misconceptions among patients and family physicians. *Patient Educ Couns*. 2004 Jul;54(1):21–5.

59. Yosipovitch G, Tang M, Dawn AG, Chen M, Goh CL, Chan YH, et al. Study of psychological



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

- stress, sebum production and acne vulgaris in adolescents. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2007 [cited 2024 Nov 20];87(2):135–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17340019/>
60. Bhate K, Williams HC. Epidemiology of acne vulgaris. *Br J Dermatol* [Internet]. 2013 Mar [cited 2024 Nov 20];168(3):474–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23210645/>
61. Piquero-Casals J, Morgado-Carrasco D, Rozas-Muñoz E, Mir-Bonafé JF, Trullàs C, Jourdan E, et al. Sun exposure, a relevant exposome factor in acne patients and how photoprotection can improve outcomes. *J Cosmet Dermatol* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2024 Nov 20];22(6):1919–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36946555/>
62. Gollnick HP, Zouboulis CC. Not all acne is acne vulgaris. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2014 Apr 25 [cited 2024 Nov 21];111(17):301–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24828100/>
63. Ramli R, Malik AS, Hani AFM, Jamil A. Acne analysis, grading and computational assessment Methods: an overview. *Skin Res Technol* [Internet]. 2012 Feb [cited 2024 Nov 21];18(1):1–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21605170/>
64. Shalita AR. Acne: Clinical presentations. *Clin Dermatol* [Internet]. 2004 Sep [cited 2024 Nov 20];22(5):385–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15556723/>
65. Karadag AS, Balta I, Saricaoglu H, Kiliç S, Kelekçi KH, Yildirim M, et al. The effect of personal, familial, and environmental characteristics on acne vulgaris: a prospective, multicenter, case controlled study. *G Ital Dermatol Venereol* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2024 Nov 21];154(2):177–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28704984/>
66. White GM. Recent findings in the epidemiologic evidence, classification, and subtypes of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1998 [cited 2024 Nov 21];39(2 Pt 3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9703121/>
67. Rostami Mogaddam M, Safavi Ardabili N, Maleki N, Soflaee M. Correlation between the severity and type of acne lesions with serum zinc levels in patients with acne vulgaris. *Biomed Res Int* [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 21];2014. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25157359/>
68. Becker M, Wild T, Zouboulis CC. Objective assessment of acne. *Clin Dermatol* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2024 Nov 21];35(2):147–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28274351/>
69. Sutaria AH, Masood S, Saleh HM, Schlessinger J. Acne Vulgaris. 2024.
70. Inflammatory Acne Treatment: Review of Current and New Topical Therapeutic Options - JDDonline - Journal of Drugs in Dermatology [Internet]. [cited 2024 Nov 21]. Available from: <https://jddonline.com/articles/inflammatory-acne-treatment-review-of-current-and-new-topical-therapeutic-options-S1545961616S0011X/>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

71. Layton AM, Eady EA, Zouboulis CC. Acne. In: Rook's Textbook of Dermatology, Ninth Edition. Wiley; 2016. p. 1–78.
72. Bagatin E, Timpano DL, Guadanhim LR dos S, Nogueira VMA, Terzian LR, Steiner D, et al. Acne vulgaris: prevalence and clinical forms in adolescents from São Paulo, Brazil. An Bras Dermatol [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 22];89(3):428–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24937816/>
73. Holland DB, Jeremy AHT, Roberts SG, Seukeran DC, Layton AM, Cunliffe WJ. Inflammation in acne scarring: a comparison of the responses in lesions from patients prone and not prone to scar. Br J Dermatol [Internet]. 2004 Jan [cited 2024 Nov 22];150(1):72–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14746619/>
74. Jacob CI, Dover JS, Kaminer MS. Acne scarring: a classification system and review of treatment options. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2001 [cited 2024 Nov 22];45(1):109–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11423843/>
75. Wolfram D, Tzankov A, Püzl P, Piza-Katzer H. Hypertrophic scars and keloids--a review of their pathophysiology, risk factors, and therapeutic management. Dermatol Surg [Internet]. 2009 Feb [cited 2024 Nov 22];35(2):171–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19215252/>
76. Cunliffe WJ, Holland DB, Clark SM, Stables GI. Comedogenesis: some new aetiological, clinical and therapeutic strategies. Br J Dermatol [Internet]. 2000 [cited 2024 Nov 22];142(6):1084–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10848729/>
77. Zaba R, Schwartz RA, Jarmuda S, Czarnecka-Operacz M, Silny W. Acne fulminans: explosive systemic form of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2011 May [cited 2024 Nov 28];25(5):501–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21029206/>
78. Zanelato TP, Gontijo GMA, Alves CAX de M, Pinto JCCL, Cunha PR. Disabling acne fulminans. An Bras Dermatol [Internet]. 2011 [cited 2024 Nov 28];86(4 Suppl 1):9–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22068759/>
79. Vasanth V, Chandrashekar B. Follicular occlusion tetrad. Indian Dermatol Online J [Internet]. 2014 [cited 2024 Dec 10];5(4):491. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25396138/>
80. Kuiri-Hänninen T, Sankilampi U, Dunkel L. Activation of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis in infancy: minipuberty. Horm Res Paediatr [Internet]. 2014 [cited 2024 Dec 12];82(2):73–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25012863/>
81. Kuiri-Hänninen T, Haanpaä M, Turpeinen U, Hämmäläinen E, Dunkel L, Sankilampi U. Transient postnatal secretion of androgen hormones is associated with acne and sebaceous gland hypertrophy in early infancy. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2013 Jan [cited 2024 Dec 12];98(1):199–206. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23144469/>
82. Rosenfield RL. Normal and Premature Adrenarche. Endocr Rev [Internet]. 2021 Dec 1



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[cited 2024 Dec 12];42(6):783–814. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33788946/>

83. Bree AF, Siegfried EC. Acne vulgaris in preadolescent children: recommendations for evaluation. *Pediatr Dermatol* [Internet]. 2014 [cited 2024 Dec 12];31(1):27–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24274782/>

84. Cunliffe WJ, Baron SE, Coulson IH. A clinical and therapeutic study of 29 patients with infantile acne. *Br J Dermatol* [Internet]. 2001 [cited 2024 Nov 14];145(3):463–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11531837/>

85. AW L, FM B, GA H, AD L, JA M, J R. Acne vulgaris in premenarchal girls. An early sign of puberty associated with rising levels of dehydroepiandrosterone. *Arch Dermatol* [Internet]. 1994 Mar 1 [cited 2024 Dec 12];130(3):308–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8129408/>

86. Poli F, Dreno B, Verschoore M. An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2001 [cited 2024 Dec 15];15(6):541–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11843213/>

87. Seirafi H, Farnaghi F, Vasheghani-farahani A, Alirezaie NS, Esfahanian F, Firooz A, et al. Assessment of androgens in women with adult-onset acne. *Int J Dermatol* [Internet]. 2007 Nov [cited 2024 Dec 15];46(11):1188–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17988341/>

88. Cunliffe WJ, Gould DJ. Prevalence of facial acne vulgaris in late adolescence and in adults. *Br Med J*. 1979 Apr 28;1(6171):1109–10.

