ANADOLU DERMATOLOJİ VE
KOZMETOLOJİ DERNEĞİ

ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ
ADKD

4. ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

4-7 KASIM 2026

ADAM&EVE HOTEL
ANTALYA



https://www.adkd2026.org

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

KURULLAR

KONGRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. Recep Dursun

KONGRE BİLİMSEL DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Gülşen Akoğlu
Prof. Dr. Filiz Canpolat
Prof. Dr. Ercan Çalışkan
Prof. Dr. Munise Daye
Prof. Dr. Murat Durdu
Prof. Dr. Burhan Engin
Prof. Dr. İjlal Erturan
Prof. Dr. Gülhan Gürel
Prof. Dr. Arzu Kılıç
Prof. Dr. Erol Koç
Prof. Dr. Zafer Kurumlu
Prof. Dr. Deren Özcan
Prof. Dr. Server Serdaroğlu
Prof. Dr. Engin Şenel
Prof. Dr. Zafer Türkoğlu
Prof. Dr. Mehmet Yıldırım

Doç. Dr. Ayşenur Botsalı
Doç. Dr. Abdullah Demirbaş
Doç. Dr. Ömer Kutlu
Doç. Dr. İlkay Özer
Doç. Dr. Defne Özkoca
Doç. Dr. Selami Aykut Temiz
Doç. Dr. Cahit Yavuz
Dr. Öğr. Üyesi Burcu Beksaç
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Kağan Özdemir
Uzm. Dr. Çağdaş Akaslan
Uzm. Dr. Dilek Başaran
Uzm. Dr. Nazlı Caf
Uzm. Dr. Dilara Güler
Uzm. Dr. Begüm Işık
Uzm. Dr. Abdullah Yıldız
Uzm. Dr. Sibel Yıldız

**Kurul listesi ünvana göre soyisim sırası ile listelenmiştir.*

ANADOLU DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ DERNEĞİ
ADKD
2022

ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ
ADKD

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-01

Psöriazisli Hastalarda Serum Asprosin Düzeyinin Serum IL-6, IL-17 ve Hastalık Şiddeti ile İlişkisinin Araştırılması

Şeyma Nur Demirci[1], İjlal Erturan[1], Fevziye Burcu Şirin[1], Mehmet Yıldırım[1], Doğukan Gümüşcan[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi

[2]Isparta Şehir Hastanesi

Özet: Psöriazis; keratinosit proliferasyonu ve T-hücre aracılı inflamasyonla karakterize kronik bir dermatozdur. FBN1 kaynaklı bir peptit hormon olan asprosin ise metabolik süreçlerle yakından ilişkilidir. Bu çalışmada, metabolik komorbiditeleri bulunan psöriazis hastalarında serum asprosin düzeylerinin incelenmesi ve bu adipokinin kutanöz inflamasyon ile metabolik disfonksiyon arasındaki rolünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya Ekim 2024-Mart 2025 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğimize başvuran 18 yaş üstü psöriazis hastaları ile yaş ve cinsiyet uyumlu sağlıklı kontroller dahil edildi. Hastaların PASİ skoru, hastalık süresi ve başlangıç yaşı belirlendi; tüm katılımcıların demografik verileri (VKİ, sigara/alkol kullanımı vb.) kaydedildi. Serum asprosin, IL-6 ve IL-17 düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü.Veriler IBM SPSS v23 ile %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde analiz edildi. Normal dağılım Shapiro-Wilk testiyle değerlendirildi; grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi veya Mann-Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkiler Spearman korelasyonu, kategorik veriler Fisher's Exact ve Yates düzeltmesi ile incelendi. Tanısal öngörü için ROC analizi, bağımsız risk faktörlerinin belirlenmesinde ise ikili lojistik regresyon analizi uygulandı. Hasta ve kontrol grubunun fiziksel özellikleri değerlendirildiğinde kilo, VKİ, bel ve kalça çevresi hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla; $p < 0,001$, $p=0,001$, $p < 0,001$, $p=0,007$). Hasta grubunda sigara kullanımı istatistiksel açıdan anlamlı yüksekti ($p < 0,001$). Hastalık başlangıç yaşı erkeklerde anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p=0,023$). Hasta ve kontrol grupları laboratuvar değerleri açısından değerlendirildiğinde WBC (10^3/uL), hs-CRP, monosit (10^3/µL), monosit/HDL değerleri hasta grubunda anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla; $p=0,012$, $p=0,015$, $p < 0,001$, $p=0,035$). Hasta ve kontrol grupları serum asprosin düzeyleri açısından benzerdi ($p=0,49$). Serum IL-17 düzeyleri hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunurken ($p=0,015$), IL-6 düzeyleri açısından gruplar arasında fark saptanmadı ($p=0,222$). Hasta grubunda asprosin düzeyleri; IL-17 ile güçlü ($r=0,647$; $p < 0,001$), IL-6 ile ise orta düzeyde ($r=0,581$; $p < 0,001$) pozitif korelasyon gösterdi. Benzer şekilde, IL-17 ile IL-6 arasında da anlamlı ve güçlü bir pozitif ilişki belirlendi ($r=0,649$; $p < 0,001$). ROC analizinde IL-17 için eğri altındaki alan anlamlı bulundu (AUC=0,669; $p=0,012$); ≥63,533 pg/mL kesme değerinde tanısal duyarlılık, özgüllük, öngörü değerleri ve doğruluk oranı %68,57 olarak saptandı.Serum asprosin düzeyleri hasta ve kontrol grupları arasında farklılık göstermemekle birlikte; IL-17 ve IL-6 ile saptanan güçlü pozitif korelasyon, asprosinin tek başına tanısal bir belirteçten ziyade sistemik inflamasyon ve metabolik stres döngüsüne eşlik eden bir mediatör olabileceğine işaret etmektedir. Bulgularımız, psöriazis izleminde metabolik risk faktörleri ve cinsiyet temelli immün yanıt farklılıklarının göz önünde bulundurulması gerektiğini desteklemekte; asprosinin psöriazis patogenezindeki olası rolünün netleştirilmesi için doku düzeyini de içeren geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Hasta ve Kontrol Gruplarının Demografik, Laboratuvar ve Biyobelirteç Düzeylerinin Karşılaştırılması

Parametreler	Kontrol Grubu (n=35)	Hasta Grubu (n=35)	p Değeri
Demografik ve Antropometrik Veriler			
Yaş (yıl)	40,20 ± 13,38	40,66 ± 13,68	0,888
Cinsiyet, n (%)			1,000
Erkek	19 (%54,3)	20 (%57,1)	
Kadın	16 (%45,7)	15 (%42,9)	
Medeni Durum, n (%)			1,000
Evli	25 (%71,4)	24 (%68,6)	
Bekar	10 (%28,6)	11 (%31,4)	
Boy (cm)	167,86 ± 9,15	169,03 ± 8,50	0,581
Kilo (kg)	71,46 ± 12,78	83,77 ± 13,49	**<0,001**
VKİ (kg/m²)	26,10 (17,90 - 29,60)	28,70 (18,80 - 45,80)	**0,001**
Bel Çevresi (cm)	89,00 (58,00 - 103,00)	101,00 (67,00 - 125,00)	**<0,001**
Kalça Çevresi (cm)	101,00 (87,00 - 116,00)	106,00 (68,00 - 142,00)	**0,007**
Sigara (paket/yıl)	0,00 (0,00 - 40,00)	3,00 (0,00 - 60,00)	**<0,001**
Alkol Kullanımı, n (%)			0,477
Var	3 (%8,6)	6 (%17,1)	
Yok	32 (%91,4)	29 (%82,9)	
Rutin Biyokimyasal ve Hematolojik Parametreler			
WBC (10³/µL)	6,61 (4,70 - 10,70)	7,50 (3,70 - 11,40)	**0,012**
HB (g/dL)	14,82 ± 1,88	14,83 ± 1,72	0,979
Açlık Kan Şekeri (mg/dL)	94,08 (80,60 - 140,78)	94,60 (74,80 - 230,00)	0,459
Trigliserid (mg/dL)	105,00 (42,21 - 419,10)	146,80 (53,90 - 288,70)	0,534
Total Kolesterol (mg/dL)	209,99 ± 44,01	201,29 ± 39,46	0,387
HDL (mg/dL)	50,70 (32,90 - 85,83)	51,80 (35,04 - 72,20)	0,833
LDL (mg/dL)	128,56 ± 38,53	118,66 ± 34,04	0,261
AST (U/L)	20,02 (11,36 - 45,80)	17,60 (11,43 - 71,60)	0,492
ALT (U/L)	19,91 (8,70 - 63,50)	18,73 (6,21 - 86,80)	1,000
BUN (mg/dL)	12,00 (6,00 - 18,00)	12,00 (8,00 - 21,00)	0,859
Kreatinin (mg/dL)	0,83 ± 0,15	0,79 ± 0,17	0,294
hs-CRP (mg/dL)	1,49 (0,20 - 15,30)	2,90 (0,16 - 33,00)	**0,015**
Monosit (10³/µL)	0,50 (0,30 - 0,90)	0,60 (0,20 - 1,30)	**<0,001**
Monosit/HDL Oranı	0,009 (0,005 - 0,017)	0,012 (0,004 - 0,037)	**0,035**
İnflamatuar ve Metabolik Biyobelirteçler			
Asprosin (ng/mL)	35,46 (7,35 - 88,63)	25,18 (12,97 - 381,96)	0,499
IL-17 (pg/mL)	96,92 (34,21 - 322,11)	118,41 (35,89 - 1571,00)	**0,015**
IL-6 (ng/L)	100,14 (16,76 - 192,24)	48,42 (19,97 - 692,55)	0,222

Hasta grubunda asprosin, IL-17, IL-6 ve PAŞİ arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametreler	ASPROSİN (ng/mL) r	ASPROSİN (ng/mL) p	IL-17 (pg/mL) r	IL-17 (pg/mL) p	IL-6 (ng/L) r	IL-6 (ng/L) p	PASİ r	PASİ p
ASPROSİN (ng/mL)	-	-	-	-	-	-	-	-
IL-17 (pg/mL)	**0,647**	**<0,001**	-	-	-	-	-	-
IL-6 (ng/L)	**0,581**	**<0,001**	**0,649**	**<0,001**	-	-	-	-
PASİ	0,053	0,761	0,147	0,399	0,039	0,825	-	-
hs-CRP (mg/dL)	-0,080	0,647	-0,024	0,893	0,013	0,942	0,151	0,386

Anahtar Kelimeler: psöriazis, asprosin, IL-6, IL-17

SS-02

Akne Hastalarında Serum Bisfenol-A Düzeyinin Belirlenmesi ve Akne Şiddeti ile İlişkisinin Araştırılması

Ayşe Avcı[1], Mehmet Yıldırım[1], İjlal Erturan[1], Ayşe Gamze Kılca[2], Duygu Kumbul[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri Ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı

Özet: GİRİŞ: Akne vulgaris, pilosebase üniteyi etkileyen, etiyopatogenezinde genetik, hormonal, immünolojik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Bisfenol-A (BPA), kısmi östrojenik yapıya sahip, yaygın kullanılan bir endokrin bozucu kimyasaldır ve hormon reseptörleri üzerindeki etkileri aracılığıyla sebase bez aktivitesini ve foliküler inflamasyonu artırabileceği düşünülmektedir. Ancak literatürde BPA-akne ilişkisi sınırlı sayıda çalışmayla ele alınmış olup serum BPA düzeyinin tanısal ayırt edici gücünü ROC analiziyle değerlendiren ve klinik alt tiplerle (adölesan/post-adölesan) ilişkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, akne hastalarında serum BPA düzeyinin sağlıklı kontrollerden ayırt edici gücünün ROC analiziyle değerlendirilmesi ve akne şiddeti ile klinik alt tiple ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.YÖNTEM: Bu kesitsel çalışmaya Şubat 2025-Temmuz 2025 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğine başvuran, 18-40 yaş aralığında 70 akne tanılı hasta ve 70 sağlıklı kontrol dahil edildi. Demografik veriler, antropometrik ölçümler ve BPA maruziyet alışkanlıkları anket yoluyla kaydedildi; serum BPA düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü. Akne grubunda global akne derecelendirme skoru ile akne şiddeti ve akne tipi (adölesan/post-adölesan) belirlendi. Serum BPA düzeyinin akne hastalarını sağlıklı kontrollerden ayırt etme gücü ROC eğrisi analizi ile değerlendirildi; Youden indeksine göre optimal kesme değeri hesaplandı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.BULGULAR: Akne grubunun serum BPA düzeyi ortalaması, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksekti (7,15±2,06 ng/mL'ye karşın 5,16±1,37 ng/mL; $p < 0,001$). ROC analizinde serum BPA düzeyi, akne hastalarını sağlıklı kontrollerden ayırt etmede anlamlı ve iyi düzeyde tanısal güç gösterdi (AUC=0,786; $p < 0,001$); ≥5,68 ng/mL kesme değeri için duyarlılık %75,71, özgüllük %70 olarak saptandı. Akne grubunda akne şiddeti ile serum BPA düzeyi arasında anlamlı pozitif korelasyon bulundu. Post-adölesan akne grubunda serum BPA düzeyi (7,62±2,05 ng/mL), adölesan akne grubuna (6,61±1,96 ng/mL) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek saptandı (bağımsız iki örneklem t-testi; t=-2,100; p=0,039); bu bulgu, yaşla birlikte artan kümülatif BPA maruziyetinin post-adölesan dönemde androjen duyarlılığı yüksek pilosebase ünite üzerinde daha belirgin bir etki oluşturabileceğini düşündürmektedir.SONUÇ: Serum BPA düzeyi, ROC analiziyle desteklenen anlamlı bir tanısal ayırt edici güce sahip olup akne vulgariste kolay erişilebilir bir biyobelirteç adayı olarak öne çıkmaktadır. Özellikle post-adölesan akne grubunda gözlenen yüksek BPA düzeyleri, kümülatif çevresel maruziyetin hastalık patogenezine katkıda bulunabileceğine işaret etmektedir. Bulgularımız, akne yönetiminde çevresel endokrin bozucu maruziyetlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini desteklemekte olup BPA'nın akne patogenezindeki nedensel rolünün netleştirilmesi için uzun süreli izlem ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1- Değişkenlere göre Serum Bpa (Ng/Ml) değerlerinin karşılaştırılması

1- Değişkenlere göre Serum Bpa (Ng/Ml) değerlerinin karşılaştırılması

	Ortalama ± Standart Sapma	Ortanca (Minimum: Maksimum)	Test İstatistiği	p	EB [%95 GA]
Akne Tipi					
Adölesan	6,61 ± 1,96	6,26 (2,92: 10,99)	-2,100	**0,039**[x]	-0,503 [-0,978: -0,024]
Postadölesan	7,62 ± 2,05	7,51 (3,44: 12,15)			
Akne Şiddeti					
Hafif (1-18)	6,37 ± 1,62	5,9 (4,53: 9,46)			
Orta (19-30)	7 ± 1,9	6,72 (3,44: 11,46)	1,421	0,275[y]	0,055 [0,000: 0,153]
Şiddetli (31-38)	7,65 ± 1,91	7,27 (4,79: 10,99)			
Çok şiddetli (>39)	7,79 ± 3,99	9,46 (2,92: 12,15)			
Akne Tedavisi Alıyor Mu?					
Hayır	7,43 ± 2,12	7,15 (3,44: 12,15)	0,869	0,388[x]	0,215 [-0,272: 0,700]
Evet	6,98 ± 2,03	6,68 (2,92: 11,46)			
Akne Tedavisi Alıyorsa Hangi Tedaviyi Alıyor?					
Topikal	7,31 ± 2,83	8,03 (2,92: 10,38)			
Sistemik Antibiyotik	6,83 ± 2,06	6,42 (3,47: 9,48)	0,095	0,910[y]	0,005 [0,000: 0,058]
Sistemik İzotretinoin	6,99 ± 1,94	6,49 (4,19: 11,46)			

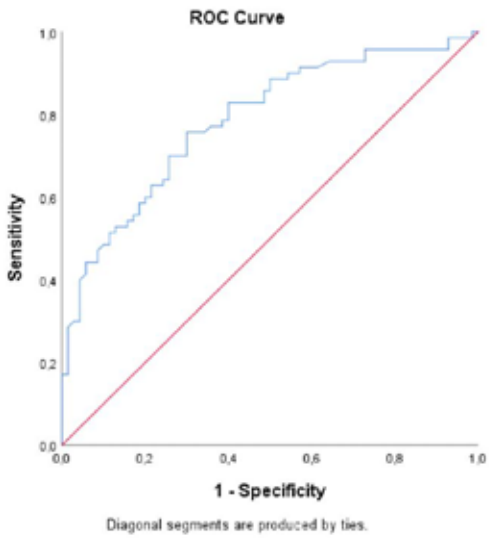
[x] Bağımsız İki Örnek T Testi; [y] Tek Yönlü Varyans Analizi; EB [%95 GA]= Etki Büyüklüğü [%95 Güven Aralığı]: Cohen'in d'si (d) ve eta-kare (η^2)

2- Hasta grubunu ayırt etmede Serum Bpa (Ng/Ml) değişkeni için kesme değer belirlenmesi

2- Hasta grubunu ayırt etmede Serum Bpa (Ng/Ml) değişkeni için kesme değer belirlenmesi

	Kesme değer	AUC (%95 GA)	p	Sensitivity (%)	Specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)
Serum Bpa (Ng/Ml)	≥ 5,68	0,786 (0,711: 0,861)	**<0,001**	%75,71	%70	%71,62	%74,24

AUC (%95 GA): Eğri altında kalan alan (%95 Güven aralığı)



Şekil 1. Hasta grubunu ayırt etmede Serum Bpa (Ng/Ml) değeri için ROC Eğrisi

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, Bisfenol-A, Endokrin bozucu kimyasallar, Akne şiddeti

SS-03

Kutanöz Lenfomayı Taklit Eden Eritrodermik Kurutlu Skabies Olgusu

Zeynep ÇANOLU[1], Fatma Çelik[1], İjlal Erturan[1], Fatma Aksoy Khurami[2], Mehmet Yıldırım[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Özet: Giriş: Kurutlu skabies, Sarcoptes scabiei var. hominis infestasyonunun nadir ve yüksek parazit yüküyle seyreden şiddetli bir formudur. Genellikle immünsupresyon, ileri yaş veya çeşitli kronik hastalıklarla ilişkilendirilmekle birlikte, bilinen risk faktörü bulunmayan hastalarda da gelişebilir. Atipik olgularda klasik skabiyöz tüneller ve belirgin gece pruritusu bulunmayabilir. Yaygın eritem, hiperkeratoz ve deskuamasyon inflamatuvar veya neoplastik dermatozları taklit ederek tanıyı güçleştirebilir. Olgumuzu, kurutlu skabiesin klinik ve Tzanck yayma bulgularında kutanöz lenfomayı taklit edebileceğine dikkat çekmek ve eritrodermi ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması amacıyla sunmaktayız. Olgu: Bilinen sistemik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olmayan 60 yaşında erkek hasta, beş aydır progresif olarak tüm vücuda yayılan döküntü nedeniyle başvurdu. Dış merkezlerde oral antihistaminikler ve sistemik kortikosteroidler kullanmış, özellikle bilastin ve prednizolondan kısmi fayda sağlamış. Dermatolojik muayenede yüz dışında tüm vücutta yaygın, basmakla solmayan eritemli makülopapüler döküntüler (Resim 1,2); gluteal bölge ve ayaklarda belirgin sarı skuam ve hiperkeratoz (Resim 3,4,5); palmar bölgede ise gergin vezikülobüllöz lezyonlar izlendi (Resim 6). HIV ve sifiliz serolojileri negatifti. Eritrodermi etiyolojisine yönelik değerlendirmede pityriasis rubra pilaris, jeneralize kontakt/seboreik dermatit, ilaç erüpsiyonu ve kutanöz T-hücreli lenfoma düşünüldü. Tzanck yaymasında atipik lenfositlerin görülmesi kutanöz lenfoma ön tanısını düşündürdü (Resim 7a,7b); ancak histopatoloji sonucunun skabies ile uyumlu bulunmasıyla kurutlu skabies tanısına ulaşıldı. Tedavisi planlandı.Tartışma: Skabiesin klasik formunda yoğun, özellikle geceleri artan pruritus ve tipik yerleşimlerde izlenen skabiyöz tüneller olan sillonlar tanı açısından yol göstericidir. Ancak hastalığın klinik spektrumu oldukça geniştir ve özellikle atipik formlarda klasik bulguların geri planda kalması tanısal güçlüğe neden olabilir. Kurutlu skabies klasik olarak immünsupresyon, nörolojik hastalık, fiziksel kısıtlılık, ileri yaş, malnütrisyon veya çeşitli kronik hastalıklarla ilişkilendirilmekle birlikte, bu risk faktörlerinin bulunmadığı hastalarda da nadiren ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Mazzola ve ark.'nın bildirdiği güncel bir vaka raporunda yazarlar özellikle ileri yaş hastalarda eritrodermi ve yaygın deskuamasyon varlığında skabiesin ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamıştır. Kurutlu skabies, belirgin immünsupresyon olmaksızın gelişebilir ve eritrodermik prezentasyonla kutanöz lenfomayı taklit edebilir. Bu nedenle, klasik tünellerin veya belirgin gece pruritusunun bulunmadığı; yaygın eritem, skuam ve hiperkeratozun ön planda olduğu olgularda skabiesin akılda tutulması önemlidir. Tedavi açısından ise kurutlu skabies, klasik skabiesten farklı olarak genellikle kombine ve tekrarlayan tedavi yaklaşımlarını gerektirir. Literatürde sistemik ivermektinin uygun topikal skabisid tedaviyle birlikte kullanılması ve hiperkeratotik tabakanın uzaklaştırılmasına yönelik yaklaşımlar önerilmektedir. Özellikle kortikosteroide kısmi yanıt veren, açıklanamayan eritrodermi ve hiperkeratoz olgularında skabies ayırıcı tanıda tutulmalı ve uygun deri örneklemesi erken dönemde yapılmalıdır.

Resim 1



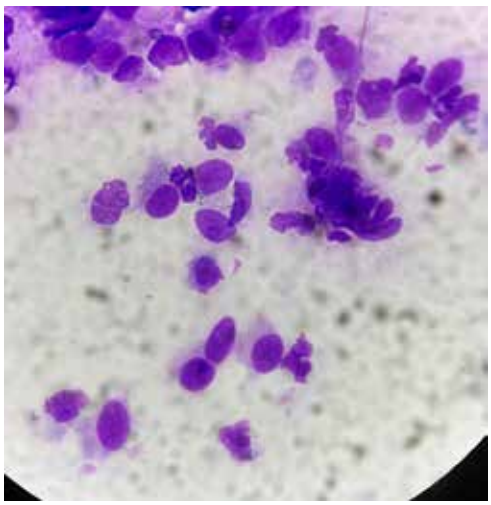
Gövdede diffüz eritem ve basmakla solmayan makülopapüler döküntü

Resim 2



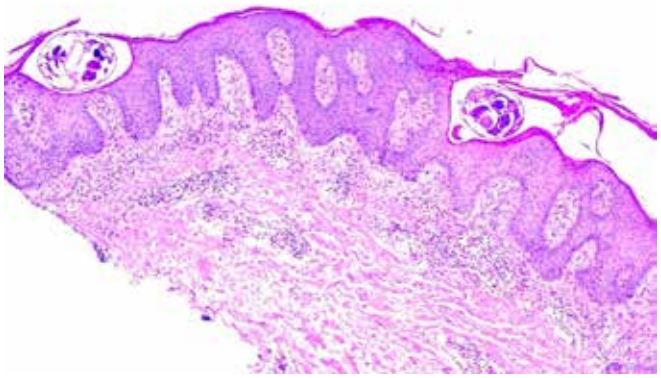
Ayak dorsumlarında kserozis, hiperkeratozis ile plantar bölge ve laterallerinde sarı deskuamasyon

Resim 3



Nükleer düzensizlik ve pleomorfizm gösteren atipik lenfositler izlenmekte.

