



3. Hastalıklar ve Sağlıkta

Dermatoloji

16-19 Haziran 2022
Hilton Garden Inn, Mardin

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

www.hastaliktavesagliktadermatoloji.org

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	5
KURULLAR	6
BİLİMSEL PROGRAM	7
SÖZLÜ BİLDİRİLER	16

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Bildiğiniz gibi, 1. Hastalıkta ve Sağlıkta Dermatoloji Kongresi’ni (HSDK) 2020 Haziran’ında ‘online’ , ikincisini ise 2021 Haziran ayında Kapadokya’da gerçekleştirdik. Şimdi ise sıra Mardin’de, yani yine toprak rengi bir kültür kentindeyiz. 3.HSDK’ni Mardin Hilton Garden Inn otelde gerçekleştirebilmek için ekipler halinde tüm hazırlıklarımız özverili çalışmalarla devam ediyor. Dolayısıyla sizleri 16-19 Haziran 2022 tarihleri arasında Mardin’e bekliyoruz. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar AD olarak, Kozmetoloji ve Dermatoloji Akademisi Derneği ile birlikte gerçekleştireceğimiz ‘3. Hastalıkta ve Sağlıkta Dermatoloji Kongresi’ nin düzenleme kurulu yine çok değerli bilim insanlarından oluşacaktır.

Her zaman yenilikçi nefeslerle planladığımız kongremizin bilimsel ve sosyal programını, yine çok iyi dengeleyerek hazırlıyoruz, yani bütün programımızı disiplinli bir özgürlük ironisi temelinde yapılandırıyoruz. Daha önceki gibi ilmek ilmek örmeye başladığımız kongremizin bilimsel en yeni ilmeği, geleceğin öğretim üyelerine yönelik ‘**en genç dermatologlarla dermatolojiye başlangıç**’ oturumu olacaktır. Uzman dermatologların oturum başkanı olacağı bu oturumda, 3 veya 4ncü sene asistanları ise konuşmacı olarak kongremize renklerini katacaklardır.

Ayrıca, kongremizdeki ‘**hocayla çok yönlü-yuvarlak masa eğitimleri**’ konu başlıklarına yeni bir soluk kazandırmak amacıyla eklediğimiz ve ilk defa uygulamayı deneyeceğimiz ‘**paramedikal**’ konu başlığı ile her yaş grubundan meslektaşımızın sadece medikal değil, paramedikal (kongrelerden yeni beklentiler, farklı eğitim/toplantı istekleri, dermatolog sorumlulukları, hastalarla ilişkiler, vb) konularda da danışma/öneride bulunma gereksinimlerini karşılamayı amaçladık.

Bu kongremizde de yine ‘**ilginç ve istekli konular oturumu**’ yeni adıyla ‘**D-talks/Dermatoloji sohbetleri**’ sizlerden gelecek öneriler ve isteklerle şekillendirilecektir. Bu konudaki önerilerinizi iletmiş epostamıza gönderebilirsiniz.

Tartışmalı-çekişmeli oturumların yine kongremize ayrı bir heyecan katacağından eminiz. Kozmetik uygulamalarla ilgili sunumlarda ise temel amacımız, konuşmacılar tarafından hazırlanan videolarda detaydan çok, uygulamalarda yapmamız/yapmamamız gerekenlerin yoğunlaştırılarak verilmesini sağlamak olacaktır. Dolayısıyla bu sunumların pratik bilgi açığını kapatmaya vesile olmasını umuyoruz.

Bugüne kadar yapılmış değerli kongrelerin yüksek bilimsel düzeyine, yine farklı yollardan ulaşmak en büyük dileğimizdir. Sosyal etkinliklerle keyifli hale getirilecek kongremizin, katılımınızla var olacağının bilincinde olarak, sizleri hak ettiğiniz şekilde ağırlamak için çok çok çalışıyoruz.

16-19 Haziran 2022 tarihleri arasında Mardin’e bekleniyorsunuz.

Siz yoksanız hep bir eksiğiz...

Saygı ve sevgilerimizle...

Prof.Dr.Bilal Doğan
Kongre Başkanı

Prof.Dr. Server Serdaroğlu
Kongre Başkanı

KURULLAR

Kongre Başkanları

Prof.Dr. Bilal Doğan

Prof.Dr. Server Serdaroğlu

Kongre Sekreteri

Dr.Öğr.Üyesi Hüsna Güder

Kongre Düzenleme ve Bilimsel Kurulu

Prof.Dr. Server Serdaroğlu

Prof.Dr. Bilal Doğan

Prof.Dr. Murat Borlu

Prof.Dr. Emel Bülbül Başkan

Prof.Dr. Burhan Engin

Prof.Dr. Erol Koç

Prof.Dr. Burçe Can Kuru

Doç.Dr. Özge Aşkın

Dr.Öğr. Üyesi Hüsna Güder

Dr. Sevim Baysak

BİLİMSEL PROGRAM

16 Haziran 2022, Perşembe

13:45-14:00	Akılcı ilaç kullanımı / Zeynep Altan Ferhatoğlu
14.00-15.00	1. OTURUM: En genç dermatologlarla dermatolojiye başlangıç: Patogenezler Oturma Başkanları: Sevim Baysak, Cüneyt Kara
	Psoriasis patogenezi Göksu Yavuz
	Ürtiker patogenezi Tuğcan Yüksek
	Atopik Dermatit patogenezi Elif Cansel Özçakır
	Tartışma
15.00-15.15	Kahve molası
15:15-16:15	2. OTURUM: Ürtiker Oturma Başkanları: Özlem Su Küçük, Emel Fetil
	Akut/kronik ürtikerde antihistaminik kullanımı Burçe Can Kuru
	Kronik ürtiker tedavisinde onaylı biyolojikler Özlem Su Küçük
	Akut ve kronik ürtiker arasında bir link var mı? Emek Kocatürk
	Tartışma
16:15-16:30	Kahve molası
16:45-17:45	3. OTURUM: Zor hastalıklar Oturma Başkanları: Hamdi Memişoğlu, Akın Aktaş
	Dirençli skabiye tedavisi: Direnç mi? Reenfestasyon mu? Bilge Karaman
	Prurigo nodularis: Tedavide yeni ne var? Didem Didar Balcı
	Pemfigus vulgaris tedavisinde temel prensipler Rıfkiye Küçükoğlu
	Tartışma
18:00-18:30	Açılış Töreni

17 Haziran 2022, Cuma

07.45-08.30

SERBEST BİLDİRİLER - 1

Oturum Başkanları: **Nazan Yılmaz, Zeynep Ferhatoğlu**

SS01	İnflksimab tedavisine yanıt veren dirençli bir pyoderma gangrenosum olgusu ve literatürün kısa bir derlemesi	Yavuz Semiz, Ahmet Faruk Tarı, Ralfi Singer, İlteriş Oğuz Topal, Özben Yalçın
SS02	Kırmızı Yüz; Her Zaman Rozasea Değildir!	Hülya Albayrak, Birol Kaldan
SS03	Hedefe Yönelik Kemoterapotikler ile İlişkili Pal-mopplantar Eritrodizestezi Olgusu Serisi	Zeynep Utlu
SS04	Psoriasis Hastalarında Serum Trimetilamin N-Oksit Düzeyinin, Karotis İntima-Media Kalınlığı ve Hastalık Şiddeti ile İlişkisi	Emre Zekey, Fatma TunÇez AkyÜrek, Abdul-lah TunÇez, Fikret AkyÜrek
SS05	LUPUS PERNİO VE SUBKUTAN NODÜLLERLE SEYİRLİ BÜYÜK TAKLİTÇİ SARKOİDOZ:OLGU SU-NUMU	Yekta Barlas Şimşek, İlyas Enes Silay, Ecem Zeliha Ergün, Nermin Koç, Şirin Yaşar
SS06	The emergence of morphea in a patient under-going ustekinumab therapy given for psoriasis	Gulsun Hazan Tabak, Neslihan Akdoğan, Beril Yel, Özay Gököz
SS07	Büllöz dermatozları taklit eden bir olgu: İver-mektin ile tedavi edilen büllöz skabiyez	Selim Gümüş, Burhan Engin
SS08	Sporotrikoid paternde prezente olan SCC olgusu	Cuneyt Kara, Tuğba Falay Gür, Suat Sezer, Elif Okumuş, Nurgül Doğru, İbrahim İbiloğlu, Mehmet Harman
SS09	İnvers Psöriasis'li bir hastada İnterlökin γ -inhibitörü ile tedavi deneyimi	Servet Topal, Esra Yıldırım Bay, Elif Mustafa, İlteriş Oğuz Topal
SS10	Takiplerinde iyileşme İzlenen Nekrotizan Siyalo-metaplazi Hastası	Ceren Süne, Osman Asil Hacıibrahim, Funda Kuşçu Akdeniz, Nilay Duman
SS11	NADİR GÖRÜLEN BİR ENJEKSİYON KOMPLİKAS-YONU NİCOLAU SENDROMU	Ozan Can Yaray, Mine Müjde Kuş
SS12	Pediyatrik psoriasis ve kutis marmorata telen-kiektatika birlikteliği	Osman Ezim, Zeynep Topkarcı, Taha Yiğit Başar

08.45-09.45

4. OTURUM: Kozmetik uygulamalar-1

Oturum Başkanları: **Erol Koç, Nilgün Şentürk**

	Buruna sanatsal dolgu dokunuşları Demet Akpolat
	Botulinum toksin ile küçük dokunuşlar, büyük farklar - Gummy smile, burun ucu kaldırma, masseter Ayşe Serap Karadağ
	Göz altı ışık ve temporal dolguda ipuçları Yelda Kapıcıoğlu
	Tartışma

09.45-10.00

Kahve molası

10.00-11.00	5. OTURUM: Tedaviler-1 Oturma Başkanları: Yalçın Tüzün, Serap Öztürkcan
	Genital herpes güncel tedavisi Kenan Aydoğan
	HPV güncel tedavisi Filiz Canpolat
	Skar/keloid tedavi yaklaşımları Bahar Sevimli Dikicier
	Tartışma
11.00-11.15	Kahve molası
11.15-12.00	UYDU SEMPOZYUMU - 1 - Janssen  Tremfya ile Ciltte Hafıza Hücrelerinde Azalma ve Sürdürülebilir Tam Temizlenme Moderatörler: Server Serdaroğlu & Güneş Gür Aksoy - Özge Aşkın - Tremfya ile Temel Sitokinin İnhibisyonu ve Hafıza Hücrelerinde Azalma - Pelin Özgen - Tremfya ile Sürdürülebilir Tam Temizlenme
12.00-13.00	Öğle Yemeği
13.00-14.30	6. OTURUM: Psoriasis (Tartışmalı Açık Oturma) Oturma Başkanı: Bilal Doğan
	• Psoriasisin sistemik bir hastalık olmasına ait bilimsel veriler ne kadar yeterli? • Psoriasis sistemik bir hastalıksa, PASI bizim için bağlayıcı mıdır? • PASI ve inflamatuvar belirteçler arasında korelasyon var mı? • Sistemik tedavi öncesi ve takipte hastalardan istenecek tetkikler: Kafalar karışık mı? • Konvansiyonel tedaviler içinde en çok neden MTX kullanılmaktadır? • Biyolojikler orta/şiddetli psoriasisde ilk seçenek olmalı mıdır? Evet/Hayır? • Biyolojik/konvansiyonel kullanımı sırasında aşı ya da cerrahi girişim gerekirse ara vermek neden gereklidir? • Tedaviye tam yanıt verenlerde biyolojik ilaçları kesmeli miyiz? • Yakın gelecekteki biyolojikler şimdikilerden ne kadar farklı? Emel Bülbül Başkan, Tülin Ergun, Burhan Engin, Sibel Doğan
14.30-14.45	Kahve molası

14.45-15.30	UYDU SEMPOZYUMU - 2 - FARMANOVA Secukinumab ile Psoriasis ve Psoriatik Artritte Dual, Hızlı ve Sürdürülebilir Etkinlik Moderatör: Bilal Doğan Konuşmacılar: İlkin Zindancı, Şirin Yaşar
15:45-16:45	7. OTURUM: Tedaviler-2 Oturma Başkanları: Rafet Koca, Zekayi Kutlubay
	Hidradenitis Süpürativa tedavisinde ne zaman hangi tedavi? Sevim Baysak
	Dermatolojide apremilast Zekayi Kutlubay
	Aknede hangi evrede hangi tedavi? Mehmet Melikoğlu
	Tartışma
16.45-17.00	Kahve molası
17.00-18:00	8. OTURUM: Saç hastalıkları Oturma Başkanları: Server Serdaroğlu, Nida Kaçar
	Androgenetik alopesi tedavisinde invazif işlemler ne kadar yararlı? Pelin Koçyiğit
	Androgenetik alopesi tedavisinde noninvazif yaklaşım Murat Borlu
	Alopesi areata tedavisinde invazif/noninvazif yaklaşımlar İlkin Zindancı
18:15-19:15	Workshop

Hocayla Çok Yönlü Yuvarlak Masa Eğitimleri

(Maksimum 5 kişilik gruplar halinde)

17 Haziran 2022

Psoriasis / Burhan Engin

Kronik ürtiker / Nida Kaçar

Paramedikal / Zekayi Kutlubay

Yuvarlak masa eğitimlerinin öğlen yemeklerinde yapılması planlanmıştır.

18 Haziran 2022, Cumartesi

07.45-08.45	9. OTURUM: Kozmetik uygulamalar-2 Oturma Başkanları: Sibel Alper, Emel Bülbul Başkan
	Dudağa sanatsal dolgu dokunuşları Mustafa Bayram
	Yüze bütünsel yaklaşım: Minimum dolguyla maksimum etki Neslihan Dolar
	Dolgu komplikasyon yönetimi: acil/elektif Erol Koç
	Tartışma
09.00-10.00	10. OTURUM: Dermokozmetiğe sektörel yaklaşım Oturma Başkanları: Tülin Ergun, Fatma Pelin Özgen
	Bertrand Chuberre
	Delphine Kerob
	Dermatolojik tedavilere dermokozmetik katkısı Fatma Pelin Özgen
	Tartışma
10.00-10.15	Kahve molası
10.15-11.15	11. OTURUM: Tedaviler-3 Oturma Başkanları: Mehmet Salih Gürel, Burçe Can Kuru
	Erken evre MF tedavisi ve takip prensipleri Şirin Yaşar
	Herpes zoster güncel tedavisi Perihan Öztürk
	Güvenli topikal steroid kullanımı mümkün mü? İlknur Kıvanç Altunay
	Tartışma
11.30-12.15	UYDU SEMPOZYUMU - 3 - Lilly  Gerçek Yaşam Deneyimleri Işığında Copellor ile Psoriasisde Tam İyileşme ve Sürdürülebilir Etkililik Moderatör: İlkin Zindancı Konuşmacılar: Rafet Koca & Mahizer Yıldız
12.15-13.15	Öğle Yemeği
13:15-14:15	12. OTURUM: Atopik dermatit Oturma Başkanları: Mehmet Ali Gürer, Burhan Engin
	AD tedavisinde küçük moleküller ve biyolojikler Özge Aşkın

	Topikalden sistemik tedaviye ne zaman geçelim? Serpil Şener
	AD'de remisyon sürdürülebilir mi? Nasıl? Dilek Bayramgürler
	Tartışma
14.15-14.30	Kahve molası
14.30-15.15	UYDU SEMPOZYUMU - 4 - ABBVIE SKYRIZI ile Fark Yaratan Sürdürülebilir Etkililik ve İyileşen Yaşamlar Moderatörler: Serhat İnalöz & Nida Kaçar Konuşmacılar: Filiz Topaloğlu Demir & Pelin Özgen
	
15.15-15.30	Kahve molası
15.30-16.30	13. OTURUM: Dermatoloji sohbetleri/'D-Talks' Oturum Başkanları: Emel Erdal Çalikoğlu, Zafer Türkoğlu
	Muayenehanede/hastanede hasta ve personel yönetimi Neslihan Dolar
	Emosyonel zeka sizi nasıl daha iyi bir profesyonel yapar? Emel Erdal Çalikoğlu
	Dermatoloji ve sosyal medya: Bir sınırı olmalı!/Olmamalı! Çiğdem Doğramacı/Nazan Yılmaz
	Tartışma
16.45-17.45	Workshop: Veloce BB lazer klinik tecrübelerimiz Moderatör Erol Koç Konuşmacı Gökçe Işıl Kurmuş
17.45-18.45	SERBEST BİLDİRİLER Oturum Başkanları: Özge Aşkın, Hüsna Güder

SS13	Plasmasitik Diferansiasyon Gösteren Ekstranodal Marjinal Zon Lenfoma: Bir Olgu Sunumu	Ayda Acar, Ceren Süne, Günseli Öztürk, Banu Yaman, İlgen Ertam Sağduyu, Şebnem Aktan
SS14	Pemfigus Hastalarında Tam Kan Sayımında ki İmmatür Granülosit Sayısı ve Yüzdesi Hastalık Aktivitesini Göstermede Kullanılabilir Mi?	Mine Müjde Kuş, Perihan Öztürk, Mehmet Kamil Mülayim, Ozan Can Yaray
SS15	Hidradenitis Suppurativa ve Romatoid Artrit Birlikteliğinde Adalimumab Deneyimi	Ece Erbağcı
SS16	Behçet Hastalarında Paterji Testi Pozitifliğinin Hematolojik Parametrelerle İlişkisinin Araştırılması	Nurcan Metin, Çağrı Turan

Bilimsel Program

SS17	Akne vulgarisli hastalardaki serum vitamin D seviyelerinin incelenmesi: Kesitsel bir analiz	Hüsna Güder
SS18	IL-17 blokajı ilişkili HPV alevlenmesi	Fahrettin Küçükhemek, Yağmur Aypek, Betül Ögüt, Esra Adışen
SS19	Deri rengi yüz papülleri ile başvuran bir hastada akla gelmesi gereken tanılardan biri: Frontal fibrozan alopesi	Sezgi Sarıkaya Solak, Hande Yelgen, Akın Arif Kurtoğlu
SS20	Demodeks yoğunluğunun akne şiddeti ile ilişkisinin belirlenmesi ve sağlıklı popülasyon ile karşılaştırılması	Arzu Ferhatosmanoğlu, Leyla Baykal Selçuk, Deniz Aksu Arıcı
SS21	Primer ekstrakraniyal-ektopik skalp menengiomu: Olgusu	Emirhan Kandemir, Şirin Yaşar, Ayşe İrem Mert, Fügen Aker
SS22	NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: POİKİLODERMİK LİKEN PLANUS PİGMENTOZUS	Mehmet Akyürek, Gülcan Saylam Kurtipek, Meltem Özaslan, Hediye Eker, İsmail Harmankaya, Emine Atıcı
SS23	Skabiyezi hastalarda demografik özellikler ile tam kan sayımı parametreleri ve total IgE düzeylerinin değerlendirilmesi	Sema Koç Yıldırım
SS24	Sistemik lupus eritematosuslu 2 olguda nadir görülen saç kaybı paterni: Skatrisyel alopesi	Esra Yıldırım Bay, İlteriş Oğuz Topal, Servet Topal, Sıla Özlem Aktaş, Özben Yalçın
SS25	BLASTİK PLAZMASİTOİD DENDRİTİK HÜCRELİ NEOPLAZMLI BİR OLGU BİLDİRİMİ	İlyas Enes Silay, Şirin Yaşar, Fügen Vardar Aker

Hocayla Çok Yönlü Yuvarlak Masa Eğitimleri

(Maksimum 5 kişilik gruplar halinde)

18 Haziran 2022

Atopik dermatit / Pelin Kartal

Kozmetik işlemler / Erol Koç

Paramedikal / F.Pelin Özgen

Yuvarlak masa eğitimlerinin öğlen yemeklerinde yapılması planlanmıştır.