89. Shen Y, Wang T, Zhou C, Wang X, Ding X, Tian S, et al. Prevalence of acne vulgaris in Chinese adolescents and adults: a community-based study of 17,345 subjects in six cities. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2012 Jan [cited 2024 Dec 15];92(1):40–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21710106/>

90. BURKE BM, CUNLIFFE WJ. The assessment of acne vulgaris--the Leeds technique. *Br J Dermatol* [Internet]. 1984 [cited 2024 Dec 15];111(1):83–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6234917/>

91. Dréno B, Thiboutot D, Layton AM, Berson D, Perez M, Kang S. Large-scale international study enhances understanding of an emerging acne population: adult females. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2024 Dec 15];29(6):1096–106. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25296739/>

92. Timpatanapong P, Rojanasakul A. Hormonal profiles and prevalence of polycystic ovary syndrome in women with acne. *J Dermatol* [Internet]. 1997 [cited 2024 Dec 15];24(4):223–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9164062/>

93. Chen W, Obermayer-Pietsch B, Hong JB, Melnik BC, Yamasaki O, Dessinioti C, et al. Acne-associated syndromes: models for better understanding of acne pathogenesis. *J Eur Acad*



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

Dermatol Venereol [Internet]. 2011 Jun [cited 2024 Dec 15];25(6):637–46. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21198949/>

94. Shaw JC. Acne: effect of hormones on pathogenesis and management. Am J Clin

Dermatol [Internet]. 2002 [cited 2024 Dec 15];3(8):571–8. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12358558/>

95. Kataria Arora M, Seth S, Dayal S. The relationship of lipid profile and menstrual cycle with acne vulgaris. Clin Biochem [Internet]. 2010 Dec [cited 2024 Dec 15];43(18):1415–20.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20880492/>

96. BARR NG. Managing Adverse Effects of Hormonal Contraceptives. Am Fam Physician

[Internet]. 2010 Dec 15 [cited 2024 Dec 15];82(12):1499–506. Available from:

<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2010/1215/p1499.html>

97. Capitanio B, Sinagra JL, Bordignon V, Cordiali Fei P, Picardo M, Zouboulis CC.

Underestimated clinical features of postadolescent acne. J Am Acad Dermatol [Internet].

2010 Nov [cited 2024 Dec 15];63(5):782–8. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20619486/>

98. Capitanio B, Sinagra JL, Ottaviani M, Bordignon V, Amantea A, Picardo M. Acne and

smoking. Dermatoendocrinol [Internet]. 2009 May [cited 2024 Dec 15];1(3):129–35.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20436880/>

99. Korting HC, Borelli C, Schöllmann C. [Acne vulgaris. Role of cosmetics]. Hautarzt

[Internet]. 2010 Feb [cited 2024 Dec 15];61(2):126–31. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20107752/>

100. Di Landro A, Cazzaniga S, Cusano F, Bonci A, Carla C, Musumeci ML, et al. Adult female

acne and associated risk factors: Results of a multicenter case-control study in Italy. J Am

Acad Dermatol [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2024 Dec 15];75(6):1134–1141.e1. Available

from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27542588/>

101. Preneau S, Dreno B. Female acne - a different subtype of teenager acne? J Eur Acad

Dermatol Venereol [Internet]. 2012 Mar [cited 2024 Dec 15];26(3):277–82. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21848892/>

102. Williams C, Layton AM. Persistent acne in women : implications for the patient and for

therapy. Am J Clin Dermatol [Internet]. 2006 [cited 2024 Dec 15];7(5):281–90. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17007539/>

103. Reynolds R V., Yeung H, Cheng CE, Cook-Bolden F, Desai SR, Druby KM, et al. Guidelines

of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2024 May 1

[cited 2024 Nov 14];90(5):1006.e1–1006.e30. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38300170/>

104. Pluetrattanabha N, Kulthanan K, Nuchkull P, Varothai S. The pH of skin cleansers for

acne. Indian J Dermatol Venereol Leprol [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2024 Dec



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

- 17];81(2):181–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25751340/>
105. Dreno B, Bettoli V, Perez M, Bouloc A, Ochsendorf F. Cutaneous lesions caused by mechanical injury. *Eur J Dermatol* [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 17];25(2):114–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26069089/>
106. plewig gerd, melnik bodo, chen wenchieh. Acne classification and Mimicking disease. In: plewig and kligman's acne and rosace. 2019. p. 217–404.
107. Saricaoglu Hayriye, Unal Idil, Karaman Goksun, Ferahbas Kesikoglu Ayten, Karadag Ayse Serap, Sıkar Akturk Aysun, et al. Akne ve Rozase Tanı ve Tedavi. 2018. 5–330 p.
108. Cugno M, Borghi A, Marzano A V. PAPA, PASH and PAPASH Syndromes: Pathophysiology, Presentation and Treatment. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2024 Dec 22];18(4):555–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28236224/>
109. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2024 Dec 29];110(3):364–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30033227/>
110. Arora MK, Yadav A, Saini V. Role of hormones in acne vulgaris. *Clin Biochem* [Internet]. 2011 Sep [cited 2024 Dec 22];44(13):1035–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21763298/>
111. Plewig G, Melnik B, Chen W. *Acne Clinic: Morphogenesis*. Cham: Springer International Publishing; 2019. 63–189 p.
112. Hazarika N. Acne vulgaris: new evidence in pathogenesis and future modalities of treatment. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 21];32(3):277–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31393195/>
113. Fox L, Csongradi C, Aucamp M, Du Plessis J, Gerber M. Treatment Modalities for Acne. *Molecules* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2024 Oct 21];21(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27529209/>
114. Fenner JA, Wiss K, Levin NA. Oral cephalixin for acne vulgaris: clinical experience with 93 patients. *Pediatr Dermatol* [Internet]. 2008 Mar [cited 2024 Dec 22];25(2):179–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18429774/>
115. Bowe WP, Joshi SS, Shalita AR. Diet and acne. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2010 Jul [cited 2024 Nov 20];63(1):124–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20338665/>
116. Rao A, Douglas SC, Hall JM. Endocrine Disrupting Chemicals, Hormone Receptors, and Acne Vulgaris: A Connecting Hypothesis. *Cells* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2024 Dec 29];10(6):1439. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8228950/>
117. Kamangar F, Shinkai K. Acne in the adult female patient: a practical approach. *Int J Dermatol* [Internet]. 2012 Oct [cited 2024 Dec 30];51(10):1162–74. Available from:



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22994662/>

118. Hu T, Wei Z, Ju Q, Chen WC. Sex hormones and acne: State of the art. J Dtsch Dermatol Ges [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2024 Dec 24];19(4):509–15. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33576151/>

119. Cussen L, McDonnell T, Bennett G, Thompson CJ, Sherlock M, O'Reilly MW. Approach to androgen excess in women: Clinical and biochemical insights. Clin Endocrinol (Oxf) [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2024 Dec 31];97(2):174. Available from:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9541126/>

120. Kamrath C, Hochberg Z, Hartmann MF, Remer T, Wudy SA. Increased activation of the alternative “backdoor” pathway in patients with 21-hydroxylase deficiency: evidence from urinary steroid hormone analysis. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2012 Mar [cited 2024 Dec 31];97(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22170725/>

121. Flück CE, Pandey A V. Steroidogenesis of the testis -- new genes and pathways. Ann Endocrinol (Paris) [Internet]. 2014 [cited 2024 Dec 31];75(2):40–7. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24793988/>

122. Sumińska M, Bogusz-Górna K, Wegner D, Fichna M. Non-Classic Disorder of Adrenal Steroidogenesis and Clinical Dilemmas in 21-Hydroxylase Deficiency Combined with Backdoor Androgen Pathway. Mini-Review and Case Report. Int J Mol Sci [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2025 Jan 24];21(13):4622. Available from:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7369945/>

123. Khunger N, Kumar C. A clinico-epidemiological study of adult acne: is it different from adolescent acne? Indian J Dermatol Venereol Leprol [Internet]. 2012 May [cited 2024 Dec 30];78(3):335–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22565434/>

124. Thomas J, Parimalam K, Sindhu RB. Hormonal acne: leading to a paradigm shift in the management of acne. Expert Rev Dermatol [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2024 Dec 30];8(3):225–8. Available from:

<https://go.gale.com/ps/i.do?p=HRCA&sw=w&issn=17469872&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA332451328&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext>

125. Addor FASA, Schalka S. Acne in adult women: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects. An Bras Dermatol [Internet]. 2010 Nov [cited 2024 Dec 15];85(6):789–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21308301/>

126. Ilagan MKCC, Paz-Pacheco E, Totesora DZ, Clemente-Chua LR, Jalique JRK. The Modified Ferriman-Gallwey Score and Hirsutism among Filipino Women. Endocrinology and Metabolism [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2024 Dec 30];34(4):374. Available from:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6935772/>