Resim 4



Stratum korneumda tünel ve içerisinde skabiese ait yapılar izleniyor.

Anahtar Kelimeler: Kurutlu skabies, Eritrodermi, Tzanck yayma, Kutanöz Lenfoma

SS-04

Yoğun Demodex Kolonizasyonu ve Erken Liken Planopilaris: Tanısal İkilem

Ayşenur Esma Demirel Mumsuz[1], İjlal Erturan[1], Fatma Aksoy Khurami[2], Mehmet Yıldırım[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: Giriş: Demodex türleri pilosebase ünitenin yaygın kommensalleridir; ancak artmış yoğunluk ve değişen konak yanıtı inflamasyonla ilişkilendirilmektedir [1]. Saçlı deride Demodex'in eşlik ettiği inflamatuar tablolar, perifoliküler skuam nedeniyle liken planopilaris (LPP) ile klinik ve trikoskopik örtüşme gösterebilir [2].Olgu: Yirmi bir yaşında kadın hasta, 4–5 aydır süren saç dökülmesi, kepeklenme ve kaşıntıyla başvurdu. Dış merkezde seboreik dermatit ön tanısıyla verilen topikal kortikosteroid ve antifungal şampuanlardan yarar görmemişti. Muayenede saçlı deride yoğun skuamlanma ve verteks ağırlıklı seyrelme saptandı; yüzde rozase bulgusu yoktu. Trikoskopide perifoliküler eritem, skuam ve ince telenjiektaziler izlendi. LPP, seboreik dermatit ve androgenetik alopesi ön tanılarıyla sağ pariyetal bölgeden punch biyopsisi alındı. Çok sayıda folikülde yoğun Demodex kolonizasyonu ile minimal perifoliküler lenfositik inflamasyon ve fibrozis izlendi; belirgin skar veya LPP'yi destekleyen foliküler interfaz değişikliği saptanmadı. Oral metronidazol (500 mg/gün, üç ay), izotretinoin (10 mg/gün, üç ay), ivermektin (200 µg/kg, 10 gün arayla iki doz) ve itrakonazol (200 mg/gün, 2 ay) sonrasında yalnızca kısmi düzelme sağlandı. Persistan bulgular nedeniyle tekrarlanan biyopside Demodex saptanmazken birkaç folikülde hafif perifoliküler lenfositik infiltrasyon ve minimal vakuoler dejenerasyon görüldü; erken LPP dışlanamadı. Hidroksiklorokin 200 mg/gün ve haftada iki gün 4 mg deksametazon mini-pulse tedavisiyle üç ayda kaşıntı, skuamlanma ve saç dökülmesi belirgin azaldı.Tartışma: Demodex'in eşlik ettiği saçlı deri inflamasyonunda perifoliküler skuam gibi LPP'yi düşündürebilen bulguların görülebilmesi ayırıcı tanıyı güçleştirebilir [2]. Olgumuzda yoğun kolonizasyon ve LPP'yi destekleyen belirgin foliküler interfaz değişikliklerinin bulunmaması, ilk değerlendirmeyi Demodex ilişkili tutulum yönünde şekillendirmiştir. Ancak tedavilerle yalnızca kısmi düzelme sağlanması ve perifoliküler inflamasyonun sürmesi, tablonun kolonizasyonla bütünüyle açıklanamadığını düşündürmüştür. İkinci biyopside Demodex saptanmamasına karşın perifoliküler lenfositik infiltrasyon ve foliküler vakuoler dejenerasyon görülmesi, erken LPP olasılığını gündeme getirmiştir. LPP'de klinik ve trikoskopik bulgular histopatolojiyle birlikte değerlendirilmelidir; şüpheli olgularda biyopsi alanının trikoskopi eşliğinde seçilmesi önemlidir [3]. Histopatolojik değişikliklerin sınırlı olması nedeniyle kesin LPP tanısına ulaşılamasa da persistan klinik-trikoskopik aktivite ve tekrarlanan biyopsi bulguları erken LPP yönünde izlem ve tedaviyi desteklemiştir. Antiinflamatuvar tedaviyle sağlanan düzelme, uygulanan yaklaşımın klinik karşılığını göstermiştir.

Resim 1



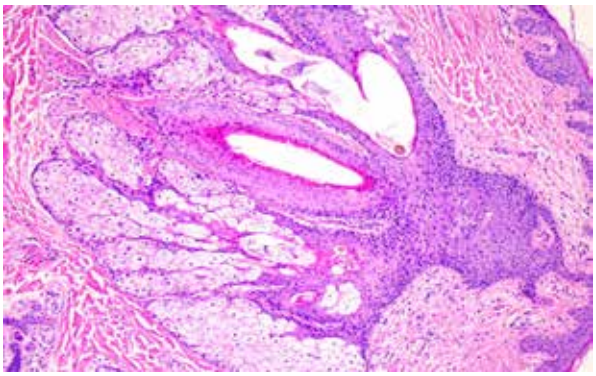
Tedavi öncesi saçlı deri trikoskopisinde perifoliküler eritem, skuam ve interfoliküler skuam.

Resim 2



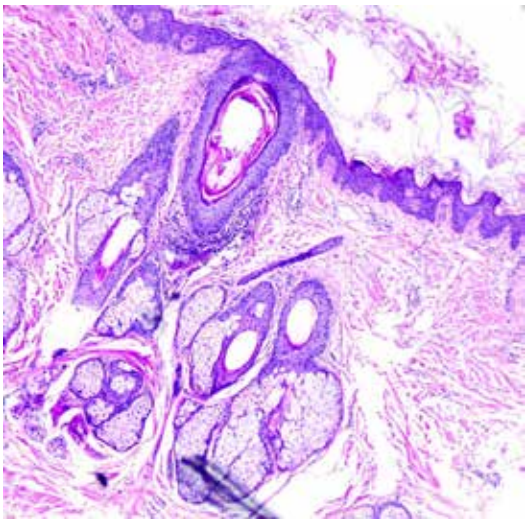
Tedavi sonrası saçlı deri trikoskopisinde başlangıca göre belirgin azalmış skuamlanma, yer yer devam eden ince perifoliküler skuamlar ve hafif eritem.

Resim 3



Saçlı deri biyopsisinde kıl folikülleri içerisinde çok sayıda Demodex'e ait yapı ve eşlik eden perifoliküler lenfositik inflamasyon.

Resim 4



İkinci saçlı deri biyopsisinde Demodex saptanmamasına karşın perifoliküler lenfositik infiltrasyon ve foliküler vakuoler dejenerasyon.

Anahtar Kelimeler: liken planopilaris, demodikozis, perifoliküler skuam

SS-05

Aşı Sonrası Gelişen İnfantil Büllöz Pemfigoid Olgusu

Mehmet Uysal[1], Vahide Baysal Akkaya[1], Selma Korkmaz[1], Fatma Aksoy Khurami[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: AMAÇ:İnfantil büllöz pemfigoid (İBP), süt çocukluğu döneminde nadir görülen, subepidermal bül oluşumu ve dermoepidermal bileşkede lineer immünglobulin birikimi ile karakterize otoimmün bir dermatozdur. Erişkin formundan farklı olarak el içi ve ayak tabanı gibi akral bölgelerden başlama eğilimindedir. Sıklıkla aşı uygulamaları veya viral üst solunum yolu enfeksiyonlarını takiben tetiklenebilmektedir. Burada aşı öyküsü sonrası generalize döküntü ve hipereozinofili ile başvuran, sistemik kortikosteroid tedavisine hızlı yanıt veren bir İBP olgusu sunulmaktadır.OLGU:Beş aylık kız hasta, 10 gündür devam eden yaygın kaşıntılı eritematöz erüpsiyon şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde, lezyonların ortaya yaklaşık 1 ay önce rutin çocukluk çağı aşı uygulaması (4.ay aşıları) mevcuttu. Dermatolojik muayenede ayak tabanları ve avuç içlerinde büllöz lezyonlar, gövdede eritematöz eritemli plaklar yer yer büller görüldü. Laboratuvar incelemesinde; CRP: 7.11 mg/L, AST: 40 U/L, ALT ve böbrek fonksiyon parametreleri fizyolojik sınırlardayken, hemogramda ağır periferik hipereozinofili (mutlak eozinofil sayısı: 5.300/μL) saptandı. Generalize kütanöz mastositoz, Langerhans hücreli histiyositoz, infantil büllöz pemfigoid, hipereozinofilik sendrom ve eritema multiforme ön tanılarıyla punch biyopsi ve direkt immünofloresan (DİF) incelemesi yapıldı. Histopatolojik kesitlerde; subepidermal ayrışma, bül kavitesinde lenfosit, eritrosit ve yoğun eozinofilik lökosit infiltrasyonu ile üst dermiste belirgin perivasküler eozinofilik inflamasyon saptandı. DİF mikroskopide dermoepidermal bileşke boyunca lineer IgG ve C3 depolanması izlenerek infantil büllöz pemfigoid tanısı doğrulandı. Hastaya tedavi olarak sistemik steroid(prednizolon), oral antihistaminik, topikal steroid ve emolyent krem tedavileri başlandı. Tedavi sürecinde kutanöz lezyonları belirgin regresyon gösteren hasta klinik takibe alındı.TARTIŞMA:İBP, süt çocukluğu döneminde hemidesmozomal BP180 ve BP230 antijenlerine karşı gelişen otoantikorlarla karakterize, nadir bir subepidermal büllöz dermatozdur. Erişkin formuna kıyasla belirgin akral predileksiyon gösterir; lezyonlar çoğunlukla el içi ve ayak tabanından başlayarak sentripetal yayılım sergiler. Patogenezde geçirilmiş viral enfeksiyonlar ile rutin aşı uygulamaları immün toleransı kırarak otoantikor yanıtını tetikleyebilmektedir. Erken dönemdeki polimorfik ürtikeryal plaklar, dermografik alevlenmeler ve ağır periferik hipereozinofili; eozinofilik kemotaktik aksın yoğun aktivasyonunu yansıtır. Tanı, subepidermal bül zemininde eozinofil hakimiyeti ve direkt immünofloresan incelemede bazal membran zonunda lineer IgG ve C3 birikiminin kanıtlanmasıyla kesinleşir.Hastalık benign ve kendini sınırlayan bir seyir gösterir; birinci basamakta düşük-orta doz sistemik kortikosteroidlere (0.5-1 mg/kg/gün prednizolon) dramatik ve hızlı yanıt verir. Erişkinlerin aksine uzun süreli immünsüpresyon gerektirmez; kısa süreli kademeli doz azaltımıyla remisyon sağlanır. Şiddetli ve dirençli vakalarda dapson veya intravenöz immünoglobulin steroid koruyucu ajanlar olarak tercih edilirken; topikal potent steroidler, bariyer onarımı ve mekanik travmanın kısıtlanması kutanöz iyileşmeyi belirgin hızlandırır.

Resim 1



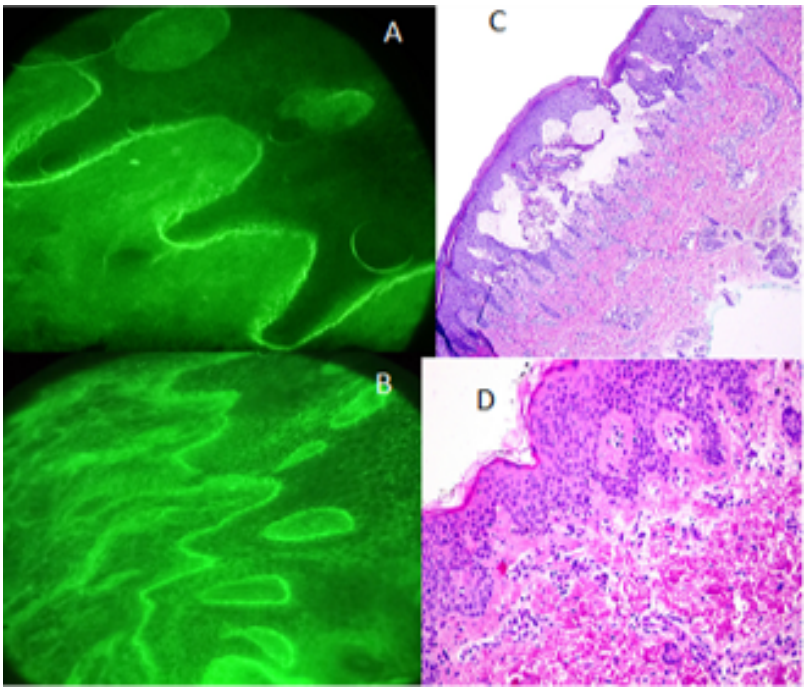
Gövde ve karın bölgesinde geniş eritematöz-ödematöz zeminde birleşme eğilimi gösteren polimorfik yer yer papüloveziküler lezyonlar

Resim 2



Bilateral ayak tabanında eritemli zeminde yerleşmiş, berrak seröz içerikli, gergin büller,papüloveziküler lezyonlar

Resim 3



A VE B :DIF ile dermoepidermal bileşkede lineer C3 ve IgG ile immun kompleks birikimi gözlendi.C :Subepidermal alanda ayrışma ve inflamatuar hücreler.D:Büyük büyütmede ayrışma sahasında eozinofillerin oldukça yoğun olduğu görülüyor

Anahtar Kelimeler: Büllöz pemfigoid, aşı, hipereozinofili

SS-06

Liken Planopilaris ile Birliktelik Gösteren Yüzeyel Yayılan Bazal Hücreli Karsinom: Nadir Bir Olgu Sunumu

Ayshan Cellek[1], Süleyman Karaman[1], İjlal Erturan[1], Fatma Aksoy Khurami[2], Mehmet Yıldırım[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: GirişLiken planopilaris (LPP), kıl foliküllerini hedef alan T-hücre aracılı kronik inflamatuar bir süreç olup saçlı deride kalıcı saç kaybı ve skatrisyel alopesi ile karakterizedir. Liken planusun kutanöz ve mukozal formlarında skuamöz hücreli karsinom (SCC) gelişimi bilinen bir durum olmakla birlikte, LPP lezyonları zemininde malignite gelişimi oldukça nadirdir. Literatürde LPP zemininde Bazal Hücreli Karsinom (BCC) gelişimine dair veriler oldukça kısıtlıdır. Bu sunumda biyopsi sonucu LPP ile uyumlu olan hastamızın skatrisyel alopesi plağı içerisinde yer alan yüzeyel yayılan BCC olgusunun klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulgular eşliğinde sunulması amaçlandı.OlguAltmış üç yaşında kadın hasta, 2 yıldır saçlı deride kaşıntı, saç dökülmesi şikayetiyle polikliniğe başvurdu.Dermatolojik muayenesinde frontal ve verteks bölgelerinde foliküler orifislerin kaybolduğu atrofik skatrisyel alopesi alanı ve bu alan içerisinde yer yer maküler, eritemli ve düzensiz sınırlı plak lezyonlar izlendi.Trikoskopik incelemede LPP ile uyumlu olarak foliküler ostiumların kaybı, perifolüküler belirgin skuamlanma/hiperkeratoz ve perifolüküler eritem saptandı. Alopesik plak içerisindeki eritemli odakta ise BCC ile uyumlu hiperpigmente alanlar ve ovoid yuvalanmalar izlendi.Hastanın lezyonundan alınan ilk punch biyopsinin histopatolojik değerlendirmesi LPP ve BCC birlikteliği olarak raporlandı. Bunun üzerine hasta Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi (PRC) kliniğine konsülte edildi.PRC tarafından eksizyonel biyopsi uygulanan hastanın geniş eksizyon materyalinin (6.8 x 5.7 cm) patolojik incelemesinde; skalpte 5.7 x 5.6 cm boyutlarında, 0.1 cm derinliğinde, atlamalı tutulum gösteren yüzeyel yayılan tipte Bazal Hücreli Karsinom tespit edildi. Cerrahi sınırları tamamen temiz olarak eksize edilen hastanın defekti PRC tarafından greft ile onarıldı.TartışmaLiken planopilaris, foliküler yıkım ve geri dönüşsüz kıl kaybı ile seyreden kronik inflamatuar bir süreçtir. Kronik inflamatuar deride neoplazi gelişimi bilinen bir mekanizma olmasına rağmen, LPP vakalarında malignite gelişimi nadirdir ve bildirilen olguların büyük çoğunluğu SCC ile ilişkilidir.Literatürde LPP zemininde BCC gelişimi oldukça az sayıda yayında bildirilmiştir. Nitekim Boudreaux ve ark. (2022) tarafından bildirilen 1 olgu raporunda da vurgulandığı üzere, T-hücre aracılı bu kronik inflamatuar süreçte salınan sitokinlerin doku mikroçevresinde neoplastik dönüşümü kolaylaştırabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan güneş maruziyetine açık olan skalp bölgesinde BCC'nin LPP plakları zemininde insidental olarak ortaya çıkabileceği ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.Bizim olgumuzda multifokal yerleşim gösteren yüzeyel yayılan tipte bir BCC tespit edilmiş ve PRC tarafından uygulanan geniş eksizyon ile cerrahi sınırlar tamamen temizlenmiştir.

Resim 1



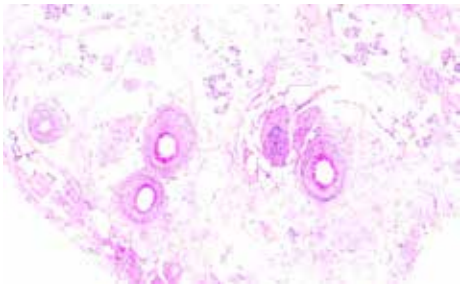
Skalpte frontal ve verteks bölgelerinde yerleşen foliküler orifislerin kaybolduğu atrofik skatrisyel alopesi plağı ve plak içerisinde izlenen eritemli/nodüler alanlar mevcut.

Resim 2



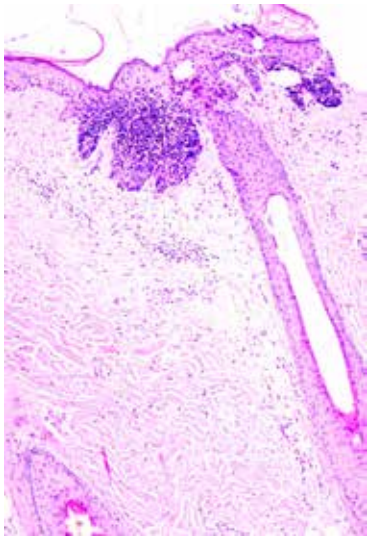
Trikoskopik incelemede LPP'ye özgü perifolüküler skuamlanma ve foliküler ostium kaybı ile eş zamanlı olarak BCC lehine değerlendirilen hiperpigmente alanlar ve ovoid yuvalanmalar mevcut.

Resim 3



Horizontal kesitte saç foliküllerinin etrafında perifoliküler fibrozis ve folikül çevresinde likenoid iltihabi hücre infiltrasyonu mevcut.

Resim 4



Vertikal kesitte-BCC Odakları: Epidermis tabakasından dermise doğru bazaloid adacıklar şeklinde uzanan, etrafında artefaktik yarılma gösteren bazal hücreli karsinom kümeleri mevcut. LPP Odakları: Sağ tarafta dikey uzanan saç folikülünün infundibulum/isthmus bölgesinde epidermis ve folikül bileşkesine uzanan likenoid ara yüzey dermatiti ve perifoliküler inflamasyon mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Liken planopilaris, BCC, Saç dökülmesi, Perifoliküler skuamlanma

SS-07

Çoklu İlaca Dirençli Piyoderma Gangrenozum ve IVIG Tedavisi

Hasan Emre İlgenli[1], Osman Nuri Koyun[1], Selami Aykut Temiz[1], Fahriye Kılınç[2], Pembe Oltulu[2]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı, Konya

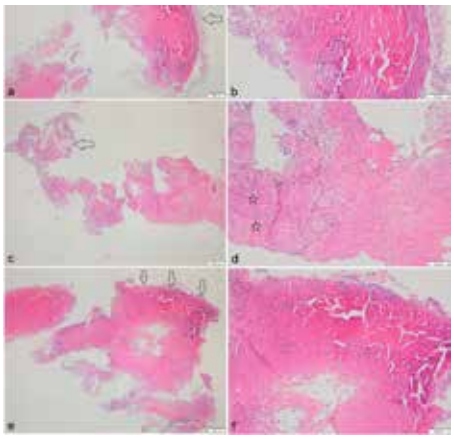
Özet: Piyoderma gangrenozum (PG), kronik ve ağrılı ülserlerle seyreden bir nötrofilik dermatozdur. Klasik tedavi algoritmasında sistemik kortikosteroidler ve siklosporin ilk basamakta yer alsa da, son yıllarda bu ajanlara dirençli vakalarla giderek daha sık karşılaşılmaktadır. Biyolojik ajanlara (örneğin adalimumab gibi TNF-alfa inhibitörleri) geçiş yapılsa da her zaman başarılı sonuçlar elde edilemeyebilmektedir. Uzun süreli steroid kullanımının veya yoğun immünsüpresyonun yara iyileşmesini doğrudan bozması, klinisyenleri daha güvenli alternatifler arayışına yönlendirmektedir. IVIG tedavisi özellikle otoimmün bulloz dermatozlarda ve bazı romatolojik hastalıklarda kullanılan immünomodülatör bir tedavi seçeneğidir. Bu sunumda, çoklu ilaç direnci gelişmiş 2 PG vakasında intravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavisinin başarılı sonuçları ele alınmaktadır. İlk vaka, sol bacağında 3 yıldır kapanmayan 10x8 cm'lik geniş bir ülseri olan 36 yaşındaki erkek hastada; her biri en az 3 aylık sistemik steroid, kolşisin, siklosporin, lokal trombositten zengin fibrin (PRF) ve son olarak 3 aylık adalimumab tedavisine rağmen lezyonda iyileşme gözlenmemiştir. Bu dirençli tablo üzerine hastaya romatoid artrit protokolüyle (ayda 1 kez, 2 g/kg, 5 gün) IVIG tedavisi eklenmiş. Altı dozluk IVIG kürünün sonunda, devam eden diğer tedavilerin de eşliğinde ülserin neredeyse tamamen kapandığı ve epitelize olduğu gözlenmiştir (Şekil 1, 2). İkinci vaka ise diyabet, hipertansiyon, astım ve koroner arter hastalığı gibi ciddi komorbiditeleri olan 78 yaşındaki kadın hasta; her iki bacağında çoklu pretibial ülserleri olan hastada, ek hastalıkları olan diyabeti nedeniyle steroid dozu sınırlı tutulmak zorunda kalınmıştır. Kolşisin ve sonrasında başlanan adalimumab tedavisi aylarca sürmesine ve doz artışlarına rağmen lezyonlarda hiçbir gerileme sağlanamamıştır. Bunun üzerine hastaya IVIG planlanmış ve yalnızca 2 doz uygulamanın ardından ülserlerde çok dramatik bir iyileşme ve skar oluşumu gözlenmiştir (Şekil 3). Bu vakalara daha önce IVIG verilememesi maliyetlerdendir. Vakaların adalimumaba yanıt vermemesinin nedenleri arasında adalimumaba karşı gelişen antikorlar ve PG patogenezinde rol oynayan dominant proinflamatuar sitokin profillerinin farklı olması yer alabilir. Her iki vakada da görülmektedir ki IVIG immünsüpresif bir ortam yaratmadan otoantikorları nötralize ederek ve pro-inflamatuar sitokinleri baskılayarak yara iyileşmesinde çok etkili bir rol oynayabilmektedir. Sitokin blokörlerinin kullanımının riskli olduğu hepatit,tüberküloz ve malignite gibi durumlarda daha güvenli bir seçenektir. Özellikle steroid yükünü azaltmaya çalıştığımız, enfeksiyon/malignite riski taşıyan ve sitokin blokerlerine (adalimumab) dirençli hastalarda IVIG oldukça güvenli bir profil sergilemektedir. Maliyetinin yüksek olması ve tedavi süresinin uzunluğu gibi dezavantajlarına rağmen, yara onarımını bozmaması sayesinde dirençli PG vakalarında klinisyenlerin tercih edebileceği çok değerli bir alternatif tedavi seçeneğidir.

figur 1



a) Sol tibia lateralinde piyoderma gangrenozum ile uyumlu 10x8 cm'lik ülser - tedavi öncesi resimler. b) Adalimumab, siklosporin, sistemik kortikosteroid ve PRF tedavilerinden sonra - IVIG öncesi fotoğraflar. c) Bir doz IVIG ve adalimumab, sistemik kortikosteroid, siklosporin tedavisinden sonra. d) Altı doz IVIG, adalimumab, sistemik kortikosteroid, siklosporin tedavisinden sonra.

figur 2



a) Fragmente deri dokusu örneğinde, epidermisin tamamen kaybolduğu geniş bir ülserasyon alanı (oklar) gözlenmektedir. b) Ülserasyonun altında nekrotik değişiklikler ve nötrofillerin baskın olduğu yoğun inflamatuar infiltrasyon gözlenmektedir. c) Tüm dermisi dolduran inflamatuar infiltrasyonun deri altı dokusunu da etkilediği görülmektedir (ok). d) Damar duvarlarında yoğun interstisyel nötrofilik infiltratlar, nekroz bulguları ve fibrinoid değişiklikler (yıldız işaretleri) mevcuttur. e) Biyopsinin farklı bir bölgesinde, üzerinde epidermis bulunmayan bir ülser (oklar) gözlenmektedir. f) Ülserin tabanında nekrotik değişiklikler, fibrin birikimi ve nötrofillerin baskın olduğu yoğun inflamasyon gözlenmektedir. (a, c, e: Hematoksilen/Eozin, ×40 büyütme; b, d, f: Hematoksilen/Eozin, ×100 büyütme).

figur 3



a) Adalimumab, sistemik kortikosteroid ve kolşisin tedavilerinden sonra, IVIG öncesinde, persistan multipl pretibial ülserler. B) Özellikle sol taraftaki ülserlerde skar oluşumunun başlangıcı, Adalimumab, sistemik kortikosteroid, kolşisin ve 2 doz IVIG tedavisinden sonra.