19 Haziran 2022, Pazar	
09.00-09.45	14. OTURUM: Kozmetik uygulamalar-3 Oturum Başkanları: Recep Dursun, Ümit Türsen
	Boyun rejuvenasyonu ne kadar etkili? Pelin Kartal
	Genital rejuvenasyon: Kime? Nasıl? Recep Dursun
	Çene hattı (Jawline) dolgu uygulaması: ip uçları Sevil Gizlenti
	Tartışma
10.00-11.00	15. OTURUM: Dermatolojide aklımıza takılanlar Oturum Başkanı: İlkin Zindancı, Şebnem Özkan
	Ameliyatsız ben silinmesi: Ne kadar güvenli? Hüsna Güder
	Din ve deri Arzu Kılıç
	Akıllı telefonlar ve dermatoloji uygulamaları Neslihan Demirel Öğüt
11.00-11.15	KAPANIŞ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS01

İnfliksımab Tedavisine Yanıt Veren Dirençli Bir Pyoderma Gangrenosum Olgusu Ve Literatürün Kısa Bir Derlemesi

Yavuz Semiz¹, Ahmet Faruk Tarrı¹, Ralfi Singer¹, İlteriş Oğuz Topal¹, Özben Yalçın²

¹Prof. Dr. Cemil Taşçioğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

²Prof. Dr. Cemil Taşçioğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği

Giriş: Pyoderma gangrenosum (PG), ağrılı, nekrotik ülser olarak ortaya çıkan nadir bir nötrofilik dermatozdur.¹ Patogenezin net olarak anlaşılamamasına ek olarak tedavi etkinliğinin değerlendirildiği veriler sınırlıdır. Tedavi, rutin yara bakımı ile lokal ve/veya sistemik immünosupresan tedavilerin bir kombinasyonundan oluşur.² Fakat ne yazık ki tedavilere direnç ve/veya tedavi sonrası nüksler sık izlenmektedir. Biz burada 13 yıllık ülserleri olan, konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen ve infliksımab ile tedavi edilen bir PG olgusunu sunmak istedik.

Olgu sunumu: 73 yaşında erkek hasta bacaklarında yıllardır iyileşmeyen yaralar nedeniyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 40 yıl önce geçirilmiş appendektomi ve inguinal herni operasyonu dışında belirgin bir özellik yoktu. Sigara kullanım alışkanlığı mevcuttu. Soygeçmişinde ve diğer sistem muayenelerinde bir özellik yoktu. Hasta öyküsünde ilk kez 13 yıl önce sağ pretibial bölgede yaralar oluştuğu, çeşitli topikal tedavilere yanıt vermediğini ifade etmekteydi. Hastanın dermatolojik muayenesinde her iki alt ekstremitede, sol pretibial alanda daha belirgin olmak üzere yer yer kemik ve tendonların gözüktüğü, sarı fibrin izlenen ülserasyonlar mevcuttu (Şekil1). Bu süreçte çoklu punch biyopsiler ve histopatolojik incelemeler yapılmış ve nonspesifik olarak sonuçlanmış. 7 yıl önce yapılan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde dermiste yoğun nötrofilik infiltrat görülmesiyle pyoderma gangrenosum ile uyumlu olarak değerlendirilmiş. Bu süreçte çok kez yapılan laboratuvar tetkiklerinde (otoantikorlar, protein elektroforezi, kompleman düzeyleri, tümör belirteçleri dahil olmak üzere) ve üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopilerinde anemi dışında bulgu yoktu. Birden çok kez yapılan tetkik ve muayeneler sonucu hastanın anemi sebebi kronik hastalık olarak değerlendirildi ve dahiliye tarafından dönem dönem eritrosit süspansiyon replasmanları verildi. Hastada eşlik eden hastalık olmamasıyla ve böylece izole pyoderma gangrenosum tanısı konulmasıyla, farklı dönemlerde sistemik kortikosteroid, sistemik dapson, kolşisin, siklosporin ve mikofenolat mofetil ve topikal yara bakımları uygulanmış. Bu tedaviler yanıtızsızlık veya yan etki nedeniyle sonlandırılmış. 13 yıldır ülserlerin iyileşmemesi üzerine hastaya anti tümör nekrotizan faktör (TNF) ajan olan infliksımab başlanması uygun bulundu. Bu tedaviye başlamak için yapılan hazırlıklar sırasında quantiferonun pozitif çıkması üzerine izoniyaizid profilaksisi başlandı. Infliksımab 5 mg/kg/gün olarak 0., 2., 6. Ve bunu takip eden 8 haftada bir

uygulanması planlandı. İlk üç dozunu alan hastada herhangi bir yan etki izlenmezken ülserlerde gerileme, epitelizasyon, sağlam doku adacıkları oluşumu izlendi (Şekil 2).

Burada infliksimab tedavisine yanıt veren, konvansiyonel tedavilere yanıtızsız bir pyoderma gangrenosum olgusunu sunarak tedavi tecrübemizi paylaşmak istedik.

Tartışma: PG, 40-60 yaşlarında pik insidansı olmakla beraber tüm yaş gruplarını etkileyebilen ve hafif kadın baskınlığı izlenen bir dermatozdur.³ PG sıklıkla hassas, inflamatuvar bir papül, püstül, vezikül ve nodül olarak başlayıp hızlıca keskin sınırlı, dekle, viyolese sınırları olan pürülan ve nekrotik zeminli ağrılı bir ülsera dönüşür. Ülserler kribriform atrofik skarlarla iyileşme eğilimindedir. ve olguların yaklaşık 1/3'ünde paterji olarak bilinen, ülserlerin travma ile indüklenmesi ve/veya kötüleşmesi mevcuttur. En sık ülseratif olmak üzere, püstüler, vejetatif ve büllöz olmak üzere 4 klasik formu bulunmaktadır. PG hastalarının %50'sinde en sık inflamatuvar barsak hastalığı olmak üzere artrit, hematolojik bozukluklar, maligniteler gibi eşlik eden sistemik bir hastalık bulunur.⁴ Bizim hastamızda eşlik eden bir sistemik hastalığın izlenmediği klasik ülseratif PG mevcuttu.

Patogenez tam olarak anlaşılamamakla beraber lezyonların, genetik olarak duyarlı bireylerde bozulmuş nötrofilik fonksiyon ve anormal bağışıklık sistemi regülasyonu nedeniyle ortaya çıktığı varsayılmaktadır.⁵ PG patogeneğinde IL-1 β , IL-6, IL-8, interferon gamma (IFN- γ), granulosit kolonistimulan faktör (G-CSF), TNF, matriks metalloproteinaz 9 (MMP-9), MMP- 10, ve Elafin gibi pek çok sitokin ve protein rol oynamaktadır.⁶ PG ve IBD arasındaki sıkı ilişki ve TNF'nin IBD gelişiminde rol oynayan proinflamatuvar bir sitokin olması sebebiyle bu moleküller arasında TNF özel bir yer almaktadır.⁷ Bu nedenle infliximab, etanercept, ve adalimumab gibi anti TNF ajanların PG tedavisinde yer alması şaşırtıcı değildir.⁸ TNF, PG biyopsi örneklerinde görülen en baskın inflamatuvar hücre olan nötrofiller için güçlü bir kemotaktik olan IL-8 salınımını indükler. Derideki TNF'nin en önemli iki kaynağı keratinositler ve T hücrelerdir. PG'deki artmış T hücre yanıtına bağlı olarak, klonal T hücreler TNF salınımını sağlar ve buna bağlı IL-8 üretimi lezyondaki dermal fibroblastlar gibi pek çok hücrenin üretimini sağlıyor olabilir.^{9,10} Eşlik eden pek çok moleküle ek olarak bu mekanizma tedavide anti TNF kullanımını açıklamaktadır.

PG tedavisi için herhangi bir kılavuz olmasa da genel yaklaşım rutin yara bakımı ile lokal ve/veya sistemik immünosupresan tedavilerin bir kombinasyonundan oluşur.^{2,11} Tek ve küçük lezyonlarda topikal kortikosteroidler, topikal, takrolimus ve pansumanlar yeterli olabilirken çoklu veya büyük lezyonlarda sistemik tedavi zorunludur. Oral kortikosteroidler, siklosporin, infliximab ve adalimumab gibi biyolojik ajanlar sistemik tedavi seçenekleridir. İyileşme genellikle aylar hatta yıllar sürer ve olguların yarıdan daha fazlasında nüksler izlenmektedir.¹² Anti TNF ajanlar sıklıkla eşlik eden hastalığı olan PG hastalarında kullanılmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu etkileri nedeniyle ilk basamak tedavi olma yolunda olduklarını düşünen yazarlar mevcuttur.

Son yıllarda biyolojik ajanların kullanımının yaygınlaşmasıyla PG tedavisinde de daha sık tercih edileceklerini düşünmekteyiz. Bu olguyu PG hastasında infliksimabın olumlu etkisinin paylaşmak amacıyla sunduk.

Kaynaklar

1. Ashchyan, H, Butler, D, Nelson, C, et al. The association of age with clinical presentation and comorbidities of pyoderma gangrenosum. *JAMA Dermatol* 2018; 154(4): 409–413.
2. Schadt, C. Pyoderma gangrenosum: treatment and prognosis. Waltham, MA: Uptodate, 2019, www.uptodate.com (accessed 11 May 2020).
3. Braswell, S, Kostopoulos, T, Ortega-Loayza, AG. Pathophysiology of pyoderma gangrenosum (PG): an updated review. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73(4): 691–698.
4. Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and management of pyoderma gangrenosum. *Am J Clin Dermatol.* 2012;13:191–211
5. Ahn, C, Negus, D, Huang, W. Pyoderma gangrenosum: a review of pathogenesis and treatment. *Expert Rev Clin Immunol* 2018; 14(3): 225–233.
6. Tanaka N. Fujioka A. Tajima S. Ishibashi A. Hirose S. Elafin is induced in epidermis in skin disorders with dermal neutrophilic infiltration: interleukin-1 beta and tumour necrosis factor-alpha stimulate its secretion in vitro. *Brit J Dermatol.* 2000;143:728.
7. Perry HO. Brunsting LA. Pyoderma gangrenosum—a clinical study of 19 cases. *Arch Dermatol.* 1957;75:380.
8. Brooklyn TN. Dunnill MG. Shetty A. Bowden JJ. Williams JD. Griffiths CE, et al. Infliximab for the treatment of pyoderma gangrenosum: a randomised, double blind, placebo controlled trial. *Gut.* 2006;55:505
9. Mittal S. Milner BJ. Vickers MA. Pyoderma gangrenosum as a cause of splenomegaly and association with a T-cell clone. *Clin Lab Haematol.* 2005;27:402.
10. Probert CS. Brooklyn TN. Williams AM. Dunnill MGS. T-cell receptor repertoire in pyoderma gangrenosum: evidence for clonal expansions and trafficking. *Brit J Dermatol.* 2007;157:960.
11. Herberger, K, Dissemond, J, Hohaus, K, et al. Treatment of pyoderma gangrenosum: a retrospective multicentre analysis of 121 patients. *Br J Dermatol* 2016; 175(5): 1070–1072.



Şekil 1: Tedavi öncesi her iki bacakta ülsere çok sayıda lezyon



Şekil 2: Tedavi sonrası gerilemekte olan ülserler

SS02

Kırmızı Yüz; Her Zaman Rozasea Değildir!

Hülya Albayrak¹, Birol Kaldan²

¹Namık Kemal Üniversitesi ,Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi

ÖZET: Rozasea genellikle yüzün orta kısmını tutan, rekürren flushing atakları, kalıcı eritem, telanjiektazi, papül ve püstüllerle karakterize, sık görülen kronik inflamatuvar bir dermatozudur. Sahip olduğu klinik özellikler ile birçok hastalık ve durum ile karışabilmektedir. Olgumuzda da 2 yıl boyunca yanlış tanı ve tedavi almış bir vaka ele alınacaktır.

GİRİŞ: Rozasea özellikle yüz bölgesinde görülen eritem, papül, püstül ve telanjiektaziler ile karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Fasyal eriteme neden olan başlıca akne vulgaris, demodikozis, seboreik dermatit, allerjik ve iritan kontakt dermatit, perioral dermatit, sistemik, subakut ve kronik diskoid lupus eritematozus, sarkoidoz, dermatomiyozit gibi birçok hastalık ile karışabilmektedir.¹

Kliniğimize yüzde kızarıklık şikayeti ile başvuran ve bu süre boyunca rozasea olarak takip edilen hastaya yapılan değerlendirmeler sonucu bağ doku hastalığı tanısı konulmuştur. Taklit edebileceği hastalıklara karşı dikkatli olmak amacıyla vakayı sunmaktayız.

OLGU: 55 yaşında kadın hasta, kliniğimize 2 yıldır olan yüzde kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Rozasea olduğu söylenip metronidazol krem verilmiş ancak

fayda görülmemiş. Özgeçmişinde alt ekstremitede venöz tromboz mevcut ve hasta buna bağlı olarak rivaroksaban, klopidoğrel ve kalsiyum dobesilat kullanmakta idi. Dermatolojik muayenesinde, yanaklarda bilateral eritem, skuam, intermammarial eritem ve kaşlarda seyrelme saptandı (Resim 1).



Resim 1: Bilateral fasyal eritem ve skuam

Hastanın yüz bölgesinden rozasea, subakut ve diskoid lupus eritematozus, Jessner'in lenfositik infiltrasyonu, fotoallerjik dermatit ön tanıları ile biyopsi alındı. Histopatolojisinde epidermiste atrofi, bazal tabakada vakuoler dejenasyon, dermiste yoğun apoptotik cisimcikler ve dermal mûsin birikimi görülüp bağ doku hastalığı olarak değerlendirildi. Romatolojiye konsülte edilen hastanın laboratuvar tetkiklerinde ANA, Anti-histon, ve Anti-SSA değerleri pozitif olarak saptandı ve undiferansiye bağ doku hastalığı tanısı konulup hidrosiklorokin tedavisi başlandı.

TARTIŞMA: Undiferansiye bağ doku hastalığı terimi sistemik otoimmün hastalığın klinik ve serolojik bulgularına sahip olan ancak tanımlanmış bağ doku hastalıklarının tanı kriterlerini karşılamayan klinik antiteler için kullanılır.² Artralji, artrit, Raynaud fenomeni, mukokütanöz bulgular ve ağız, göz kuruluğu hastalığın en sık bulguları olarak tariflenmiştir.³

Olgumuzda da günlük klinik pratikte sıkça karşımıza çıkan yüz kızarıklığı şikayetinin geniş ayırıcı tanı şemasına dikkat çekmek ve tedavilere cevapsız rozasea olgularının gerekli durumlarda biyopsi ve laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirilmesi gerektiğini hatırlatmak istedik.

KAYNAKLAR

1. Murray AH. Differential diagnosis of a red face. J Cutan Med Surg 1998;2(Suppl 4):11-5.
2. LeRoy EC, Maricq HR, Kahaleh MB, Bashar Kahaleh M. Undifferentiated connective tissue syndromes.
3. Mosca M, Tavoni A, Neri R et al. Undifferentiated connective tissue diseases: the clinical and serological profile in 91 patients followed for at least 1 year. Lupus 1998; 7: 95–100.

SS03

Hedefe Yönelik Kemoterapotikler ile İlişkili Palmoplantar Eritrodizestezi Olgu Serisi

Zeynep Utlu

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Klasik sitotoksik kemoterapotikler(KTx) sıklıkla mukokutanöz yan etkilere neden olmakla beraber son yıllarda kullanımı giderek artan hedefe yönelik KTx'lerin kutanöz yan etki profili tam olarak bilinmemektedir. Genellikle sitotoksik KTx'lerden sitarabin, kapesitabin, dosetaksel tedavisi sırasında ortaya çıkan palmoplantar eritrodizestezi; alopesi ve mukozitten sonra üçüncü sırada görülen kemoterapi kutanöz yan etkisidir. Hedefe yönelik Ktx'lerden axitinib, vemurafenib, dabrafenib, sorafenib, sunitinib, pazopanib, regorafenib, vandetanib ile geliştiği literatürde bildirilmekle beraber lezyonların başlangıç zamanı, klinik şiddeti ve seyri konusunda yeterli veri bulunmamaktadır. Biz bu sunumda pekçok metastatik karsinom tedavisinde tercih edilen hedefe yönelik Ktx kullanımına bağlı palmoplantar eritrodizestezi gelişen 6 olgu sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Palmoplantar Eritrodizestezi, hedefe yönelik kemoterapotikler, metastatik karsinom

SS04

Psoriasis Hastalarında Serum Trimetilamin N-Oksit Düzeyinin, Karotis İntima-Media Kalınlığı ve Hastalık Şiddeti ile İlişkisi

Emre Zekey¹, Fatma Tunçez Akyürek², Abdullah Tunçez³, Fikret Akyürek⁴

¹Sivas Numune Hastanesi

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anadilim Dalı

³Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anadilim Dalı

⁴Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anadilim Dalı

Yapılan çalışmalarda psoriasisin sadece deriyi etkileyen bir hastalık olmadığı, kronik sistemik enflamatuar bir hastalık olduğu görülmüş ve ateroskleroza neden olabileceği belirtilmiştir. Psoriasis hastalarında barsak disbiyozu ve kliniğe etkisi son yıllarda merak uyandırmakta ve araştırma konusu olmaktadır. Trimetilamin N-oksit (TMAO) barsak mikrobiyomu kaynaklı bir metabolittir. Serum TMAO düzeylerinin disbiyotik barsak kompozisyonun bir göstergesi olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiş ve TMAO'nun aterosklerozun oluşumunu arttıran bir molekül olabileceği düşünülmüştür. Psoriasis hastalarındaki disbiyotik barsak mikrobiyota kompozisyonu ile TMAO üretiminde rolü olan disbiyotik barsak mikrobiyota kompozisyonu benzetilmektedir. Biz de psoriasisli hastalarla kontrol grubunu karşılaştırarak; TMAO, hs-CRP, dislipidemi, okside-LDL gibi biyobelirteçlerin subklinik ateroskleroz ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Çalışmamızda psoriasis tanısı olan 73 hasta ile 72 sağlıklı gönüllü bireyden alınan kan

örneklerinde serum TMAO, total-kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, trigliserit, okside-LDL, hs-CRP, AST, ALT, kreatinin düzeyleri çalışıldı, brakial arter tansiyon ölçümleri yapıldı. VKİ ve PAŞİ skorları hesaplandı. Karotis intima-media kalınlıkları ölçüldü.