127. Amiri M, Ramezani Tehrani F, Nahidi F, Bidhendi Yarandi R, Behboudi-Gandevani S, Azizi F. Association between biochemical hyperandrogenism parameters and Ferriman-Gallwey



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

score in patients with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-regression analysis. Clin Endocrinol (Oxf) [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2024 Dec 30];87(3):217–30.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28575537/>

128. Starace M, Orlando G, Alessandrini A, Piraccini BM. Female Androgenetic Alopecia: An Update on Diagnosis and Management. Am J Clin Dermatol [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Dec 30];21(1):69–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31677111/>

129. Gupta M, Mysore V. Classifications of Patterned Hair Loss: A Review. J Cutan Aesthet Surg [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2024 Dec 30];9(1):3. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4812885/>

130. Bagatin E, Freitas THP De, Rivitti Machado MC, Ribeiro BM, Nunes S, Rocha MAD Da. Adult female acne: a guide to clinical practice. An Bras Dermatol [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 Jan 2];94(1):62–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726466/>

131. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, et al. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2013 [cited 2025 Jan 2];98(12):4565. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5399492/>

132. Carmina E, Dewailly D, Escobar-Morreale HF, Kelestimur F, Moran C, Oberfield S, et al. Non-classic congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency revisited: an update with a special focus on adolescent and adult women. Hum Reprod Update [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2025 Jan 4];23(5):580–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28582566/>

133. Auer MK, Nordenström A, Lajic S, Reisch N. Congenital adrenal hyperplasia. Lancet [Internet]. 2023 Jan 21 [cited 2025 Jan 6];401(10372):227–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36502822/>

134. Ng JL, Lim EM, Zhang R, Beilby JP, Watts GF, Brown SJ, et al. Serum 21-Deoxycortisol for Diagnosis of Nonclassic Congenital Adrenal Hyperplasia in Women With Androgen Excess. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Jan 6];108(12):e1560. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10655544/>

135. Nakhleh A, Saiegh L, Shehadeh N, Weintrob N, Sheikh-Ahmad M, Supino-Rosin L, et al. Screening for non-classic congenital adrenal hyperplasia in women: New insights using different immunoassays. Front Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2023 Jan 10 [cited 2025 Jan 6];13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36704043/>

136. Adriaansen BPH, Schröder MAM, Span PN, Sweep FCGJ, van Herwaarden AE, Claahsen-van der Grinten HL. Challenges in treatment of patients with non-classic congenital adrenal hyperplasia. Front Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2022 Dec 12 [cited 2025 Jan 6];13:1064024. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9791115/>

137. The Adrenal Cortex - ClinicalKey [Internet]. [cited 2025 Jan 9]. Available from:



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

<https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323932301000130>

138. Jha S, Turcu AF. Nonclassic Congenital Adrenal Hyperplasia: What Do Endocrinologists Need to Know? *Endocrinol Metab Clin North Am* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2025 Jan 6];50(1):151–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518183/>

139. Trakakis E, Papadavid E, Dalamaga M, Koumaki D, Stavrianeas N, Rigopoulos D, et al. Prevalence of non classical congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency in Greek women with acne: a hospital-based cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2013 Nov [cited 2025 Jan 22];27(11):1448–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22703023/>

140. V Goulden SMCWJC. Post-adolescent acne: a review of clinical features.

141. Kamel N, Tonyukuk V, Emral R, Çorapçıoğlu D, Baştemir M, Güllü S. The prevalence of late onset congenital adrenal hyperplasia in hirsute women from Central Anatolia. *Endocr J* [Internet]. 2003 Dec [cited 2025 Jan 22];50(6):815–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14709856/>

142. Sardana K, Bansal P, Sharma LK, Garga UC, Vats G. A study comparing the clinical and hormonal profile of late onset and persistent acne in adult females. *Int J Dermatol* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2025 Jan 23];59(4):428–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31898819/>

143. Lim SS, Norman RJ, Davies MJ, Moran LJ. The effect of obesity on polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* [Internet]. 2013 Feb [cited 2025 Jan 23];14(2):95–109. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23114091/>

144. Slayden SM, Moran C, Sams WM, Boots LR, Azziz R. Hyperandrogenemia in patients presenting with acne. *Fertil Steril* [Internet]. 2001 [cited 2025 Jan 23];75(5):889–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11334899/>

145. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, et al. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2011 Feb [cited 2025 Jan 24];96(2):273–88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21296991/>

146. Bansal P, Sardana K, Sharma L, Garga UC, Vats G. A prospective study examining isolated acne and acne with hyperandrogenic signs in adult females. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 23];32(7):752–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31868042/>

147. Caputo V, Fiorella S, Curiale S, Caputo A, Niceta M. Refractory acne and 21-hydroxylase deficiency in a selected group of female patients. *Dermatology* [Internet]. 2010 Mar [cited 2025 Jan 23];220(2):121–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20110635/>

148. Gao Y, Yu B, Mao J, Wang X, Nie M, Wu X. The prevalence of heterozygous CYP21A2 deficiency in patients with idiopathic acne, hirsutism, or both. *Endocrine* [Internet]. 2020



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

Mar 1 [cited 2025 Jan 23];67(3):665–72. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31605362/>

149. Ostlere LS, Rumsby G, Holownia P, Jacobs HS, Rustin MHA, Honour JW. Carrier status for steroid 21-hydroxylase deficiency is only one factor in the variable phenotype of acne. Clin Endocrinol (Oxf) [Internet]. 1998 [cited 2025 Jan 23];48(2):209–15. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9579234/>

150. Bansal P, Sardana K, Arora P, Khurana A, Garga UC, Sharma L. A prospective study of anti-mullerian hormone and other ovarian and adrenal hormones in adult female acne. Dermatol Ther [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2025 Jan 23];33(6). Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33185003/>

151. Unluhizarci K, Kula M, Dundar M, Tanriverdi F, Israel S, Colak R, et al. The prevalence of non-classic adrenal hyperplasia among Turkish women with hyperandrogenism. Gynecol Endocrinol [Internet]. 2010 Feb [cited 2025 Jan 24];26(2):139–43. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19718570/>

152. Escobar-Morreale HF, Sanchón R, San Millán JL. A prospective study of the prevalence of nonclassical congenital adrenal hyperplasia among women presenting with hyperandrogenic symptoms and signs. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2008 [cited 2025 Jan 22];93(2):527–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18000084/>



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-378][KABUL:POSTER]

**BİR OLGU SUNUMU: YÜKSEK DOZ UPADASİTİNİBE BAĞLI SEFALİK YAYILIM GÖSTEREN
AKNEİFORM DÖKÜNTÜ**

Fatma Zorlu, Ezgi Aktaş, İbrahim Halil Yavuz, Zafer Türkoğlu

SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Akneiform döküntüye ilaçlar, enfeksiyon veya çeşitli dış faktörler neden olabilir. Steroidler, halojenler (bromid, iyodid), antiepileptikler (fenitonin, fenobarbital), lityum, vitaminler (B1, B6, B12), EGFR (Epidermal büyüme faktörü reseptörü) inhibitörleri, VEGF (Vasküler endotelial büyüme faktörü) inhibitörleri, Tirozin kinaz inhibitörleri gibi ajanlar akneiform ilaç erüpsiyonunun en sık nedenleridir. Burada upadasitinib kullanımına bağlı görülen; ani papül, püstüllerle başlayan yüz ve saçlı deriye sınırlı -boyun altına inmeyen- sefalik tutulum gösteren akneiform erüpsiyon vakası anlatılacaktır. Son zamanlarda kullanımı yaygınlaşan atopik dermatit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları gibi farklı endikasyonlarla kullanılabilen JAK (Janus kinaz) inhibitörlerinin kutane yan etkilerini hatırlatması ve literatürde bu ajanların neden olduğu akneiform erüpsiyonla alakalı az sayıda vaka bildirilmesi bu olguyu sunmamızın nedenlerindendir.