Anahtar Kelimeler: Pyoderma Gangrenosum, Adalimumab, IVIG

SS-08

Rosaceada İnflamatuvar Yükün Tyg, Tyg-BMI ve Mets-Ir ile Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi

Günseli Kekeç[1]

[1]*Konya Şehir Hastanesi*

Özet: Giriş/Amaç:Rosacea, kutanöz inflamasyonun yanı sıra sistemik metabolik değişikliklerle de ilişkilendirilen kronik inflamatuvar bir dermatozdur. Trigliserid-glukoz indeksi (TyG), TyG-vücut kitle indeksi (TyG-BMI) ve metabolik insülin direnci skoru (METS-IR), insülin ölçümü gerektirmeden metabolik disfonksiyon ve insülin direncini değerlendirmede kullanılan pratik göstergelerdir. Bu çalışmada rosacea hastalarında kutanöz inflamatuvar hastalık yükü ile TyG, TyG-BMI ve METS-IR arasındaki ilişkinin araştırılması ve inflamatuvar yükü en iyi yansıtan metabolik indeksin belirlenmesi amaçlandı.Bulgular/Olgu:Çalışmaya klinik ve laboratuvar verileri eksiksiz olan 71 rosacea hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 40,9±13,5 yıl, ortalama BMI değeri 29,9±4,6 kg/m² idi ve %84,5'i kadındı. Ortalama papül sayısı 18,3±8,2, püstül sayısı 14,6±7,8 ve toplam inflamatuvar lezyon sayısı 32,9±13,5 idi. Toplam inflamatuvar lezyon sayısı TyG ile pozitif korelasyon gösterirken ($r=0,621$; $p < 0,001$), ilişkinin TyG-BMI ($r=0,957$; $p < 0,001$) ve METS-IR ($r=0,950$; $p < 0,001$) için belirgin olarak daha güçlü olduğu görüldü. TyG-BMI ve METS-IR hem papül hem de püstül sayılarıyla güçlü pozitif korelasyon gösterdi (tümü $p < 0,001$). Clinician's Erythema Assessment (CEA) skoru ile TyG ($r=0,473$), TyG-BMI ($r=0,707$) ve METS-IR ($r=0,682$) arasında da anlamlı pozitif ilişkiler saptandı (tümü $p < 0,001$).Tartışma:Bulgularımız, rosaceada kutanöz inflamatuvar yükün metabolik disfonksiyonla yakından ilişkili olabileceğini göstermektedir. Özellikle BMI ve daha geniş metabolik bileşenleri içeren TyG-BMI ve METS-IR'nin inflamatuvar lezyon yüküyle TyG'den daha güçlü ilişki göstermesi, adipozite ve metabolik durumun rosacea inflamasyonuyla ilişkisini desteklemektedir. TyG-BMI ile METS-IR'nin performansları ise birbirine oldukça yakındı.Sonuç:TyG, TyG-BMI ve METS-IR rosaceanın inflamatuvar yüküyle anlamlı ilişki göstermektedir. TyG-BMI ve METS-IR, TyG'ye kıyasla inflamatuvar lezyon yükünü daha güçlü yansıtmaktadır. Bu kolay hesaplanabilir indeksler, rosaceada kutanöz inflamasyon ile metabolik disfonksiyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde yararlı göstergeler olabilir.

Tablo 1. Metabolik indekslerin rosacea klinik şiddet göstergeleriyle korelasyonu

Klinik değişken	**TyG r (p)**	**TyG-BMI r (p)**	**METS-IR r (p)**
Toplam inflamatuvar lezyon	**0,621 (<0,001)**	**0,957 (<0,001)**	**0,950 (<0,001)**
Papül sayısı	0,556 (<0,001)	**0,832 (<0,001)**	**0,799 (<0,001)**
Püstül sayısı	0,525 (<0,001)	**0,765 (<0,001)**	**0,789 (<0,001)**
CEA	0,473 (<0,001)	**0,707 (<0,001)**	**0,682 (<0,001)**
IGA	0,199 (0,096)	**0,265 (0,025)**	0,232 (0,052)

Anahtar Kelimeler: rosacea, TyG, TyG-BMI, METS-IR, inflamasyon

SS-09

Bazal Hücreli Karsinomda İnvazyon ve Histopatolojik Risk Özellikleri: 100 Olguluk Gerçek Yaşam Verisi

Zahide Akman[1]

[1]*Konya Şehir Hastanesi*

Özet: Bazal hücreli karsinomda invazyon ve histopatolojik risk özellikleri: 100 olguluk gerçek yaşam verisiAmaç: Bazal hücreli karsinom (BCC) histolojik olarak farklı alt tipler gösterebilmekte ve bu alt tiplerin tümörün invaziv özellikleriyle ilişkisi klinik açıdan önem taşımaktadır. Bu çalışmada infiltratif BCC histolojik paterninin tümör invazyon derinliği, subkutan invazyon, lenfovasküler invazyon ve perinöral invazyon ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.Gereç ve Yöntem: Tek merkezde deri malignitesi şüphesiyle biyopsi yapılan ve histopatolojik olarak BCC tanısı alan 100 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu, maksimum tümör çapı, histolojik alt tip, invazyon derinliği, invazyon seviyesi, lenfovasküler invazyon ve perinöral invazyon kayıt altına alındı. Olgular infiltratif BCC ve diğer histolojik BCC alt tipleri olarak iki gruba ayrıldı. Sürekli değişkenler Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenler Fisher kesin testi ile karşılaştırıldı. Subkutan invazyon ile ilişkili bağımsız faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.Bulgular: Olguların 17'si (%17) infiltratif BCC, 83'ü (%83) diğer histolojik alt tiplerden oluşmaktaydı. İnfiltratif BCC grubunda medyan invazyon derinliği 6,0 mm iken diğer grupta 3,0 mm idi ($p < 0,001$). Subkutan invazyon infiltratif BCC grubunda %82,4, diğer grupta %27,7 oranında saptandı ($p < 0,001$). Lenfovasküler invazyon infiltratif BCC'lerde %41,2, diğer BCC'lerde %7,2 ($p=0,001$); perinöral invazyon ise sırasıyla %35,3 ve %6,0 oranında bulundu ($p=0,003$). Tümör çapı infiltratif ve diğer BCC grupları arasında anlamlı farklılık göstermedi (medyan 11 mm ve 10 mm; $p=0,189$). Yaş ve tümör çapı için düzeltme yapılarak gerçekleştirilen lojistik regresyon analizinde infiltratif histoloji, subkutan invazyonun bağımsız belirleyicisi olarak bulundu (OR=11,84; %95 GA: 3,01–46,49; $p < 0,001$).Sonuç: İnfiltratif histolojik paterne sahip BCC'lerde daha derin tümör invazyonu ile birlikte subkutan, lenfovasküler ve perinöral invazyon daha sık görülmektedir. İnfiltratif histoloji, tümör boyutu ve yaşın etkisinden bağımsız olarak subkutan invazyonla güçlü biçimde ilişkilidir. Bulgularımız, BCC histolojik paterninin tümörün invaziv davranışının değerlendirilmesinde önemli bir belirteç olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 1. Olguların genel özellikleri (n=100)

Değişken	**Değer**
Yaş, medyan (min–maks)	67 (24–99)
Baş-boyun yerleşimi, n (%)	95 (95,0)
H-zone yerleşimi, n (%)	69 (69,0)
Maksimum tümör çapı, medyan (mm)	10
İnvazyon derinliği, medyan (mm)	3

Subkutan invazyon, n (%)	37 (37,0)
Lenfovasküler invazyon, n (%)	13 (13,0)
Perinöral invazyon, n (%)	11 (11,0)
İnfiltratif BCC, n (%)	17 (17,0)
Diğer histolojik alt tipler, n (%)	83 (83,0)

Tablo 2. İnfiltratif BCC ile diğer histolojik alt tiplerin karşılaştırılması

Değişken	İnfiltratif BCC (n=17)	Diğer BCC (n=83)	p
İnvazyon derinliği, medyan (mm)	6,0	3,0	<0,001
Subkutan invazyon, n (%)	14 (82,4)	23(27,7)	<0,001
Lenfovasküler invazyon, n (%)	7 (41,2)	6 (7,2)	0,001
Perinöral invazyon, n (%)	6 (35,3)	5 (6,0)	0,003
Tümör çapı, medyan (mm)	11	10	0,189

Anahtar Kelimeler: BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM/İNFİLTRATİF/İNVAZYON

SS-10

Behçet Hastalarında Serum Zonulin ve Lösin Açısından Zengin A-2-Glikoprotein-1 Düzeylerinin Araştırılması

Hilmi Uygun[1], Selami Aykut Temiz[1], Selin Uğraklı[1], Burcu Yağcı[1], Mehmet Uyar[1], İlkay Özer[1], Munise Daye[1], Recep Dursun[1]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet: Giriş ve AmaçBehçet hastalığı (BH), mukokutanöz lezyonların yanı sıra oküler, eklem, santral sinir sistemi, gastrointestinal sistem, kardiyopulmoner ve vasküler sistem tutulumlarının görüldüğü kronik, otoinflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olsa da bağırsak geçirgenliğinde artışın (leaky gut) sistemik inflamasyonu tetikleyerek hastalık gelişimine zemin hazırladığı öne sürülmektedir. Zonulin, intestinal geçirgenliğin belirlenmesinde önemli bir biyobelirteç olarak kabul edilirken; lösin açısından zengin α-2 glikoprotein-1 (LRG-1) ise nötrofil aktivasyonu, vasküler patolojiler ve inflamatuvar süreçlerle ilişkili yeni nesil bir akut faz reaktanı olarak dikkat çekmektedir. Artmış bağırsak geçirgenliği sonucunda intestinal lümenden sistemik dolaşıma geçen mikrobiyal ürünlerin immün sistemi aktive ederek inflamatuvar yanıtı güçlendirebileceği ve buna bağlı olarak LRG-1 düzeylerinde artışa yol açabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, Behçet hastalığı patogenezinde rol oynadığı düşünülen intestinal bariyer disfonksiyonunun göstergesi olan serum zonulin düzeyleri ile sistemik inflamasyonun belirteçlerinden biri olan LRG-1 düzeylerinin, hasta grubu ve sağlıklı kontroller arasındaki farklılığının ve hastalık aktivitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Gereç ve YöntemÇalışmamızda Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği'ne başvuran Uluslararası Çalışma Grubu tanı kriterlerine göre tanı almış 44 Behçet hastası ve 42 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastalık aktivitesi Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu (BDCAF) ile değerlendirilerek hastalar aktif ve inaktif olarak gruplandırıldı. Serum örneklerinden ELISA yöntemiyle zonulin ve LRG-1 düzeyleri ölçüldü. İstatistiksel analizler SPSS 27.0 programı kullanılarak, $p < 0,05$ istatiksel anlamlılık olarak kabul edildi.BulgularÇalışmamızda gruplar arasında yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi (VKİ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Serum zonulin düzeyleri BH grubunda (414,52±324,32 ng/ml), sağlıklı kontrollere (248,34±172,81 ng/ml) göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p=0,026$). Buna karşın serum LRG-1 düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,876$). Hastalık aktivitesi açısından bakıldığında, aktif ve inaktif Behçet hastaları arasında zonulin düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,354$). SonuçÇalışmamızda Behçet hastalarında serum zonulin düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek saptanması, bağırsak geçirgenliğinde artışın hastalık patogenezinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. İleri çalışmalarda bağırsak bariyerinin bütünlüğünü hedefleyen stratejilerin BH yönetiminde yeni bir yaklaşım olabileceği düşünülmektedir. Serum LRG-1 düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmaması hasta grubumuzda sistemik tutulumun sınırlı olmasından ve aktif vasküler tutulumun bulunmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, zonulin, lösin açısından zengin α-2 glikoprotein-1, sızdıran bağırsak

SS-11

Şiddetli Alopesi Areata Hastalarında Nazal Mukosiliyer Aktivitenin Değerlendirilmesi

Kübra Karataş Bildirici[1], Mehmet Akif Dündar[2], Selami Aykut Temiz[1], Mehmet Korkmaz[2], İlkay Özer[1], Munise Daye[1], Recep Dursun[1]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

Özet: Giriş-Amaç: Alopesi areata (AA), anagen kıl folikülüne karşı gelişen T hücre aracılı otoimmün bir hastalıktır ve sistemik inflamatuar süreçlerle ilişkilidir. Nazal mukosiliyer klirens (NMK), üst solunum yollarının en önemli savunma mekanizmalarından biri olup çeşitli inflamatuar ve otoimmün hastalıklarda etkilenebileceği bildirilmiştir. Ancak AA ile NMK arasındaki ilişkiyi değerlendiren klinik çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada şiddetli AA hastalarında NMK'nin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlandı.Yöntem: Tek merkezli, kesitsel ve gözlemsel tasarımlı bu çalışmaya SALT skoru > =50 olan 42 şiddetli AA hastası ve yaş-cinsiyet açısından uyumlu 37 sağlıklı kontrol dahil edildi. NMK süresi sakkarin transit zamanı testiyle ölçüldü. Klinik değişkenler (SALT skoru, hastalık süresi, tırnak tutulumu) kaydedildi. Veriler Ki-kare, t-testi ve Pearson korelasyonu ile analiz edildi.Bulgular: Sakkarin testi ile ölçülen ortalama NMK süresi AA grubunda 15.98 ± 8.32 dakika, kontrol grubunda 12.59 ± 6.19 dakika olarak saptandı ve fark gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.043). AA hasta grubu içinde NMK süresi ile hastalık süresi, SALT skoru ve tırnak tutulumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p > 0.05).Sonuç: Bu çalışma, AA hastalarında nazal mukosiliyer aktiviteyi değerlendiren ilk klinik araştırmadır. Şiddetli AA hastalarında NMK süresinde istatistiksel olarak anlamlı bir uzama saptanmıştır. Bu bulgu, AA'daki sistemik inflamasyonun mukozal bariyer fonksiyonları üzerindeki olası etkilerine işaret etmekle birlikte, klinik anlamı henüz net değildir. Özellikle AA tedavisinde kullanımı giderek artan JAK inhibitörleri açısından, tedavi öncesinde NMK'nin değerlendirilmesinin, üst solunum yolu enfeksiyonu riski öngörüsüne katkısını araştıran ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÇAlışma grubunun özellikleri

Özellikler	Hasta Grubu (n=42) n	%	Kontrol Grubu (n=37) n	%	Toplam (N=79) N	%	Test İstatistiği	p
Cinsiyet								
Kadın	17	40.5	13	35.1	30	38.0	0.065	0.798*
Erkek	25	59.5	24	64.9	49	62.0		
Aile öyküsü durumu								
Yok	29	69.0						
Var	13	31.0						
Ek hastalık durumu								
Yok	34	81.0						
Var	8	19.0						

Tırnak tutulumu durumu								
Yok	29	69.0						
Var	13	31.0						
Özellikler	**Mean ± SS**	**Median (Min-Max)**	**Mean ± SS**	**Median (Min-Max)**	**Mean ± SS**	**Median (Min-Max)**	**Test İstatistiği**	**p**
Yaş	23.64 ± 12.19	22 (6 - 61)	23.24 ± 12.77	23 (6 - 62)	23.46 ± 12.38	23 (6 - 62)	0.142	0.887**
Sakkarin Test Süresi (dk)	15.98 ± 8.32	15.5 (4 - 35)	12.59 ± 6.19	13 (4 - 25)	14.39 ± 7.55	13 (4 - 35)	2.063	**0.043****
Tanı Alınan Yaş	15.21 ± 9.75	13.5 (0 - 41)						
Hastalık Süresi (yıl)	8.48 ± 10.10	5 (1 - 44)						
SALT Skoru	88.81 ± 18.93	100 (50 - 100)						

*Ki Kare-Continuity Correction, **Bağımsız Gruplarda T Testi

Anahtar Kelimeler: Alopesi areata, inflamasyon, nazal mukosiliyer klirens, sakkarin testi, SALT skor

SS-12

Somon Lekesi Zemininde Sinus Pericranii: Bir İnfant Olgusu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Bengisu Meral Ketenci[1]

[1]*Konya Şehir Hastanesi*

Özet: Giriş/Amaç:Sinus pericranii, intrakraniyal dural venöz sinüsler ile ekstrakraniyal venöz yapılar arasında anormal bağlantıyla karakterize nadir bir vasküler anomalidir. Genellikle orta hatta yerleşen, yumuşak, komprese olabilen ve venöz basınç artışıyla belirginleşebilen saçlı deri kitlesi şeklinde görülür. Bu bildiride, somon lekesi zemininde yer alan nodüler lezyon nedeniyle değerlendirilen bir infantta sinus pericranii tanısının konulması ve konjenital orta hat saçlı deri lezyonlarında vasküler görüntülemenin öneminin vurgulanması amaçlandı.Bulgular/Olgu:Üç ay 28 günlük kız bebek, saçlı deride şişlik nedeniyle getirildi. Lezyonun doğumda fark edilmediği öğrenildi. Dermatolojik muayenede oksipitopariyetal bölgede, orta hatta yerleşimli, 2 cm çapında, yumuşak kıvamlı nodüler lezyon izlendi. Nodülün ağlama ve ıkınma sırasında hafif belirginleştiği gözlendi. Lezyon zemininde somon renkli, sınırları belirsiz maküler vasküler lezyonla uyumlu nevus simplex mevcuttu. Renkli Doppler ultrasonografide kalvaryum komşuluğunda venöz akım gösteren ve intrakraniyal venöz sistemle bağlantılı olduğu izlenen vasküler yapı saptandı; bulgular sinus pericranii ile uyumlu değerlendirildi. İntrakraniyal venöz anatominin ayrıntılı değerlendirilmesi amacıyla kraniyal manyetik rezonans görüntüleme ve MR venografi planlandı; inceleme henüz gerçekleştirilmemişti.Tartışma:Sinus pericranii için konjenital, spontan ve travmatik gelişim mekanizmaları bildirilmiştir. İnfant dönemde saptanan olgularda konjenital köken ön plandadır. Lezyonlar çoğunlukla frontal, pariyetal veya oksipital bölgede ve orta hatta yerleşir. Tipik olarak yumuşak, komprese edilebilir ve nonpulsatildir; başın aşağı eğilmesi, ağlama veya Valsalva manevrasıyla venöz basınca bağlı olarak büyüyebilir. Hastaların çoğu asemptomatik olmakla birlikte baş ağrısı, lokal ağrı, kanama ve kozmetik yakınmalar görülebilir. Orta hat saçlı deri nodüllerinin ayırıcı tanısında dermoid/epidermoid kist, venöz veya arteriovenöz malformasyon, sefal hematom, atretik sefalosel ve ensefalosel yer alır. Renkli Doppler ultrasonografi venöz akımı göstermede uygun ilk basamak incelemedir; MR ve özellikle MR venografi transosseöz bağlantıyı, eşlik eden anomalileri ve intrakraniyal venöz drenajdaki rolü ortaya koyar. Eşlik eden anomaliler arasında kraniyosinostoz, gelişimsel venöz anomaliler ve dural sinüs hipoplazisi bildirilmiştir; bu nedenle tüm serebral venöz sistem değerlendirilmelidir. Doğal seyir tam bilinmemekle birlikte bazı lezyonlar stabil kalabilir veya nadiren gerileyebilir. Standart tedavi algoritması bulunmamakta; yaş, büyüme, semptomlar, komplikasyon riski ve venöz drenaj paternine göre çocuk radyolojisi, nöroşirürji ve girişimsel radyoloji birlikte karar vermelidir. Tanı gecikmesi riskli invaziv işlemlere yol açabilir. Literatürde sinus pericranii, intrakraniyal drenaja katkısına göre dominant ve aksesuar tiplerde sınıflandırılmıştır. Asemptomatik hastalarda klinik-radyolojik izlem uygun olabilir. Haritalama yapılmadan uygulanacak biyopsi veya eksizyon ciddi kanama, tromboz ya da hava embolisi riski taşıyabilir.Sonuç:Orta hatta yerleşen yumuşak saçlı deri nodüllerinde, zemininde benign görünümlü bir somon lekesi bulunsa bile sinus pericranii düşünülmelidir. Vasküler ve intrakraniyal bağlantı dışlanmadan biyopsi veya eksizyon yapılmaması, ciddi kanama riskinin önlenmesi ve uygun izlem ya da tedavinin planlanması açısından önemlidir.