Hasta ve kontrol grupları arasında cinsiyet, yaş ortalaması, vücut kitle indeksi, brakiyal arter kan basıncı, total kolesterol, LDL-kolesterol, AST, ALT, kreatinin düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. TMAO, hs-CRP, okside-LDL, trigliserit, karotis intima-media kalınlıkları, hasta grubunda daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kontrol grubunda ise serum HDL-kolesterol düzeyleri yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hasta grubunda karotis intima-media kalınlıkları ile, TMAO düzeyi, yaş, hastalık süresi, hs-CRP, trigliserit düzeyi, total kolesterol, VKİ arasında pozitif korelasyonlar saptanmıştır. Karotis intima-media kalınlıkları ile okside-LDL, HDL-K, LDL-K, PAŞİ skoru arasında istatistiksel ilişki bulunmamıştır. TMAO ile total kolesterol, LDL-kolesterol, karotis intima media kalınlıkları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Bu çalışmada elde edilen veriler önceki çalışmalarla paralel şekilde psoriasis kardiyovasküler hastalık için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Psoriasis hastalarında serum TMAO seviyeleri, bağırsak disbiyozunu gösterecek şekilde anlamlı derecede yüksek bulunmuş, artan kardiyovasküler hastalık riski ile korele saptanmıştır. Psoriasis hastalarında intestinal bakteri kolonizasyonunun çeşitliliği, genetik faktörler, bağırsak duvarı geçirgenliğini kontrol eden moleküler mekanizmalar ve kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için probiyotiklerin, prebiyotiklerin ve belki de antibiyotiklerin rolünün belirlenmesine yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, TMAO, Bağırsak mikrobiyotası, Ateroskleroz, Karotis intima-media kalınlığı

SS05

Lupus Pernio ve Subkutan Nodüllerle Seyirli Büyük Taklitçi Sarkoidoz: Olgu Sunumu

Yekta Barlas Şimşek, İlyas Enes Silay, Ecem Zeliha Ergün, Nermin Koç, Şirin Yaşar

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sarkoidoz multisistemik non-kazeifiye granülomatöz lezyonlar ile karakterize, nedeni bilinmeyen bir hastalıktır. Cilt en sık tutulan ikinci organdır ve vakaların %25 ile %30'unda tutulum bildirilmiştir. Kutanoz tutulum arasında papül, nodül, plaklar, lupus pernio, skatrisyel alopesi, subkutan nodüller şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Lupus pernio simetrik, viyolese, sert, plak ve nodüllerdir; burun, kulak memeleri, yanaklar ve parmaklarda görülür. Deri tutulumu olanların %9-11'inde lupus pernio izlenir. Genellikle sistemik sarkoidoz ile birlikte. Üst solunum yolu hastalığıyla birlikteliği sıkır. Nasal sinüse ilerleyip epistaksis, krutlanma ve sinus kemik tulumuna yol açabilir. Lupus pernio tanısı alan hastalarda sarkoidozun akciğer tutulumu açısından artmış bir risk bulunmaktadır. Olgumuzda lupus pernio belirgin olmasına rağmen akciğer tutulumu saptanmadı. Sarkoidoz'un cilt tutulumlarından biri olan lupus pernio başta burun olmak üzere ağız çevresinde, kulakta, gözkapağında, yanakta, elde ve parmaklarda infiltrate, eritemli, viyolese nodül ve plaklar şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu olguda lupus pernio ve subkutan nodüllerle karakterize sistemik steroid tedavisine iyi yanıt alınan deri tutulumu ile giden sarkoidozlu bir kadın hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: lupus pernio, sarkoidoz, non-kazeifiye granülom

SS06

The Emergence of Morphea in a Patient Undergoing Ustekinumab Therapy Given for Psoriasis

Gulsun Hazan Tabak¹, Neslihan Akdogan¹, Beril Yel¹, Ozay Gokoz²

¹Hacettepe University, School of Medicine, Department of
Dermatology and Venereology, Ankara, Turkey

²Hacettepe University, School of Medicine, Department of Pathology, Ankara, Turkey

Corresponding author: Neslihan Akdogan, MD, Hacettepe University, School of
Medicine, Department of Dermatology and Venereology, 06100, Ankara, Turkey

Abstract

Ustekinumab (UST), an inhibitor of IL12/23, is an effective and a generally safe therapy for psoriasis.¹ Besides common systemic adverse effects of UST, few cutaneous side effects including injection side reactions, non-specific rash, cellulitis, and hypersensitivity reactions have also been reported.² Herein, we would like to present a patient who developed morphea during UST therapy given for psoriasis. A 65-year-old female applied to our dermatology outpatient clinic for multiple violaceous patches occurring 3 months ago bilaterally. Dermatological examination revealed multiple, indurated patches centrally pink-brown colored peripherally surrounded by purple hue on the lomber regions (Figure 1). The patient denied any local application of cosmetic products or injection of any medication to the relevant areas. Four-mm punch biopsy performed with a provisional diagnosis of morphea revealed atrophy of the epidermis, perivascular and interstitial lymphocytic inflammation including plasma cells in the superficial dermis extending to deep dermis and abnormal deposition of collagen (Figure 2). The diagnosis of morphea was confirmed following clinicopathological correlation. Additionally, Borrelia serology was negative. Detailed history revealed that she had been diagnosed with psoriasis 15 years ago, and treated with UST for the last 3 years following inefficacy of both cyclosporine and etanercept. The combination of topical calcipotriol with clobetasol propionate ointment was prescribed for morphea lesions. Morpheaform lesions improved within 2 weeks; however, UST treatment was not stopped within this period.

Figure 1. Multiple, indurated patches centrally pink-brown colored peripherally surrounded by purple hue on the lomber regions.

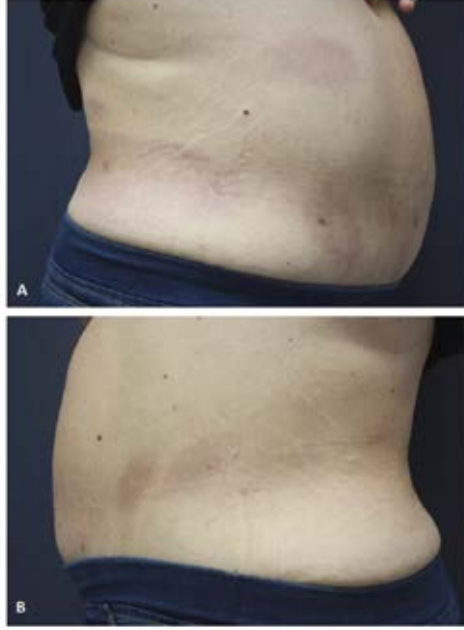
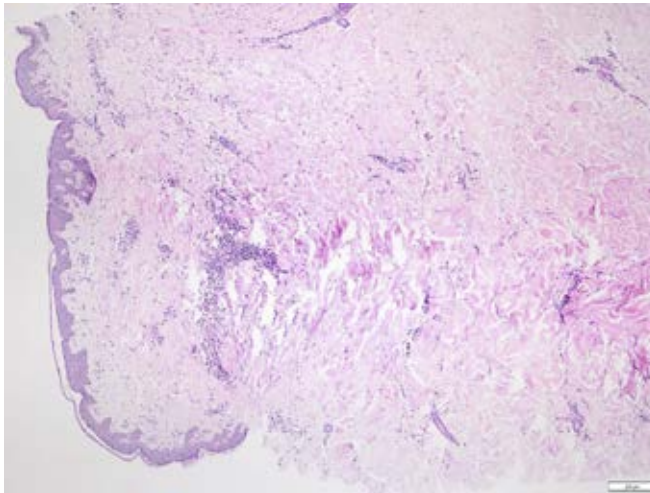


Figure 2. Atrophy of the epidermis, perivascular and interstitial lymphocytic inflammation including plasma cells in the superficial dermis extending to deep dermis and abnormal deposition of collagen.



SS07

Büllöz Dermatozları Taklit Eden Bir Olgı: İvermektin ile Tedavi Edilen Büllöz Skabiyez

Selim Gümüş, Burhan Engin

*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaőa Cerrahpaőa Tıp Faköltesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı*

77 yaş erkek hasta kliniğimize yaygın pruritus ve büllöz lezyonlar ile baőuydu. Hasta dermatoloji servisine yatırıldı. Dermatolojik muayenesinde özellikle akral bölgelerde gergin bülleri olan hastadan 1 yıldır lezyonların devam ettiğii bilgisi alındı. Kan tetkikleri sonrası hastadan büllöz pemfigoid, lineer igA dermatozu ve dermatitis herpetiformis öntanıları ile punch biyopsisi ve direkt immunfloresan inceleme için biyops alındı ve hem biyopsi sonucu, hem de firekt immunfloresan sonucu büllöz pemfigoid ile uyumlu raporlandı.

Hastaya topikal steroid ve doksisisiklin+nikotinamid tedavisi başlandı. 14 günlük tedavi sonrası lezyonları gerilemeyen hastadan yapılan deri kazıntısı ile skabiyez etkeni sarkoptlar izlendi. Hastaya ivermektin 200 mikrogram/kg, 7 gün arayla iki kez planlandı. Ek olarak doksisisiklin+nikotinamid tedavisine devam edildi.

Bir ay sonraki kontrolde hastanın kaşıntısı gerilemiş, aktif bül çıkışı durmuőtu.

Burada büllöz pemfigoide benzer tezahürü olan bir hastada skabiyez olgusunu sunuyoruz.

Bu hastada gösterildiğii gibi büllöz skabiyez sadece klinik olarak değil, aynı zamanda hem patolojik hem de immünolojik olarak büllöz pemfigoid ile karışabilmektedir. Ayrıca bazı vaka raporlarında skabiyezin, büllöz pemfigoidi tetikleyebileceğii bildirilmiştir.

Bu nedenle yeni başlayan ve tedaviye yanıt vermeyen büllöz pemfigoid olgularının skabiyez varlığı açısından değierlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: skabies, büllöz pemfigoid, immunfloresan inceleme

SS08

Sporotrikoid Paternde Prezente Olan SCC Olgusu

**Cuneyt Kara¹, Tuğba Falay Gür², Suat Sezer³, Elif Okumuş⁴,
Nurgül Doğru⁵, İbrahim İbiloğlu⁶, Mehmet Harman⁷**

¹Batman Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

²Haydarpaşa Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

³Batman Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

⁴Batman Eğitim Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Servisi

⁵Batman Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Servisi

⁶Diyarbakır Dicle Üniversitesi Patoloji Servisi

⁷Diyarbakır Dicle Üniversitesi Dermatoloji Kliniği

62 yaşında erkek hasta 2 yıldır elinde ve kolunda ağrısız şişlikler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde sol el sırtında, el bileği seviyesinde ve aksiler bölgede akıntılı nodüloülseratif lezyonlar mevcuttu. (Resim 1-2-3) Ayırıcı tanıda sporotrikoz, derin mikoz, leishmanya, deri tüberkülozu ve skuamöz hücreli karsinom düşünüldüğü değerlendirildi.

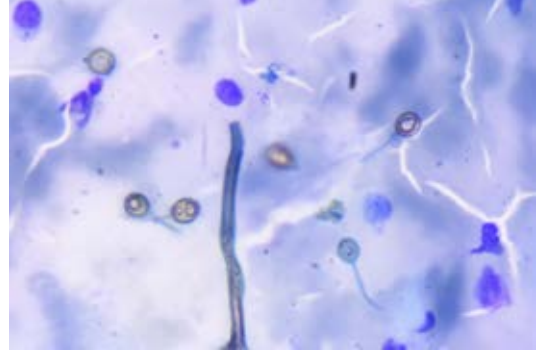
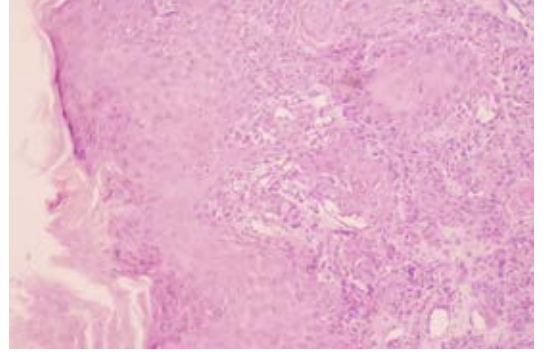
Leishmanya açısından yapılan direk yayma incelemesi negatif olarak değerlendirildi. Tüberküloz için yapılan ARB incelemesinde herhangi bir patojen saptanmadı. Yapılan sitolojik incelemede görülen nadir maya hifleri flora üyesi mikroorganizmalar olarak değerlendirildi. (Resim 4)

Sporotrikoz, derin mikoz, deri tüberkülozu, leishmanya, skuamöz hücreli karsinom ön tanılarıyla hastanın lezyonları punch biyopsi örnekledi. Biyopsinin histopatolojik incelemesinde dermis içerisinde keratin incileri olan atipik görünümli skuamöz hücre grupları saptandı. (Resim 5) Hasta hikayesi, kliniği ve histopatolojik bulgularla beraber skuamöz hücreli karsinom olarak değerlendirildi ve halen kemoterapi tedavisi altında takip edilmektedir.

Skuamöz hücreli karsinom kartinositlerden köken alan, daha çok ileri yaşlarda görülen derinin 2. en sık olarak görülen malignitesidir. Daha çok baş boyun bölgesinde görülebilir de el sırtı da UV hasarı nedeniyle hastalığın beklenen lokasyonlarından biridir.

Sporotrikoid tarzda skuamöz hücreli karsinomun ilk kez 1999 yılında immünsüprese bir hastada tanımlanmıştır. Literatürde immün problemi olmayan erişkin hastalarda bildirilen bir kaç sporotrikoid paternde scc olgusu bulunmaktadır. Bu vakayı sporotrikoid paternde bulunan lezyonların ayırıcı tanısında skuamöz hücreli karsinomunda değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamak için paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: scc, sporotrikoz, metastaz



SS09

İnvers Psöriasis'li bir hastada İnterlökin-23 inhibitörü ile tedavi deneyimi

Servet Topal, Esra Yıldırım, Elif Mustafa, İlteriş Oğuz Topal

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi , Dermatoloji Kliniği.

Giriş : İnvers psöriasis intertrijöz bölgelerde inflamatuvar lezyonların meydana geldiği bir psöriasis alt tipidir. Lezyonlar sıklıkla anogenital alan, aksilla gibi katlantı bölgelerinde görülebilmektedir ve klasik plak psöriasisin aksine ince, parlak ve minimal skuamli lezyonlarla karakterizedir. Tedavisinde kullanılan konvansiyonel ilaçlar çoğu zaman yeterli olmamakta ve ileri düzey tedavilere ihtiyaç duyulabilmektedir. Biz burada konvansiyonel ve çeşitli biyolojik tedavilere direnç geliştiren invers psöriasis tanılı hastada interlökin-23 inhibitörü ile tedavi deneyimimizi sunuyoruz.

Olgu : Elli yaşında erkek hastanın , 9 yaşından beri bilinen psöriasis tanısı mevcuttu. Polikliniğimize kasık bölgesinde yarık, şişlik ve kaşıntı şikayetleriyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde bilateral aksillada ve pubik bölgeden inguinal bölgeye uzanan eritem ve maserasyonun bulunduğu plak lezyonlar ve skrotal ödem görüldü. Daha önce topical kortikosteroid, asitretin , metotreksat , siklosporin ve PUVA gibi konvansiyonel tedaviler almış olduğu ancak lezyonlarında iyileşme olmadığı öğrenildi. Kliniğimizde takip ve tedavisi başlanan hastaya ilk olarak TNF-alfa inhibitörü (infliximab) başlandı. Uzun dönem remisyona sağlanabilse de hastada aktif tüberküloz gelişti ve 9 ay tedavi görmesi gerekti. Sonraki süreçte interlökin 12-23(IL12-23) monoklonal antikoruna başlandı. Takiplerinde anlamlı düzelme sağlanamadı. Bunun üzerine interlökin-17A (IL-17A) monoklonal antikoruna (sekukinumab) tedavisine geçildi. 1 yıl kadar remisyonda kalan hastada relaps gelişmesi üzerine iksekizumab tedavisi başlandı. Yanıt iyi olsa da bir süre sonra dirençli kandidal enfeksiyonları meydana geldi ve tedavi kesildi. Psöriasis alan şiddet indeksi (PAŞİ) 8 olarak hesaplanan hastaya selektif interlökin-23 monoklonal antikoruna olan risankizumab tedavisi başlandı. Hastanın 4. haftadaki kontrolünde intertrijöz bölgedeki lezyonlarında anlamlı gerileme ve şikayetlerinde azalma gözlemlendi.

Sonuç : Etkilenen deri bölgelerinde hassasiyet olması ve lezyonlarda lokalize dermatofit, kandida ve sekonder bakteriyel enfeksiyonlar meydana gelebilmesi açısından invers psöriasisin tedavisi çoğunlukla zorlayıcıdır. Psöriasis patogeneğinde ana etkenör yolak olan IL23/IL17 aksının inhibisyonu bizim olgumuzdaki gibi dirençli vakalarda bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler : İnvers Psöriasis , Risankizumab , IL-23 inhibitörü

SS10

Takiplerinde İyileşme İzlenen Nekrotizan Siyalometaplazi Hastası

Ceren Süne, Osman Asil Hacıbrahim, Funda Kuşçu Akdeniz, Nilay Duman

Ege Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş: Nekrotizan siyalometaplazi çeşitli maligniteleri taklit edebilen tükürük bezlerinin kendi kendini sınırlayan inflamatuvar bir reaksiyonudur. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte vasküler iskemi sonucu oluştuğuna inanılmaktadır.

Olgu: Elli sekiz yaşında öz geçmişinde özellik saptanmayan kadın hasta ağız içinde yaklaşık 15 gündür var olan sert damakta ülser lezyon şikâyeti ile Ocak 2022’de kliniğimize başvurdu. Alınan biyopsi raporu nonspesifik ülseroz yangı olarak olarak belirtilen hastanın doku kültürlerinde candida tropicalis üremesi saptandı. Sekonder enfeksiyon olarak değerlendirilerek nekrotizan siyalometaplazi tanısı konuldu. Nistatin oral süspansiyon tedavisi uygulanan hastanın takiplerinde lezyonun gerilediği saptandı.

Tartışma: Nekrotizan siyalometaplazi kendi kendini sınırlayan tükürük bezlerinin inflamatuvar bir reaksiyonudur. Tedavi olarak takip yeterli olmasına rağmen hem klinik hem histopatolojik olarak maligniteleri taklit edebilmesi nedeniyle hastalara gereksiz cerrahi tedavi yapılabilmektedir.