OLGU:

60 yaşında erkek hasta, 5 aydır var olan yüz ve saçlarında kaşıntılı sivilce yakınması ile başvurdu. Hastanın ülseratif kolit, diyabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları mevcuttu; bu hastalıkları için ramipril, vildagliptin-metformin, empagliflozid, upadasitinib kullanmaktaydı. Bu ilaçların hepsini uzun süredir almaktayken, sadece upadasitinib 45 mg dozdan 6 ay önce gastroenteroloji tarafından başlanmıştı. Hastanın bu döküntüler nedeniyle çok sayıda dermatoloji kliniği başvurusu olmuş ve hasta başlanan çeşitli topikal antifungal, antibakteriyel, kortikosteroid ve sistemik antibiyotik tedavilerine yanıt vermemişti. Dermatolojik muayenede saçlı deri ve yüzde eritemli zeminde papüller, püstüller ve nodülökistik lezyonlar mevcuttu. Papül ve püstüler lezyonlardan bakteri sürüntü kültürü ve yüzeysel deri yüzeyi biyopsisi tekniğiyle demodeks bakısı yapıldı, her ikisi de negatif sonuçlandı. Hastanın saçlı derideki eritemli papülden alınan deri punch biyopsisinin histopatolojik incelemesinde epidermis yüzeyinde kompakt ortohiperkeratoz, epidermiste hafif-orta yoğunlukta mikst tipte inflamatuvar hücre ekzositozu, yüzeysel dermiste hafif solar



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

elastoz, dermiste ve retiküler dermiste daha belirgin olmak üzere nötrofil ve eozinofillerin çok sayıda izlendiği mikst tipte perifoliküler, perivasküler ve interstisyel inflamasyon izlendi.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde belirgin patoloji izlenmedi.

Klinik ve laboratuvar bulgular eşliğinde hasta upadasitinibe sekonder akneiform ilaç erüpsiyonu olarak değerlendirildi. Naranjo algoritmasına göre hastayı değerlendirdiğimizde 9 puan aldı ve ilaca bağlı reaksiyon olasılığı kesin olarak yorumlandı.

Gastroenteroloji kliniği ile birlikte hasta değerlendirilerek upadasitinib tedavisi kesildi, hastaya sistemik doksisisiklin 1*100 mg, benzoil peroksit jel tedavisi başlandı. 3 hafta içinde hastanın tüm lezyonları geriledi

SONUÇ:

Upadasitinib, romatizmal, dermatolojik ve gastrointestinal hastalıklar dahil olmak üzere çeşitli kronik inflamatuvar hastalıkların tedavisi için kullanılan bir selektif JAK-1 inhibitörüdür.

Özellikle atopik dermatit hastalarında upadasitinibe bağlı hafif akne lezyonları izlense de bu olguda yüz bölgesinin tutulması EGFR inhibitörlerine bağlı akneiform döküntü ile benzerdi.

Gastroenteroloji tarafından atopik dermatitte kullanılan 15-30 mg/gün'den daha yüksek dozlar kullanılması daha şiddetli döküntünün nedeni olabilir. Sunulan vakada akneiform reaksiyonun sefalik bölgeyle lokalize kalıp boyun bölgesinde papül dahil hiçbir erüpsiyonunun olmaması ilginçti.

Atipik yerleşim gösteren ani başlangıçlı akne ile başvuran hastalarda anamnezde ilaçların detaylı sorgulanması ve akneiform erüpsiyona neden olan ilaçların tespit edilmesi tedavi süreci açısından önemlidir. İlaça bağlı akneiform erüpsiyonu kesinleşen vakalarda ilgili ilacın kesilmesi veya dozunun düşürülmesi ilk basamaktır. Ek olarak aknenin şiddetine göre lokal ve sistemik antibiyoterapi başlanması; pruritus eşlik eden hastaların antihistaminik tedavisi ile desteklenmesi tedavi basamaklarını oluşturur.

ANAHTAR KELİMELEER: akneiform, ilaç, upadasitinib, yan etki

KAYNAKLAR: 1. Kotyla PJ, Engelmann M, Giemza-Stokłosa J, Wnuk B, Islam MA.

Thromboembolic adverse drug reactions in Janus kinase (JAK) inhibitors: Does the inhibitor specificity play a role? Int J Mol Sci. 2021;22(5):2449. doi:10.3390/ijms22052449.

2. Blauvelt A, Teixeira HD, Simpson EL, Costanzo A, De Bruin-Weller M, Barbarot S, et al. Efficacy and safety of upadacitinib vs dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: A randomized clinical trial. JAMA Dermatol. 2021;157(9):1047–55. doi:10.1001/jamadermatol.2021.3023.

3. Recuero JK, Fitz JR, Pereira AA, Bonamigo RR. EGFR inhibitors: clinical aspects, risk factors



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

and biomarkers for acneiform eruptions and other mucosal and cutaneous adverse effects.

An Bras Dermatol. 2023;98(4):429–39. doi:10.1016/j.abd.2022.10.004.

4. Seger D, Barker K, McNaughton C. Misuse of the Naranjo Adverse Drug Reaction

Probability Scale in toxicology. Clin Toxicol (Phila). 2013;51(6):461–6.

doi:10.3109/15563650.2013.811588.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-379][KABUL:POSTER]

NİVOLUMABA BAĞLI GELİŞEN SUBAKUT KUTANE LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU

Zeynep Kesinkaya¹, Selda Işık Mermutlu¹, Özge Kaya¹, Neslihan Kaya Terzi², Çiğdem Tanrıkulu¹, Fatih Sarıtaş³, Zerrin Öğretmen¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ-AMAÇ:

Programlanmış hücre ölüm proteini 1 [programmed cell death protein 1 (PD-1)] ve programlanmış hücre ölüm ligandı 1 [programmed cell death ligand 1 (PD-L1)] inhibitörleri ileri evre malignite hastalarında kullanılan immün kontrol noktası inhibitörlerindendir. Bu ilaçlara bağlı immün sistemdeki hiperaktivasyon sonucu başta deri olmak üzere farklı organları etkileyen immünolojik yan etkiler bildirilmektedir (1,2). Bu çalışmada PD-1 inhibitörü nivolumaba bağlı subakut kutane lupus eritematozus (SKLE) gelişen metastatik akciğer kanseri tanılı bir hasta sunulmaktadır.

OLGU:

Elli yedi yaşında erkek hasta, 20 gün önce yüzden başlayıp gövdeye yayılan döküntü şikayeti ile başvurdu. Metastatik akciğer adenokarsinomu nedeniyle hastaya 2 ay önce nivolumab tedavisi başlandığı ve lezyonların tedavinin üçüncü siklusundan sonra belirdiği öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde ek olarak diyabet, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenede yüz, göğüs, sırt bölgesi ve alt ekstremitelerde distalde bazıları birleşme eğilimi gösteren anüler eritemli skuamli plaklar tespit edildi (Resim 1). Mukoza muayenesinde anlamlı bulgu izlenmedi. Lezyonlardan alınan kazıntı örneğinin mikroskopik incelemesinde mantar hifine rastlanmadı. Yapılan tetkiklerinde anti-nükleer antikor (ANA), anti-SSA ve anti-SM/RNP antikorları pozitif olarak sonuçlanırken kompleman C3 ve C4 değerleri normal aralıktaydı. Deri lezyonlarından alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste nekroz, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, perivasküler lenfositik infiltrasyon ve interstisyel mün birikimi saptandı (Resim 2). Romatoloji kliniği



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

tarafından değerlendirilen hastada sistemik tutulum düşünülmedi. Mevcut klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular neticesinde hastaya nivolumaba bağlı SKLE tanısı konuldu. Nivolumab tedavisine ara verilerek topikal kortikosteroid ve 0,5 mg/kg/gün dozunda sistemik metilprednizolon tedavisi başlandı. Hastanın lezyonlarının gerilemesi üzerine tedavi dozu tedricen azaltıldı.