Şekil 1. Oksipitopariyetal orta hatta, nevus simplex (somon lekesi) zemininde yerleşen yaklaşık 2 cm çapındaki nodüler lezyonun yakın plan klinik görünümü.



Şekil 2. Sinus pericranii ile uyumlu nodüler lezyonun orta hat yerleşimini ve çevresindeki somon renkli maküler komponenti gösteren genel klinik görünüm.



Anahtar Kelimeler: sinüs pericranii, doppler ultrasound, hemanjiom

SS-13

Çocukluk Çağında Yaygın Hemorajik-Nekrotik Lezyonlarla Seyreden Şiddetli PLEVA Olgusu

Sümeyye Aktaş[1], Selami Aykut Temiz[1], Fahriye Kılınç[2]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji ABD

Özet: Giriş: Pitriyazis likenoides et varioliformis akuta (PLEVA), akut gelişen papüloveziküler, nekrotik ve krutlu lezyonlarla karakterize nadir bir inflamatuvar dermatozdur. Klinik spektrumun ağır ucunda sistemik bulgularla seyreden febril ülseronekrotik Mucha-Habermann hastalığı yer alır. Yaygın ve nekrotik lezyonlar enfeksiyöz, vaskülitik ve lenfoproliferatif hastalıkları taklit ederek tanıda gecikmeye yol açabilir. Burada, başlangıçta skabiyes ve suçiçeği olarak değerlendirilen, klinikopatolojik korelasyonla şiddetli PLEVA tanısı alan çocuk hasta sunulmaktadır. Olgu Sunumu: On bir yaşındaki kız hasta, üç haftadır süren yaygın kaşıntı ve kızarıklığa ateş eklenmesi nedeniyle başvurdu. Skabiyes ve suçiçeğine yönelik önceki tedaviler etkisizdi. Başvuru sırasında vital bulguları stabildi. Dermatolojik muayenede yüz, boyun, saçlı deri, gövde, ekstremiteler ve palmoplantar alanlarda yaygın eritemli papüller, papüloveziküller, santral hemorajik nekrotik krutlu lezyonlar ve birleşme eğiliminde krutlu plaklar izlendi (Resim 1). Damakta eritem vardı; genital anal mukoza ve tırnaklar korunmuştu. Hemoglobin 9,2 g/dL, MCV 63,3 fL, CRP 12,23 mg/L, trombosit 435×10⁹/L ve ferritin 7,24 ng/mL idi (Tablo 1). Periferik yaymada atipik hücre veya blast görülmedi; kan kültürü ve etiyolojik viral serolojiler, VDRL ve HIV testleri negatifti. Histopatolojik incelemede likenoid reaksiyon paterni, bazal vakuoler değişiklikler ile perivasküler ve interstisyel dermatit saptandı; bulgular Mucha-Habermann hastalığıyla uyumluydu. Direkt immünofloresan incelemede düşük yoğunlukta C3 birikimi izlendi. Klinik görünüm, viral erüpsiyonlar, lenfomatoid papüloz, kutanöz küçük damar vasküliti, guttat psoriasis, artropod reaksiyonu, kontakt dermatit ve skabiyes ile ayırıcı tanıyı gerektirdi. Bu tanıların klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular doğrultusunda değerlendirilmesi Tablo 2'de özetlenmiştir. Hasta yatırılarak metilprednizolon 40 mg/gün ve metotreksat 10 mg/hafta ile tedavi edildi; topikal kortikosteroid ve destek tedavileri eklendi. İki haftada belirgin klinik gerileme sağlandı ve kortikosteroid azaltılarak taburcu edildi (Resim 2). Tartışma: Literatürde 100'den fazla FUMHD bildirilmiştir. Pediyatrik popülasyonda daha iyi seyirlidir. PLEVA histopatolojik olarak parakeratoz, interfaz dermatiti, kama biçimli lenfositik infiltrasyon, nekrotik keratinositler ve eritrosit ekstravazasyonu ile karakterizedir. Standart bir tedavi algoritması bulunmamakla birlikte kortikosteroidler, metotreksat, siklosporin, dapson, fototerapi ve intravenöz immünoglobulin kullanılabilir (3). Olgumuzda sistemik kortikosteroid ve metotreksat kombinasyonuyla hızlı yanıt elde edildi. Sonuç: Yaygın hemorajik-nekrotik papüler erüpsiyonlarda PLEVA akılda tutulmalı; şiddetli olgularda erken klinikopatolojik tanı ve sistemik tedavi olası komplikasyonların önlenmesi açısından önemsenmelidir.

1



Şekil 1: Başvuruda yüz, gövde ve ekstremitelerde yaygın eritemli papüller, papüloveziküller, santral hemorajik nekrotik krutlar ve birleşme eğilimindeki krutlu plaklar.

2



Şekil 2: Sistemik metilprednizolon ve metotreksat tedavisinden sonra lezyonlarda belirgin klinik gerileme gözlendi.

1

Değerlendirme alanı	**Olgu bulgusu**
Başvuru	11 yaşında kız; üç haftalık yaygın kaşıntılı erüpsiyon ve ateş öyküsü
Deri bulguları	Yüz, saçlı deri, gövde, ekstremiteler ve palmoplantar alanlarda papül, papülovezikül, hemorajik nekrotik krut ve birleşen krutlu plaklar
Mukoza ve ekler	Damakta eritem; genital anal mukoza ve tırnaklarda tutulum yok
Laboratuvar	Hb 9,2 g/dL; MCV 63,3 fL; CRP 12,23 mg/L; trombosit 435×10^9/L; ferritin 7,24 ng/mL
Histopatoloji	Likenoid reaksiyon paterni, bazal vakuoler değişiklikler, perivasküler ve interstisyel dermatit
Direkt immünofloresan	Düşük yoğunlukta C3 birikimi
Sistemik tedavi	Metilprednizolon 40 mg/gün, kademeli azaltım; metotreksat 10 mg/hafta
Klinik sonuç	İki hafta içinde belirgin gerileme

Olgunun Temel Klinikopatolojik ve Tedavi Verileri

2

Ayırıcı tanı	Özellikler	Olguda PLEVA'yı destekleyen veya alternatif tanıyı zayıflatan bulgular
Viral erüpsiyon ve suçiçeği	Ateş öyküsü, yaygın papüloveziküler ve krutlu lezyonlar	Üç haftalık ilerleyici seyir, önceki tedaviye yanıtsızlık, viral incelemelerin negatif olması ve PLEVA ile uyumlu histopatoloji
Skabiyes	Yaygın kaşıntılı papüler erüpsiyon	Skabiyes tedavisine yanıtsızlık, hemorajik-nekrotik morfoloji ve likenoid interfaz dermatiti
Artropod reaksiyonu	Kaşıntılı, yer yer veziküler papüller	Yaygın ve simetrik dağılım, santral nekroz, ateş öyküsü ve PLEVA ile uyumlu histopatolojik bulgular
Lenfomatoid papüloz	Nekrotik ve krutlu papüller, iyileşme sırasında skar gelişebilmesi	Likenoid interfaz değişiklikler
Kutanöz küçük damar vasküliti	Hemorajik ve nekrotik lezyonlar	Histopatolojide lökositoklastik vaskülit bulgularının bildirilmemesi; direkt immünofloresanda yalnızca düşük yoğunlukta C3 birikimi
Guttat psoriasis	Akut gelişen yaygın eritemli papüller	Papüloveziküler yapı, santral hemorajik-nekrotik krutlanma ve interfaz dermatitinin ön planda olması
Kontakt dermatit	Kaşıntılı eritemli ve veziküler lezyonlar	Belirgin temas dağılımının olmaması, yaygın tutulum, nekrotik krutlar ve histopatolojik uyumsuzluk

PLEVA Ayırıcı Tanısında Değerlendirilen Hastalıklar ve Olguya Özgü Ayırt Ettirici Bulgular

Anahtar Kelimeler: PLEVA, Mucha-Habermann, pediatrik dermatoloji, kortikosteroid, metotreksat

SS-14

Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Deri ve Deri Ekleri Bulgularının Değerlendirilmesi

Berkay Özmen[1], Suat Sezer[1]

[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Özet: Giriş ve Amaç: Kronik böbrek hastalığı (KBH), böbrek fonksiyonlarının azalması veya yapısal hasarın üç ay veya daha uzun süre devam etmesi olarak tanımlanan ve küresel düzeyde 800 milyondan fazla bireyi etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (1,2). Üremik toksin birikimi, metabolik disfonksiyonlar ve kronik inflamasyon, deri ve deri eklerinde çeşitli yapısal ve fonksiyonel bozukluklara yol açmaktadır (3). Bu çalışmada, Afyonkarahisar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi diyaliz ünitesinde hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizi (PD) tedavisi gören hastalarda deri ve deri ekleri bulgularının sıklığını ve dağılımını incelemeyi amaçladık.Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 63,7 ± 12,8 yıl ve medyan diyaliz süresi 36 ay olan toplam 35 hasta (20 HD, 15 PD) dahil edildi. Hastaların %85,7'sinde (PD: %86,7, HD: %85,0) en az bir dermatolojik bulgu saptandı. En sık görülen dermatolojik patolojiler kserozis (%62,9) ve pruritus (%57,1) olarak belirlendi. Kserozis ve pruritus oranları PD grubunda sırasıyla %73,3 ve %66,7 iken; HD grubunda %55,0 ve %50,0 idi. Bu bulguları tinea pedis (%25,7), tinea unguium (%22,9), tırnak değişiklikleri (%20,0) ve telogen effluvium (%14,3) izledi. Hiperpigmentasyon yalnızca HD hastalarında (%10,0) tespit edildi. Ayrıca pruritus bulunan hastalarda parathormon(PTH) düzeylerinin (medyan 351 ng/L), pruritus bulunmayanlara (medyan 173 ng/L) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (p=0,004).Tartışma: Çalışmamızda elde edilen %85,7'lik dermatolojik bulgu prevalansı literatürdeki verilerle uyumludur. En sık rastlanan patolojiler olan kserozis ve pruritus; epidermal bariyer disfonksiyonu, üremik toksinler ve sistemik inflamasyon ile ilişkilidir (4). Pruritus varlığı ile yüksek PTH düzeyleri arasındaki anlamlı ilişki, mineral-kemik metabolizması bozukluklarının kaşıntı patogenezindeki olası rolünü desteklemektedir (6,7). Cilt lezyonlarının yanı sıra saç ve tırnak katılımının yüksek oranlarda izlenmesi, bütüncül dermatolojik değerlendirmenin diyaliz hastalarının rutin takibine dahil edilmesinin gerekliliğini güçlü biçimde desteklemektedir. Tek bir uzman tarafından yapılan standardize muayeneler ve HD ile PD gruplarının birlikte değerlendirilmesi çalışmanın güçlü yönleridir. Küçük örneklem boyutu, kesitsel tasarım ve yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılmaması ise temel kısıtlılıklardır.Sonuç: Diyaliz hastalarının büyük çoğunluğunda başta kserozis ve pruritus olmak üzere dermatolojik lezyonlar görülmektedir. Yüksek PTH seviyelerinin pruritus ile ilişkili bulunması, metabolik parametrelerin takibinin önemini vurgulamaktadır. Deri ve deri eklerinin bütüncül değerlendirilmesi, diyaliz hastalarının rutin klinik takibinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

Çalışma grubunun demografik ve biyokimyasal özellikleri

Değişken	Toplam (n=35)
Yaş (yıl)	63,7 ± 12,8
Diyaliz süresi (ay)	36 (7–60)
Kalsiyum (mg/dL)	9,01 (8,78–9,48)
Fosfor (mg/dL)	4,17 ± 1,20

Albümin (g/dL)	3,51 ± 0,47
Üre (mg/dL)	106,36 ± 37,53
PTH (ng/L)	298,82 ± 188,25
CRP (mg/L)	8,50 (3,00–18,25)

Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan (25.–75. persentil) olarak sunulmuştur. Fosfor için n=34, PTH için n=33 ve CRP için n=30'dur; diğer değişkenlerde n=35'tir.

Diyaliz hastalarında saptanan dermatolojik bulguların dağılımı

Dermatolojik bulgu	PD (n=15)	HD (n=20)	Toplam (n=35)
En az bir dermatolojik bulgu	13 (%86,7)	17 (%85,0)	30 (%85,7)
Kserozis	11 (%73,3)	11 (%55,0)	22 (%62,9)
Pruritus	10 (%66,7)	10 (%50,0)	20 (%57,1)
Tinea pedis	3 (%20,0)	6 (%30,0)	9 (%25,7)
Tinea unguium	3 (%20,0)	5 (%25,0)	8 (%22,9)
Tırnak değişiklikleri	3 (%20,0)	4 (%20,0)	7 (%20,0)
Telogen effluvium	2 (%13,3)	3 (%15,0)	5 (%14,3)
Hiperpigmentasyon	0 (%0,0)	2 (%10,0)	2 (%5,7)
Liken simpleks kronikus	1 (%6,7)	0 (%0,0)	1 (%2,9)
Lökositoklastik vaskülit	0 (%0,0)	1 (%5,0)	1 (%2,9)
Diyabetik ülser/amputasyon	1 (%6,7)	0 (%0,0)	1 (%2,9)
Seboreik dermatit	1 (%6,7)	0 (%0,0)	1 (%2,9)
Staz dermatiti	1 (%6,7)	0 (%0,0)	1 (%2,9)
Verruka vulgaris	1 (%6,7)	0 (%0,0)	1 (%2,9)

Veriler n (%) olarak sunulmuştur. Yüzdeler her diyaliz grubunun kendi içindeki oranını göstermektedir. Bir hastada birden fazla dermatolojik bulgu bulunabileceğinden yüzdelerin toplamı %100 değildir.

Anahtar Kelimeler: Dermatolojik bulgular, Hemodiyaliz, Parathormon, Periton diyalizi, Pruritus

SS-15

Kronik Spontan Ürtiker Hastalarında Acil Servis Başvuruları

Erişcan Melih Kırsoy[1], Nazlı Caf[2], Defne Özkoca[1], Zafer Türkoğlu[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

[2]Özel Ulus Liv Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Özet: Giriş/Amaç:Kronik spontan ürtiker (KSÜ), altı haftadan uzun süren tekrarlayan ürtiker plakları ve/veya anjiyoödem atakları ile seyreden, hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde etkileyebilen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. KSÜ'nün prevalansının çalışmalara bağlı olarak yaklaşık %0,02 ile %2,7 arasında değiştiği bildirilmektedir[1]. Semptomların ani alevlenmeleri nedeniyle KSÜ hastaları acil servislere başvurabilmektedir. Bu çalışmada KSÜ hastalarında acil servis başvuru sıklığının, başvuru nedenlerinin ve uygulanan tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.Bulgular/Olgu:Ürtiker yan dal polikliniğinde takip edilen ve e-Nabız kayıtlarına ulaşılabilen 200 KSÜ hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş ve cinsiyetleri, ürtiker yan dal polikliniğine yönlendirilme şekli, önceki acil servis başvuru sayıları, acil başvuru nedenleri, poliklinik değerlendirmelerinde anjiyoödem varlığı, tetikleyici faktörler, acilden dermatolojiye yapılan konsültasyonlar ile acil serviste ve dermatoloji polikliniğinde uygulanan tedaviler değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen 200 hastanın %67'si kadın, %33'ü erkek olup yaş ortalaması 44,7±12,9 yıl idi. Hastaların %5'i acil servisten, %95'i diğer polikliniklerden ürtiker yan dal polikliniğine yönlendirilmişti. Hastaların %44'ünün daha önce en az bir kez acil servise başvurduğu saptandı ve toplam 240 acil servis başvurusu kaydedildi. Acil başvuru nedenleri incelendiğinde başvuruların büyük çoğunluğunun ürtiker atağı nedeniyle olduğu (%76,1), daha az sıklıkta anjiyoödem (%5,7) veya ürtiker ve anjiyoödem birlikteliği (%18,2) görüldü. Poliklinik değerlendirmelerinde hastaların %23,5'inde anjiyoödem saptandı. Hastaların %15'inde tetikleyici faktör belirlenirken en sık tetikleyiciler stres ve ilaçlar olarak kaydedildi. Acil serviste en sık uygulanan tedavinin antihistaminikler olduğu, hastaların bir kısmında sistemik kortikosteroid kullanıldığı görüldü.Tartışma:KSÜ hastalarının önemli bir kısmının hastalık seyri sırasında acil servise başvurduğu görülmektedir. Acil başvuruların çoğunluğunu ürtiker atakları oluştururken, daha az oranda anjiyoödem veya her iki tablonun birlikteliği izlenmiştir. Poliklinik değerlendirmelerinde de kayda değer oranda anjiyoödem saptanması, bu hasta grubunda hastalık yükünün yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Acil serviste antihistaminiklerin en sık kullanılan tedavi olması güncel yaklaşım ile uyumlu olmakla birlikte, bazı hastalarda sistemik kortikosteroid kullanımının da bulunduğu görülmüştür.Sonuç:KSÜ hastalarının önemli bir kısmı hastalık seyri sırasında acil servise başvurmaktadır. Güncel kılavuzlar KSÜ yönetiminde antihistaminiklerin temel tedavi olduğunu vurgulamaktadır[2]. Acil servislerde uygulanan tedavi yaklaşımlarının bu doğrultuda standardize edilmesi ve dermatoloji ile acil servis arasındaki iş birliğinin artırılması hastaların uygun yönetimi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Anjioödem, Kronik spontan ürtiker

SS-16

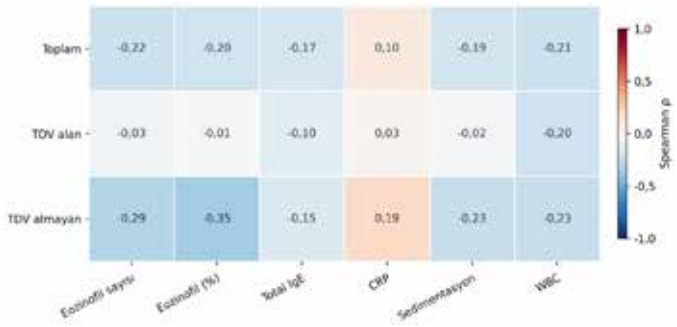
Sistemik Tedavi Alan Atopik Dermatit Hastalarında Serum İnterlökin-26 Düzeylerinin Daha Düşük Bulunması ve Tedavi Süresi ile İlişkisi

Yekbun Yaşa[1], Zafer Türkoğlu[1]

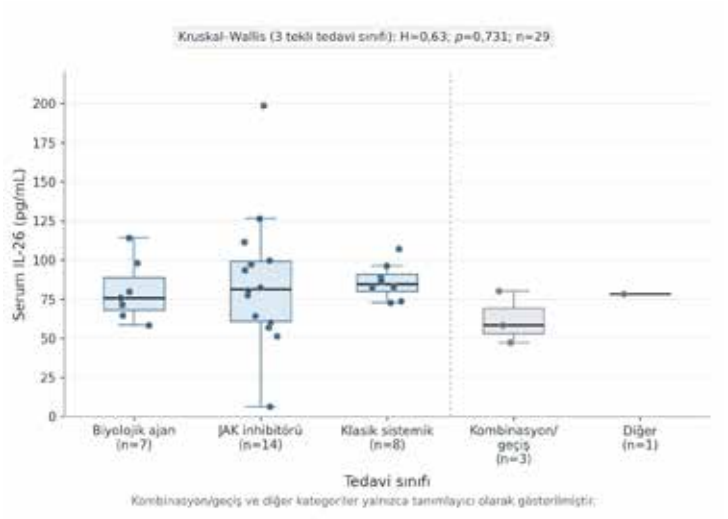
[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Özet: AMAÇ:Atopik dermatit (AD), kompleks immün mekanizmalarla ilişkili kronik inflamatuvar bir hastalıktır. İnterlökin-26 (IL-26), proinflamatuvar ve immün düzenleyici özellikleri nedeniyle son yıllarda AD patogenezinde rol oynayabilecek aday sitokinlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Ancak sistemik tedavi ile IL-26 düzeyleri arasındaki ilişki ve bu sitokinin tedavi yanıtını yansıtma potansiyeli henüz net değildir.Bu çalışmada, sistemik tedavi (TDV) alan ve almayan AD hastalarında serum IL-26 düzeylerinin karşılaştırılması ve IL-26'nın hastalık şiddeti ile tedavi süresiyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.GEREÇ VE YÖNTEM:Çalışmaya sistemik tedavi alan (n=33) ve almayan (n=27) toplam 60 atopik dermatit hastası dahil edildi. Serum IL-26 düzeyleri ölçüldü. Hastalık şiddeti EASI, SCORAD ve NRI skorları ile değerlendirildi.Gruplar arası karşılaştırmalarda uygun parametrik veya non-parametrik testler kullanıldı. Korelasyon analizleri Spearman testi ile değerlendirildi. IL-26 düzeyinin bağımsız belirleyicilerini incelemek amacıyla heteroskedastisiteye dayanıklı (HC3) çok değişkenli doğrusal regresyon modelleri oluşturuldu.BULGULAR:Demografik ve klinik özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.Sistemik tedavi alan hastalarda hastalık şiddeti belirteçleri anlamlı olarak daha düşüktü (tümü $p < 0,001$).Serum IL-26 düzeyi, TDV alan grupta anlamlı olarak daha düşük bulundu[80,2 (64,7–96,3) vs 89,2 (79,2–116,2) pg/mL; p=0,037]Tedavi sınıfları arasında IL-26 düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,731).Tüm kohortta IL-26 ile hastalık şiddeti skorları arasında anlamlı korelasyon gösterilemedi.Buna karşılık, sistemik tedavi alan hastalarda tedavi süresi ile IL-26 düzeyi arasında orta düzeyde, negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu (r=-0,489; p=0,005)Çok değişkenli analizlerde, yaş, cinsiyet, VKİ ve hastalık süresi için düzeltme yapıldığında TDV kullanımı ile daha düşük IL-26 düzeyleri arasındaki ilişkinin yönü tüm modellerde tutarlı olmakla birlikte istatistiksel anlamlılık sınırında kaldı (β≈-21; p=0,053).SONUÇ:Bu çalışmada, sistemik tedavi alan atopik dermatit hastalarında serum IL-26 düzeylerinin daha düşük olduğu ve özellikle tedavi süresi arttıkça IL-26 düzeylerinin anlamlı şekilde azaldığı gösterilmiştir.Çok değişkenli analizlerde istatistiksel anlamlılığa ulaşılamamakla birlikte, ilişkinin tüm modellerde yönünü koruması bu bulgunun biyolojik olarak anlamlı olabileceğini düşündürmektedir.IL-26 düzeylerinin hastalık şiddeti ile anlamlı ilişki göstermemesi, bu sitokinin klinik şiddeti yansıtmak yerine farklı immünolojik süreçleri temsil edebileceğine işaret etmektedir.Bu bulgular, IL-26'nın atopik dermatitte tedaviye yanıtı izleyen, dinamik ve potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini desteklemektedir.