GİRİŞ

Nekrotizan siyalometaplazi (NS) ilk olarak 1973 yılında Abrams ve arkadaşları tarafından tanımlandı (1). NS, hem klinik hem de histolojik olarak skuamöz hücreli karsinomu veya mukoepidermoid karsinomu taklit edebilen, tükürük bezi dokusunun benign, kendi kendini sınırlayan inflamatuvar bir reaksiyonudur. Vakaların %75’ten fazlası sert damağın minör tükürük bezlerinden gelişir. Bu bölge dışında büyük tükürük bezleri, burun boşluğu, sinüsler, alt dudak, dil, yanak, retromolar bölgeler, yumuşak damak ve gırtlak dâhil olmak üzere tükürük bezi dokusunun bulunduğu tüm alanlarda bildirilmiştir(2).

Patogenezi tam bilinmemekle birlikte lezyonun travma nedenli vasküler iskeminin sonucu olduğuna inanılmaktadır. Lezyon en sık olarak posterior sert veya yumuşak damak mukozasında inflamatuvar ülser olarak ortaya çıkar. Ülser, genellikle kabarık olan indüre kenarlara sahiptir, bu özellikler karsinomu kuvvetle düşündürür(3).

Bu şekilde klinik olarak maligniteleri taklit etmesi nedeniyle konservatif eksizyondan total maksillektomiye kadar değişen tedaviler uygulanmasına sebep olmaktadır. NS kendi kendini

sınırlayan bir hastalık sürecidir ve takip dışında tedavi gerektirmemektedir.

OLGU

Elli sekiz yaşında öz geçmişinde özellik saptanmayan kadın hasta ağız içinde yaklaşık 15 gündür var olan ülsere lezyon şikâyeti ile Ocak 2022'de kliniğimize başvurdu. Başvuru anındaki fizik muayenede posterior damakta yaklaşık 1,5-2 cm boyutlarında lokalize ülsere lezyon saptandı (Resim1). Hastada ek şikâyet saptamadı. Hastanın ülsere lezyonundan nekrotizan sialometaplazi, scc, bcc, mukormikoz ön tanıları ile biyopsi alındı. Hastanın histopatolojik incelemesi mantar saptanmazken, biyopsi materyalinin ülsere dokunun nekrotik alanlarından alınması nedeniyle histopatolojik inceleme nonspesifik ülseröz yangı olarak sonuçlandı. Klinik sürecin NS ile uyumlu olması nedeniyle tanının dışlanamayacağı bilgisi edinildi. Hastanın karaciğer, böbrek fonksiyon testleri ve hemogram değerleri olağan sonuçlandı. Alınan doku kültürlerinde candida tropicalis üremesi saptandı. Etken sekonder enfeksiyon olarak değerlendirilerek hastaya nistatin oral süspansiyon tedavisi başlandı. Takibe alınan hastanın 4 aylık takip sürecinde ülsere lezyonunda yüzyelleşme ve boyutlarda küçülme izlendi (Resim 3).

TARTIŞMA

Nekrotizan sialometaplazinin (NS) patogenezi bilinmemektedir. Yerel kan damarları üzerindeki bir tür fiziksel, kimyasal veya biyolojik patolojinin iskemik değişikliklere sebep olarak nekrotik enfarktüse sebep olduğu ve NS'nin bu duruma yanıt olarak oluşan duktal proliferasyon olduğunu düşünülmektedir. Alkol, sigara ve uyuşturucu kullanımı gibi travmatik, kimyasal, cerrahi ve enfeksiyöz olaylar gibi birçok neden olası etiyolojik faktörler olabileceği görüşleri bulunmaktadır.

Anoreksiya ve/veya bulimialı genç kadınlarda meydana gelen birkaç vaka tanımlanmıştır (4).

Klinik olarak, endurasyonlu palatal ülserler, bu bölgede meydana geldiği bilinen skuamöz hücreli karsinom, tükürük bezi maligniteleri, adenoid kistik karsinom ve mukoepidermoid karsinom gibi malign tümörleri kuvvetle düşündürür. Bununla birlikte, bu tümörlerin tümü, nekrotizan sialometaplaziden daha uzun süren bir klinik seyre sahiptir (3). Klinik görünüşü nedeniyle tüberküloz veya sifiliz gibi bakteriyel enfeksiyon ve granülatöz süreçlerle de karışabilmektedir (2).

NS'nin histopatolojik özellikleri, lobüler nekroz ve kanal ve asinilerin ilişkili skuamöz metaplazisi ile karakterizedir. Lobüler mimarinin korunması belirgindir. Nekroz alanları, nötrofiller tarafından çevrelenmiş küçük müsin havuzlarından oluşur. Bu alanların içinde veya bitişğinde metaplastik kanallar bulunur. Bunlar kalınlaşmış skuamöz epitel astarlı kanallar veya katı, kompakt, yuvarlak epitel yuvaları olarak görülebilir. İnflamatuvar bir arka plan tipik olarak mevcuttur (3).

Nekrotizan sialometaplazi kendi kendini sınırlayan bir durumdur, lezyon muhtemel iskemik hasar iyileştikten sonra kendiliğinden düzelir. Geçmişte lezyon sıklıkla malignite ile karıştırılmıştır (5). Bununla birlikte adenoid kistik karsinom, skuamöz hücreli karsinom, anjiyosentrik T-hücreli lenfoma gibi malign tümörlerle nekrotizan sialometaplazinin bir arada bulunduğu olgular literatürde

mevcuttur (6-7).

Hastaya gereksiz cerrahi işlem uygulamadan önce hastanın klinik öyküsüne dikkat etmek gerekir. Nekrotizan sialometaplaziyi mukoepidermoid karsinom veya skuamöz hücreli karsinom olarak teşhis etmek mümkün olduğu gibi, bu malignitelerin her birini nekrotizan sialometaplazi olarak teşhis etmenin de mümkün olduğu unutulmamalıdır. İlk 2 ayda kötüleşen veya düzelme kanıtı göstermeyen lezyonlar için yeniden biyopsi ve orijinal histopatolojik özelliklerin ikinci kez gözden geçirilmesi gerekir. Nekrotizan sialometaplazi, genellikle 3 aydan daha kısa bir süre içerisinde granülasyon dokusu ile dolar ve yüzeyini tamamen epitelize eder (3).

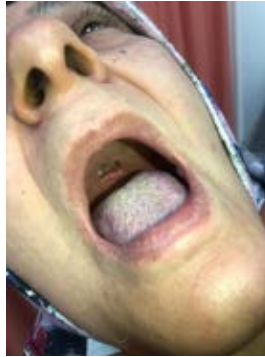
SONUÇ

Nekrotizan sialometaplazi hem klinik hem patolojik olarak malign tümörlerle karışabilmektedir. Hastadan alınan iyi bir klinik öykünün yanı sıra yeterli biyopsi, tanı için ipuçları verebilir, bu gibi durumlarda aşırı tedaviden kaçınarak daha iyi hasta bakımına yardımcı olabilir. Bu olguda hasta takip edilerek lezyonda küçülme izlenildi. Böylece gereksiz cerrahi işlemlerden kaçınılmış oldu.

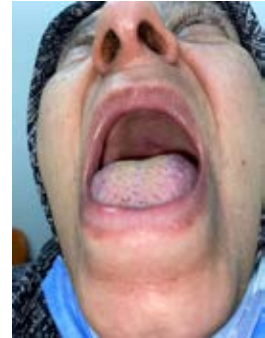
Anahtar Kelimeler: nekrotizan sialometaplazi, tükürük bezi hastalıkları, oral bening lezyonlar



Resim 1: Aralık 2021'de ilk başvuruda saptanan sert damakta ülser etrafı endüre lezyon



Resim 2: Şubat 2022'deki kontrolde devam eden sert damakta ülser lezyon



Resim 3: Mart 2022'deki takipte yüzeyelleşmiş ve boyutu küçülmüş ülser

Referanslar

- (1) Abrams A.M., Melrose R.J., Howell F.V. Necrotizing sialometaplasia. A disease simulating malignancy. Cancer. 1973;32(1):130-135.
- (2) Abdalla-Aslan, ve ark. Necrotizing sialometaplasia of the palate in a young bodybuilder with anabolic androgenic steroids abuse. Quintessence Int. 2020;51:496-501.

-
- (3) Marx R.E., Stern D. 2nded. Inc; 2012. Oral and Maxillofacial Pathology a Rationale for Diagnosis and Treatment; pp. 528– 530
 - (4) Ledesma-Montes C., Garcés-Ortíz M., Salcido-García J.F., Hernández-Flores F. Review of the literature on necrotizing sialometaplasia and case presentation. Quintessence Int. 2015;46(1):67–72
 - (5) Alves MGO, Kitakawa D, Carvalho YR, Cabral LAG, Almeida JD. Necrotizing sialometaplasia as a cause of non-ulcerated nodule in the hard palate: a case report. Journal of Medical Case Reports. 2011;5(1):406.
 - (6) Lee DJ, Ahn HK, Koh ES, Rho YS, Chu HR. Necrotizing Sialometaplasia Accompanied by Adenoid Cystic Carcinoma on the Soft Palate. Clinical and Experimental Otorhinolaryngology. 2009;2(1):48–51
 - (7) Dominguez-Malagon H, Mosqueda-Taylor A, Cano-Valdez AM. Necrotizing sialometaplasia of the palate associated with angiocentric T-cell lymphoma. Annals Of Diagnostic Pathology. 2009;13(1):60–64.

SS11

Nadir Görülen Bir Enjeksiyon Komplikasyonu Nicolau Sendromu

Ozan Can Yaray, Mine Müjde Kuş

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Nicolau Sendromu enjeksiyon sonrası, uygulanan bölgede eritem, renk değişikliği, ülser ve nekroza kadar ilerleyebilen nadir bir komplikasyondur. Olgu sunumunda intramusküler Diklofenak uygulamasından sonra oluşan akıntılı yara şikâyetiyle tarafımıza başvuran bir hastadan bahsedildi.

GİRİŞ: Nicolau sendromu çeşitli ilaçların, intramusküler, intravenöz, subkutan, intravenöz veya intraartiküler enjeksiyonu sonucu, enjeksiyon bölgesindeki deri ve deri altı dokuların lokal iskemik nekrozu ile karakterize bir tablodur.(1,5) Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte, doğrudan vasküler hasar, perivasküler inflamasyon ve vasküler kontraksiyonun hastalığın oluşmasında rol oynadığı düşünülmektedir. Klinik olarak enjeksiyon yerinde şiddetli ağrı ile birlikte önce soluk, sonra belirgin eritem, renk değişikliği, livedoid dermatit, hemorajik veya nekrotik plaklar, ülserler izlenmektedir. Lezyon genellikle skar bırakarak iyileşmektedir. Nadir bir komplikasyon olması ve plateletten zengin fibrin (PRF) tedavisine dramatik yanıt vermesi sebebiyle bu olguyu sunmak istedik.

OLGU SUNUMU: 56 yaş kadın hasta polikliniğimize 4 aydır olan sağ gluteal bölgede derin akıntılı yara şikâyetiyle başvurdu. Hikaye sorgulandığında hastaya, bel ağrısı için gittiği acil serviste intramusküler ağrı kesici enjeksiyonu yapılmasından sonra ani ve şiddetli ağrı ile şikayetlerinin başladığı öğrenildi.

Dermatolojik muayenesinde sağ gluteal bölgede 4cm*4cm boyutunda üzerinde sarı nekrotik doku görülen, akıntılı ülserle lezyon görüldü. Başka bir cilt bulgusu saptanmadı. Mukozalar ve deri ekleri olağandı.

Hastanın genel durumu iyiydi. Laboratuvar bulgularında hafif CRP yüksekliği (CRP:6) dışında patolojik bir değeri yoktu. Hastanın öykü ve muayenesi doğrultusunda ön planda Nicolau Sendromu düşünülerek biyopsi alındı. Uygun antibiyoterapi için yara kültürü alınıp yollandı. Kültür sonucunda Enterobacter Cloacea üredi.

Hastanın lezyonu, 15 gün ve günde 800mg uygulanan Siprofloksasin, 3 günde bir değiştirilen VAC ve taburculuk sonrası 3 günde bir ve 4 kez yapılan PRF ile geriledi.



BAŞVURU

1. PRF SONRASI

TARTIŞMA

İlaç enjeksiyonu sonrası nadir bir komplikasyon olarak gördüğümüz Nicolau Sendromu sadece NSAİ enjeksiyonu sonucu değil, lokal anestezi, vitamin kompleksleri, kortikosteroid, penisilin enjeksiyonu ile de görülebilir. Bizim hastamızda İntramusüler Diklofenak enjeksiyonu sonrası gelişti. (1,7)

Patogenezinde öne sürülen hipotezler: (1,4,7)

- 1) İlaçların intraarteriyel veya periarteriyel enjeksiyonuyla oluşan ağrının sempatik siniri uyarması
- 2) Nonsteroid antiinflatuar ilaçların COX enzimini inhibe etmesi ve prostaglandin sentezinin inhibisyonu
- 3) Enjeksiyonla uygulanan ilaçların oluşturduğu arteriyel oklüzyon
- 4) İlaçların yol açtığı direkt sitotoksik hasar

Hastalık, enjeksiyon yapılan her yerde görülebilmekle beraber en sık karşılaşılan yer bizim olgumuzda da olduğu gibi gluteal bölgedir. (7)

Hastalığın ilk aşamalarında enjeksiyon yapılan bölgede eritemli, livedoid görünümde olabilen yamalar görülmekte. İlerleyen zamanda bu lezyonlar nekroza ve ülsere ilerleyebilmektedir. (1,4)

Tedavisinde VAC, PRF, yara debridmanı gibi topikal tedaviler ve antibiyotik, ağrı kesici, vazodilatör ilaçlar gibi sistemik tedaviler uygulanmaktadır. Plateletten Zengin Fibrin (PRF) kanın santrifüj edilmesi ile plateletlerin ve lökositlerin fibrin bir matrix içerisinde hapsolmesinden oluşan fibrin yapıda bir ağıdır ve uygulanan bölgede büyüme faktörleri salınımı gerçekleştirilerek etki gösterir. Hastalık çoğunlukla atrofik skar ve pigmentasyon bırakarak iyileşir. (1,4,6)

SONUÇ: Nicolau Sendromu, invaziv girişimlerin nadir bir komplikasyonu olmakla beraber morbiditeye sebep olabildiği için tanı konulup tedavi edilmelidir. Ayrıca Pyoderma Gangrenosum kliniğine benzediği için ayrı tanıda akılda tutulmalıdır.

1. Kim SK, Kim TH, Lee KC. Nicolau syndrome after intramuscular injection: 3 cases. Arch Plast Surg 2012;39(3):249-52.
2. Nayci S, Gurel MS. Nicolau syndrome folow ing intramuscular diclofenac injection. Indian Dermatol Online J 2013;4(2):152-3.
3. Nischal K, Basavaraj H, Swaroop M, Agrawal D, Sathyanarayana B, Umashankar N. Nicolau syndrome: an iatrogenic cutaneous necrosis. J Cutan Aesthet Surg 2009;2(2):92-5.
4. Turan H, Turan A. Nicolau syndrome due to diclofenac injection: case report. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(5):1437-9.
5. Anıl M, Çakmak B, Bal A, Aksu N. [Nicolau syndrome in two children folowing penicilin injection: case report]. Türkiye Klinikleri J Pe16 diatr 2010;19(2):144-7.
6. Kılıç İ, Kaya F, Özdemir AT, Demirel T, Çelik İ. Nicolau syndrome due to diclofenac sodium (Voltaren®) injection: a case report. J Med Case Rep 2014;8:404.
7. Silva AM, Ton A, Loureiro TF, Agrizzi BL. Late development of Nicolau syndrome: case report. An Bras Dermatol 2011;86(1):157-9.

SS12

Pediatric Psoriasis ve Kutis Marmorata Teleniektatika Birlikteliği

Zeynep Topkarcı, Osman Ezim, Taha Yiğit Başar

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

Giriş: Kutis marmorata teleniektatika konjenita(KMTK); nadir görülen, selim, sporadik, genellikle benign vasküler bir hastalıktır. Prognozu %18-70 oranında eşlik eden anomaliler belirler.

Burada polikliniğimize psöriasis plakları sebebiyle başvuran 7 yaşındaki erkek hastada eşlik eden kutis marmorata teleniektatika konjenita lezyonu nedeni ile bu nadir birliktelik tartışılmaktadır.

Olgu: 7 yaşında erkek hasta kliniğimize ekstremiteler, gövde ve penis dorsalinde 1-2 cm çaplarında değişen eritemli skuamli plaklar sebebiyle başvurdu. Tırnak tutulumu ve eklem ağrısı yoktu. Annesinde de psoriasis öyküsü olan hastamızın lezyonları da psoriasis uyumluydu. Dermatolojik muayenesinde ek olarak sağ uyluk lateralinden başlayarak diz eklemine üstten ve alttan çevreleyen, hafif atrofinin eşlik ettiği mavi-mor renkte konjenital variköz lezyonları mevcuttu (Resim 1). Hikayesinde doğuştan mevcut lezyonun çok daha koyu renkli ve belirgin olduğu, zaman içinde renginin soluklaştığı öğrenildi. Bu lezyon nedeni ile daha önce herhangi bir inceleme yapılmamıştı. Hastamızın rutin hemogram ve biyokimyası, Ekg ve EKO'su normaldi. Nöbet öyküsü yoktu, psikomotor gelişim geriliği saptanmadı. Ekstremiteler hipoplazisi, nevus flammeus, hemanjiom, makrosefali eşlik etmiyordu. Hastamızda üst dişlerde anomali haricinde ek anomali saptanmadı (Resim 2). Hastaya psöriasis için asitretin 10 mg /günaşırı ve topikal kalsipotriol/kalsipotriol+betametazon dipropiyonat tedavisi başlandı. KMTK için subjektif yakınması olmayan hastaya tedaviye gerek görülmedi.

Tartışma: KMTK genellikle doğumda görülür. Fakat 3 aydan 2 yaşına kadar da görülebilir. Hastalığın prognozu iyidir ve özellikle yaşamın ilk 2 yılında lezyonlarda iyileşme görülür. Ancak bizim hastamızın da lezyonu doğumdan itibaren mevcuttu ancak tam gerileme olmamış, sadece renkte solma olmuş; ekstremiteler de ek anomaliye neden olmamıştı.

En sık görülen anormal bulgular sırasıyla; vücut asimetrisi (genellikle ipsilateral ekstremiteler hipoplazisi veya hiperplazisi), vasküler anomaliler, nörolojik bozukluklar, göz malformasyonları ve sindaktilidir. Bizim hastamızda diş anomalisi haricinde ek patoloji saptanmadı.

Literatürde alt ekstremiteler hipoplazisi, bilateral konjenital glokom, konjenital retina dekolmanı, makrosefali, Sturge Weber sendromu gibi konjenital anomalilere eşlik eden KMTK olguları mevcuttur. Ancak psöriasis ile birlikteliğe rastlanmadı. Pediatric psoriasis ve KMTK birlikteliği rastlantısal olabileceği gibi, yeni vaka bildirimleri ile genetik temelli bir birliktelik açısından da

inceleme yapılabilir düzeye geleceğini düşünmekteyiz.