SONUÇ:

Deri toksisitesi, PD-1/PD-L1 inhibitörlerine bağlı görülen en yaygın yan etkilerden olup görülme sıklığı %30-40 arasında değişmektedir. En sık bildirilen yan etkiler arasında makülopapüler döküntü, vitiligo ve likenoid dermatit yer almaktadır (1,3). SKLE tablosu, PD-1/PD-L1 inhibitörleri ile ilişkili nadiren bildirilen bir yan etki olup son yıllarda vaka sayılarında artış gözlemlenmiştir (1,2,4). Yakın zamanda yayınlanan bir derlemede bu tablonun daha çok nivolumab sonrası ortaya çıktığı; özellikle gövde ve üst ekstremiteler yerleşimli papüloskuamöz ve eritemli anüler polisiklik plaklarla karakterize olduğu ve olgumuza benzer şekilde ortalama üçüncü siklus sonrası geliştiği bildirilmiştir (1). Genellikle artrit, serozit gibi sistemik bulgular görülmemektedir. Tanıda deri biyopsisinde interfaz dermatiti varlığı ve perivasküler lenfosit infiltrasyonu; serolojik testlerde ANA ve anti-SSA antikor pozitifliği büyük önem taşır. Tedavi ile ilgili yeterli kanıt olmamakla birlikte hafif olgularda topikal kortikosteroidler tercih edilirken, şiddetli olgularda tedaviye ara verilmesi ve sistemik kortikosteroid ve/veya hidroklorokin kullanılması önerilmektedir (1,2). Klasik ilaca bağlı SKLE'nin aksine bu tabloda tedavi kesilmesine rağmen uzun süreli reaksiyon görülebilir (2). Lezyonlar geriledikten sonra tekrar tedavi başlanan bazı olgularda SKLE tablosunun nüks etmediği bildirilmiş olsa da hepatit, dermatomiyozit tablosu gibi farklı yan etkiler gelişen olgular mevcuttur (1,2,4). Günümüzde ileri evre kanser tedavisinde PD-1/PD-L1 inhibitörlerinin önemli rol oynaması nedeniyle, klinisyenlerin bu ilaçlara bağlı gelişebilecek olası komplikasyonların ayırıcı tanısında SKLE'yi akılda tutmasının önemli olduğu görüşündeyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: immün kontrol noktası inhibitörü, nivolumab, subakut kutane lupus eritematozus

KAYNAKLAR: 1. Wu Z, Huang R, Sun W, He B, Wang C. Clinical characteristics, treatment and outcome of subacute cutaneous lupus erythematosus induced by PD-1/PD-L1 inhibitors. Arch Dermatol Res. 2024;316:722.

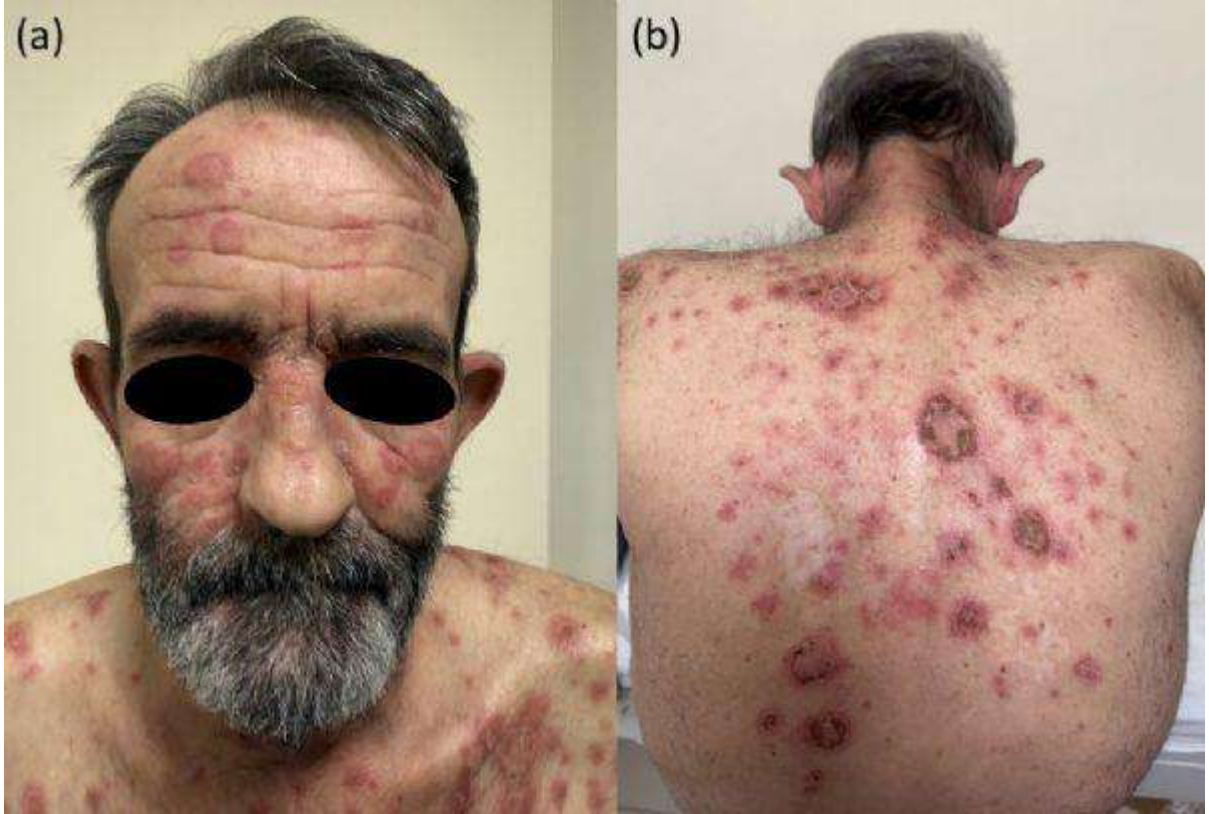
2. Khorasanchi A, Korman AM, Manne A, Meara A. Immune checkpoint inhibitor-induced subacute cutaneous lupus erythematosus: a case report and review of the literature. Front

Med (Lausanne). 2024;11:1334718.

3. Pozsgai M, Sebastian UF, Oláh P, et al. Cutaneous side effects of PD-1 inhibitors: a single-center retrospective study. Int J Dermatol. 2025;64:1066-78.

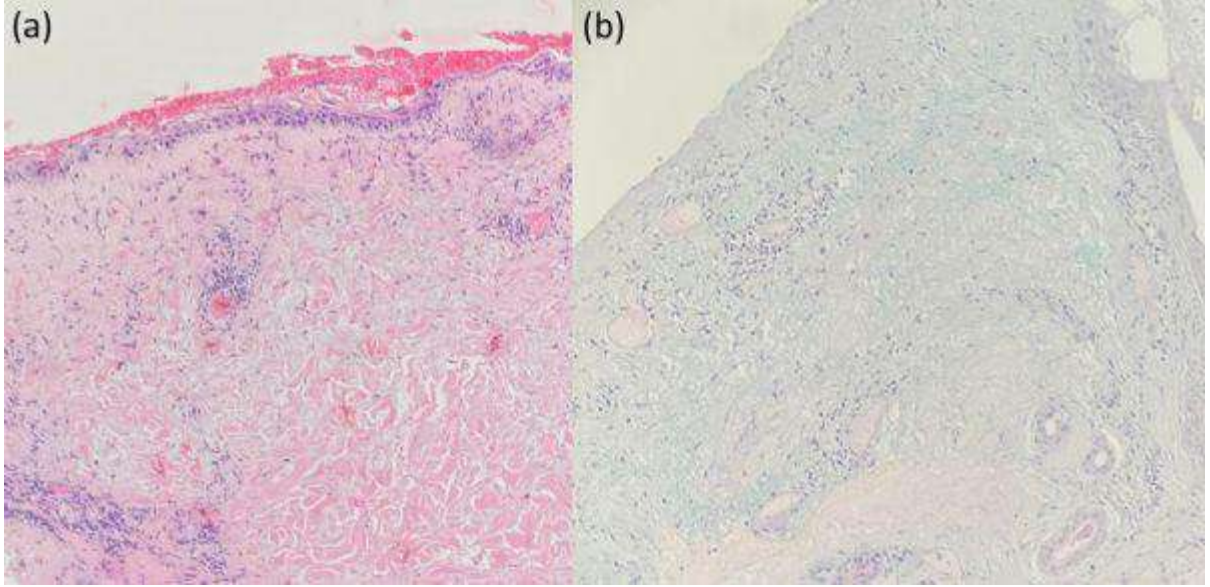
4. Diago A, Hueso L, Ara-Martín M, Abadías-Granado I. Subacute cutaneous lupus erythematosus induced by PD-1 inhibitor therapy: two case reports and literature review. Australas J Dermatol. 2021;62:e347-9.