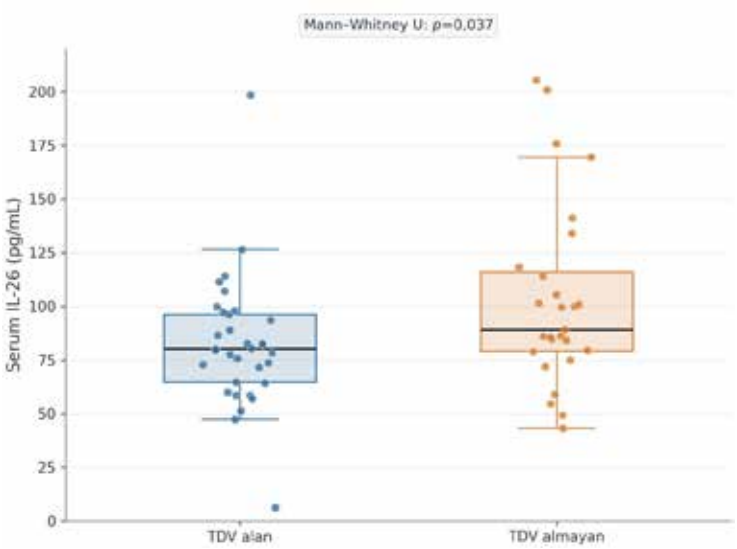
Tedavi alan ve almayan grupların tam kan değerlerinin istatistiksel verisi



Serum Il-26 'nın sistemik tedavi alt gruplarıyla karşılaştırılması



Sistemik tedavi alan ve almayan hasta gruplarının serum IL-26 seviyelerinin istatistiksel karşılaştırılması



Anahtar Kelimeler: Atopik dermatit, interlökin-26, sistemik tedavi, biyobelirteç, tedavi süresi

SS-17

Seboreik Dermatit Hastalarında Serum FGF-21 Düzeylerinin Ve Metabolik Sendrom Sıklığının İncelenmesi

Serpil Eşrefoğlu[1], Ezgi Aktaş[1]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Özet: Giriş ve Amaç: Seboreik dermatit (SD), toplumda sık izlenen kronik inflamatuvar bir dermatozdur. Pek çok inflamatuvar dermatoz ile metabolik sendrom (MetS) ilişkisi gösterilmiş olsa da SD hastalarında bu ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Fibroblast büyüme faktörü-21 (FGF-21) ise MetS, abdominal obezite ile ilişkisi kanıtlanmış bir hepatokin olmasına ek olarak çeşitli deri hastalıklarının patogenezine katkıda bulunduğu gösterilmiştir. SD'de FGF-21 düzeylerini ve MetS varlığını inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada SD hastalarında serum FGF-21 düzeyleri ile MetS sıklığının belirlenmesi ve bu parametrelerin klinik özelliklerle ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Gereç ve Yöntem: Tek merkezli, prospektif olarak yürütülen bu çalışmaya yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikler gösteren 40 SD hastası ve 40 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 80 birey dahil edilmiştir. Serum FGF-21 düzeyleri ile MetS bileşenleri biyokimyasal ve klinik yöntemlerle değerlendirilmiş, hastalık şiddeti seboreik dermatit alan ve şiddet indeksi (SDASİ) kullanılarak belirlenmiştir.Bulgular: SD hastalarında serum FGF-21 düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (p= 0,001). Serum FGF-21 düzeyleri ile MetS parametreleri arasında ilişki izlenmedi (p > 0,05). SD hastalarında kan basıncı ve bel çevresi değerleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla; p= 0,001, p= 0,041). Serum FGF-21 düzeyleri ile SDASİ skorları arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p > 0,05). Ancak SDASİ skoru ile MetS pozitif bileşen sayısı ve bel çevresi arasında pozitif; HDL düzeyleri ile ters yönlü anlamlı ilişkiler saptandı (sırasıyla; p= 0,002, p= 0,017, p= 0,005). Ayrıca orta ve şiddetli SD hastalarında bel çevresi değerleri, MetS bileşen sayısı ve görülme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla; p= 0,020, p= 0,001, p= 0,007).Tartışma ve Sonuç: SD hastalarında serum FGF-21 düzeyleri daha düşük bulunmakla birlikte hastalık şiddeti ile ilişkili değildir. Bu bulgular FGF-21'in SD patogenezinde belirleyici bir rolü olmayabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, hastalık şiddeti ile bazı metabolik parametreler arasındaki ilişkiler, SD'de metabolik süreçlerin tamamen bağımsız olmadığını göstermektedir.

Gruplar arasında serum FGF-21 düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 4.5. Gruplar arasında serum FGF-21 düzeylerinin karşılaştırılması

	FGF-21 (pg/ml)		
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	P
SD	273,67±321,81	159,06 (68,8-1523,5)	0,001*
Kontrol	644,71±523,05	500,74 (12,8-1804,5)	

Mann Whitney U Test ***p< 0,05**

Seboreik dermatit hastalarında serum FGF-21 düzeyleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (p= 0,001) (Tablo 4.5).

SD hastalarının ve kontrol grubunun MetS kriterleri, bileşen sayısı ve varlığı açısından değerlendirilmesi

Tablo 4.4. SD hastalarının ve kontrol grubunun MetS kriterleri, bileşen sayısı ve varlığı açısından değerlendirilmesi

		SD	Kontrol	
		n= 40 n (%)	n= 40 n (%)	p
Bel çevresi değerleri (cm)	Kadın <88 cm / Erkek <102 cm	19 (%47,5)	28 (%70)	[1]0,041*
	Kadın ≥88 cm / Erkek ≥102 cm	21 (%52,5)	12 (%30)	
TG düzeyleri (mg/dL)	<150 mg/dL	27 (%67,5)	31 (%77,5)	[1]0,317
	≥150 mg/dL	13 (%32,5)	9 (%22,5)	
HDL düzeyleri (mg/dL)	Kadın ≥50 mg/dL / Erkek ≥40 mg/dL	37 (%92,5)	33 (%82,5)	[2]0,310
	Kadın <50 mg/dL / Erkek <40 mg/dL	3 (%7,5)	7 (%17,5)	
Kan basıncı değerleri (mmHg)	<130/85 mmHg	17 (%42,5)	31 (%77,5)	[1]0,001*
	≥130/85 mmHg	23 (%57,5)	9 (%22,5)	
Açlık glukozu düzeyleri (mg/dL)	<100 mg/dL	37 (%92,5)	36 (%90)	[3]1,000
	≥100 mg/dL	3 (%7,5)	4 (%10)	
MetS pozitif bileşen sayısı	0	10 (%25)	17 (%42,5)	[4]0,128
	1	8 (%20)	12 (%30)	
	2	12 (%30)	5 (%12,5)	

	3	9 (%22,5)	5 (%12,5)	
	4	1 (%2,5)	1 (%2,5)	
MetS	Yok	30 (%75)	34 (%85)	[1]0,264
	Var	10 (%25)	6 (%15)	

[1]Ki-kare test [2]Continuity (yates) düzeltmesi

[3]Fisher's Exact test [4]Fisher Freeman Halton Exact test

***p<0,05**

TG: Trigliserid, HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein, MetS: Metabolik sendrom

Seboreik dermatit grubunda, kadınlarda bel çevresinin ≥88 cm, erkeklerde ≥102 cm olma oranı (%52,5), kontrol grubuna (%30) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı (p= 0,041). Seboreik dermatit grubunda, TG düzeyinin ≥150 mg/dL olma oranı %32,5, kontrol grubunda %22,5 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık izlenmedi (p= 0,317). Seboreik dermatit grubunda, HDL düzeyinin kadınlarda <50 mg/dL ve erkeklerde <40 mg/dL olma oranı %7,5, kontrol grubunda %17,5 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi (p= 0,310). Seboreik dermatit grubunda, kan basıncının ≥130/85 mmHg olma oranı (%57,5), kontrol grubuna (%22,5) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p= 0,001). Seboreik dermatit grubunda, açlık glukoz düzeyinin ≥100 mg/dL olma oranı %7,5, kontrol grubunda %10 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p= 1,000). Gruplar arasında pozitif MetS bileşen sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p= 0,128). Seboreik dermatit grubunda, MetS görülme oranı %25, kontrol grubunda %15 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık izlenmedi (p= 0,264) (Tablo 4.4).

Anahtar Kelimeler: Fibroblast büyüme faktörü-21, metabolik sendrom, seboreik dermatit alan ve şiddet indeksi

SS-18

Kronik Spontan Ürtikerde Alevlendirici Faktörler ve Hasta Tarafından Bildirilen Hastalık Yükü

Osman Gokdeniz[1], Betul İkbal Doğan[1], Defne Özkoca[1], Ceren Süne[1], Baha Zaben[1], Enes Furkan Murat[1], Zafer Türkoğlu[2]

[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Özet: Giriş/AmaçKronik spontan ürtikerde (KSÜ) hastalar stres, gıda, ilaç ve çeşitli fiziksel uyaranların semptomlarını alevlendirdiğini sıklıkla bildirmektedir. Bu çalışmada kaydedilmiş alevlendirici faktörlerin sıklığı ile fiziksel ve fiziksel olmayan faktör yükünün hastalık kontrolü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi değerlendirildi. Tek merkezde izlenen 80 erişkin KSÜ hastasının standart takip formları retrospektif olarak incelendi. Provokasyon testiyle kronik indüklenebilir ürtiker (KİÜ) tanısı doğrulanan hastalar dışlandı; rutin provokasyon testi uygulanmadığından fiziksel uyaranlar KİÜ tanısı değil, kaydedilmiş alevlendirici faktörler olarak değerlendirildi. Basınç, soğuk, sıcak, güneş, egzersiz/kolinerjik uyaran ve dermografizm fiziksel; stres, gıda ve ilaç fiziksel olmayan faktör olarak sınıflandırıldı. Hastalık kontrolü Ürtiker Kontrol Testi (UCT), yaşam kalitesi Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI) ve Kronik Ürtiker Yaşam Kalitesi Anketi (CU-Q2oL) ile değerlendirildi. İlişkiler Spearman korelasyonu ve UCT, tedavi, hastalık süresi ve anjiyoödem için düzeltilmiş çok değişkenli doğrusal regresyonla incelendi.Bulgular/OlguHastaların %65,0'i kadın, ortalama yaşı 38,0±12,9 yıl idi. En az bir alevlendirici faktör 75 hastada (%93,8) kaydedildi. En sık faktörler stres (%71,3), egzersiz/kolinerjik uyaran (%46,3), basınç, sıcak ve dermografizm (her biri %36,3) idi. Fiziksel olmayan faktör sayısı CU-Q2oL (ρ=0,334; p=0,002) ve DLQI (ρ=0,308; p=0,005) ile pozitif korelasyon gösterirken UCT ile ilişkili değildi (ρ=−0,036; p=0,754). Fiziksel faktör sayısı üç ölçekle ilişkili değildi. Fiziksel olmayan faktör sayısı 0, 1, 2 ve 3 olan hastalarda ortanca CU-Q2oL skorları sırasıyla 8,5, 25, 45 ve 48 idi (p=0,022). Düzeltilmiş modelde fiziksel olmayan faktör sayısının CU-Q2oL ile ilişkisi korundu (β=6,82; %95 GA: 0,97–12,67; p=0,022); DLQI ile ilişki zayıfladı (β=2,14; p=0,077). Stres dışlanarak yalnız gıda ve ilaç yükü değerlendirildiğinde ilişki korundu (β=7,88; p=0,008).TartışmaTemel bulgu, fiziksel olmayan alevlendirici faktörlerin kümülatif yükünün daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olması ve bu ilişkinin ürtikere özgü yaşam kalitesi açısından UCT ve diğer klinik değişkenlerden bağımsız sürmesidir. Fiziksel faktör yükü hastalık kontrolü veya yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmadı. Reeshma ve ark. KSÜ hastalarının %72,2'sinde, Zarnowski ve ark. ise %54,9'unda en az bir alevlendirici faktör bildirmiş; ancak kümülatif faktör yükünü temel araştırma sorusu olarak değerlendirmemiştir. Çalışmamızdaki yüksek bildirim oranı, standart takip formunda çok sayıda faktörün sistematik sorgulanmasıyla ilişkili olabilir. Bulgularımız, UCT ile ölçülen hastalık kontrolünün hasta tarafından algılanan yükün tüm boyutlarını yansıtmayabileceğini düşündürmektedir. Retrospektif tasarım ve tüm hastalarda sistematik provokasyon testi bulunmaması başlıca kısıtlılıklardır.SonuçKSÜ'de fiziksel olmayan alevlendirici faktör yükü daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkili bulunurken hastalık kontrolü ile benzer bir ilişki saptanmadı. Bu ilişkinin ürtikere özgü yaşam kalitesinde bağımsız olarak korunması, alevlendirici faktörlerin sistematik sorgulanmasının hastalık kontrolü değerlendirmesine ek klinik bilgi sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik spontan ürtiker, alevlendirici faktörler, yaşam kalitesi

SS-19

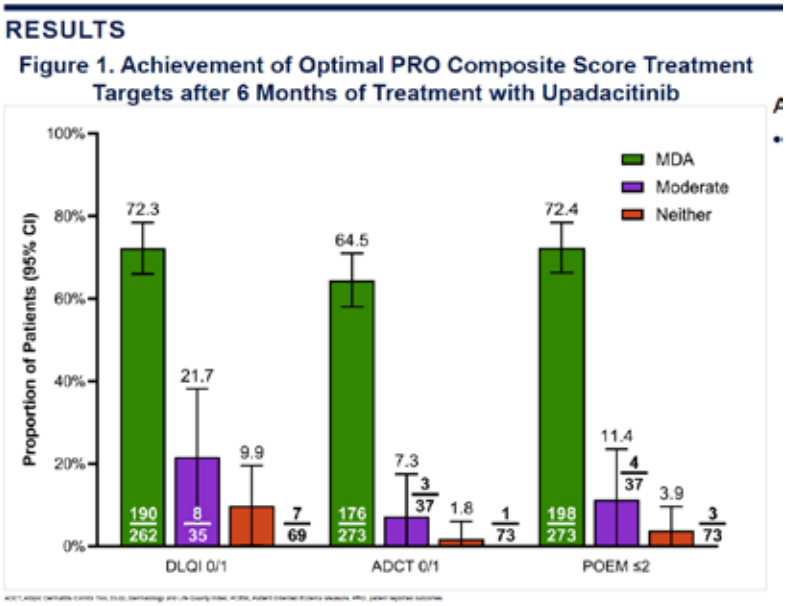
Gerçek Yasamda Minimal Hastalık Aktivitesi ve Orta Düzey Tedavi Hedeflerine Ulasılması ile Hasta Bildirimli Sonuclar AD-VISE Çalısması

Jennifer Beecker[1], Jose-Juan Pereyra-Rodriguez[2], Paula Luna[4], Michael Cecchini[5], Adam Reich[6], Alexandros Stratigos[7], David Prefontaine[8], Richard Ta[8], Michael Lane[8], Yolanda Armendariz[8], Melinda Gooderham[9], Rabia Karaca[10]

[1]Division of Dermatology, University of Ottawa and Ottawa Hospital Research Institute (OHRI), Ottawa, ON, Canada
[2]Department of Medicine, School of Medicine, University of Seville, Seville, Spain
[3]Department of Dermatology, Virgen del Rocio University Hospital, Seville, Spain
[4]Department of Dermatology, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina
[5]Women's College Hospital, Department of Medicine, Division of Dermatology; University of Toronto; York Dermatology
[6]Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Medical College, University of Rzeszów Rzeszów, Poland
[7]1st Department of Dermatology-Venereology, National and Kapodistrian University of Athens, Andreas Sygros Hospital, Athens, Greece
[8]AbbVie Inc., North Chicago, IL, USA
[9]SKiN Centre for Dermatology; Department of Medicine, Queen's University, Kingston, ON, Canada
[10]AbbVie Türkiye

Özet: Atopik dermatit, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. AD-VISE, upadacitinibin gerçek yaşam koşullarındaki klinik etkinliğini değerlendiren, çok ülkeli, prospektif ve gözlemsel bir çalışmadır. Bu analizde, 6 aylık upadacitinib tedavisi sonrasında farklı tedavi hedeflerine ulaşan hastaların hasta bildirimli sonuçları karşılaştırılmıştır.Başlangıçta Worst Pruritus Numerical Rating Scale skoru en az 4 olan hastalar; Eczema Area and Severity Index ve kaşıntı skorlarına göre üç gruba ayrılmıştır. Minimal hastalık aktivitesi grubunda EASI skoru 3 veya daha düşük ve kaşıntı skoru 0–1'dir. Orta düzey tedavi hedefi grubunda EASI skoru 7 veya daha düşük ve kaşıntıda başlangıca göre en az 4 puanlık azalma bulunmuştur. Diğer hastalar hiçbir tedavi hedefini karşılamayan gruba alınmıştır.Altı ay sonunda minimal hastalık aktivitesine ulaşan hastalarda, Dermatology Life Quality Index, Atopic Dermatitis Control Tool ve Patient-Oriented Eczema Measure gibi kompozit hasta bildirimli sonuçlarda optimal düzeylere ulaşma oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu hastaların, orta düzey hedeflere ulaşanlara kıyasla optimal kompozit sonuçlara ulaşma olasılığı yaklaşık 3–8,8 kat; hiçbir hedefe ulaşamayanlara kıyasla ise 3–35,8 kat daha fazladır.Benzer şekilde, minimal hastalık aktivitesine ulaşan hastalarda uykunun etkilenmemesi, tedaviden çok veya son derece memnuniyet ve son 6 ayda alevlenme görülmemesi daha sık bildirilmiştir.Sonuç olarak, gerçek yaşam verileri, upadacitinib tedavisi sırasında minimal hastalık aktivitesine ulaşmanın, atopik dermatitin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini en aza indiren hasta odaklı sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Oral Presentation



Achievement of Composite Scores

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, minimal hastalık aktivitesi, upadasitinib

SS-20

Oral İsotretinoin Kullanan ve Kullanmayan Akne Vulgaris Hastalarının Güneşten Korunma Davranışlarının İncelenmesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması

Elif Hatır Tok[1], Ezgi Aktaş[1]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Özet: Giriş: Bu çalışmada, oral isotretinoin tedavisi alan ve almayan akne vulgaris (AV) hastalarında güneşten korunma davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen demografik ve klinik faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Yöntem: Tek merkezli, prospektif olarak planlanan bu çalışmaya 12-30 yaş aralığında klinik olarak AV tanısı alan 170 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikte 170 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Akne grubunun 80'i oral isotretinoin tedavisi almakta, 90'ı ise isotretinoin kullanmamaktaydı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, Fitzpatrick deri tipi, açık hava etkinlikleri, güneş kremi kullanımı, güneş yanığı öyküsü ve ek cilt bakım ürünü kullanımı kaydedildi. Akne hastalarında ayrıca hastalık ve tedavi süreleri değerlendirildi. Tüm katılımcılara Güneşten Korunma Davranış Ölçeği (GKDÖ) uygulanarak toplam ve alt boyut puanları hesaplandı. Veriler uygun parametrik ve nonparametrik testler, korelasyon analizleri ve çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. Bulgular: Oral isotretinoin kullanan hastalarda akne süresi daha uzundu. Güneş davranışları açısından isotretinoin kullanan grupta güneş kremi kullanma oranı, günlük kullanım sıklığı, SPF ≥50 tercih etme oranı, doktor önerisi ile güneş kremi kullanımı ve güneşlenirken güneş kremi kullanımı diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksekti. GKDÖ toplam puanı ile güneşten kaçınma, güneş kremi kullanımı ve şapka kullanımı alt boyut puanları isotretinoin kullanan grupta en yüksek, isotretinoin kullanmayan akne grubunda orta, sağlıklı kontrollerde ise en düşük düzeyde bulundu ($p < 0,001$). Kadın cinsiyet, daha yüksek eğitim ve gelir düzeyi, Tip II Fitzpatrick deri tipi, yeşil göz rengi, güneş kremi kullanımı, daha sık kullanım, SPF ≥50 tercihi ve ek cilt bakım ürünü kullanımı daha yüksek GKDÖ puanları ile ilişkiliydi. GKDÖ puanı ile yaş ($p < 0,01$), akne süresi ($p < 0,01$), isotretinoin kullanım süresi ($p < 0,01$), günlük güneş kremi kullanım sayısı ($p < 0,001$), yıllık güneşlenme gün sayısı ($p=0,028$) ve ek cilt bakım ürünü kullanımı ($p=0,001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Güneş kremi kullanım sıklığı ve gelir düzeyi GKDÖ puanını bağımsız olarak etkileyen değişkenler olarak saptanırken, akne süresi ve göz renginin bağımsız etkisi gösterilemedi. Tartışma ve Sonuç: Oral isotretinoin kullanan AV hastalarının güneşten korunma davranışlarının hem isotretinoin kullanmayan AV hastalarına hem de sağlıklı bireylere göre daha iyi olduğu gösterildi. Güneşten korunma davranışları yalnızca tedavi durumu ile değil, sosyoekonomik düzey, güneş kremi kullanım alışkanlığı ve çeşitli bireysel özelliklerle de ilişkilidir. Çalışma, AV hastalarında güneşten korunma davranışlarını sağlıklı bireylerle birlikte karşılaştırması ve bu davranışların bağımsız belirleyicilerini ortaya koyması açısından literatüre katkı sağlamaktadır. Bulgular, özellikle oral isotretinoin tedavisi alan hastalarda güneşten korunmaya yönelik hasta eğitimi ve dermatolog rehberliğinin tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini desteklemektedir.