Sonuç: Dermatolojik muayene sadece hastanın şikayeti olan alanla sınırlı kalmamalı, tüm vücut muayenesi ayrıntılı yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Amitai DB, Fichman S, Merlob P, Morad Y, Lapidoth M, Metzker A. Cutis marmorata telangiectatica congenita: clinical findings in 85 patients. *Pediatr Dermatol.* 2000;17(2):100-4.
2. del Boz Gonzalez J, Serrano Martin MM, Vera Casano A. Cutis marmorata telangiectatica congenita. Review of 33 cases. *An Pediatr (Barc).* 2008;69(6):557-64.
3. Ömer Faruk ELMAS, Kutis Marmorata Telenjiektatika Konjenita: Bir Olgu Sunumu. *Fırat Tıp Derg/Fırat Med J*2014;19(3): 162-163



Resim 1.



Resim 2.

SS13

Plasmasitik Diferansiasyon Gösteren Ekstranodal Marjinal Zon Lenfoma: Bir Olgu Sunumu

**Ayda Acar¹, Ceren Süne¹, Günseli Öztürk¹, Banu Yaman²,
İlgen Ertam Sağduyu¹, Şebnem Aktan³**

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.D.

³Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.

ÖZET

Giriş: Primer kutanöz marjinal zon lenfoma (PKMZL), ilk olarak deride bulgu veren B hücreli lenfomadır. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Tanı konulduktan sonra hastada sistemik tutulum olup olmadığı araştırılmalıdır. Hastalığın tanı ve tedavisi, multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir.

Olgu: Otuz üç yaşında erkek hasta, sol kolundaki kızamık kabarıklık nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünden lezyonun 2017 yılından beri var olduğu, bu nedenle başvurduğu dış merkezde biyopsi alındığı ve kesin tanı konulamaması nedeniyle tarafımıza yönlendirildiği öğrenildi. Öz geçmişinde özellik yoktu. Soy geçmiş sorgusunda, ikiz erkek kardeşinin sol bacağına benzer bir deri lezyonunun olduğu, bu lezyonun dış merkezde total olarak çıkarıldığı ancak kesin bir tanı konulmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede sol kol lateral yüzde kırmızı renkli, palpasyonla infiltrasyonun hissedildiği nodüler lezyon saptandı, bu lezyonun üst kısmında eski biyopsiye ait skar izlendi (Resim 1). Hastanın kliniğimizce yapılan eksizyonel biyopsisinin histopatolojik incelemesi; plasmasitik diferansiasyon gösteren mukoza ilişkili lenfoid dokunun ekstranodal marjinal zon lenfoması olarak raporlandı. Tüm vücut Pozitron Emisyon Tomografisi/ Bilgisayarlı Tomografide; lenfoma tutulumu lehine hipermetabolik lezyon gözlenmedi. Kemik iliği aspirasyon biyopsisi normosellüler olarak raporlandı. Hematoloji bölümü tarafından değerlendirilen ve sistemik tutulum saptanmayan hastaya Radyasyon Onkolojisi bölümünde 17 kür radyoterapi uygulandı. Hastanın 5 aylık takibinde lezyonda radyoterapi sonrası gerileme saptandı, yeni lezyon çıkışı gözlenmedi.

Tartışma: PKMZL, deri dışı tutulumu nadir olan, iyi prognoza sahip bir B hücreli lenfomadır. Yavaş bir seyir göstermesi nedeniyle sistemik yayılım ve kemik iliği infiltrasyonu nadir görülür. Lokalize lezyonlarda, tedavisiz izlem bir seçenek olmakla birlikte tedavi planlanıyorsa radyoterapi tercih edilebilir. Sistemik tutulum olan hastalarda kemoterapi ve hedefe yönelik tedaviler ön planda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: primer kutanöz marjinal zon lenfoma, kutanöz b hücreli lenfomalar, ekstranodal marjinal zon lenfoması

GİRİŞ: Primer kutanöz marjinal zon lenfoma (PKMZL), ilk olarak deride bulgu veren bir B hücreli lenfomadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2017 yılında yapılan revizyon ile mukoza ile ilişkili lenfoid dokunun (MALT) ektranodal marjinal bölge lenfoması grubuna dahil edilmiştir (1). PKMZL'daki neoplastik hücreler, post-germinal merkez bellek B-hücrelerinden gelişir. İç organ veya mukoza tulumu olan marjinal zon lenfomalarında bulunan kromozomal translokasyonların PKMZL'da gözlenmemesi nedeniyle etiyoloji ve patogenez tam olarak aydınlatılamamıştır. İmmünoglobulin değişken bölge gen analizi ile ilgili bazı kanıtlar, kronik antijenik stimülasyon ile neoplastik lenfoid klon gelişimi arasında bir bağlantının varlığını desteklemektedir (2). Literatürde, enfeksiyöz hastalıklar (Borrelia burgdorferi, Helicobacter pylori, Hepatit C, EBV vb), ilaçlar (metotreksat, siklosporin, antidepresanlar vb), otoimmün hastalıklar (romatoid artrit, Hashimoto tiroiditi, Sjögren sendromu, poliarteritis nodosa, ülseratif kolit), Hepatit A ve influenza aşılı ile ilişkilendirilmiş vakalar bildirilmektedir (3). PKMZL'nın az görülmesi nedeniyle tanısı, zor konulabilir. Hastalığın tanı, tedavi ve takibinde; dermatolojiyi, hematolojiyi, radyolojiyi ve de cerrahiye içeren multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir.

OLGU: Otuz üç yaşında erkek hasta, sol kolundaki kızarıklık kabarıklık nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünden lezyonun 2017 yılından beri var olduğu, bu nedenle başvurduğu dış merkezde biyopsi alındığı ve kesin tanı konulamaması nedeniyle tarafımıza yönlendirildiği öğrenildi. Öz geçmişinde özellik yoktu. Soy geçmiş sorgusunda, ikiz erkek kardeşinin sol bacağına benzer bir deri lezyonu olduğu, dış merkezde total olarak çıkarıldığı fakat kesin bir tanı konulmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede, sol kol lateral yüzde kırmızı renkli, palpasyonla infiltrasyonun hissedildiği nodüler lezyon saptandı, lezyonun üst kısmında eski biyopsiye ait skar izlendi. Nodüler lezyondan alınan eksizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde, yüzeysel dermadan başlayıp derine ilerleyen yoğun lenfoid hücre popülasyonu yanı sıra gruplar oluşturan yoğun plazma hücre popülasyonu görüldü. İmmunohistokimyasal incelemelerde B hücre popülasyonu ve plazma hücreleri CD79 ile pozitif; CD3 ile negatif idi ve bcl-2 ile lenfoid hücrelerde yoğun, plazma hücrelerinde kısmen ve soluk pozitiflik saptandı; yoğun plazma hücre popülasyonu lambda ve IgG ile birlikte pozitif idi. Bu bulgularla olgu plasmasitik diferansiasyon gösteren ektranodal marjinal zon lenfoma tanısı aldı.

Laboratuvar incelemesinde tam kan ve biyokimya parametrelerinde patoloji izlenmedi. Laktat dehidrojenaz (212 U/L) ve beta-2 mikroglobulin (1731 µg/L) değerleri normaldi. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV), Hepatit B ve C serolojisinde patoloji izlenmedi. Epstein-Barr virüsü (EBV) ve Sitomegalovirüs (CMV) serolojileri geçirilmiş enfeksiyon ile uyumluydu (EBV-VCA IgM: Negatif, EBV-VCA IgG/EA: Pozitif, EBV-EBNA IgG: Pozitif , Anti CMV IgM: Negatif Anti CMV IgG:160.2 aU/ml Pozitif). Sistemik tutulum varlığı açısından hematoloji bölümüne danışıldı. Yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisi normosellüler sonuçlandı. Evreleme amacıyla yapılan tüm vücut Pozitron Emisyon Tomografisi/ Bilgisayarlı Tomografide; lenfoma tutulumu lehine hipermetabolik lezyon ayırt edilemedi. Boyun, aksilla ve inguinal bölgenin ultrasonografik görüntülemesinde, patolojik özellikte lenf nodu saptanmadı. Sistemik tutulum olması halinde uygulanması planlanan sistemik kemoterapinin kontrendikasyonunu değerlendirmek amacıyla istenen ekokardiyografik

(EKO) görüntülemeye patoloji saptanmadı. Histopatolojik incelemede, plazmasitik hücre diferansiasyonu gözlemlendi için plazma hücreli neoplazileri değerlendirmek amacıyla istenen protein elektroforezinde, klonal gamopati saptanmadı. Sistemik tutulum izlenmeyen hastanın sol koldaki lokalize lezyonuna Radyasyon Onkolojisi Bölümünde 17 kür radyoterapi (RT) uygulandı. Beş aydır takipleri devam eden, 27.03.2022-12.4.2022 tarihleri arasında 17 gün RT uygulanan hastanın, RT sonrası 21 Nisan 2022 tarihli kontrolünde lezyonda gerileme saptandı (Resim 2). Yeni lezyon çıkışı gözlenmedi.

Tartışma: PKMZL genellikle ülserasyonun izlenmediği, kırmızı ya da mor renkte, soliter veya multipl nodül, papül ya da daha nadiren plak lezyonlar olarak ortaya çıkar. Çoğunlukla erişkin erkeklerde görülür. En sık kollar ve gövdede yerleşim gösterir (4). Sistemik tutulum nadirdir. Multifokal deri tutulumu olan hastalarda daha fazla olmak üzere, deri nöksleri sık görülür (1). Dermatoskopik incelemede, PKMZL tanısında yardımcı olabilir. Somon rengi zeminde, beyaz alanlar ve dallanma gösteren damar yapısı gözlenir (5).

PKMZL, epidermis ve papiller dermisin korunduğu retiküler dermise ve subkutan yağ dokuya yayılım gösteren nodüler ya da diffüz infiltrat şeklinde gözlenir. İnfiltrat; marjinal zon hücreleri ya da monositoid B hücreleri olarak adlandırılan girintili çıkıntılı nükleusa ve soluk boyanan sitoplazmaya sahip küçük/orta boy lenfositlerden oluşur. Lenfoid serinin diğer hücreleri (plazma hücreleri, lenfoplazmositoid hücreler, T hücreleri vs.) infiltratta bulunabilir. Eozinofiller yaygın olarak bulunur. Farklı morfolojik varyantları (Küçük hücreli lenfositik, monositoid, diffüz plasmositik infiltrasyon gösteren vs.) tanımlanmıştır. Vakaların çoğunda immünoglobulin hafif zincirlerinin (kappa veya lambda pozitifliği ancak ikisinin birlikte bulunmadığı) intrasitoplazmik ekspresyonu gözlemlenebilir. Bazı vakalarda intrasitoplazmik "Dutcher cisimleri" olarak adlandırılan periyodik asit-Schiff (PAS) pozitif boyanan inklüzyon cisimleri gözlemlenebilir ve tanıda yardımcı olabilir (8-9).

PKMZL'da tanısında yüzeyel ve abdominal lenf nodu USG ve tüm vücut bilgisayarlı tomografisi (BT) istenilmeli ve bulgulara göre evreleme yapılmalıdır. PET/BT evreleme amacıyla kullanılabilecek diğer bir görüntüleme yöntemidir. Kemik iliği biyopsisi, zorunlu olmamakla birlikte sitopeni durumunda gerekli olabilir (6).

Tedavi yöntemi, deri tutulumunun boyutu ve yeri ile hastanın yaşı ve genel sağlık durumuna göre belirlenir. Seçilmiş hastalarda tedavisiz takip stratejisi izlenebilir (8). Birinci basamak olarak kullanılan RT, remisyon sağlayabilmektedir. Topikal tedaviler PKMZL tedavisinde tercih edilen bir tedavi yöntemi değildir (7). Borrelia burgdorferi enfeksiyonu olan hastalarda antibiyotik tedavisi (doksisisiklin 100 mg/gün 2-3 hafta veya intravenöz sefotaksim) verilmelidir, ancak bazı vakaların tedaviye yanıt vermeyebileceği unutulmamalıdır. PKMZL'da sistemik yayılım nadir olduğundan sistemik tedaviyle ilgili literatür verileri sınırlıdır. Sistemik tedavide ilk seçenek rituksimab'dır. Tek başına kullanılabileceği gibi klorambusil, fludarabin, siklofosfamid ve bedamutin gibi kemoterapi ajanları ile birlikte kullanılabilir (8).

SONUÇ: PKMZL nadir görülen bir deri lenfomasıdır. Patogenezi, tam olarak aydınlatılamamıştır.

Sözlü Bildiriler

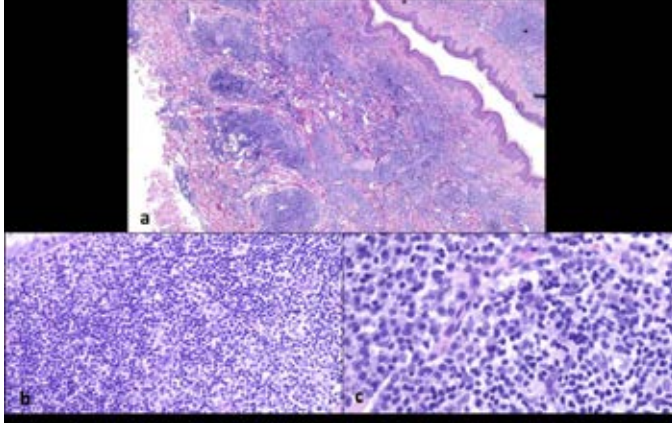
Ekstrakutanöz yayılımı nadirdir ve iyi prognozlu bir seyir gösterir. Bu nedenle RT ilk basamak tedavi seçeneğidir. Bizim hastamızda da kontrollerde ekstrakutanöz tutulum saptanmamış ve RT sonrası 5 aylık takipte nüks gözlenmemiştir. Hastanın kontrolleri devam etmektedir.



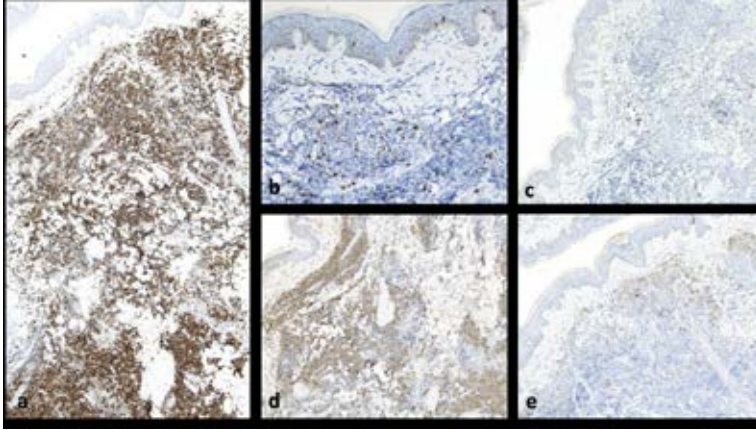
Resim 1: Sol kol lateralinde yerleşim gösteren mor, kırmızı renkli infiltratif nodüler lezyon.



Resim 2: RT sonrası infiltrasyonda gerileme izlenen lezyon.



Resim 3a-c: Yüzeyel ve derin dermada interstisyel alanda yer yer nodüler gelişim gösteren, küçük-orta boy neoplastik lenfoid hücreler ve plazmasitik hücrelerden oluşan yoğun lenfoid hücre infiltrasyonu (H&E x40, x100, x200)



Resim 4: Neoplastik lenfoid infiltrasyonda a- CD79 pozitifliği; b-Ki67 proliferasyon indeksi %10-12; c-Kappa negatifli d-Plazma hücrelerinde lambda pozitifliği; e- CD3 pozitifliği (a x40, b-e x100).

REFERANSLAR

1. Willemze R, Cerroni L, Kempf W, ve ark. The 2018 update of the WHO-EORTC classification for primary cutaneous lymphomas. Blood. 2019;133(16):1703–1714.
2. Perez M, Pacchiarotti A, Frontani M, et al. Primary cutaneous B-cell lymphoma is associated with somatically hypermutated immunoglobulin variable genes and frequent use of VH1-69 and VH4-59 segments. Br J Dermatol. 2010;162(3):611–618.
3. Fallah M, Liu X, Ji J, Försti A, Sundquist K, Hemminki K. Autoimmune diseases associated with non-Hodgkin lymphoma: a nationwide cohort study. Ann Oncol. 2014;25(10):2025–2030.

4. Vitiello P, Sica A, Ronchi A, Caccavale S, Franco R, Argenziano G. Primary cutaneous B-cell lymphomas: an update. *Front Oncol.* 2020;10:651.
5. Piccolo V, Mascolo M, Russo T, Staibano S, Argenziano G. Dermoscopy of primary cutaneous Bcell lymphoma (PCBCL). *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(4):e137–e139.
6. Albano D, Durmo R, Treglia G, Giubbini R, Bertagna F. 18F-FDG PET/CT or PET Role in MALT Lymphoma: an open issue not yet solved - a critical review. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk.* 2020;20(3):137–146.
7. Willemze R, Hodak E, Zinzani PL, Specht L, Ladetto M; ESMO Guidelines Committee. Primary cutaneous lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2018;29(Suppl4):iv30–iv40.
8. Ronchi, Andrea, ve ark. “Dermatological Considerations in the Diagnosis and Treatment of Marginal Zone Lymphomas.” *Clinical, cosmetic and investigational dermatology* 14 (2021): 231.
9. Lima, Margarida. “Cutaneous primary B-cell lymphomas: from diagnosis to treatment.” *Anais brasileiros de dermatologia* 90 (2015): 687-706.

SS14

Pemfigus Hastalarında Tam Kan Sayımındaki İmmatür Granülosit Sayısı ve Yüzdesi Hastalık Aktivitesini Göstermede Kullanılabilir mi?

Mine Müjde Kuş, Perihan Öztürk, Mehmet Kamil Mülayim, Ozan Can Yaray

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Serum anti-desmoglein (Dsg) IgG otoantikorlarının saptanmasının, pemfigusta hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi için faydalı olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, aktif pemfigus lezyonları olmayan bazı hastalarda anti-Dsg otoantikorlarının saptanabilir olarak kaldığını bildirmiştir. İmmatür granülosit oranı yakın zamanda yeni bir inflamatuvar belirteç olarak tanıtıldı.