RESİM 1



(a-b) Yüz, göğüs ve sırt yerleşimli bazıları birleşme eğilimi gösteren anüler eritemli skuamlı plaklar

RESİM 2



(a) Bazal tabakada vakuoler dejenerasyon ve dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon (HE [Hematoksilen-Eozin] x100); (b) dermiste interstisyel mün birikimi (PAS-AB x100)



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusadermatoloji2025.org.tr

[PS-380][KABUL:POSTER]

LAZER EPİLASYON SONRASI BÜYÜME İLE TANI ALAN BİR MELANOM OLGUSU

Merve Can¹, Meltem Uslu¹, Canten Tataroğlu², Münevver Güven¹, Ekin Şavk¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Giriş: Lazer epilasyon, kıllarda derinin diğer kısımlarına oranla daha yoğun olarak bulunan melanin pigmentine enerji aktarımı ve termal hasar oluşması ile çalışan, istenmeyen kılların destrüksiyonunu hedefleyen bir kozmetik işlemdir. Epilasyon amaçlı lazer ışını maruziyetinin melanositik nevuslarda(MN) renk, büyüklük, patern değişikliği ve asimetri gibi klinik veya dermoskopik değişikliklere yol açabildiği bilinmektedir. Ancak bilindiği kadarıyla bugüne dek lazer epilasyon ile melanom gelişiminin ilişkilendirildiği bir yayın yoktur.

OLGU:

20 yaşında kadın hasta, Mayıs 2025'te, sol uyluk bölgesinde tahminen 10 yıldır olan beninde son zamanlarda dikkatini çeken büyümeyle başvurdu. Hasta bacaklarına Kasım 2023–Ağustos 2024 arasında 8 seans diode lazer epilasyon uygulandığını belirtti. İşlemin güzellik merkezinde, hekim muayenesi olmaksızın yapıldığı, işlem sırasında pigmente lezyonların korunmasına çalışılmadığı öğrenildi. Ailesinde deri kanseri öyküsü, kendisinde güneş yanığı ve kronik güneş maruziyeti öyküsü olmadığını belirten hastanın Fitzpatrick deri fototipi II idi. Deri muayenesinde yaklaşık 70 MN olan hastanın sol uyluk lateralinde 5mm çaplı koyu kahverengi renkte makül(Resim 1) mevcut olup, dermoskopisinde(Resim 2) simetrik periferik radyal çizgiler ve psödopodlar, asimetrik periferik topaklar, merkezde mavi-gri-kahverengi farklı büyüklüklerde düzensiz topaklar, psödopodlar saptandı. Lezyon Spitz nevus, atipik MN, melanom ön tanılarıyla eksize edildi.

Histopatolojik incelemede keratin tabakası içinde melanin pigmenti, epidermiste bazal tabakanın üstünde, dermoepidermal bileşkede farklı boyutlarda melanositik nestler, rete uçlarındaki nestler arasında birleşme eğilimi, yüzeysel dermiste fibroplazi, matürasyon bulgusu göstermeyen melanositik nestler, lenfositik infiltrasyon, MelanA, HMB45 ile melanositlerde diffüz boyanma izlendi, ki67 indeksi %2 civarında idi. Bulgular Breslow



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

kalınlığı <0.8 mm, Clark seviyesi II, yüzeysel yayılan melanom ile uyumlu raporlandı. Mitotik aktivite, ülserasyon, regresyon, mikrosatellit, lenfovasküler invazyon, nörotropizm izlenmediği belirtildi. Ultrasonografide patolojik lenf nodu saptanmadı.

Tartışma: Melanom en sık ileri yaşta ortaya çıkan bir deri malignitesidir. Olgumuz ışığa duyarlı deri tipine ve çok sayıda MN'a sahip olması nedeniyle bir miktar melanom riski taşımakla birlikte; genç olması, ailede deri malignitesi öyküsüne, immunsupresyona, riskli güneş maruziyet paternlerine sahip olmaması açısından da korunaklıdır. On yıldır stabil olan pigmente lezyonun lazer epilasyondan 1 yıl sonra büyüme paterni sergileyerek melanom tanısı alması, lazerin benign MN'nin malign transformasyonunda rolü olabileceği konusunda şüphe uyandırmaktadır. Öte yandan özellikle bu yaş grubunda kadınlarda gelişecek melanomun bacakta olması beklenen bir durumdur ve lazer işlemi öncesi lezyonun görünümü bilinmemektedir. Bu nedenle lazer ile melanom tanısının zamansal ardışıklığı rastlantıdan ibaret de olabilir.

Literatürde çeşitli lazerlerle epilasyon sonrası MN'lardaki değişiklikler; olgu bildirilerinin(1,2) yanı sıra; 18-250 hastada; sayıları 66-148 arasında değişen MN'de, klinik veya dermoskopik muayenelerle saptanan değişimlerin yansıtıldığı çalışmalarda sunulmuştur(3-6). Bulgular bacak veya yüz bölgesine; bir veya 6 seansa kadar artan lazer uygulamaları sonrasında, tek muayenede veya 6 ay-2 yıllık izlemle elde edilmiştir. Nevuslarda ağırlıklı olarak tam veya kısmi regresyon, renkte solma, küçülme yönünde değişiklikler görülmüş, oldukça az oranda asimetri, ağ yapısında düzensizlik, gri renk gibi malignite yönünde endişe yaratabilecek değişiklikler saptanmış, izlemde bu değişikliklerin genelde sabit kaldığı, büyüme saptanmış tek lezyon ve şüpheli birkaç diğer nevusun histolojik incelemesinde benign özellikler görüldüğü bildirilmiştir(3-6).

Literatürde lazer epilasyon ile melanom gelişimini ilişkilendiren bir veri bildiğimiz kadarıyla yoktur. Lazer epilasyon sonrasında değişimle farkedilen melanom tanılı olgumuz, melanom gelişiminde lazerin rolü açısından şüphe uyandırmaktadır. Bu kafa karışıklıklarının yaşanmaması ve hasta sağlığı için, epilasyonun hekim gözetiminde ve nevuslar korunarak uygulanmasında yarar vardır.

ANAHTAR KELİMELER: Diode lazer epilasyon, melanom, malign transformasyon

KAYNAKLAR: 1. Soden CE, Smith K, Skelton H. Histologic features seen in changing nevi after therapy



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

with an 810 nm pulsed diode laser for hair removal in patients with dysplastic nevi. Int J Dermatol. 2001;40(8):500-504.

2. Ashack KA, Brewer JD. Clinically atypical nevi following diode laser therapy. Int J Dermatol. 2017;56(5):579-580.

3. Nasimi M, Lajevardi V, Mahmoudi H, Heidari S, Ghaedi F. Dermoscopic changes in melanocytic nevi following hair removal laser: A prospective study. J Cosmet Dermatol. 2022;21(2):669-673.

4. Aclé R, Zambrano-Mericq MJ, Navarrete-Dechent C, Uribe P, Abarzúa-Araya Á. Clinical and dermoscopic evaluation of melanocytic nevi changes during diode laser hair removal: A prospective study. Lasers Surg Med. 2022;54(7):970-977.