Gruplar arasında GKDÖ ve alt grup puanlarının karşılaştırılması

	İsotretinoin alan (n= 80)	**İsotretinoin almayan (n= 90)**	**Kontrol Grubu (n= 170)**	p değeri	p^ değeri	p+ değeri	p& değeri
GKDÖ toplam	30,63±4,36	23,60±6,07	19,99±5,41	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Güneşten kaçınma	11,61±2,00	9,89±2,85	8,81±2,97	<0,001	<0,001	<0,001	0,007
Güneş kremi kullanımı	13,43±1,62	9,72±3,92	7,28±3,16	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Şapka kullanımı	5,71±2,15	3,97±1,93	3,91±1,94	<0,001	<0,001	<0,001	0,780

Veriler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. p: tek yönlü varyans analizi p^: isotretinoin alan vs isotretinoin almayan p+: isotretinoin alan vs kontrol p&: isotretinoin almayan vs kontrol

Tedavi durumuna göre GKDÖ ve alt gruplarının karşılaştırılması

	Tedavi almayan (n= 40)	**Topikal tedavi (n= 37)**	**Topikal + antibiyotik (n= 13)**	**Oral isotretinoin (n= 80)**	p değeri	p^ değeri	p+ değeri	p& değeri	p# değeri	p* değeri
GKDÖ toplam	20,90±5,96	26,14±5,83	24,69±3,25	30,63±4,36	<0,001	<0,001	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Güneşten kaçınma	9,05±3,20	10,51±2,63	10,69±1,44	11,61±2,00	<0,001	0,046	>0,05	<0,001	>0,05	>0,05
Güneş kremi kullanımı	8,08±3,85	11,41±3,67	10,00±2,77	13,43±1,62	<0,001	<0,001	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Şapka kullanımı	3,78±1,86	4,16±2,22	4,00±1,23	5,71±2,15	<0,001	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Veriler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. p: ANOVA veya Kruskal–Wallis testi p^: Tedavi almayan vs topikal p+: Tedavi almayan vs topikal + antibiyotik p&: Tedavi almayan vs oral isotretinoin p#: Topikal vs topikal + antibiyotik p*: Topikal vs oral isotretinoin

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, Oral isotretinoin, Güneşten Korunma Davranış Ölçeği

SS-21

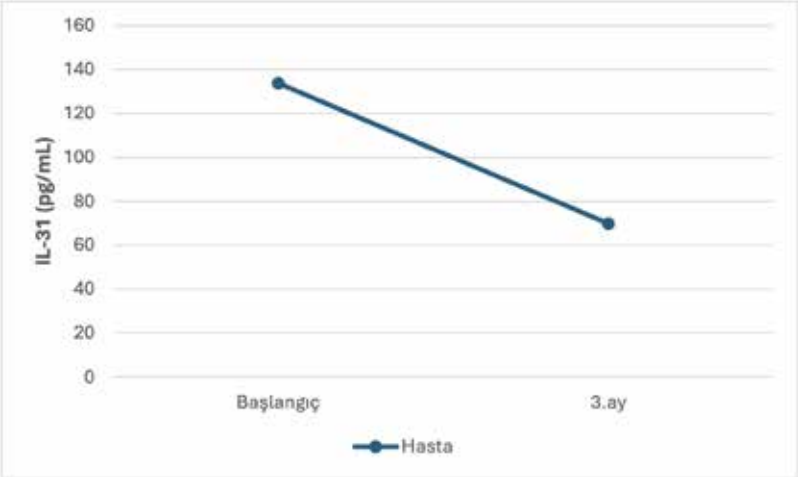
Atopik Dermatitte Serum IL-31 Düzeylerinin Sistemik Tedaviye Yanıt ve Kaşıntı İyileşmesi ile İlişkisi

Zeynep Cansu Dündar[1], Zafer Türkoğlu[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Özet: Atopik dermatit (AD), kronik inflamasyon ve şiddetli pruritus ile seyreden heterojen bir deri hastalığıdır. İnterlökin-31 (IL-31), pruritusa aracılık eden önemli bir nöroimmün sitokin olup hastalık patogenezindeki rolü iyi tanımlanmıştır. Bununla birlikte, serum IL-31 düzeylerinin klinik yansımaları ve özellikle sistemik tedavi sürecindeki dinamik değişimi konusunda veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, sistemik tedavi başlanan AD hastalarında serum IL-31 düzeylerinin tedavi öncesi ve sonrası değişiminin değerlendirilmesi; hastalık şiddeti, kaşıntı şiddeti ve sistemik inflamatuar belirteçlerle ilişkisinin araştırılması amaçlandı. Ayrıca IL-31 düzeyinin AD olgularını sağlıklı kontrollerden ayırt etmedeki performansı değerlendirildi.Prospektif, tek merkezli vaka-kontrol çalışmasına sistemik, biyolojik veya hedefe yönelik tedavi (siklosporin, dupilumab, upadasitinib veya abrositinib) başlanan 32 AD hastası ve 27 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastalarda tedavi başlangıcında ve 3. ayda klinik değerlendirmeler [Egzama Alan ve Şiddet İndeksi (EASI), Sayısal Derecelendirme Ölçeği (NRS)], rutin laboratuvar parametreleri ve serum IL-31 düzeyleri ölçüldü. VKİ ve fenotipik özelliklerin IL-31 değişimi üzerindeki etkisi analiz edildi.AD hastalarında bazal serum IL-31 düzeyleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0,001$). ROC analizinde IL-31'in 69,33 pg/mL kesme noktasında AD olgularını ayırt etmede anlamlı performans gösterdiği saptandı (AUC=0,851; duyarlılık %87,5; özgüllük %66,7). Bazal IL-31 düzeyleri hastalık şiddeti ile ilişkili olup hafif olgularda orta ve ağır gruplara göre daha düşük bulundu ($p=0,015$). Üç aylık sistemik tedavi sonrası IL-31 düzeylerinde anlamlı azalma izlendi ($p=0,001$). Bazal IL-31 ile kaşıntı arasında ilişki saptanmazken, ΔIL-31 ile ΔNRS arasında pozitif korelasyon bulundu ($r=0,412$; $p=0,024$). Erişkin başlangıçlı AD grubunda IL-31 azalması daha belirgindi ($p=0,029$). Tedavi ajanları arasında IL-31 değişimi açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,830$). VKİ artışı hem ΔIL-31 ($r=-0,456$; $p=0,009$) hem de ΔEASI ($r=-0,377$; $p=0,033$) ile negatif korelasyon gösterdi.Serum IL-31 düzeylerinin AD'de sağlıklı kontrollere göre yüksek olması ve hastalık şiddeti ile ilişkisi, IL-31'in AD inflamasyonundaki rolünü desteklemektedir. Bununla birlikte, bazal IL-31 düzeyi ile kaşıntı arasında ilişki saptanmaması, serum IL-31'in tek başına mevcut pruritus şiddetini yansıtmaktan ziyade hastalık sürecindeki dinamik değişimlerle klinik yanıt arasında daha anlamlı bir ilişki gösterebileceğini düşündürmektedir. Nitekim tedavi sonrası IL-31 azalmasının kaşıntıdaki iyileşme ile korelasyonu, IL-31'in nöroimmün pruritus ekseninde dinamik bir biyobelirteç olabileceğini desteklemektedir. VKİ ile hem IL-31 hem de EASI değişimi arasındaki negatif korelasyon metabolik faktörlerin tedavi yanıtını modüle edebileceğini düşündürmektedir. Serum IL-31 düzeyi AD'de hastalık aktivitesi ve sistemik tedaviye yanıtı yansıtabilen potansiyel bir biyobelirteçtir. Özellikle tedaviye bağlı IL-31 değişiminin kaşıntı iyileşmesi ile ilişkili olması, IL-31'in klinik semptom yükünün izlenmesinde değer taşıyabileceğini göstermektedir. VKİ ve başlangıç fenotipinin IL-31 yanıtı ile ilişkisi ise AD'nin heterojen yapısında hastaya özgü metabolik ve fenotipik özelliklerin dikkate alınmasının önemini desteklemektedir.

Hastaların Tedavi öncesi ve sonrası IL-31 düzeylerinin değişimi



Hastaların Tedavi öncesi ve tedavi sonrası 3. ay değişimler (Δ) IL-31 düzeyleri ile klinik ve biyokimyasal parametreler arasındaki korelasyonlar

	Δ IL-31 düzeyler	
	r	p
Δ NRS	0,412*	0,024
Δ EASI	0,267	0,139
Δ Total IgE (IU/mL)	0,266	0,140
Δ Eozinofil (10⁹/L)	0,249	0,169
Δ NLR	0,230	0,205
Δ ELR	0,380*	0,032

p; Spearman, *p<0,05

Anahtar Kelimeler: Atopik dermatit, interlökin-31, pruritus

SS-22

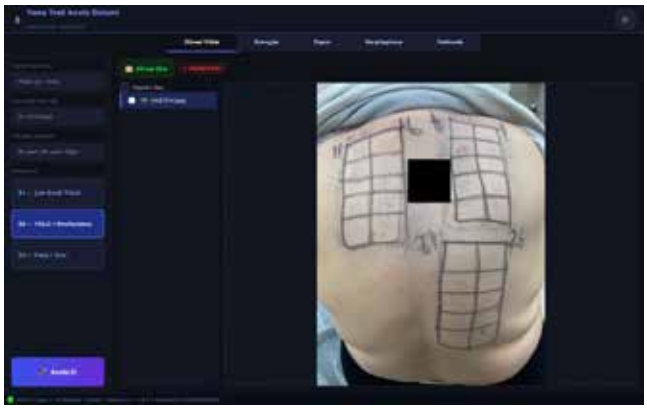
Yama Testi Sonuçlarının Yapay Zeka Kullanılarak Değerlendirilmesi ve Dermatologlarla Kıyaslanması

Dilayda Kayapınar[2], Prof Dr Zafer Türkoğlu[1]

[1]Başakşehir Çam Ve Sakure Şehir Hastanesi
[2]Bağcılar Eğitim Ve Arştırma Hastanesi

Özet: Amaç: Bu çalışmanın amacı, Avrupa Standart Yama Testi Serisi görüntülerinin otomatik değerlendirilmesine yönelik YOLO tabanlı nesne tespiti ve CNN tabanlı sınıflandırma modellerini içeren iki aşamalı bir derin öğrenme pipeline'ı geliştirmek; geliştirilen modelin dermatolog konsensüsüyle uyumunu istatistiksel olarak değerlendirmektir. Gereç ve Yöntem: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde Ocak 2024 – Nisan 2026 tarihleri arasında 30 alerjenlik Avrupa Standart Yama Testi Serisi uygulanan 200 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Görüntüler 48., 72. ve 96. saatlerde akıllı telefon kameraları ile elde edilmiştir. Üç aşamalı deneysel tasarımda; Senaryo 1'de tek geçişli (Yol A) YOLO mimarileri, Senaryo 2'de iki aşamalı patch düzeyi, Senaryo 3'te iç bölge düzeyi pipeline değerlendirilmiştir. Toplam 13 farklı model karşılaştırılmıştır. Model performansı, üç bağımsız dermatologun konsensüs değerlendirmesiyle Cohen's Kappa ve Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılarak analiz edilmiştir.Bulgular: Senaryo 1'de YOLOv10n 0,8832 mAP@0.5 ve 0,8370 makro F1 skoru elde ederek en yüksek performansı sergilemiştir. Senaryo 2'de YOLOv11s 0,9939 mAP@0.5 ile en yüksek patch tespit hassasiyetine, EfficientNet-B0 ise 0,831 makro F1 skoru ile en iyi sınıflandırma performansına ulaşmıştır. Klinik doğrulama analizinde (n = 1.161, 40 hasta, 30 alerjen), yapay zekâ modelinin dermatolog konsensüsüyle kuadratik ağırlıklı Cohen's Kappa değeri $\kappa = 0,946$ (%95 GA: 0,901– 0,978) olarak hesaplanmıştır. Tüm 30 alerjende $\kappa \geq 0,80$ eşiği korunmuştur. Modelin makro F1 skoru 0,957, genel doğruluğu ise %98,97 olarak belirlenmiştir.Sonuç: Geliştirilen iki aşamalı yapay zekâ pipeline'ı, yama testi görüntülerinin değerlendirilmesinde dermatolog konsensüsüyle mükemmel düzeyde uyum sergilemiştir. CNN tabanlı mimariler (EfficientNet, ResNet) transformer tabanlı mimarilere kıyasla tutarlı biçimde üstün performans göstermiştir. Standart akıllı telefon görüntülerinin kullanılması, sistemin günlük klinik pratiğe ve teledermatoloji uygulamalarına entegrasyon potansiyelini desteklemektedir.

Uygulama arayüz1



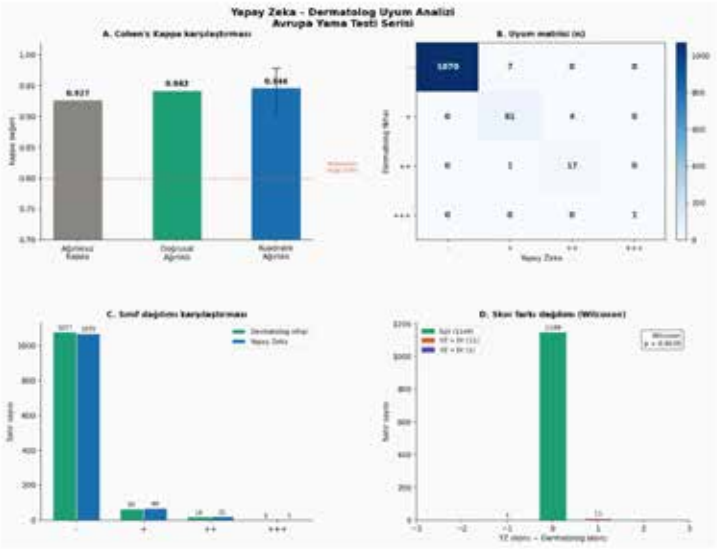
eliştirilen yapay zekâ tabanlı "Yama Testi Analiz Sistemi" kullanıcı arayüzü. Örnekte, çalışmada en iyi sınıflandırma performansını gösteren Senaryo 2 (YOLO + Sınıflandırıcı / EfficientNet-B0) seçilerek, standart bir akıllı telefon kamerasıyla elde edilmiş yama testi görüntüsü üzerinde otomatik analiz süreci gösterilmektedir.

uygulama arayüz2



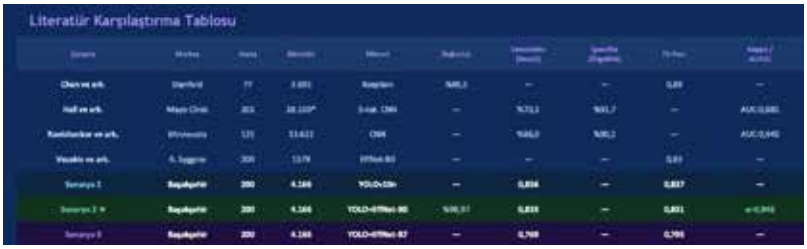
Yama testi görüntülerinin değerlendirilmesinde yapay zekâ tabanlı bir yaklaşım geliştirilmiştir. Çalışmada, yama odacıklarının görüntü üzerinde otomatik olarak lokalize edilmesi amacıyla YOLO (You Only Look Once) tabanlı nesne tespit modeli kullanılmıştır. Model, görüntülerdeki yama bölgelerini yüksek doğrulukla belirleyerek her bir odacığın ayrı olarak değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Elde edilen görüntü kırpıntıları, sonraki aşamada reaksiyon şiddetinin ICDRG kriterlerine göre sınıflandırılması için kullanılmıştır. Bu yaklaşımın, yama testi değerlendirmesinde gözlemciye bağımlılığı azaltarak standardizasyon ve klinik karar destek süreçlerine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

yapay zeka dermatolog uyum analizi



Yapay zekâ ile dermatolog değerlendirmesi arasındaki uyum, Avrupa Yama Testi Serisi kullanılarak değerlendirilmiştir. Dermatolog ve yapay zekâ skorları arasındaki Cohen’s kappa değerleri ağırlıksız, doğrusal ağırlıklı ve kuadratik ağırlıklı analizlerde sırasıyla 0,927, 0,942 ve 0,946 olarak bulunmuş; tüm değerler yüksek düzeyde uyuma işaret etmiştir. 1.149 değerlendirmenin 1.138’inde (%99,0) iki yöntem aynı skoru vermiştir. Skorlar arasındaki farkların değerlendirilmesinde Wilcoxon testi, istatistiksel olarak anlamlı ancak düşük düzeyde bir sistematik fark göstermiştir (p=0,0039). Bulgular, yapay zekâ modelinin yama testi reaksiyonlarının değerlendirilmesinde dermatolog değerlendirmesiyle yüksek düzeyde uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır.

literatür karşılaştırma



Literatürde yama testi görüntülerinin yapay zekâ ile değerlendirilmesine yönelik farklı derin öğrenme yaklaşımları bildirilmiştir. Chan ve ark. Xception mimarisi ile %99,5 doğruluk ve 0,89 F1-skoru bildirirken, Hall ve ark. 5 katmanlı CNN modeli ile %70,1 duyarlılık ve %91,7 özgüllük elde etmiştir. Ravishankar ve ark. CNN tabanlı modellerinde %86,0 duyarlılık ve %90,2 özgüllük bildirirken, Vezakis ve ark. EfficientNet-B0 ile 0,83 F1-skoru elde etmiştir. Çalışmamızda değerlendirilen üç farklı senaryo içerisinde en başarılı sonuç, yama odacıklarının YOLO ile lokalizasyonu ve EfficientNet-B0 ile sınıflandırılmasını içeren iki aşamalı yaklaşımda elde edilmiş; %98,97 doğruluk, %83,3 duyarlılık ve 0,831 F1-skorunun yanı sıra dermatolog değerlendirmesiyle 0,946 düzeyinde yüksek uyum saptanmıştır. Bu bulgular, yaklaşımımızın literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılabilir bir performans sunduğunu ve özellikle dermatolog-yapay zekâ uyumunun güçlü olduğunu göstermektedir.

Dermatolog / Yapay Zekâ karşılaştırma

Dermatolog / Yapay Zekâ karşılaştırma

D/YZ	-	+	++	+++	toplam
-	1070	7	0	0	1077
+	0	61	4	0	65
++	0	1	17	0	18
+++	0	0	0	1	1
toplam	1077	69	21	1	1161

Dermatolog nihai değerlendirmesi ile yapay zekâ tarafından gerçekleştirilen değerlendirme toplam 1161 yama testi görüntüsü üzerinden karşılaştırılmıştır. İki değerlendirme yöntemi 1149 olguda aynı sonucu vermiş ve genel uyum oranı %98,97 olarak hesaplanmıştır. En yüksek uyum negatif reaksiyonlarda görülmüş olup, dermatolog tarafından negatif olarak değerlendirilen 1077 görüntünün 1070'inde yapay zekâ da negatif değerlendirme yapmıştır. Pozitif reaksiyonlarda ise dermatolog ve yapay zekâ değerlendirmeleri arasında büyük ölçüde uyum gözlenmiştir. Uyuşmazlıkların çoğu komşu reaksiyon şiddeti kategorileri (+/++) arasında gerçekleşmiştir. Bu bulgular, yapay zekâ modelinin özellikle negatif ve düşük dereceli pozitif reaksiyonların ayrımında dermatolog değerlendirmesiyle yüksek düzeyde uyum gösterdiğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: alerjik kontakt dermatit, yama testi, derin öğrenme, yapay zeka, teledermatoloji

SS-23

Akne Vulgarisinde Serum Katelisidin (LL-37) Düzeyleri: Hastalık Şiddeti, Süresi ve İzotretinoin Tedavisi ile İlişkisi

Merve Aktepe Yünlüel[1], Göknur Özaydın Yavuz[1], Zafer Türkoğlu[1], İbrahim Halil Yavuz[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Özet: Akne vulgaris (AV), pilosebase ünitenin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Doğal bağışıklığın önemli bileşenlerinden biri olan katelisidin (LL-37), antimikrobiyal özelliklerinin yanı sıra immünmodülatör etkileriyle inflamatuvar süreçlerde rol oynamaktadır. Bu çalışmada, AV hastalarında serum katelisidin düzeylerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması, hastalık şiddeti ve süresi ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve oral izotretinoin tedavisinin serum katelisidin düzeyleri üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlandı.Prospektif vaka-kontrol çalışmasına 51 AV hastası ve 51 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Hastalık şiddeti Global Akne Derecelendirme Sistemi (GADS) ile değerlendirildi. Serum katelisidin düzeyleri hasta ve kontrol grubunda tedavi öncesinde, AV grubunda ise oral izotretinoin tedavisinin üçüncü ayında ELISA yöntemiyle ölçüldü. Grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, tedavi öncesi ve sonrası değerlerin karşılaştırılmasında Wilcoxon testi, korelasyon analizlerinde Spearman testi kullanıldı. Katelisidinin tanısal performansı ROC analizi ile değerlendirildi.AV hastalarında serum katelisidin düzeyi (13,37±15,36 ng/ml), sağlıklı kontrollere (5,98±2,84 ng/ml) göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0,001$). Serum katelisidin düzeyi ile hastalık süresi arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı ($r=0,284$; $p=0,044$). Üç aylık oral izotretinoin tedavisi sonrasında serum katelisidin düzeylerinde genel olarak anlamlı değişiklik izlenmedi ($p=0,083$). Bununla birlikte, klinik iyileşme miktarı (ΔGADS) ile serum katelisidin düzeyindeki değişim arasında pozitif korelasyon bulundu ($r=0,316$; $p=0,024$). ROC analizinde serum katelisidinin AV ve sağlıklı kontrolleri ayırt etmedeki AUC değeri 0,716 olarak saptandı. 6,78 ng/ml eşik değerinde duyarlılık %72,5, özgüllük %62,7 idi.Serum katelisidin düzeylerinin AV hastalarında sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunması, katelisidinin AV patogenezindeki inflamatuvar ve immün süreçlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Hastalık süresi ile saptanan pozitif korelasyon, bu ilişkinin hastalık yüküyle bağlantılı olabileceğine işaret etmektedir. ROC analizindeki orta düzeyde ayırt edici performans, serum katelisidinin AV için potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmekle birlikte, tanısal kullanımının doğrulanması için daha geniş çalışmalar gereklidir. İzotretinoin tedavisi sonrasında genel serum katelisidin düzeylerinde anlamlı değişiklik saptanmamış, ancak katelisidin düzeyindeki değişim ile klinik yanıt arasındaki ilişki, katelisidinin tedavi yanıtıyla ilişkili dinamik bir belirteç olabileceğini düşündürmüştür.

Demografik verileri ile serum katelisidin



Hasta (n=51) ve kontrol (n=51) gruplarının demografik verileri ile serum katelisidin (LL-37) düzeylerinin karşılaştırmalı analizi.

Roc analizi



LL-37 parametresinin akne vulgaris hastalarında tanısal gücünü gösteren ROC analizi grafiği ve istatistiksel özet tablosu.