Anti-desmoglein (Dsg) IgG otoantikor düzeylerinin ölçümüne hem destekleyici hem de alternatif olabileceğini düşündüğümüz immatür granülosit miktar ve yüzdesini, takip ettiğimiz pemfigus hastalarında hastalık aktivitesi ile ilişkisini retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Anti-desmoglein 1 ve desmoglein 3 düzeyleri ile takipli pemfigus hastalarının aynı tarihli pemfigus hastalığı alan indeksi(PHAİ), immatür granülosit sayısı, immatür granülosit yüzdesi, c-reaktifprotein, nötrofil\lenfosit oranları ve anti-desmoglein 1 ve desmoglein 3 düzeyleri kaydedildi ve aralarındaki istatistiksel ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 12'si kadın, 12'si erkek toplam 24 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 56,30±16,47 idi. PHAİ ile anti-desmoglein 1 ve desmoglein 3 düzeyleri, C-reaktifprotein ve nötrofil\lenfosit oranları arasında korelasyon saptanmadı($r=0,040$, $p=0,737$; $r=0,007$, $p=0,952$; $r=0,243$, $p=0,037$; $r=0,224$, $p=0,055$; sırasıyla).PHAİ ile immatür granülosit sayısı, immatür granülosit yüzdesi arasında orta dercede pozitif korelasyon saptadık ($r=0,435$, $p<0,001$; $r=0,412$, $p=0,001$; sırasıyla).

Sonuç: Pemfigus hastalık aktivitesini değerlendirmede immatür granülosit sayı ve yüzdesinden yararlanılabilir.

Anahtar Kelimeler: pemfigus hastalığı alan indeksi, desmoglein antikoru, immatür granülosit

SS15

Hidradenitis Suppurativa ve Romatoid Artrit Birlikteliğinde Adalimumab Deneyimi

Ece Erbağcı

Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Uşak

Giriş: Hidradenitis suppurativa (HS) pilosebace üniteyi tutan rekürren inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Romatoid artrit en sık orta yaşlarda kadınlarda izlenir, progresse hastalık eklemde deformitelere yol açabilmektedir. İki hastalığın parogenezinde ve tedavisinde ortak yönler mevcuttur. Burada romatoid artrit ve hidradenitis suppurativa birlikteliği olan bir olguda adalimumab deneyimi sunulacaktır.

Olgu sunumu: 51 yaşında kadın hasta, polikliniğimize 30 yaşından beri tekrarlayan abse şikayeti nedeniyle başvurdu. Bu nedenle daha önce topikal ve sistemik antibiyotikler kullanmış fayda görmemişti. Romatoid artrit de olan hasta bu nedenle metotreksat, sistemik steroid, leflunomid kullanıyordu, ancak eklem ağrıları ve CRP yüksekliğinin devam ettiği öğrenildi. Özgeçmişinde romatoid artrit dışında obezite cerrahisi geçirme öyküsü ve hipertansiyonu mevcuttu. Rutin tetkikleri CRP yüksekliği dışında doğal olan hastaya adalimumab başlandı. Tedavinin 12. Haftasında akıntılı lezyonları gerileyen hastanın eklem ağrıları da geriledi. Yan etki izlenmeden tedaviye devam edildi.

Sonuç: Hidradenitis suppurativaya komobiditeler sıklıkla eşlik etmektedir. Hastalar bu açıdan da sorgulanmalıdır. Anti-TNF tedaviler her iki hastalık patogenezinde de etkin olduğundan romatoid artrit ve HS birlikteliğinde iyi bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: hidradenitis suppurativa, romatoid artrit, adalimumab

SS16

Behçet Hastalarında Paterji Testi Pozitifliğinin Hematolojik Parametrelerle İlişkisinin Araştırılması

Nurcan Metin¹, Çağrı Turan²

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

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

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

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

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

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

Tables

Table 1. Evaluation of the demographic characteristics of the participants

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

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

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

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

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

Parameters	Independent sample, n=156	Dependent samples, n=30 Omalizumab treatment		p ₁ -value*	p ₂ -value*	p ₂ -value**
	Healthy control (A)	0 th month (B)	3 rd month (C)			
Hemoglobin (g/dl)	14.4 $\pm$ 1.3	14.6 $\pm$ 1.4	14.6 $\pm$ 1.5	0.446	0.473	0.381
Neutrophil (10 ⁹ /mm ³)	4.01 $\pm$ 1.42	5.52 $\pm$ 2.17	4.80 $\pm$ 1.68	<0.001	0.009	0.017
Lymphocyte (10 ⁹ /mm ³)	2.36 $\pm$ 0.65	2.31 $\pm$ 0.81	2.44 $\pm$ 0.73	0.609	0.449	0.105
Monocytes (10 ⁹ /mm ³)	0.54 $\pm$ 0.13	0.62 $\pm$ 0.21	0.63 $\pm$ 0.21	0.005	0.002	0.790
Platelet (10 ⁹ /mm ³)	266 $\pm$ 58	298 $\pm$ 72	299 $\pm$ 81	0.004	0.016	0.934
PCT (10 ⁻²)	26 $\pm$ 5.9	29.8 $\pm$ 7.5	29.9 $\pm$ 7.6	0.014	0.006	0.626
MPV (fl)	9.4 $\pm$ 1.4	9.9 $\pm$ 0.9	10.0 $\pm$ 0.8	0.024	0.018	0.779
NLR (10 ⁻²)	178 $\pm$ 71	269 $\pm$ 164	222 $\pm$ 132	<0.001	0.147	0.035
MLR (10 ⁻²)	25 $\pm$ 7	27 $\pm$ 10	26 $\pm$ 10	0.296	0.398	0.656
PLR	119 $\pm$ 35	145 $\pm$ 63	141 $\pm$ 94	0.015	0.439	0.371
SII (10 ⁹ /mm ³)	474.5 $\pm$ 209.3	780.1 $\pm$ 443.1	637.9 $\pm$ 541.2	<0.001	0.211	0.041

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

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

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

SS17

Akne Vulgarisli Hastalardaki Serum Vitamin D Seviyelerinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Analiz

Hüsna Güder

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji A.D., Feyzullah Caddesi no:39, Maltepe/İstanbul.
ORCID: 0000-0001-8604-022X

Özet

Amaç: Vitamin D, immünmodülatör etkileri olan ve sistemik inflamatuvar birçok hastalıkla ilişkisi bildirilmiş bir vitamindir. Meta analiz ve randomize kontrollü çalışmalarda vitamin D eksikliğinin akne vulgaris hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yaygın olduğunu ve Vitamin D takviyesinin akne tedavisinde yararlı olduğunu bildirmiştir. Biz de polikliniğimize başvuran akne vulgarisli hastalarımızın vitamin D seviyelerini incelemeyi ve serum vitamin D düzeylerinin akne şiddeti ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve yöntemler: Ocak 2019-Aralık 2021 tarihleri arasında hastanemiz dermatoloji polikliniğine başvurup akne tanısı almış ve vitamin D ölçümü yapılmış olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, özgeçmiş, akne süresi, vitamin D düzeyi, vitamin D ölçümü hangi ayda bakıldığı incelendi. Vitamin D düzeyi; çok şiddetli yetersizlik 0- 10 ng/ml, yetersizlik 11-20 ng/ml, hafif yetersizlik 21-29 ng/ml ve Vit D yeterliliği 0-30 ng/ml olarak alındı. Bütün yetersizlikler Vitamin.D eksikliği olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastalarımızın 58 (%68,2)'i kadın, 27 (%31,8)'si erkekti. Akne şiddeti ile vitamin D eksikliği derecesi arasındaki ilişki anlamlı değildi. (p=0.06) (Tablo 1) Hastaların 5 (%5,9)'inde vitamin D düzeyi normalken %94,1'inde vitamin D eksikliği mevcuttu. Bunların 19 (%22,3)'unda hafif yetersizlik, 39(%45,9)'unda yetersizlik ve 22(%25,9)'inde şiddetli yetersizlik vardı. (Tablo 2)

Sonuç: Çalışmamız akne vulgarisli hastalarda serum vitamin D seviyelerinin düşük olduğunu gösterdi. Bu, akne vulgarisli hastaların vitamin D yetersizliği ve eksikliği açısından taranmasının önemini işaret etmektedir. Akne vulgariste vitamin D'nin önemini incelemek için büyük ölçekte ve daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Akne vulgaris, Vitamin D, Vitamin D eksikliği

ANALYSIS OF SERUM VİTAMİN D LEVELS IN PATIENTS WITH ACNE VULGARIS: A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS

Summary

Objective: Vitamin D is a vitamin that has immunomodulatory effects and has been reported

to be associated with many systemic inflammatory diseases. In meta-analysis and randomized controlled studies, vitamin D deficiency was more common in acne vulgaris patients than in healthy controls. We aimed to examine the vitamin D levels of our patients with acne vulgaris who applied to our outpatient clinic and to examine the relationship between serum vitamin D levels and acne severity.

Materials and methods: Patients who applied to the dermatology outpatient clinic of our hospital between 2019 -2021 and were diagnosed with acne and had vitamin D measurements were evaluated retrospectively. The age, gender, history, duration of acne, vitamin D level, and the seasonal vitamin D measurement was taken were examined. Vitamin D level; very severe insufficiency 0-10 ng/ml, insufficiency 11-20 ng/ml, mild insufficiency 21-29 ng/ml, and Vitamin D sufficiency 30 ng/ml and above. All insufficiencies were evaluated as Vit.D deficiency.

Results: The relationship between acne severity and the degree of vitamin D deficiency was not significant. (p=0.06) (Table 1) While 5 (5.9%) of the patients had normal vitamin D levels, 94.1% had vitamin D deficiency. Of these, 19 (22.3%) had mild insufficiency, 39 (45.9%)

insufficiency, and 22 (25.9%) severe insufficiency. (Table 2)

Conclusion: Our study showed that serum vitamin D levels were low in patients with acne vulgaris. This indicates the importance of screening patients with acne vulgaris for vitamin D insufficiency and deficiency. Large-scale and more clinical trials are needed to examine the importance of vitamin D in acne vulgaris.

Key words: Acne vulgaris, Vitamin D, Vitamin D deficiency

Giriş

Akne gençlerde en sık karşılaşılan deri hastalıklarındandır. Tüm dünya popülasyonunun yaklaşık %10'unu etkileyen hastalık sıklıkla genç erişkin yaş grubunda görülür. Gelişiminde pilosebose ünitenin kronik inflamasyonunun rol aldığı multifaktöriyel bir hastalık olan akne, klinikte yüz, omuz, sırt ve göğüs bölgelerinde ortaya çıkan değişken derecelerde komedon, papül, püstül, nodül ve kistlerle karakterizedir. (1-3) Vitamin D (1,25- dihidroksi vitamin D [1,25(OH)2D]) kalsiyum ve kemik metabolizmasının düzenlenmesi başta olmak üzere birçok organ ve sistemde görev olan yağda çözünen bir vitamindir. (2) Vitamin D'nin vücuttaki en büyük rolü, bağırsak emilimini düzenleyerek kalsiyum, demir, magnezyum, fosfat ve çinko seviyelerini korumaktır. (4) Cinsiyet, yaş, obezite, cilt tipi, pigmentasyon, etnik köken, sigara kullanımı, hareketsiz yaşam, ölçümün yapıldığı mevsim ve coğrafi bölge dâhil olmak üzere birçok faktör düşük vitamin D seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir. (4)

Vitamin D, immünmodülatör etkileri olan ve sistemik inflamatuvar birçok hastalıkla ilişkisi bildirilmiş bir vitamindir. Birkaç in vitro çalışmada insan sebositlerinde Vit. D reseptörlerinin olduğu ve vitamin D'nin lipid ve sitokin üretimini ve keratinositlerin ve sebositlerin çoğalmasını ve farklılaşmasını düzenlendiği bildirilmiştir. Vitamin D, akne patogeneğinde rol oynayan Cutibacterium Acnes kaynaklı Th17 farklılaşmasını ve akne hastalarında arttığı gösterilen İnterlökin 17 (IL17) ekspresyonunu

inhibe eder. Vitamin D düzeyleri ve akne şiddeti arasında ters orantı olduğu görülmüş ve vitamin D takviyesi ile inflamatuvar akne lezyonlarında azalma izlenmiştir. (3, 5) Meta analiz ve randomize kontrollü çalışmalarda Vitamin D eksikliğinin akne vulgaris hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yaygın olduğunu ve Vit. D takviyesinin akne tedavisinde yararlı olduğunu bildirmiştir. (2, 3, 6, 7) Biz de polikliniğimize başvuran akne vulgarisli hastalarımızın vitamin D seviyelerini incelemeyi ve serum vitamin D düzeylerinin akne şiddeti ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Materyal Metod

Hastaların seçimi

Ocak 2019- Aralık 2021 tarihleri arasında hastanemiz dermatoloji polikliniğine başvurup akne tanısı almış ve vitamin D ölçümü yapılmış olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, özgeçmiş, akne süresi, vitamin D düzeyi, vitamin D ölçümü hangi ayda bakıldığı incelendi. Akne kliniği komedonal, papülopüstüler, papülonodüler, nodülokistik olarak sınıflandırıldı. Komedonal hafif, papülopüstüler orta, papülonodüler şiddetli, nodülokistik çok şiddetli olarak derecelendirildi. Vitamin D düzeyi; çok şiddetli yetersizlik ≤ 10 ng / ml, yetersizlik 11-20 ng / ml, hafif yetersizlik 21-29 ng/ml ve Vitamin D yeterliliği ≥ 30 ng/ml olarak alındı. Bütün yetersizlikler Vit.D eksikliği olarak değerlendirildi.

Dahil edilme ve hariç tutulma kriterleri

12 yaş altı, 50 yaş üzeri olan hastalar ve bilgileri eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

İstatistiksel yöntem

Nicel değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler n (%) olarak ifade edildi. Cinsiyet ile akne şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ki kare testi, cinsiyet ile D vitamini seviyesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Mann Whitney U testi yapıldı. Akne şiddeti ile vitamin D eksikliği arasında ilişkinin değerlendirilmesi için ki kare testi yapıldı. Mevsimler ile akne şiddeti ve vitamin D eksikliği arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için İstatistiksel olarak 0,05'den küçük p değeri anlamlı kabul edildi.

Etik Onay

Çalışma, yerel klinik araştırmalar etik kurulu tarafından onaylandı (onay numarası: 2021/900- 82) ve "Helsinki Deklarasyonu"nun en son versiyonuna ve "İyi Klinik Uygulama Rehberi"ne göre yapıldı.

Bulgular

Hastalarımızın 58 (%68,2)'i kadın, 27 (%31,8)'si erkekti. Hastaların ortalama akne süresi $5,1 \pm 4,6$ yıldır. Beş (%5,9) hastada komedonal, 34 (%40) hastada papülopüstüler, 39 (%45,9) hastada papülonodüler, 7 (%8,2) hastada nodülokistik akne tespit edildi. Akne şiddeti ile vitamin D eksikliği derecesi arasındaki ilişki anlamlı değildi. ($p=0.06$) (Tablo 1)

Hastaların 5 (%5,9)'inde vitamin D düzeyi normalken %94,1'inde vitamin D eksikliği mevcuttu. Bunların 19 (%22,3)'unda hafif yetersizlik, 39(%45,9)'unda yetersizlik ve 22(%25,9)'inde şiddetli yetersizlik vardı. (Tablo 2)

Vitamin D düzeyleri kadınlarda erkeklere oranla daha düşüktü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. ($p=0.017$) Vitamin D eksikliği alt grup analizinde yine kadın ve erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p=0.043$) (Tablo 2) Ortalama Vitamin D düzeyi kadınlarda $14,6\pm7,7$, erkeklerde $20,8\pm13,8$ ve tüm hastalarda $16,6\pm10,4$ olarak tespit edildi.

Kadın ve erkekler arasında akne şiddeti açısından farklar anlamlıydı. Erkeklerde anlamlı olarak akne şiddeti daha fazlaydı. ($p=0.013$) (Tablo 2)

Hangi mevsimde vitamin D seviyesine bakıldığı D vitamini eksikliği olup olmadığını etkiliyordu. ($p=0.012$) Sırasıyla en çok kış, ilkbahar, sonbahar ve en az yaz aylarında vitamin D eksikliği tespit edildi. Mevsim ile akne şiddeti arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p=0.754$) (Tablo 3)

Tartışma

Vitamin D sağlıklı bir yaşam için gereklidir, eksikliği birçok hastalık ile ilişkilendirilmektedir. Vitamin D'nin sitokin üretimi süreçlerine katıldığı, keratinositlerin ve sebositlerin çoğalmasını ve farklılaşmasını düzenlediği bilinmektedir. Meta analizlerde ve randomize kontrollü çalışmalarda akne vulgarisli hastaların serum vitamin D düzeyleri sağlıklı kontrollere göre düşük bulunmuş, vitamin D takviyesinin akne tedavisinde yararlı olduğu ileri sürülmüştür.

Fakat vitamin D'nin akne vulgaris patogenezinde oynadığı rol halen tam olarak bilinmemektedir (2, 3, 5, 6, 8, 9) Biz de polikliniğimize başvuran akne vulgarisli hastalarımızın vitamin D seviyelerini incelemeyi ve serum vitamin D düzeylerinin akne şiddeti ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Akne şiddeti ile vitamin D seviyelerinin ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bazılarında vitamin D seviyelerinin şiddetli aknesi olan grupta daha düşük olduğu saptanırken bazılarında herhangi bir fark bulunamamıştır. Bazılarında ise vitamin D takviyesinin inflamatuvar akne lezyonlarında azalmaya yol açtığı saptanmıştır (1, 3, 7) Biz çalışmamızda akne şiddeti ile serum vitamin D seviyeleri arasında bir ilişki saptamadık. Bunda çalışmamızın retrospektif olmasının ve hasta sayımızın az olmasının da bir katkısı olabilir.

Akne vulgarisli kadınlar ve erkeklerin vitamin D düzeyini karşılaştırılan güncel çalışmalarda kadınlarda erkeklere oranla serum vitamin D seviyeleri daha düşük bulunmuştur. (7) Biz de benzer şekilde akne vulgarisli kadın hastalarımızda serum vitamin D seviyelerini erkeklere oranla daha düşük bulduk. Çok sayıda çalışma, erkeklerde D vitamini düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. (4) Kadınlarda daha fazla vücut yağının olması eğilimi, erkeklerin dışarıda daha fazla vakit geçirmesi eğilimi, kadınların kozmetik kaygılar nedeniyle güneşten korunma davranışı ve bazı kadınların dini inançları nedeniyle kapalı giysiler giymeleri kadınlarda erkeklere göre daha fazla vitamin D eksikliğine neden olan faktörler olabilir.(4) Çalışmamız retrospektif olduğundan

hastaların vücut ağırlıkları, güneşe maruziyet ve güneş koruyucu kullanıp kullanmadıkları değerlendirilememiştir.

Akne şiddeti ile cinsiyet karşılaştırıldığında akne şiddeti erkek akne vulgarisli hastalarımızda daha fazlaydı. Bu hafif ve orta dereceli akne vulgarisli erkeklerin hastalıklarını kadınlara nazaran daha az önemsemelerinden dolayıyla akne tedavisi için dermatoloji polikliniklerine başvurularının az olmasından kaynaklanabilir.