5. Cices A, Dover JS, Labadie JG. Changes in melanocytic nevi treated with laser hair removal: A systematic review. Lasers Surg Med. 2023;55(7):617-624.

6. Guicciardi F, Ferreli C, Rongioletti F, Atzori L. Dermoscopic evaluation of melanocytic nevi changes after photo-epilation techniques: a prospective study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33(5):954-958.

RESİM 1



RESİM 2





**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-381][KABUL:POSTER]

BİR OLGU İLE LONGİTUDİNAL MELANONİŞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Duygu Koskuoğlu¹, Gonca Saraç¹, Cüyan Demirkessen²

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

²Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Longitudinal melanonişi, tırnak matriksindeki melanositlerin pigment üretiminin artması veya melanosit proliferasyonu sonucu gelişen bir klinik bulgudur. Etiyolojisinde benign nedenlerden (etnik pigmentasyon, travma, ilaçlar, inflamasyon) malign nedenlere kadar geniş bir spektrum yer alır. Erişkin hastalarda görüldüğünde malign melanom açısından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir bulgudur. Tırnak matriksi melanomu ile benign melanositik hiperaktivite arasındaki ayrımı yapmak klinik ve dermatoskopik olarak güç olabilir; bu nedenle histopatolojik inceleme kritik rol oynar. Bu olguda, tırnakta hızlı gelişen bir pigment bant nedeniyle yapılan biyopsi sonrası benign pigment artışı saptanan bir hasta sunulmaktadır.

OLGU:

54 yaşında kadın hasta, sol el 2. Parmak tırnağında yaklaşık 2 aydır fark ettiği kahverengi bant nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede, tırnak boyunca uzanan, düzgün sınırlı, açık kahverengi pigment bant izlendi. Dermatoskopik inceleme sonrası tırnak melanomu tanısını dışlamak amacıyla tırnak matriksinden tanjansiyel biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede epidermiste belirgin pigment artışı izlendi; yapısal bozulma ve atipik melanosit görülmedi. Melan-A boyası ile bazal tabakada fizyolojik sınırlarda melanositler saptandı. PRAME boyası negatifti. Masson Fontana boyaması ile keratinositlerde melanin pigmenti doğrulandı. Bulgular malignite lehine değerlendirilmedi.

SONUÇ:

Tırnak ünitesinde gelişen pigment lezyonlarda maligniteyi dışlamak için histopatolojik değerlendirme önemlidir. Bu olgu, dermatoskopik olarak melanom düşündürebilecek longitudinal melanonişide, benign pigment artışının da söz konusu olabileceğini göstermektedir. PRAME negatifliği ve atipi olmaması, travma ya da subklinik inflamasyon gibi nedenlere bağlı melanositik aktivasyon lehinedir. Sonuç olarak klinik ve dermatoskopik



ULUSAL DERMATOLOJİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

bulgular tanısal süreçte yol gösterici olsa da tırnak melanomunu dışlamak ve kesin tanı için tırnak matriksinden alınan biyopsi altın standarttır.

ANAHTAR KELİMELEER: longitudinal melanonişi, tırnak dermatoskopisi, tırnak matriks biyopsisi

- KAYNAKLAR:** 1. Ricardo JW, Bellet JS, Jellinek N, Lee D, Miller CJ, Piraccini BM, et al. Evaluation and diagnosis of longitudinal melanonychia: A clinical review by a nail expert group. J Am Acad Dermatol. 2025 Jul 1;93(1):176–87.
2. Alessandrini A, Dika E, Starace M, Chessa MA, Piraccini BM. Diagnosis of Melanonychia. Dermatol Clin. 2021;39(2):255–67.
3. Starace M, Alessandrini A, Brandi N, Piraccini BM. Use of Nail Dermoscopy in the Management of Melanonychia: Review. Dermatology Pract Concept. 2019;9(1):38–43.
4. Benati E, Ribero S, Longo C, Piana S, Puig S, Carrera C, et al. Clinical and dermoscopic clues to differentiate pigmented nail bands: an International Dermoscopy Society study. J Eur Acad Dermatology Venereol. 2017 Apr 1;31(4):732–6.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-382][KABUL:POSTER]

**PSORİAZİSLİ BİR HASTADA AKUT METOTREKSAT TOKSİSİTESİNİN BİR BELİRTİSİ: CİLT
ÜLSERASYONU**

Mehmet Semih Çelik

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ:

Psoriasis, çeşitli klinik fenotiplere sahip ve genetik, çevresel ve immünolojik faktörlerin etkileşiminden kaynaklanan yaygın bir kronik inflamatuvar cilt hastalığıdır. Tipik tutulum alanları diz, dirsek saçlı deri ve genital bölgedir. Eritemli ve gümüş skuamli plaklar ile karakterizedir (1). Metotreksat, sistemik tedavi endikasyonu olan sedef hastalığının tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardan biridir Cilt ve mukozadaki yan etkiler, ilacın farmakolojik özelliklerine veya aşırı doz kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilir (2). Biz de bu olgumuzda haftalık metotreksat dozunu günlük olarak yanlış kullanan hastada gelişen deri ülserlerini sunarak buna katkı sunmayı amaçladık.

OLGU:

Yaklaşık bir yıldır psoriasis nedeniyle takip edilen 36 yaşındaki erkek hastanın saçlı derisinde, gluteal bölgede ve bacaklarında eritemli, skuamli plaklar mevcuttu. PASI skoru 4,5 idi ve topikal tedaviye yanıt alınamadığından 10 gün önce haftada 10 mg subkutan metotreksat (MTX) ve Folbiol tablet tedavisi başlandı. Son üç gündür hastada bulantı, kusma, ishal gelişmiş; ardından ağız ve dudaklarda hemorajik kabuklu lezyonlar (Şekil 1) ve bacakların bazı bölgelerinde ekimotik ve ülserleşmiş kabuklu lezyonlar ortaya çıkmıştır (Şekil 2). Lezyonlar genellikle eski psoriasis plakları üzerinde gelişmiştir. Hastanın kan tetkiklerinde pansitopeni saptanmıştır. Hastanın haftalık dozu her gün aldığı ve toplamda 100 mg metotreksat kullandığı belirlenmiştir. Akut metotreksat toksisitesinden şüphelenilmiştir. Metotreksat tedavisi kesilmiştir. Hastaya iki doz granülosit koloni uyarıcı faktör (G-CSF), iki gün boyunca günde dört kez 15 mg kalsiyum folinat ve yoğun hidrasyon tedavisi uygulanmıştır. Dudak ve ülserleşmiş deri bölgelerine günde 4 kez Hamamelis virginiana merhemi sürülmüştür. İki günlük takip sonrası pansitopeni düzelmiş, ancak hasta tedavisine başka bir merkezde devam etmek istemiştir



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ**

22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

SONUÇ:

Metotreksat, etkinliği nedeniyle psoriasis tedavisinde önemli bir ilaçtır. Ancak metotreksat intoksikasyonu, bizim olgumuzda da görüldüğü gibi, haftalık dozun günlük alınması veya kronik kullanım sırasında dozun aşılması durumunda ortaya çıkabilmektedir. Bu bağlamda, kutanöz ülserasyonlar önemli bir uyarı işareti olabilir. Bu olguda, metotreksat intoksikasyonunda kutanöz ülserasyonun uyarıcı rolünü vurgulamayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELEER: psoriasis, metotreksat, intoksikasyon

KAYNAKLAR: 1. Di Meglio P, Villanova F, Nestle FO. Psoriasis. Cold Spring Harb Perspect Med. 01 Ağustos 2014;4(8):a015354.

2. Souza CFD, Suarez OMZ, da Silva TFM, Gorenstein ACLA, Quintella LP, Avelleira JCR. Ulcerations due to methotrexate toxicity in a psoriasis patient. An Bras Dermatol. 2016;91(3):375-7.