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, katelisidin, LL-37, izotretinoin, biyobelirteç

SS-24

Fotoyaşlanmanın Farklı Yüzleri ve Klinik Yansımalar

Damla Değirmenci[1], Nilay Duman[1], Işıl Karaarslan[1]

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

Özet: Giriş: Fotoyaşlanma;Ultraviyole (UV) başta olmak üzere çevresel faktörlerin tetiklediği ekstrinsik yaşlanma sürecidir ve sadece estetik kaygılara yol açmakla kalmayıp, aynı zamanda deri sağlığı üzerinde de önemli olan karmaşık bir süreçtir.Klinik olarak atrofik ve hipertrofik fenotiplere ayrılmaktadır.Kanıtlar, fotoyaşlanma fenotiplerinin deri kanseri ile ilişkisinin farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir;ancak kesin veriler eksiktir.Bu nedenle; çalışmamızda, klinik olarak teşhis edilen atrofik ve hipertrofik fotoyaşlanma tipleri arasındaki klinik demografik farklılıkları,fotoyaşlanmanın sadece kozmetik sorun değil,aynı zamanda potansiyel onkolojik risk faktörü olduğunu vurgulamayı ve deri kanserine karşı önleyici stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunmayı amaçladık.Bulgular: 60 hastanın 20'sinde(% 33,3) atrofik,40'ında(% 66,7) hipertrofik fotoyaşlanma bulguları mevcuttu.Atrofik fotoyaşlanma hastalarının %70'inde,hipertrofik fotoyaşlanma hastalarının %52,5'inde deri kanseri öyküsü gözlemlendi.Atrofik grupta deri kanseri sayısı daha yüksek olmasına rağmen(2,6'ya karşı 1) bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.Aktinik keratoz (AK) atrofik grupta daha sık görüldü(% 80'e karşı % 55). Skuamöz hücreli karsinom (SCC) in situ, hipertrofik fotoyaşlanma hastalarına kıyasla atrofik fotoyaşlanma hastalarında anlamlı derecede daha fazla mevcuttu(%60'a karşı %25; p = 0,008).Bazal hücreli karsinom, invaziv SCC ve malign melanom (MM) atrofik grupta daha sık gözlemlenirken,bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.Deri kanseri öyküsü varlığı,fotoyaşlanma alt tipiyle anlamlı şekilde ilişkili değildi,ancak kronik güneş maruziyetiyle anlamlı bir ilişki gösterdi(p = 0,032).Tartışma: Literatürde fotoyaşlanma fenotiplerinin onkolojik risk profilleri üzerinde süregelen tartışma mevcuttur.Bazı çalışmalar; atrofik fotoyaşlanma zemininde AK, keratinositik tümörler ve MM insidansının daha yüksek olduğunu bildirmektedir.Çalışmamızın verileri, sayısal olarak atrofik grupta ortalama deri kanseri sayısının(2,6'ya karşı 1,0) ve AK sıklığının (% 80'e karşı % 55) daha yüksek olduğunu göstererek bu literatür bilgisini desteklemektedir.Ancak, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olması, örneklem genişliği veya fenotipler arası geçiş formlarından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızın en dikkat çekici bulgusu;SCC in situ prevalansının atrofik fotoyaşlanma grubunda anlamlı derecede yüksek saptanmasıdır(p=0,008).Bu durum, atrofik fenotipte izlenen epidermal incelmenin ve dermo-epidermal bileşkedeki düzleşmenin,UV radyasyonuna karşı bariyer fonksiyonunu zayıflatarak karsinojenik süreci hızlandırabileceği hipotezini düşündürmektedir.Öte yandan, çalışmamızda deri kanseri öyküsünün fotoyaşlanma alt tipinden ziyade kronik UV maruziyeti ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunması(p=0,032),kümülatif dozun klinik fenotipten daha belirleyici bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.Bu bağlamda bizim bulgularımız, fotoyaşlanmanın klinik tipi ne olursa olsun,UV maruziyeti olan tüm hastaların onkolojik açıdan titizlikle taranması gerektiğini vurgulamaktadır.Sonuç: Çalışmamız, fotoyaşlanma fenotiplerinin onkolojik risk profilleri açısından farklılıklar gösterebileceğini,özellikle atrofik tipin SCC in situ gelişimi için dikkat çekici bir zemin oluşturabileceğini göstermiştir.Ancak kümülatif güneş maruziyeti, klinik fenotipten bağımsız deri kanseri gelişiminde en kritik belirleyici olmaya devam etmektedir.Bu nedenle, fotohasarı olan bireylerin takibinde klinik alt tiplerin yanı sıra maruziyet öyküsünün de öncelikli olarak değerlendirilmesi önemlidir.Fotoyaşlanma fenotiplerindeki karsinogenez mekanizmalarına dair yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Fotoyaşlanma, Deri kanseri, Skuamöz hücreli karsinoma in situ, Ultraviyole radyasyon, Kozmetoloji

SS-25

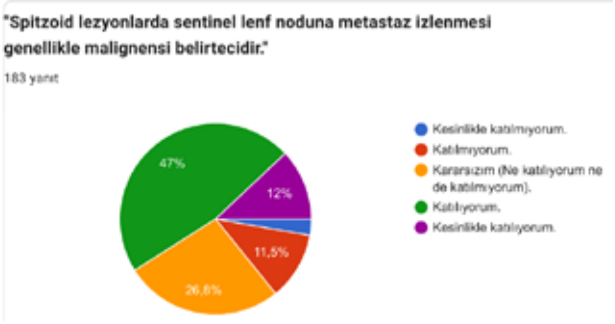
Spitzoid Lezyonlara Klinik Yaklaşım: Dermatoloji ve İlgili Branş Hekimlerinin Farkındalık Düzeyleri ve Uygulama Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

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

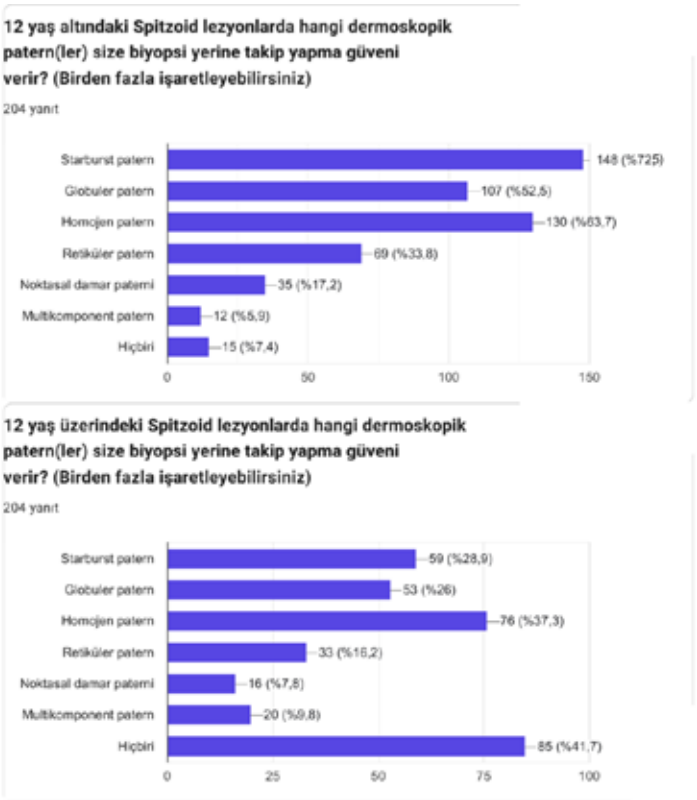
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji

Özet: Amaç: Spitzoid lezyonlar, benign Spitz nevüslerinden malign potansiyeli belirsiz atipik Spitz tümörlerine ve belirgin malign özellikler taşıyan spitzoid melanomlara kadar uzanan geniş bir biyolojik spektrumu kapsamaktadır. Klinik, dermoskopik ve histopatolojik özelliklerin örtüşmesi, özellikle atipik lezyonlarda tanı ve yönetimi güçleştirebilmektedir. Bu çalışmada, hekimlerin spitzoid lezyonlara yönelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi ve tanı ile yönetimde karşılaşılan güçlüklerin belirlenmesi amaçlandı.Gereç ve Yöntem: Bu ulusal, kesitsel araştırma, Ocak-Nisan 2026 tarihleri arasında anonim bir çevrim içi anket kullanılarak gerçekleştirildi. Anket, dermatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, patoloji ve tıbbi onkoloji alanlarında çalışan hekimlere ulaştırıldı. Katılımcıların demografik özellikleri, eğitim ve klinik deneyimleri, tanısal yaklaşımları, dermoskopi uygulamaları, yönetim tercihleri ile histopatolojik, immünohistokimyasal ve moleküler yöntemleri kullanma durumları değerlendirildi. Ankete katılan 230 hekimden elektronik onam veren 227'si analize dâhil edildi. Anketin koşullu yapısı nedeniyle dermoskopi, klinik ve cerrahi yaklaşım ile patolojik ve moleküler yaklaşım bölümlerindeki ayrıntılı sorular sırasıyla 204, 183 ve 119 katılımcı tarafından yanıtlandı.Bulgular: Katılımcıların %90,7'si dermatoloji alanında çalışmaktaydı. Spitzoid lezyonlara ilişkin özel eğitim alanların oranı %20,3, standart tanı kriterlerini kullananların oranı %41,9 ve nicel bir skorlama sisteminden yararlananların oranı %8,4'tü. Hasta yaşını ve klinik morfolojiyi tanısal yaklaşımda fazla veya çok fazla önemli bulanların oranları sırasıyla %82,8 ve %70,0'dı. Dermoskopi kullanım oranı %89,9'du. 204 katılımcının %72,5'i, 12 yaşından küçük çocuklarda starburst paternini biyopsi yerine izlem kararı açısından güven verici bulurken, %41,7'si 12 yaş üzerindeki hastalarda hiçbir dermoskopik paterni yeterince güven verici bulmadı. Bu katılımcıların %51,0'ı dermoskopi bulguları ile patoloji sonuçlarını her zaman veya çoğu zaman birlikte değerlendirdiğini belirtti. Klinik ve cerrahi yaklaşım bölümünü yanıtlayan 183 katılımcının %63,4'ü, erişkinlerdeki atipik spitzoid lezyonlarda sentinel lenf nodu biyopsisini yalnızca melanom tanısının patolojik olarak doğrulandığı olgularda uygun buldu. Aynı katılımcıların %59,0'ı sentinel lenf nodu metastazının genellikle malignite göstergesi olduğu görüşüne katılırken, %26,8'i bu konuda kararsız kaldı. Moleküler testlerin rutin kullanımı ise sınırlıydı. Sonuç: Spitzoid lezyonların temel tanısal özelliklerine ilişkin farkındalık yüksek olmakla birlikte, standart yaklaşımların kullanımı sınırlıdır. Özellikle farklı yaş gruplarında klinik karar verme, atipik spitzoid lezyonların yönetimi ve sentinel lenf nodu bulgularının yorumlanması konusunda belirsizlikler bulunmaktadır. Bulgularımız, yaşa ve lezyonun atipik özelliklerine göre yapılandırılmış ortak tanı ve yönetim algoritmalarının geliştirilmesine ve bu alanlardaki eğitimin artırılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Sentinel Lenf Nodu Metastazına İlişkin Görüşler



Yaş Gruplarına Göre Biyopsi Yerine İzlem Güveni Veren Dermoskopik Paternler



Anahtar Kelimeler: Spitzoid lezyonlar, dermoskopi, klinik yönetim, atipik spitz tümör

SS-26

Akne Vulgariste Klinik Şiddetin Laboratuvar Yansımaları: İnflamatuar ve Hematolojik Parametrelerin Karşılaştırılması

Eda Nur Demir[1], **Nilay Duman**[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir*

Özet: Akne vulgaris, pilosebaseöz ünitede gelişen kronik inflamatuar bir dermatozdur. Sebum üretimindeki artış, foliküler keratinizasyon sürecindeki değişiklikler, Cutibacterium acnes kolonizasyonu ve inflamatuar yanıt hastalığın gelişiminde rol oynayan başlıca mekanizmalar arasındadır. Hastalık şiddeti; lezyonların morfolojisi, yaygınlığı ve skar gelişimi dikkate alınarak değerlendirilmektedir. Aknenin inflamatuar niteliğinin kutanöz bulguların ötesine uzanabileceği ve hastalık aktivitesine sistemik inflamatuar ve hematolojik değişikliklerin eşlik edebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, erişkin akne vulgaris hastalarında farklı hastalık şiddeti grupları arasında inflamatuar göstergeler, anemi ve demir metabolizmasıyla ilişkili parametreler ve tam kan sayımı bulgularının karşılaştırılması amaçlandı. Çalışmaya 2025 yılında akne vulgaris tanısı alan ve laboratuvar verileri eksiksiz olan 70 erişkin hasta dahil edildi. Akne dışında kronik inflamatuar dermatolojik, enfeksiyöz veya sistemik inflamatuar hastalığı bulunan olgular dışlandı. Hastalar klinik özellikleri ve tedavi gereksinimleri doğrultusunda hafif-orta (n=35; topikal tedavi ve/veya sistemik doksisiklin/azitromisin) ve şiddetli (n=35; sistemik izotretinoin) olmak üzere iki grupta incelendi. CRP, SAA, vitamin B12, folik asit, serum demiri, TDBK, ferritin ve tam kan sayımı parametreleri değerlendirildi. Gruplar Mann-Whitney U ve Ki-kare testleriyle karşılaştırıldı; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi. Kadın hasta oranı hafif-orta ve şiddetli gruplarda sırasıyla %88,6 ve %82,9 olup gruplar cinsiyet ve yaş açısından benzerdi. Düşük folik asit saptanma sıklığı şiddetli akne grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (%14,3 ve %37,1; p=0,029). Folik asit ortalamaları sırasıyla 6,10±2,49 ve 5,02±2,08 µg/L idi. TDBK düzeyleri şiddetli akne grubunda daha yüksekti (358,80±47,56 ve 372,77±54,41 µg/dL). Yüksek TDBK saptanma sıklığı şiddetli grupta anlamlı olarak daha fazlaydı (%0 ve %14,3; p=0,020). CRP düzeyleri şiddetli akne grubunda daha yüksekti (1,60±1,59 ve 3,10±3,74 mg/L). Yüksek CRP saptanma sıklığı da şiddetli grupta daha fazlaydı (%5,7 ve %20,0) ve bu farklılık istatistiksel anlamlılık sınırına yakındı (p=0,074). SAA düzeyleri şiddetli grupta daha yüksek olmakla birlikte (8,98±7,75 ve 13,67±29,30 mg/L), farklılık anlamlı değildi (p=0,977). Şiddetli akne grubunda düşük folik asit saptanma sıklığının daha yüksek olduğu ve TDBK açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğu görüldü. CRP düzeyleri ve yüksek CRP saptanma sıklığı şiddetli grupta daha yüksek olmakla birlikte farklılık istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı; SAA açısından da anlamlı farklılık gösterilemedi. Bulgularımız, farklı akne şiddeti gruplarına hematolojik, metabolik ve inflamatuar değişikliklerin eşlik edebileceğini düşündürmektedir. Akne vulgariste farklı klinik şiddet gruplarına eşlik eden bu değişikliklerin değerlendirilmesi, hastalığın sistemik özelliklerinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Folik asit ve TDBK ile ilişkili saptanan farklılıkların klinik öneminin ortaya konulabilmesi ve bulguların tekrarlanabilirliğinin değerlendirilmesi için daha geniş örneklemli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, hastalık şiddeti, folik asit, total demir bağlama kapasitesi, sistemik inflamasyon

SS-27

Kemoterapi Alan Bir Hastada Tekrarlayan Topikal Tedavilere Yanıtsız Krutlu Skabiyez: Olgu Sunumu

Emre Akgül[1], **Berna Solak**[1]

[1]*Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Özet: Amaç: Krutlu skabiyez (Norveç uyuzu), özellikle immünsüprese hastalarda yüksek parazit yükü ile seyreden, oldukça bulaşıcı ve tedavisi güç bir skabiyez formudur. Bu olguda, metastatik malignite nedeniyle kemoterapi alan ve tekrarlayan topikal antiskabiyetik tedavilere rağmen progresyon gösteren krutlu skabiyezin klinik özellikleri ve kombine tedaviye yanıtının sunulması amaçlandı. Olgu: Yetmiş dört yaşında erkek hasta, yaklaşık 8 aydır devam eden, geceleri belirginleşen yaygın kaşıntı ve döküntü yakınmaları ile başvurdu. Eşi ve yakın temas halinde olduğu çocuklarında da benzer yakınmaların bulunduğu öğrenildi. Daha önce skabiyez tanısıyla permetrin ve kükürt içeren majistral topikal tedaviler kullanmasına rağmen klinik yanıt alınamamış ve lezyonlarda progresyon gelişmişti. Özgeçmişinde hipertansiyon, diabetes mellitus ve hiperkolesterolemi bulunan hastaya 3 yıl önce metastatik hipofarenks kanseri tanısı konulmuştu. Başvuru sırasında paklitaksel ve karboplatin ile 10. kür kemoterapi almakta ve nötropeninin önlenmesi amacıyla filgrastim kullanmaktaydı. Hastanın diğer düzenli kullandığı ilaçları ise insülin glarjin, dapagliflozin, vildagliptin, pitavastatin, ramipril, metoprolol ve asetilsalisilik asit idi. Hastanın onkolojik hastalığı ve devam eden kemoterapisi nedeniyle daha önce sistemik antiskabiyetik tedavi uygulanmasından kaçınıldığı öğrenildi.Dermatolojik muayenede gövde ve ekstremitelerde yaygın eritemli, ekskoriye papül ve plaklar, belirgin kserozis, skuamlanma ve hiperkeratoz; el palmar ve dorsal yüzlerinde belirgin hiperkeratotik-krutlu lezyonlar gözlendi. Uzun süreli kaşıntı, tedaviye yanıtsızlık ve yaygın hiperkeratotik-krutlu lezyonlar ile krutlu skabiyez düşünüldü. Dermoskopik incelemede tünel yapıları ve Sarcoptes scabiei akarlarının görülmesiyle tanı kesinleştirildi. Tedavi: Mevcut tedavileri ve olası ilaç etkileşimleri değerlendirilerek oral ivermektin ile topikal antiskabiyetik tedavisi başlandı. Vücut ağırlığı 48 kg olan hastaya oral ivermektin, 3 mg'lık tabletlerden her dozda 3 tablet (9 mg/doz; yaklaşık 187,5 µg/kg/doz) olacak şekilde 0., 1., 7., 8. ve 14. günlerde toplam 5 doz uygulandı. Topikal olarak 7 g talk, 6 g Peru balsamı, 35 g vazelin ve 35 g lanolin içeren majistral preparat üç gece üst üste uygulanması; dördüncü gün yıkanılması ve tedavinin bir hafta sonra tekrarlanması önerildi. Üç hafta sonraki kontrolde kaşıntıda belirgin gerileme ve hiperkeratotik, skuamlı ve krutlu lezyonlarda büyük ölçüde düzelme gözlendi. Aktif lezyonların yerini ağırlıklı olarak rezidüel postinflamatuvar değişikliklerin aldığı görüldü. Sonuç: Krutlu skabiyez; malignite, kemoterapi ve ileri yaş gibi immün yanıtı etkileyebilecek durumların varlığında akılda tutulması gereken önemli bir skabiyez formudur. Uzun süreli kaşıntı, ev içi temas öyküsü ve tekrarlayan topikal antiskabiyetik tedavilere rağmen gerilemeyen hiperkeratotik-krutlu lezyonlarda krutlu skabiyez düşünülmelidir. Tedavide sistemik ve topikal antiskabiyetiklerin kombine kullanımı önemlidir. İvermektin tedavisi planlanırken eşlik eden tedaviler ve olası ilaç etkileşimleri değerlendirilmeli, uygun hastalarda sistemik tedaviden kaçınılmamalıdır.

Tedavi öncesi klinik görünüm.



Dermoskopik görüntüler.



Tedavinin üçüncü haftasındaki klinik görünüm.



Anahtar Kelimeler: Skabiyez, Norveç uyuzu, İvermektin, Kemoterapi

SS-28

Psöriazis Hastalarında Guselkumab ve Risankizumab Tedavilerinin Sistemik İnflamasyon Belirteçleri Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması

Beyza Yükselen[1], Emre Akgül[1], Berna Solak[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Özet: Psöriazis, patogenezinde sistemik inflamasyonun, artmış inflamatuvar belirteçlerin rol oynadığı kronik, immün aracılı bir dermatozdur.İnterlökin-23 (IL-23) inhibitörleri tedavide yüksek klinik etkinlik sağlarken sistemik inflamatuvar yük üzerindeki etkileri yeterince araştırılmamıştır. Nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ,C-reaktif protein (CRP), sistemik inflamasyonun değerlendirilmesinde kullanılan belirteçlerdir. Amacımız, psöriazis hastalarında guselkumab, risankizumab tedavilerinin 0. ve 16. haftalardaki nötrofil (N), lenfosit (L), trombosit (PLT), CRP, SII, NLR, PLR düzeylerindeki etkilerini karşılaştırmaktır.Kliniğimizde Ocak 2025-Mart 2026 tarihlerinde guselkumab veya risankizumab başlanan 16. haftayı tamamlayan psöriazis hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Aktif enfeksiyon, malignite, hematolojik hastalık, sistemik antiinflamatuvar ilaç kullanımı,16. hafta değerlendirmesinde akut inflamatuvar olay saptanan ve dosya bilgileri eksik olan hastalar dışlandı. Analize guselkumab (n=23) , risankizumab (n=26) grubundan toplam 49 hasta alındı. Gruplar yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, hastalık süresi, bazal PASI açısından benzerdi ($p > 0,05$). SII, (trombosit x nötrofil)/lenfosit formülü ile hesaplandı. Normal dağılım gösteren değişkenlerde eşleştirilmiş veya bağımsız örneklem t testi, diğerlerinde Wilcoxon işaretli sıralar veya Mann-Whitney U testi kullanıldı; anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.Başlangıçta ve 16. haftada gruplar arasında parametrelerde anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Grup içi 0-16. hafta karşılaştırmasında risankizumab grubunda nötrofil ($p=0,038$), trombosit ($p=0,006$), CRP ($p=0,012$), SII ($p=0,036$) düzeylerinde anlamlı azalma izlendi; medyan değişimler sırasıyla yüzde -6,3, -7,2, -5,3 ve -19,0 idi. Lenfosit, NLR, PLR değişimleri anlamlı değildi. Guselkumab grubunda parametrelerde anlamlı değişim saptanmadı; Lenfosit ($p=0,085$), SII ($p=0,079$), PLR ($p=0,066$), CRP ($p=0,074$) için anlamlılığa yakın eğilimler gözlendi.Değişim (Δ) değerlerinin gruplar arası karşılaştırılmasında yalnızca lenfosit değişimi anlamlı fark bulundu ($p=0,028$; Cohen $d=0,56$). Medyan ΔL guselkumab grubunda 0,24, risankizumab grubunda 0,04 idi; bulgu bazal lenfosit düzeyine göre düzeltilmiş kovaryans analiziyle doğrulandı ($p=0,031$). ΔN, ΔPLT, ΔCRP, ΔSII, ΔNLR , ΔPLR açısından gruplar arasında fark saptanmadı.Bulgularımız, iki IL-23 inhibitörünün 16 haftada sistemik inflamasyon belirteçlerinde farklı profiller sergilediğini düşündürmektedir. Risankizumab grubunda nötrofil, PLT, CRP, SII düzeylerinin anlamlı gerilemesi, birbirinden bağımsız dört göstergenin tutarlı davranmasının rastlantısal olmadığını, risankizumabın sistemik inflamatuvar yükü baskılayabileceğini desteklemektedir. Guselkumab grubunda aynı belirteçlerde benzer eğilimler izlensede anlamlılığa ulaşmamış, sadece lenfosit sayısındaki artış risankizumab grubuna kıyasla anlamlı yüksek bulunmuştur. Bunun IL-23 blokajının lenfosit alt gruplarının dolaşımdaki dağılımına etkisini mi yansıttığı, istatistiksel bir dalgalanma mı olduğu akım sitometrik alt grup analizleriyle netleştirilmelidir. Çalışmanın kısıtlılıkları örneklem büyüklüğünün sınırlılığı, retrospektif tasarım, çoklu karşılaştırma düzeltmesi yapılmaması nedeniyle bulguların keşfedici nitelik taşıması, CRP ölçümlerinin birkaçının laboratuvar alt saptama sınırında raporlanması, 16. hafta değerlendirmesinin iki ajan için farklı doz aralığı noktalarına denk gelmesidir. Bulguların daha geniş örneklemli ve uzun süreli prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Grup İçi 0. ve 16. Hafta İnflamatuvar Parametre Değişimleri

	Guselkumab(n=24) bazal(Median)	Guselkumab(n=24) 16. Hf (Median)	p-değeri	Risankizumab(n=28) bazal(Median)	Risankizumab(n=28) 16. Hf (Median)	p-değeri
NÖTROFİL	4,76	4,69	0,782	5,29	4,37	0,177
LENFOSİT	2,20	2,40	0,028	2,18	2,14	0,811
PLT	264,00	255,50	0,607	262,0	243,0	0,028
CRP	3,26	3,22	0,233	4,13	3,33	0,022
SII	0,04	0,04	0,076	0,03	0,04	0,855
NLR	2,0	1,88	0,143	2,41	1,94	0,15
PLR	123,01	105,08	0,132	120,95	109,43	0,222

Değerler medyan (çeyrekler arası aralık) olarak verilmiştir. SII = (PLT x N) / L.