Bilindiği üzere insanlarda vitamin D seviyeleri yılın 4. ayından 8. ayına kadar olan sezonda daha yüksek serum konsantrasyonlarındadır. (10) Bizim hastalarımızda da benzer şekilde ilkbahar ve yaz döneminde serum vitamin D seviyeleri diğer sezonlara göre anlamlı derecede daha yüksekti. Mevsim dönemi ile akne şiddeti arasında ise anlamlı bir ilişki saptamadık. Bu durumun serum vitamin D konsantrasyonlarıyla akne şiddeti arasında bir korelasyon saptamamamızdan kaynaklanabileceğini düşündük.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmamız retrospektif bir çalışma olduğundan hastaların giyinme alışkanlıkları, güneşte kalma durumları, deri fototipleri, güneş koruyucu kullanımları değerlendirilememiştir.

Sonuç

Çalışmamız akne vulgarisli hastalarda serum vitamin D seviyelerinin düşük olduğunu gösterdi. Bu, akne vulgarisli hastaların vitamin D yetersizliği ve eksikliği açısından taranmasının önemini işaret etmektedir. Akne vulgariste vitamin D'nin önemini incelemek için büyük ölçekte ve daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç vardır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Kaynaklar

1. Kemeriz F, Tuncer S, Acar EM, Tuğrul B. Evaluation of 25-hydroxy vitamin D levels and disease severity in patients with acne vulgaris. Dermatologic therapy. 2020;33(3):e13393.
2. Wang M, Zhou Y, Yan Y. Vitamin D status and efficacy of vitamin D supplementation in acne patients: A systematic review and meta-analysis. J Cosmet Dermatol. 2021.

3. Lim SK, Ha JM, Lee YH, Lee Y, Seo YJ, Kim CD, et al. Comparison of Vitamin D Levels in Patients with and without Acne: A Case-Control Study Combined with a Randomized Controlled Trial. PLoS One. 2016;11(8):e0161162.
4. Sezgin G, Ozturk G, Turkal R, Caykara B. Vitamin D Levels of Outpatients Admitted to a University Hospital in the Marmara Region of Turkey Over 3 Years. J Med Biochem. 2019;38(2):181-7.
5. Yildizgören MT, Togral AK. Preliminary evidence for vitamin D deficiency in nodulocystic acne. Dermatoendocrinol. 2014;6(1):e983687.
6. Acharya P, Mathur M. Vitamin D deficiency in patients with acne vulgaris: A systematic review and meta-analysis. The Australasian journal of dermatology. 2020;61(1):e146-e9.
7. Alhetheli G, Elneam AIA, Alsenaid A, Al-Dhubaibi M. Vitamin D Levels in Patients with and without Acne and Its Relation to Acne Severity: A Case-Control Study. Clinical, cosmetic and investigational dermatology. 2020;13:759-65.
8. Toossi P, Azizian Z, Yavari H, Fakhim TH, Amini SHS, Enamzade R. Serum 25-hydroxy vitamin D levels in patients with acne vulgaris and its association with disease severity. Clin Cases Miner Bone Metab. 2015;12(3):238-42.
9. El-Hamd MA, El Taieb MA, Ibrahim HM, Aly SS. Vitamin D levels in acne vulgaris patients treated with oral isotretinoin. Journal of cosmetic dermatology. 2019;18(1):16-20.
10. Klingberg E, Oleröd G, Konar J, Petzold M, Hammarsten O. Seasonal variations in serum 25-hydroxy vitamin D levels in a Swedish cohort. Endocrine. 2015;49(3):800-8.

Tablo 1. Akne şiddeti ve D vitamini düzeyleri arasındaki ilişki

Normal		Vitamin D Seviyesi				Total p de- ğeri	
≥30 ng/ml		Hafif yetersizlik 21-29 ng/ ml	Yetersizlik 11-20 ng/ ml	Şiddetli ye- tersizlik ≤10 ng/ml			
Akne Şiddeti	Komedonal (Hafif)	0	0	5	0	5	
	Papülopüstüler (Orta)	2	9	19	4	34	
	Papülonodüler (Şiddetli)	2	9	12	16	39	
	Nodülökistik (Çok şiddetli)	1	1	3	2	7	
Total		5	19	39	22	85	0.06*

*: ki kare testi

Tablo 2. Kadın ve erkekler arasında akne şiddeti ve vitamin D düzeyi arasındaki farklar

	Kadın (n/%)	Erkek (n/%)	Total (n/%)	p değeri
Akne Şiddeti	58 (%68,2)	27 (%31,8)	85	0.013*
Komedonal (Hafif)	4 (%6,9)	1 (%3,7)	5 (%5,9)	
Papülopüstüler (Orta)	26 (%44,8)	8 (%29,6)	34 (%40)	
Papülonodüler (Şiddetli)	27 (%46,6)	12 (%44,5)	39 (%45,9)	
Nodülokistik (Çok şiddetli)	1 (%1,7)	6 (%22,2)	7 (%8,2)	
Vitamin D Seviyesi				0.043*
≥30 ng/ml Normal	2 (%3,4)	3 (%11,1)	5 (%5,9)	
21-29 ng/ml Hafif yetersizlik	9 (%15,5)	10 (%37)	19 (%22,3)	
11-20 ng/ml Yetersizlik	31 (%53,5)	8 (%29,7)	39 (%45,9)	
≤10 ng/ml Şiddetli yetersizlik	16 (%27,6)	6 (%22,2)	22 (%25,9)	
Ortalama Vitamin D Düzeyi	14,6±7,7	20,8±13,8	16,6±10,4	0.017**
Akne Süresi (yıl)	4,9±4,1	5,5±5,8	5,1±4,6	

*: ki kare testi **: Mann Whitney U testi

Tablo 3. Mevsim ile akne şiddeti ve vitamin D düzeyi arasındaki ilişkiler

	Kış	İlkbahar	Yaz	Sonbahar	Total	p değeri
Akne Şiddeti (n)						0.754*
Komedonal (Hafif)	3	2	0	0	5 (%5,9)	
Papülopüstüler (Orta)	13	7	4	10	34 (%40)	
Papülonodüler (Şiddetli)	17	12	4	6	39 (%45,9)	
Nodülokistik (Çok şiddetli)	3	2	0	2	7 (%8,2)	
Vitamin D Seviyesi (n)						0.012*
≥30 ng/ml Normal	0	2	2	1	5 (%5,9)	
21-29 ng/ml Hafif yetersizlik	5	5	0	9	19 (%22,3)	
11-20 ng/ml Yetersizlik	18	10	4	7	39 (%45,9)	
≤10 ng/ml Şiddetli yetersizlik	13	6	2	1	22 (%25,9)	

*: ki kare testi

SS18

IL-17 Blokajı İlişkili HPV Alevlenmesi

Fahrettin Küçükhemek, Yağmur Aypek, Betül Öğüt, Esra Adışen

SS19

Deri Rengi Yüz Papülleri ile Başvuran Bir Hastada Akla Gelmesi Gereken Tanılardan Biri:Frontal Fibrozan Alopesi

Sezgi Sarıkaya Solak, Hande Yelgen, Akın Arif Kurtoğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Frontal fibrozan alopesi (FFA), ortak histopatolojik özellikleri nedeniyle sıklıkla liken planopilarisin (LPP) klinik bir varyantı olarak kabul edilen primer lenfositik skatrisyel alopesidir. FFA, frontal, temporal veya frontotemporal saç çizgisinin gerilemesi ile karakterizedir. Klinik bulgular genellikle kaş ve saç dökülmesini içerir. FFA'da görülen bulgulardan biri olan ve genellikle asemptomatik olan yüz papüllerinin varlığıdır. FFA tanısında kullanılan minör kriterlerden biridir. Bu bildiriye, polikliniğimize yüzündeki papüller nedeni ile başvuran, saç dökülmesi ile ilgili şikayeti olmayan fakat muayene sonucunda FFA ve ilişkili yüz papülleri tanısı konulan bir hasta sunulmaktadır.

Elli bir yaşında kadın hasta üç yıldır bilateral temporal bölgelerde var olan kabarıkliklar şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın saç kaybı veya saçlarında dökülmeyeyle ilgili bir şikayeti bulunmuyordu. Hastanın özgeçmişinde hipotiroidi mevcuttu ve 50 mcg/gün levotiroksin kullanmaktaydı. . Fizik muayenesinde frontal bölgede saç kaybı ve “yalnız saç” bulgusu , frontal ve temporal bölgede deri renginde, çok sayıda papülleri vardı. Yapılan dermoskopide hafif perifoliküler eritem ve foliküler hiperkeratoz saptandı. Hastanın frontal bölgesindeki papüllerden alınan deri biyopsisinin histopatolojik inceleme sonucu frontal fibrozan alopesi ile uyumluydu.

Glabellar kırmızı noktalar, vücut kıllarının tutulumu, liken planus pigmentosus, frontal venlerin deprese olması ve yüz papülleri gibi FFA'nın diğer klinik bulgularıdır .FFA tedavisi için bir konsensus bulunmamaktadır. Tedavi seçenekleri arasında topikal ve intralezyonel steroid, topikal kalsinörin inhibitörleri, topikal minoksidil, 5-alfa-redüktaz inhibitörleri, hidroksiklorokin, isotretinoin bulunmaktadır.

Burada yüzündeki papüller ndeniyle başvuran bir hastada FFA ve ilişkili yüz papülleri tanısı konulmuş bir vaka sunulmaktadır. Deri rengi yüz papüllerinin tanınması ve FFA ile ilişkili bir bulgu olduğunun bilinmesi, bu bulguyla başvuran hastalarda saç dökülmesi şikayeti olmasa bile FFA tanısının akla gelmesini sağlayacaktır. Böylece FFA tanısı gecikmeden konulacak ve erken tedavi ile geri dönüşümsüz saç kaybı önlenecektir.

SS20

Demodeks Yoğunluğunun Akne Şiddeti ile İlişkisinin Belirlenmesi ve Sağlıklı Popülasyon ile Karşılaştırılması

Arzu Ferhatosmanoğlu, Leyla Baykal Selçuk, Deniz Aksu Arıca

KTÜ Tıp Fakültesi, Dermatoloji ABD

Giriş/Amaç: Demodeks akarları insanların yüzde 80 ila 90'ında hiçbir klinik semptomu neden olmadan göz kapakları, alın, burun, nazolabial kıvrımlar, yanak ve çene bölgelerinde kolonize olmaktadır. Ancak literatürde demodeks akarlarının papülopüstüler rozasea, fasyal folikülit, akne vulgaris ve kronik blefarit gibi birçok dermatolojik ve oküler bozukluğun etiyolojisinde rol oynadığına dair yayınlar yer almaktadır.

Bu çalışmada akne vulgaris tanısıyla başvuran hastalarda akne şiddeti (hafif, orta, şiddetli akne) ile demodeks yoğunluğu arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı ve bunu sağlıklı popülasyonla karşılaştırmayı amaçladık. Ayrıca sosyodemografik özelliklerin ve beslenme tipinin demodeks yoğunluğu üzerine etkisini ortaya koymayı hedefledik.

Materyal metod: Çalışmamıza dermatoloji polikliniğine başvuran 60 sağlıklı gönüllü ve 150 akne vulgaris hastası olmak üzere toplam 210 kişi dahil edildi. Akne vulgaris tanısı alan hastalar hafif, orta ve şiddetli olmak üzere 3 gruba ayrıldı ve her grupta 50'şer hasta yer aldı. Cinsiyet, medeni durum, boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara-alkol kullanımı, çay-kahve tüketimi, nemlendirici kullanımı, yüz temizleyici ürün ve kapatıcı kullanım sıklığı, deri tipi (kuru/hassas, karma, yağlı) kaydedildi. Beslenme tarzı (akdeniz diyeti, protein temelli diyet, vejeteryan diyeti, Amerikan tarzı diyet) değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza 150 akneli hasta ve 60 kontrol grubu olmak üzere 210 kişi dahil edildi. Topluluğun yaş aralığı 18-46 yaş arasında, yaş ortalaması 24,39 ±6,139 idi. Akneli hasta grubunun 40'ında(26.6%), sağlıklı kontrol grubunun 13'ünde (24.5%) demodeks enfestasyonu izlendi. Hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel fark izlenmedi ($p=0.568$). Hafif akne grubunun 16'sında (32%), orta şiddetli akne grubunun 15'inde (30%), şiddetli akne grubunun 9'unda (18%) demodeks enfestasyonu görüldü, demodeks enfestasyonu açısından kontrol grubu ve hafif, orta, şiddetli akne grupları arasında anlamlı fark izlenmedi (sırasıyla $p=0.229$). Akneli hastalardan 25 yaş altındakilerin 17'sinde(42.5%), 25 yaş üzerindekiilerin 23'ünde(57.5%) demodeks pozitifliği izlenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmiştir ($p=0.008$).

Demodeks enfestasyonu olan akneli hastaların %40'ı, demodeks enfestasyonu olmayan akneli hastaların ise %21'i yüz temizleme ürünü kullanmaktadır ve bu oran demodeksli akneli hastalarda istatistiksel anlamlı olarak yüksektir ($p=0.043$). Demodeksi olan akneli hastalarda 25 yaş üzerinde

olmak, hassas- kuru deri tipi ve obezite demodeks enfestasyonu için risk faktörü olarak izlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda akneli hastalarda demodeks sıklığının akne şiddeti ile ilişkisi ve olası risk faktörleri ortaya konmuştur. Çalışmamızda akneli hastalarda; demodeks sıklığının, 25 yaş ve üzeri olanlarda (2.6 kat) , obezlerde (4.06 kat) ve hassas-kuru cilde sahip olanlarda (7.4 kat) arttığını gösterdik. Sağlıklılarda ise yalnızca 25 yaş üzeri olanlarda demodeks sıklığının arttığını belirledik.

Anahtar Kelimeler: Demodeks, Demodeks folliculorum, Demodikozis, Akne vulgaris

SS21

Primer Ekstrakraniyal-Ektopik Skalp Menengiому: Olgu Sunumu

Emirhan Kandemir, Şirin Yaşar, Ayşe İrem Mert, Fügen Vardar Aker

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Menengiомlar sık görülen intrakraniyal tümörlerdir ve tüm santral sinir sistemi tümörlerinin yaklaşık olarak %13 – 18’ini oluştururlar. Ekstrakraniyal kutanöz menengiомalar ise tüm menengiомaların da %2 sinden azını oluştururlar ve patoloğlar tanı konulması sırasında zorluk çekebilir. 54 yaşında kadın hasta, 13 senedir saçlı deride dev kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Plastik cerrahi kliniğine konsulte edilen hastada lezyon rezeke edildi ve patoloji sonucu “meningiом” ile uyumlu olarak değerlendirildi. Lezyon tabanında ve periostada düzensizlikler mevcut olsa da kemik intakt olarak tespit edildi. Skalp üzerindeki bir tümöral lezyonda ön tanılarda menengiомun ilk olarak akla gelmesi zordur. Oldukça nadir görülen ekstrakraniyal menengiомlar skalp lezyonlarının ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ektopik meningioma, skalp meningioma, ekstrakraniyal kutanoz menengioma

SS22

Nadir Görülen Bir Olgu: Poikilodermik Liken Planus Pigmentozus

**Mehmet Akyürek¹, Gülcan Saylam Kurtipek¹, Meltem Özaslan¹
, Hediye Eker¹, İsmail Harmankaya², Emine Atci²**

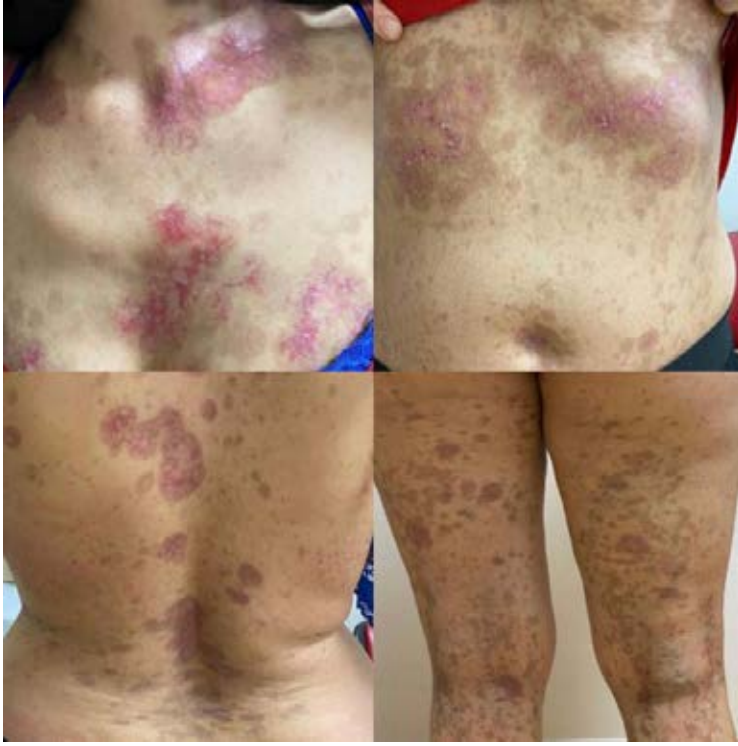
¹ Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya

² Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Konya

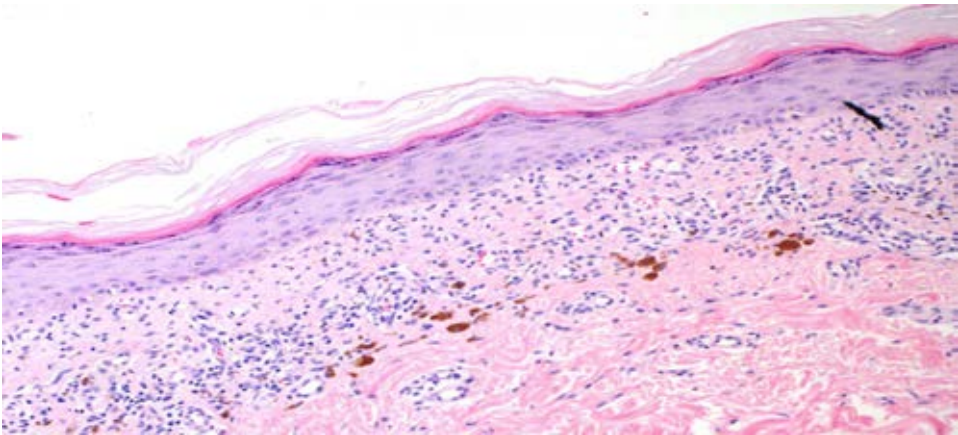
GİRİŞ: Liken planus karakteristik klinik ve histopatolojik bulguları olan kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Klasik olarak kaşıntılı, poligonal, viyolese, üzeri düz papül ve plaklarla prezente olmaktadır. Klasik tutulum dışında hipertrofik, anuler, atrofik, aktinik, lineer, invers, erüptif, büllöz, ülseratif, eritrodermik liken planus ile izole mukoza (oral veya genital) ve tırnak tutulumu görülebilmektedir. Bu varyantlarının yanında liken planus pigmentozus(LPP), liken planopilaris, liken planus pemfigoides ve liken planus- lupus eritematozus overlap sendromu gibi özel varyantları da mevcuttur. Klasik liken planusa klinik olarak tanı koymak çoğu zaman mümkünse de liken planus varyantları çok çeşitli hastalıkları taklit edebilmekte ve tanı için biyopsi alınması gerekebilmektedir(1, 2).