3. Weidmann A, Foulkes AC, Kirkham N, Reynolds NJ. Methotrexate Toxicity During Treatment of Chronic Plaque Psoriasis: A Case Report and Review of the Literature. Dermatol Ther. 19 Haziran 2014;4(2):145-56.

4.Yıldız, B., Kaya Erdoğan, H., Bulur, I., Aslan, A., & Saraçoğlu, Z. N., (2016). Kutanoz Ülserler İle Seyreden Akut Metotreksat Toksisitesi Acute Methotrexate Toxicity Presenting With Cutaneous Ulcerations. Osmangazi Journal Of Medicine, Vol.38, No.0.

ŞEKİL 1



Şekil 1. Hastanın dudaklarındaki hemorajik kabuklu lezyonlar

ŞEKİL 2



Şekil 2. Hastanın bacaklarında ekimotik ve kısmen ülserleşmiş alanlar.



**ULUSAL DERMATOLOJİ
KONGRESİ** 22-26 EKİM 2025
Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya

www.ulusaldermatoloji2025.org.tr

[PS-383][KABUL:POSTER]

TİPİK KLİNİK VE DERMOSKOPİK BULGULARIYLA KAPOSİ SARKOMLU BİR VAKA

Candan Çelik¹, Hamza Aktaş², Tuğçem Bıçak²

¹MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

²SBÜ GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

GİRİŞ-AMAÇ:

Kaposi sarkomu (KS), insan herpes virüs tip 8 (HHV-8) ile ilişkili, nadir görülen vasküler bir neoplazmdır. Genellikle alt ekstremitelerde eritemli-mor nodül, plak ve maküllerle karşımıza çıkar. Dermoskopi, tanıda ve ayırıcı tanıda oldukça değerli bilgiler sunar. Burada tipik klinik ve dermoskopik bulgularıyla Kaposi sarkomu olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

65 yaşında erkek hasta, sağ el başparmakta yaklaşık 6 aydır var olan, zamanla büyüyen, mor renkli nodüler lezyonlar nedeniyle başvurdu.

Dermatolojik muayenede; başparmak dorsalinde, sınırları belirgin, mor-kırmızı renkte, yüzeyi parlak, kabarık nodüler lezyonlar izlendi.

Dermoskopik incelemede homojen mor ve kırmızı alanlar, yağ damlası benzeri yapılar, çok sayıda ince ve polimorf damar yapıları, beyaz şeritler (fibrotik alanlar) dikkati çekti.

Histopatolojik incelemede atipik spindle hücre proliferasyonu, slit benzeri vasküler boşluklar ve eritrosit ekstrasvazasyonu görüldü. HHV-8 immünreaktivitesi gösterildi. Bulgular Kaposi sarkomu ile uyumluydu.

SONUÇ:

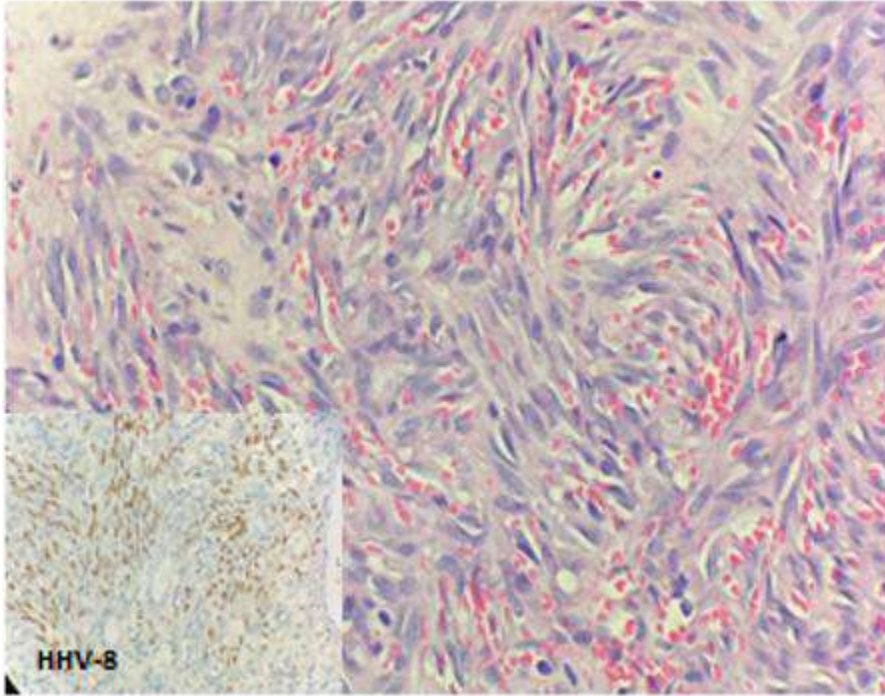
Kaposi sarkomunun tanısında klinik ve dermoskopik bulguların birlikte değerlendirilmesi, erken tanı ve gereksiz ileri tetkiklerin önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

ANAHTAR KELİMELEER: kaposi sarkomu, insan herpes virüs tip 8, dermoskopi

KAYNAKLAR: 1. Lebbe C, Garbe C, Stratigos AJ, Harwood C, Peris K, Marmol VD, Malvehy J, Zalaudek I, Hoeller C, Dummer R, Forsea AM, Kandolf-Sekulovic L, Olah J, Arenberger P, Bylaite-Bucinskiene M, Vieira R, Middleton M, Levy A, Eggermont AM, Battistella M, Spano JP,

- Grob JJ, Pages C; European Dermatology Forum (EDF), the European Association of Dermato-Oncology (EADO) and the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Diagnosis and treatment of Kaposi's sarcoma: European consensus-based interdisciplinary guideline (EDF/EADO/EORTC). Eur J Cancer. 2019 Jun;114:117-127.
2. Hu SC, Ke CL, Lee CH, Wu CS, Chen GS, Cheng ST. Dermoscopy of Kaposi's sarcoma: areas exhibiting the multicoloured 'rainbow pattern'. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009 Oct;23(10):1128-32.
3. Errichetti E. Dermoscopy in Monitoring and Predicting Therapeutic Response in General Dermatology (Non-Tumoral Dermatoses): An Up-To-Date Overview. Dermatol Ther (Heidelb). 2020 Dec;10(6):1199-1214.

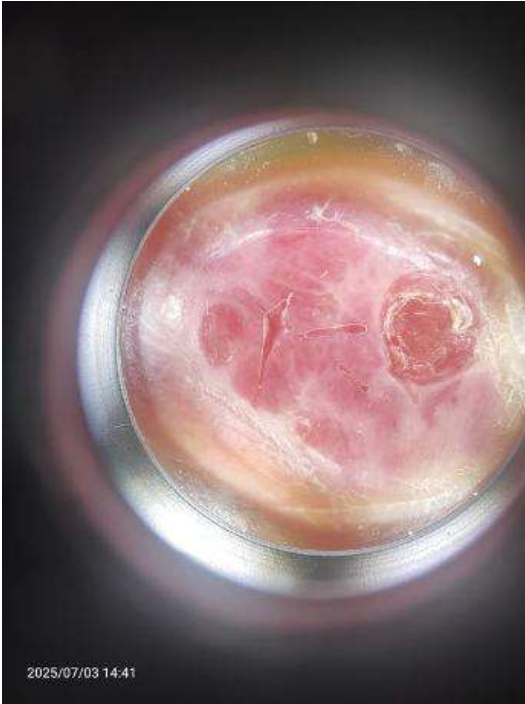
KLİNİK VE DERMOSKOPIK GÖRSELLER



KLİNİK VE DERMOSKOPİK GÖRSELLER



KLİNİK VE DERMOSKOPİK GÖRSELLER



KLİNİK VE DERMOSKOPIK GÖRSELLER



KLİNİK VE DERMOSKOPIK GÖRSELLER



KLİNİK VE DERMOSKOPIK GÖRSELLER



KLİNİK VE DERMOSKOPIK GÖRSELLER



KLİNİK VE DERMOSKOPIK GÖRSELLER