LPP daha çok koyu tenli kişilerde görülen Hint ve Orta Doğu popülasyonunda daha fazla bildirilen nadir bir liken planus varyantıdır. Tetikleyici faktörlerin etkisiyle oluşan melanin inkontinansının eşlik ettiği pigmente makül ve papüllerle karakterizedir. Yaygın tutulum yanında, lineer, perifoliküler, zosteriform, blaschkoid, invers ve poikilodermik alt varyantları bildirilmiştir(3). Bu çalışmamızda oldukça nadir görülen bir poikilodermik liken planus pigmentozus olgusunu sunmaktayız.

OLGU: 35 yaşında kadın hasta vücudunda kaşıntılı, kızarıklık yaralar ve sonrasında kalan siyah lekeler nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde şikayetleri yaklaşık 3 yıl önce gebelik esnasında başlamıştı ve kliniğimizde bir süre takip edilmisti. Daha önce tüm vücutta kaşıntılı, pigmente makül ve papüllerden alınan biyopsi pigmente liken planus ile uyumlu geldi ve hastaya o dönemde tedavisi verildi. Hasta gebe olduğu için 1 ay sistemik steroid ve ardından 3 ay dar bant UVB tedavisi verildi. Bu tedaviden tam fayda görmeyen hastaya gebelik sonlandıktan sonra 6 ay oral metotreksat tedavisi verildi. Covid-19 pandemisi nedeniyle kontrollere gelemeyen hasta son birkaç aydır artan kızarıklık ve kaşıntı nedeniyle başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde sırtta, göğüs ön yüzde, karında, alt ve üst ekstremitelerde eski lezyonlara ait postinflamatuvar hiperpigmentasyon ile bu bölgelerde atrofik, telenjektatik, hipo/hiperpigmentasyonun eşlik ettiği poikilodermik plaklar mevcuttu. Bazı plaklarda skuam bulunmaktaydı. Sağlı deri, tırnak ve mukoza tutulumu yoktu (Şekil 1). Hastadan alınan punch biyopsi sonucu liken planus ile uyumluydu (Şekil 2). Kan tetkiklerinde anormallik saptanmadı. Hastaya metotreksat tedavisi yeniden başlandı.



Şekil 1: Göğüs ön yüz, karın, sırt ve alt ekstremitelerde atrofik, postinflamatuar hiperpigmentasyon ve poikilodermik plaklar



Şekil 2: Epidermiste incelme, granüler tabakada belirginleşme, bazal tabakada yer yer vakuolizasyon ile yüzeyel dermiste bant tarzında inflamasyon ve pigment inkontinansı görülmekte.(Hematoksilen-eozin,x200)

TARTIŞMA: Poikilodermik LPP ilk defa 2016 yılında Sharma ve arkadaşları tarafından Hint bir kadın hastada rapor edilmiştir(4). 2021 yılında Alakad ve ark. Mısır'da klinik ve histopatolojik durumlarının ele alındığı 16 yeni vaka vaka bildirmişlerdir(5). Poikilodermik LPP klinik olarak diskromi, cilt atrofi, telenjektazi şeklinde poikilodermatoz değişikliklerle birlikte LPP'nin özelliği olan kahverengi/mavimsi gri lekelerin varlığı ile karakterizedir(5). Alakad ve ark. yaptığı çalışmada yetişkinlerde, kadınlarda ve yüzde daha çok görüldüğü vurgulanmıştır. Yüz tutulumundan sonra en sık boyun, ön kol ve eller tutulmaktadır. Bizim olgumuz da orta yaş kadın hastaydı, lezyonlar gövde ve ekstremitelerde görülmekteydi(5). Oral mukoza lezyonları ve klasik liken planus lezyonları ile birliktelik gösterebilmektedir(5). Bizim olgumuzda mukozalar doğaldı, daha önce klasik LPP lezyonlarıyla prezente olmuştu.

Etyolojide viral enfeksiyonlar(özellikle hepatit C), karbonhidrat metabolizma bozuklukları, ilaçlar, yağlar ve kınanın topikal uygulamaları ile güneş maruziyeti yer almaktadır(6). Ayrıca bu varyantın supravenöz ciltte meydana geldiği, venöz genişleme ve gerilim ile cilt sıcaklığında artışla antijenik uyarı meydana geldiğini düşünen yayın mevcuttur(7). Bizim olgumuzda açıklayacak topikal veya sistemik ilaç, eşlik eden hastalık veya enfeksiyon yoktu. Lezyonlar güneş görmeyen alanlarda konumlanmaktaydı. İlk semptomların çıktığı zaman hastanın gebe olması gebeliğin tetiklediği yönünde şüphe uyandırmıştır.

Poikiloderma ile giden diğer hastalıklarla kolayca karıştırılabilmektedir. Poikilodermanın ayırıcı tanısında Civattanin poikiloderması, SLE, dermatomiyozit ve sistemik skleroz ilişkili poikiloderma, poikilodermik mikozis fungoides yer alırken pigment lezyonların ayırıcı tanısında okronozis, rieh melanozu, Hori nevüs, ashy dermatozu ve Dowling-Degos hastalığı yer almaktadır(8). Ayırıcı tanı yapmak için histopatolojik incelemeye çoğu zaman başvurmamak gerekmektedir.

Poikilodermik LPP histopatolojisinde epidermiste kalınlaşma, apoptotik keratinositler ve melanofajlar, bazal tabakada vakuolar dejenerasyon, dermiste bant tarzında lenfosit infiltrasyonu ve melanin inkontinansı görülmektedir. Bu haliyle klasik LPP ile benzer histolojik özellikler göstermektedir(5).

Tedavide liken planusa benzer şekilde tedavi edilmektedir. Öncelikle tetikleyicilerden kaçınmak gereklidir. Sınırlı lezyonlarda topikal steroitler ve kalsinörin inhibitörleri kullanılırken, yaygın tutulum gösterdiğinde sistemik steroid, izotretinoin, asitretin, dapson, hidroksiklorokin, metotreksat tedavileri kullanılabilir. Pigmentasyon tedavisi topikal retinoidler, hidrokinon, Q switch nd:YAG lazer ile tedavi edilebilmektedir. Pigmentasyon artışı yapabileceği için zorda kalınmadıkça fototerapi kullanılmamalıdır(3, 9).

SONUÇ: Poikilodermik LPP oldukça nadir görülen LPP varyantıdır. Klinik olarak oldukça fazla hastalığı taklit etmekteyse de histopatolojik olarak liken planus ve LPP ile uyumluluk göstermektedir. Poikilodermik hastalarda akla getirilmesi yanlış tanı ve tedavilerden kurtaracaktır.

KAYNAKLAR

1. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol*. 2015;1(3):140-9. 2.Wagner G, Rose C, Sachse MM. Clinical variants of lichen planus. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2013;11(4):309-19.
3. Robles-Mendez JC, Rizo-Frias P, Herz-Ruelas ME, Pandya AG, Ocampo Candiani J. Lichen planus pigmentosus and its variants: review and update. *Int J Dermatol*. 2018;57(5):505-14.
4. Sharma VK, Bhari N, Subhadarshani S, Taneja N, Deepak RK. Reticulate Pigmentation Associated with Scarring Alopecia in an Elderly Woman: An Unusual Manifestation of Lichen Planus Pigmentosus. *Indian J Dermatol*. 2016;61(6):700.
5. Alakad R, Nofal A. Poikilodermatous lichen planus pigmentosus: A clinico-histopathological study. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2021;19(2):286-8.
6. Torres J, Pena Romero AG, Reyes E, Garcia Hidalgo L, editors. Lichen planus pigmentosus in patients with endocrinopathies and hepatitis C. *Journal of the American Academy of Dermatology*; 2013: MOSBY-ELSEVIER 360 PARK AVENUE SOUTH, NEW YORK, NY 10010-1710 USA.
7. Zhang RZ, Zhu WY. Lichen planus pigmentosus over superficial leg veins. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2011;9(7):540-1.
8. Nofal A, Alakad R, Selim H, Anis N. Poikilodermatous lichen planus pigmentosus: A unique variant of a common disease. *J 9.Bhutani LK, Bedi TR, Pandhi RK, Nayak NC. Lichen planus pigmentosus. Dermatologica*. 1974;149(1):43-5

SS23

Skabiyezli Hastalarda Demografik Özellikler ile Tam Kan Sayımı Parametreleri ve Total Ige Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Sema Koç Yıldırım

Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Amaç: Skabiyez tüm dünyada çok sayıda hastayı etkileyen ve major bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilen oldukça bulaşıcı bir paraziter hastalıktır. Türkiye’den yapılan bir çalışmada 2017 ile 2019 yılları karşılaştırıldığında skabiyez tanısı alan hasta sayılarında 30 kata yakın artış olduğu ve hastaların yaklaşık %13’ünde topikal tedavi direnci olduğu belirtilmiştir. Literatürde skabiyezli hastaların laboratuvar parametrelerinin değerlendirildiği çok az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı skabiyezli hastaların tam kan sayımı parametreleri ve total Ige düzeylerini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu gözlemsel kesitsel çalışmaya dermatoloji polikliniğinde skabiyez tanısı konulan erişkin hastalar dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, şikayet süresi, şikayet başlangıcı ile tanı alma arasında geçen süre, skabiyez tanısı için alınan tedaviler ve eşlik eden komorbid hastalıklar gibi demografik verileri ve tam kan sayımı ve total Ige düzeyleri kaydedildi. İstatistiksel analizlerde IBM SPSS 22 kullanıldı. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler yüzde olarak verildi. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 57 hastanın 27 (%47,4)’si kadın ve 30 (%52,6)’u erkekti. Hastaların yaş ortalaması $34,23 \pm 11,79$ ’tu. Hastaların ortalama şikayet süresi $11,54 \pm 10,22$ haftaydı. Hastaların %66,7’si başvuru sırasında skabiyez için permetrin krem/losyon ve Wilkinson pomadının da dahil olduğu uygun tedavi seçeneklerinden en az birini almıştı. Uygun tedavi alan hastaların %31,7’si ise tedavi seçeneklerini 2 ya da daha fazla kez uygulamıştı. Hastaların ortalama total Ige düzeyleri $95,24 \pm 181,85$ kU/L (minimum 1,8, maksimum 997,1) olup %19,3’ünün total Ige düzeyi 100 kU/L’den yüksekti. Hastaların şikayet süresi, tanı alma süresi, aldığı tedavi sayısı ve tam kan sayımı parametreleri ile total Ige düzeyleri arasında ilişki yoktu. Hastaların ortalama nötrofil lenfosit oranı (NLR) $2,12 \pm 0,98$ olup bu oran ile şikayet süresi, tanı alma süresi, alınan tedavi sayısı ve total Ige düzeyi arasında ilişki yoktu.

Sonuç: Skabiyezli hastalarda total Ige düzeyleri, NLR ve diğer tam kan sayımı parametreleri ile şikayet süresi, tanı alma süresi, alınan tedavi sayısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır, ancak bu parametrelerin skabiyez hastalık şiddeti ve tedavi yanıtı ile karşılaştırıldığı ve daha fazla sayıda hastanın yer aldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: scabies, treatment, complete blood count, total Ige

SS24

Sistemik Lupus Eritematosuslu 2 Olguda Nadir Görülen Saç Kaybı Paterni: Skatrisyel Alopesi

**Esra Yıldırım Bay¹, İlteriş Oğuz Topal¹, Servet
Topal¹, Sıla Özlem Aktaş², Özben Yalçın²**

¹ Prof. Dr. Cemil Taçcioğlu Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

² Prof. Dr. Cemil Taçcioğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği

Giriş: Lupus eritematozus (LE) çeşitli klinik spektrumlar ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Bu klinik spektrumlar içerisinde skatrisyel ve skatrisyel olmayan alopesiler yer almaktadır. Burada atipik bir klinik olarak skatrisyel alopesik plaklara sahip, sistemik LE'li (SLE) 2 kadın hastanın klinik, trikoskopik ve histopatolojik bulguları nadir olması yönüyle sunulacaktır.

Olgu sunumu: İlk olgu 36 yaşında 8 yıldır SLE nedeniyle takip edilen kadın hasta, 3 ay önce başlayan yanma hissi sonrası farkedilen saç dökülmesi nedeniyle tarafımıza başvurdu. Dermatolojik muayenesinde yanakta hafif eritem, saçlı deride bozuk para büyüklüğünde 3 adet eritemli, skuamli skatrisyel alopesik plaklar izlendi. Trikoskopik incelemede asimetrik, eritemli, hiperpigmente zeminde foliküler tıkaçlar, perifoliküler skuam, kıl foliküllerinde kayıp, ince ve kıvrık saçlar izlendi.

İkinci olgu 41 yaşında 4 yıldır SLE nedeniyle takip edilen kadın hasta, 5 yıldır olan saç kaybı nedeniyle tarafımıza başvurdu. Dermatolojik muayenesinde yanakta hafif eritem, saçlı deride bozuk para büyüklüğünde birkaç adet eritemli, skuamli skatrisyel alopesik plaklar izlendi. Trikoskopik incelemede yapısız eritemli, hiperpigmente zemin üzerinde skuam ve kurut, noktasal damar yapıları, yer yer kıl foliküllerinde kayıp izlendi.

Olguların saçlı derisinden histopatolojik inceleme için punch biyopsi ve DIF alındı. Her iki örneğin histopatolojik incelemesinde epidermal bazal membran kalınlaşması, dermiste perivasküler, periadneksiyel lenfositik infiltrasyon, münin birikimi; DIF incelemesinde ise IgG, IgM, C3 birikimi görüldü. Her 2 olgu klinik, trikoskopik ve histopatolojik bulgularla diskoid lupus eritematozus (DLE) olarak kabul edildi.

Tartışma: Sistemik lupus eritematozusda alopesi görülme oranları %17,3-85,2 arasında değişmektedir.

SLE'li hastalarda DLE ve lupus panniküli/profundus skatrisyel alopesiler içerisinde sınıflandırılırken, difüz veya yama tarzında görülen alopesi paternleri ise non-skatrisyel alopesiler içerisinde sınıflandırılmaktadır. Difüz formda yaygın ve telogen effluviuma benzer şekilde kıl kaybı görülür. Yama tarzı dökülmeler ise üç şekilde ortaya çıkar. Saçlı derinin belli bir bölümünde alopesi areataya benzer, skarsız alopesi halinde görüldüğünde yama tarzı alopesi, frontal saç çizgisi veya skalp

periferinde kıllarda kabalaşma ve incelme olması lupus saçı olarak isimlendirilir. Üçüncü tip ise Blascko çizgilerini izleyen lineer, anüler ya da arkuat şekilde olup skalpin anüler veya lineer lupus panniküliti olarak isimlendirilmektedir.

Skar bırakmayan alopesi, son SLICC sınıflandırma kriterlerine göre SLE tanısı için bir kriter olarak kabul edilmiştir. SLE'li hastaların saçlı derisinde, skar bırakan formlar ve bulgularının izlenmesi nadir görülen bir durumdur ve SLE hastalarının %11,2-17,6'sında DLE geliştiği bildirilmektedir. Ancak son çalışmalarda, SLE'de skar oluşturmeyen alopesinin sıklıkla histoloji ve DIF üzerinde LE'ye özgü değişiklikler gösterdiği ve erken skatrisyel alopesiyi temsil edebileceği öne sürülmüştür.

DLE'nin varlığı, bir kohort çalışmasında önemli ölçüde azalmış artrit ve plörit riski ve daha düşük son dönem böbrek hastalığı riski ile ilişkilendirilerek, daha iyi bir sistemik hastalık prognozu ile bağlantılı bulunmuştur. Sunulan iki vaka ile DLE ve SLE birlikteliği tartışılarak, bu durumun sistemik lupusa eşlik eden bir cilt bulgusu olabileceği ve bu birlikteliğin daha iyi bir sistemik hastalık prognozuyla ilişkilendirildiği konusunda klinisyenlerin farkındalığının artırılması hedeflenmiştir.

SS25

Blastik Plazmasitoid Dendritik Hücreli Neoplazmlı Bir Olgu Bildirimi

İlyas Enes Silay¹, Şirin Yaşar¹, Fügen Vardar Aker²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği İstanbul/TÜRKİYE

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği İstanbul/TÜRKİYE

Blastik plazmasitoid dendritik hücreli neoplazm (BPDHN), plazmasitoid dendritik hücrelerden köken alan, çok nadir görülen, agresif bir malignitedir. BPDHN geçmişte CD4+/CD56+ hematodermik neoplazm ve blastik natural-killer hücreli lenfoma olarak adlandırılmıştır. 2008 WHO myeloid neoplazm ve lösemi sınıflandırmasına göre akut myeloid lösemi ve ilişkili neoplazmlar başlığı altında sınıflandırılmıştır. 2016 WHO sınıflamasına göre akut myeloproliferatif neoplazm başlığı altında kendi kategorisinde incelenmektedir. BPDHN’da sıklıkla kemik iliği ve asemptomatik deri tutulumu olmakla birlikte lenf nodu ve visseral organ tutulumu da görülebilmektedir. Kemik iliği dışında en sık tutulan organ deridir ve sıklıkla kemik iliğinden önce deri tutulumu görülmektedir. BPDHN 53-68 yaş arası erkeklerde daha sıktır. Son zamanlarda 20 yaşın altında ve 60 yaşın üstünde normalden daha sık karşılaşıldığını gösteren çalışmalar sonucu, bimodal insidans paterni gösterdiği ifade edilmiştir. 30 yaşında erkek hasta, 1 aydır var olan, toraks ön yüzde, sırtta ve kolların proksimalinde, çok sayıda, asemptomatik, koyu eritemli infiltrate papül ve nodüllerle tarafımıza başvurdu. Hastadan mastositoz, mikozis fungoides, kutane metastaz ve Langerhans hücreli histiyositoz ön tanıları ile biyopsi yapıldı. Histopatoloji sonucu “blastik plazmasitoid dendritik hücreli neoplazm” ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta hematolojiye yönlendirildi, tüm vücut pozitron emisyon tomografisinde deri hastalığının malign infiltrasyonunu düşündüren çok sayıda lenfadenopati saptandı ve kemik iliği biyopsisi yapıldı. BPDHN’in çok nadir görülmesi ve hematolojik malignitelerde tanıda histopatolojinin çok önemli olması nedeni ile bu olguyu bildirmeye değer bulduk.



3. Hastalıkta ve Sağlıkta

Dermatoloji

16-19 Haziran 2022
Hilton Garden Inn, Mardin

Organizasyon Sekreteryası

B R S

Congress, Incentive and Events

Nihat Kayaöz

nihat.kayaoz@brosgroup.net

Esentepe Mah. Sağlam Fikir Sok. Esen Palas Apt. A Blok
No:2 D:9 Esentepe / Şişli / İstanbul

Tel : +90 (212) 296 66 70 / Fax: +90 (212) 296 66 71

www.hastaliktavesagliktadermatoloji.org