Grupları Arası Karşılaştırmalar

	Bazal(p-değeri)	16. Hafta(p-değeri)	Değişim(Δ)(p-değeri)
Nötrofil	0,576	0,956	0,570
Lenfosit	0,867	0,176	0,049
PLT	0,934	0,441	0,349
CRP	0,225	0,183	0,731
SII	0,826	0,582	0,091
NLR	0,497	0,452	0,909
PLR	0,651	0,474	0,702

Δ = 16. hafta değeri eksi 0. hafta değeri.

Anahtar Kelimeler: psöriasis, guselkumab, risankizumab, inflamatuvar biyobelirteçler

SS-29

Tarımsal Faaliyet Sırasında Gelişen Otokton Kutanöz Larva Migrans Olgusu: Oral İvermektin Tedavisi

Derya Nur Ünsal[1], **Emre Akgül**[1], **Berna Solak**[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği*

Özet: Amaç: Kutanöz larva migrans (KLM), başta Ancylostoma braziliense ve A. caninum olmak üzere hayvan kancalı kurt larvalarının sağlam deriyi aktif olarak penetre etmesi ve epidermis içinde göç etmesiyle gelişen, kaşıntılı ve serpijinöz traklarla karakterize bir dermatozdur. Klasik olarak tropikal seyahat ilişkili kabul edilse de, ülkemizin Batı Karadeniz bölgesinden fındık bahçesinde motorlu tırpan kullanımı öyküsü olan otokton olgular bildirilmiştir. Bu çalışmada, benzer mesleki maruziyet sonrası gelişen ve tek doz oral ivermektin ile hızla iyileşen bir KLM olgusunun sunulması ve seyahat öyküsü olmayan hastalarda tanı farkındalığının vurgulanması amaçlanmıştır.Olgu : 43 yaşında erkek hasta, fındık bahçesinde motorlu tırpanla ot biçtikten yaklaşık 7 gün sonra başlayan kaşıntı, karıncalanma ve deride ilerleyen lezyon yakınmasıyla başvurdu. Yurt dışı seyahat öyküsü yoktu; toprakla doğrudan temas ve çevrede başıboş kedi/köpek bulunması tariflendi. Dermatolojik muayenede sol bacak anteriorunda yaklaşık 8 cm'l,k bir alanda uzanan, toplam trakt boyu yaklaşık 12 cm olan serpijinöz eritemli hat izlendi; foliküler lezyon ve sekonder bakteriyel enfeksiyon bulgusu saptanmadı (resim-1). Dermoskopide yaklaşık 0.5-1 mm genişliğinde etrafı hafif ertitemli alanla çevrili, üzerinde yer yer ince skuamların eşlik ettiği translüsent ve lineer gidişatlı eritemli trakt yapısı izlendi. (resim-2) Hemogramda eozinofil sayısı 0,09 idi. Klinik ve dermoskopik bulgularla KLM tanısı konuldu; ayırıcı tanıda larva currens, gnatostomiazis, skabiyez ve tinea korporis dışlandı. Hastaya tek doz oral ivermektin (200 mikrogram/kg) verildi. Tedavinin 7. gününde migrasyon hissi ve kaşıntı tamamen kayboldu; 10 gün sonunda lezyon postinflamatuar hiperpigmentasyonla geriledi. 1 haftalık takipte nüks veya foliküler lezyon gelişmedi. Sonuç :Tropikal seyahat öyküsü olmayan, kırsal alanda toprakla temas eden ve özellikle motorlu tırpan kullanan hastalarda serpijinöz, ilerleyici ve kaşıntılı lezyon varlığında KLM akla getirilmelidir. Motorlu tırpanın yüzeysel toprak tabakasını havalandırarak larvaların açıkta kalan deriye ulaşmasını kolaylaştırdığı öne sürülmüştür; olgumuz bu hipotezi destekleyen ek bir gözlemdir. Tek doz oral ivermektin bu olguda hızlı ve tam yanıt sağlamıştır. Kriyoterapi, larvanın görünür trakt ucunun genellikle 1-2 cm ötesinde bulunması ve larvaların soğuğa dirençli olması nedeniyle güncel kılavuzlarda önerilmemektedir; olgumuzdaki iyileşmenin oral ivermektine bağlı olduğu düşünülmektedir. Tek olgu olması ve takip süresinin sınırlı olması çalışmanın başlıca kısıtlılıklarıdır.

Hastanın başvuru sırasındaki klinik görünümü



resim-1

Dermoskopik görünüm



resim-2

Anahtar Kelimeler: Kutanöz larva migrans, ivermektin, otokton enfeksiyon, mesleki maruziyet, dermoskopi

SS-30

Regresyon Göstermeyen Soliter Skrotal Tümöral Lezyon: Lenfomatoid Papülozis Tip-D mi, pcALCL mi?

Nuran Gündoğdu[1], Çağla Özdemir[2], Emre Akgül[1], Mustafa Kösem[2], Berna Solak[1], Yusuf Önder Özsağır[3]

[1]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD
[2]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji AD
[3]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji AD

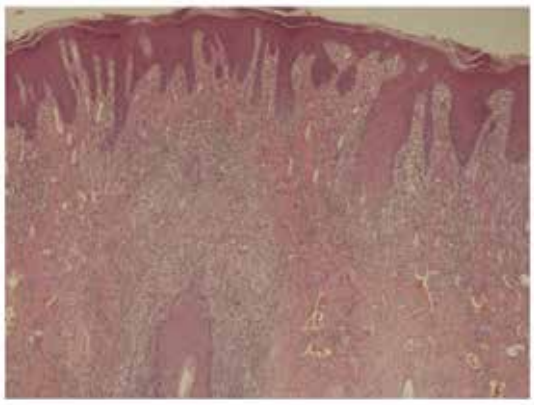
Özet: Amaç: Lenfomatoid papülozis (LyP), CD30-pozitif kutanöz lenfoproliferatif hastalıklar spektrumunda yer alan, kronik, benign seyirli bir hastalıktır. Tekrarlayan papül ve nodüllerle seyreder, haftalar içinde spontan geriler. Kalıcı veya progresif lezyonlarda primer kutanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma (pcALCL) ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Olgumuzda, üç yıldır gerilemeyen soliter ve tümöral görünümlü skrotal lezyonun histopatolojik olarak LyP Tip D ile uyumlu bulunması üzerine LyP-pcALCL ayrımının klinikopatolojik açıdan tartışılması ve atipik prezentasyonlarda sistemik değerlendirme ile yakın takibin önemi vurgulanmıştır. Olgu:Otuz dört yaşında erkek hasta, üç yıldır olan skrotal kitle şikayetiyle başvurdu. Muayenede sağ skrotumda yaklaşık 3 cm, soliter, iyi sınırlı, eksofitik, soluk pembe, yer yer krutlu ve erode nodüler lezyon izlendi. 2023 yılındaki punch biyopsi hemanjiyom ile uyumlu raporlanmıştı. Üç yılda lezyonda büyüme, spontan gerileme, yeni lezyon gelişimi olmadı. Ultrasonografide fokal kalın-ödemli görünüm dışında bulgu ve inguinal lenfadenopati saptanmadı. Sifiliz serolojisi dahil ELISA ve rutin kan tetkikleri normaldi. Kesin tanı için eksizyonel biyopsi planlanarak hasta Ürolojiye yönlendirildi. Histopatolojik incelemede, yapılan immünhistokimyasal boyamada atipik lenfoid hücreler CD3 ve CD8 ile yaygın, CD30 ile saçılmış yaygın boyanma gösterdi. CD4 ve CD20 ile reaktif boyanma paterni görüldü, CD3 ve CD8 ile epidermotropizm dikkat çekti. TIA-1 ile yaygın, GranzimB ile yaygın saçılmış boyanma izlendi. CD25 ve ALK teknik nedenlerle çalışılamadı. Cerrahi sınırlarda infiltrasyon saptanmadı. Bulgular lenfomatoid papülozis Tip-D ile uyumlu olarak raporlandı.Belirgin epidermotropizm ile birlikte CD8, TIA-1 ve GranzimB pozitifliği, ayırıcı tanıda primer kutanöz agresif epidermotropik CD8-pozitif sitotoksik T hücreli lenfomayı da düşündürmekle birlikte; lezyonun soliter olması, indolan seyri, yaygın ülsere-dissemine tutulum bulunmaması bu tanıyı desteklememiştir. Lezyonun regresyon göstermemesi nedeniyle pcALCL açısından sistemik değerlendirme planlandı. LDH dahil biyokimya tetkikleri, periferik yayma, lenfadenopati açısından yapılan ultrasonografi taramasında patoloji saptanmadı. Ekstrakutanöz hastalığın dışlanması amacıyla PET/BT planlandı. Tartışma ve Sonuç: LyP ve pcALCL, CD30-pozitif kutanöz lenfoproliferatif hastalıklar spektrumundadır ve histopatolojik olarak örtüşür. Bu nedenle tanı; histopatolojiye ek olarak klinik seyir, lezyon sayısı ve regresyon paterni ile konulmalıdır. Klinikopatolojik uyumsuzluk gösteren olgular WHO-EORTC sınıflamasında “borderline CD30-pozitif lenfoproliferatif hastalık” olarak değerlendirilebilir, tanı çoğunlukla klinik izlemle netleşir.Olgumuz, sınırlı örneklemenin yanıltıcı olabileceğini göstermektedir; üç yıl önce punch biyopsi ile hemanjiyom tanısı alan lezyon, eksizyonel biyopsi ile lenfoproliferatif hastalık olarak tanımlanmıştır. Persistan ve atipik lezyonlarda eksizyonel biyopsi tercih edilmeli, gerekirse önceki preparatlar yeniden değerlendirilmelidir. Her iki tanıda da soliter lezyonlarda tam eksizyon ve yakın izlem uygulanır, prognoz genellikle iyidir. Ancak pcALCL’de ekstrakutanöz yayılım dışlanmalı, yakın takip yapılmalıdır. Olgumuzda, LyP Tip-D ile uyumlu histopatolojiye rağmen gerilemeyen soliter tümöral lezyon nedeniyle pcALCL açısından sistemik değerlendirme yapılmış, yakın takip planlanmıştır.

Resim 1



Sağ skrotumda soliter, eksofitik, yüzeyi krutlu nodüler lezyonun eksizyon öncesi ve sonrası görünümü

Resim 2



Üst dermiste ve deri ekleri etrafında belirgin atipik lenfoid infiltrasyon (H&E X40)

Resim 3



İmmünohistokimyasal boyamada CD3 pozitif lenfoid infiltrasyon, atipik lenfositlerin epidermotropizm gösterdikleri görülüyor (A), CD8 ile atipik lenfoid hücrelerde yaygın boyanma (B), CD30 ile atipik lenfoid hücrelerde yaygın boyanma(C)(İmmünperoksidaz X 40)

Anahtar Kelimeler: lenfomatoid papülozis, primer kutanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma, skrotal tümör

SS-31

Behçet Hastalığı Olarak İzlenen İzole Oral Tutulumlu Juvenil Pemfigus Vulgaris Olgusu

Burakcan Çakıl[1], Erva Öksüz Gökçe[1], Fahri Yılmaz[2], Ahmet Furkan Kürüm[3], Berna Solak[1]

[1]Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği
[2]Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı
[3]Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Özet: GirişveAmaç:Pemfigus vulgaris (PV), desmoglein 1 ve desmoglein 3 hedefleyen IgG otoantikorlarının yol açtığı, kronik seyirli otoimmün büllöz bir hastalıktır ve sıklıkla yaşamın dördüncü ile altıncı dekatlarında görülür. Tüm PV olgularının yalnızca %1,4-3,7'si 18 yaş ve altındadır; 12-18 yaş aralığındaki hastalar juvenil (adölesan) PV olarak sınıflandırılmaktadır. 2014-2024 dönemini kapsayan güncel bir derlemede bildirilen 37 juvenil PV olgusunun %78,4'ünde mukokutanöz tutulum saptanırken, hastalığın yalnızca oral mukozayla sınırlı kaldığı olgu sayısı 6(%16,2) ile sınırlı kalmıştır. Bu bildiride, bir yıl boyunca Behçet hastalığı öntanısıyla izlenen ve yalnızca oral mukoza tutulumuyla seyreden bir juvenil PV olgusunun sunulması ve adölesan yaş grubunda kronik oral erozyonların ayırıcı tanısında PV'nin akla getirilmesinin önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.Olgu:Onsekiz yaşında erkek hasta, yaklaşık bir yıldır devam eden ağrılı ağız içi yaralar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünden, Behçet hastalığı ön tanısıyla kolşisin tedavisi başlandığı öğrenildi. Hasta bir yıl kolşisin kullanmasına rağmen lezyonlarında gerileme olmadığını, son üç aydır şikayetlerinin arttığını ifade etti. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu;düzenli ilaç kullanım öyküsü bulunmuyordu. Dermatolojik muayenede dilin lateral yüzlerinde ve sol retromolar bölgede erode plaklar izlendi. Diğer mukozal alanlarda ve deride lezyon saptanmadı. Sistemik muayenesi ve rutin laboratuvar tetkikleri normaldi; VDRL, TPHA ve anti-HIV negatif saptandı. Ayırıcı tanıda Behçet hastalığı, rekürren aftöz stomatit, PV, liken planus ve diğer veziküllobüllöz hastalıklar değerlendirildi.Dil ve sol retromolar bölgeden alınan insizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde suprabazal akantoliz ve bazal hücrelerde mezar taşı görünümü izlendi. Perilezyonel dokudan yapılan direkt immünofloresan incelemede keratinositler arası balık ağı paterninde IgG birikimi saptandı. Tzanck yaymasında akantolitik hücreler görüldü. Klinik, histopatolojik ve immünopatolojik bulgular doğrultusunda juvenil pemfigus vulgaris tanısı konuldu. Hastaya sistemik metilprednizolon ile birlikte azatiyoprin tedavisi başlandı. Tedavinin birinci ayında oral lezyonlarda belirgin gerileme ve klinik iyileşme izlendi. Tartışma:Juvenil PV olgularının büyük bölümünde tutulum mukokutanözdür; hastalığın oral mukozayla sınırlı kaldığı tablo azınlıkta bildirilmekte ve deri bulgusunun yokluğu nedeniyle tanısal gecikmeye yol açmaktadır.Adölesan yaş grubunda tekrarlayan oral ülserlerin öncelikle aftöz stomatit veya Behçet hastalığı olarak yorumlanması bu gecikmeyi daha da belirginleştirmektedir.Olgumuzda kolşisin tedavisine yanıtsızlık ile lezyonların aftöz ülserlerden farklı olarak iyileşme eğilimi göstermeyen erode plaklar biçiminde persiste etmesi uyarıcı olmuş ve erken biyopsi kararını yönlendirmiştir. Tedavide sistemik kortikosteroidler temel yaklaşımı oluştururken azatiyoprin gibi immünsüpresif ajanlar steroid tasarrufu amacıyla kullanılmakta, dirençli olgularda rituksimab giderek daha erken basamaklarda yer almaktadır.Sonuç:PV yalnızca ileri yaş hastalığı değildir. Adölesan hastalarda üç aydan uzun süren, kolşisin ve topikal tedavilere yanıt vermeyen oral erozyonlar değerlendirilirken ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Erken dönemde yapılacak histopatolojik ve immünopatolojik inceleme tanı gecikmesini önleyerek uygun tedavinin zamanında başlanmasını sağlayabilir.

Tedavi Başlamadan Önce

Tedavi Başlangıcından 1 Ay Sonra

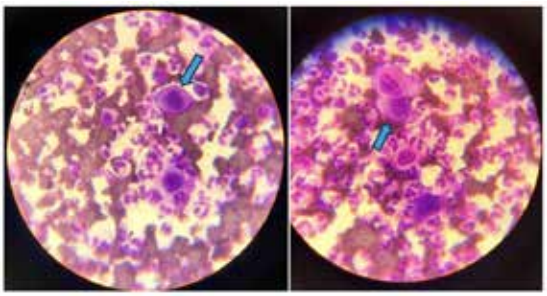


Histopatolojik ve Direkt İmmünfloresan inceleme



1 – Oral mukoza biyopsisi suprabazal ayrışma (H&E, 100x) 2 – Bazal hücrelerde klasik ‘mezar taşı’ (tombstone) görünümü ile birliktesuprabazalakantoliz. (H&E, 200x) 3 – Direkt immünofloresan incelemede IgG’nininterselluler ‘balık ağı’ (fish-net) paterni gösteren birikimi. (DIF, 200x)

Tzanck Yayma



Dil lateralinden yapılan yaymada akantolitik hücreler (ok) (Diff-Quick x1000)

Anahtar Kelimeler: juvenil pemfigus vulgaris, oral mukoza, Behçet hastalığı, direkt immünofloresan, adölesan

SS-32

Sporotrikoid Kutanöz Leishmaniasis: Tanısal Güçlük Yaratan Bir Olgu

Erva Öksüz Gökçe[1], Nilüfer Ertem Günegül[1], Murat Durdu[2], Mehmet Olgun Ak[3], Berna Solak[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[3]Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: Giriş/AmaçKutanöz leishmaniasis, Leishmania türlerinin neden olduğu, farklı klinik formlarda görülebilen paraziter bir deri enfeksiyonudur. Akdeniz havzası, Orta Doğu ve Orta Asya'nın birçok bölgesinde endemik olarak görülmektedir. Sporotrikoid kutanöz leishmaniasis, primer lezyondan proksimale doğru lenfatik yayılım gösteren nodüllerle karakterize nadir bir formdur ve başta sporotrikoz olmak üzere çeşitli enfeksiyöz ve inflamatuvar hastalıklarla karışabilir. Bu olguda sporotrikoid kutanöz leishmaniasis tanısı alan bir hastanın klinik ve tanısal özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.OlguElli beş yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta, iki ay önce İstanbul'da sinek ısırığı sonrası başlayan ve giderek artan ağrısız yaralar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede sol el dördüncü parmak distalinde 2×1 cm, el dorsumunda 6×3 cm ve 3×2 cm boyutlarında, keskin sınırlı, sulantılı ülseratif lezyonlar izlendi. (şekil 1) Ayrıca sol kol ekstansör yüzünde lenfatik drenaj hattı boyunca dizilim gösteren subkütan nodüller mevcuttu.(şekil 2) Sistemik muayene ve rutin laboratuvar incelemeleri normaldi.Viral hepatit serolojileri ve sifiliz tetkikleri negatifti. Hastanın Türkmenistan uyruklu olduğu, yakın dönemde seyahat öyküsünün bulunmadığı ve daha önce dış merkezde antibiyotik tedavisi aldığı ancak lezyonlarında gerileme olmadığı öğrenildi.Sol el dorsumundaki ülseratif lezyondan alınan biyopsi örnekleri atipik mikobakteriyel enfeksiyon, derin mantar enfeksiyonu, leishmaniasis, kutanöz lenfoma ve piyoderma gangrenozum ön tanılarıyla histopatolojik inceleme, mantar kültürü ve mikobakteri PCR analizi için gönderildi. Lezyondan ayrıca Tzanck yayma ve dermal kazıntı örneği alındı. Mantar kültüründe üreme olmadı ve mikobakteri PCR sonucu negatif bulundu. Histopatolojik incelemede epidermiste spongiozis ve mononükleer hücre ekzositozu ile birlikte dermiste diffüz, yoğun lenfohistiyositik infiltrasyon, nekroz odakları ve karyorektik debris izlendi. Belirgin granülom yapısı görülmedi ve histiyosit sitoplazmalarında amastigot saptanmadı.(şekil 3)Tzanck yayma ve dermal kazıntıda Leishmania amastigotlarının görülmesi üzerine sporotrikoid kutanöz leishmaniasis tanısı konuldu.(şekil 4) İl Sağlık Müdürlüğü ile iletişime geçilerek sistemik beş değerli antimon tedavisi planlandı ancak hasta tedavisini Türkmenistan'da sürdürmek istediğini belirtti ve kontrole gelmedi.Tartışma ve SonuçSporotrikoid kutanöz leishmaniasis, lenfatik yayılım nedeniyle diğer nodüler lenfanjit nedenleriyle karışabilen nadir bir formdur. Olgunun İstanbul'da ortaya çıkması dikkat çekici olmakla birlikte, hastanın Türkmenistan kökenli olması ve değişken inkübasyon süresi nedeniyle enfeksiyonun daha önce edinilmiş olabileceği düşünülmüştür. Histopatolojik incelemede etken gösterilememesine rağmen dermal kazıntı ve Tzanck yaymada amastigotların saptanması, tanıda doğrudan mikroskobik incelemenin önemini göstermektedir. Bu olgu, sporotrikoid dağılım gösteren lezyonların ayırıcı tanısında kutanöz leishmaniasisin akılda tutulması ve tanıda birden fazla yöntemin birlikte kullanılmasının önemini vurgulamaktadır.

şekil 1



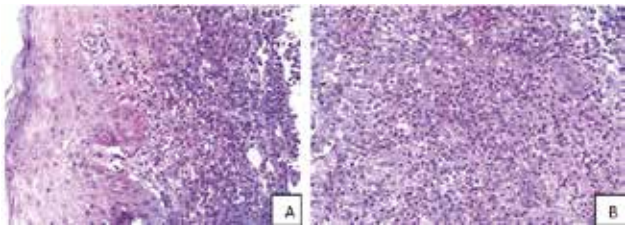
Sol el dördüncü parmak distalinde 2×1 cm, el dorsumunda 6×3 cm ve 3×2 cm boyutlarında, keskin sınırlı, sulantılı ülseratif lezyonlar

şekil 2



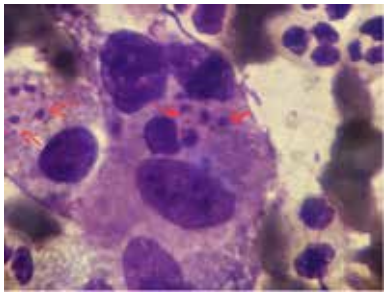
Sol kol ekstansör yüzünde lenfatik drenaj hattı boyunca dizilim gösteren subkütan nodüller

şekil 3



Spongiotik epidermis ve altında yoğun lenfohistiyositik infiltrasyon(A), Dermiste tabakalar halinde lenfohistiyositik infiltrasyon ve interstisyel ödem; granülom yapısı izlenmiyor(B) (H&E, ×400).

şekil 4



Histiyositler içerisinde Leishmania amastigotları(Diff-Quick X1000)

Anahtar Kelimeler: sporotrikoid patern, amastigot, kutanöz leishmaniasis

SS-33

Kronik Ürtikerde Bütüncül Yaklaşım: Hastalık Aktivitesi ve Stres İlişkisi

N Kübra Güveç[1]

[1]*Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Dermatoloji A.B.D*

Özet: Kronik ürtiker (KÜ), tekrarlayan kabartı, kaşıntı ve anjioödem ataklarıyla karakterize, hastaların günlük yaşamını belirgin düzeyde kısıtlayan kronik inflamatuar bir deri hastalığıdır. Bu çalışmada, KÜ tanılı olgularda hastalık aktivitesi, hastalık kontrolü, hastalığa özgü yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyleri arasındaki korelasyon ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Gereç ve YöntemÇalışmaya kronik ürtiker tanısıyla takip edilen 92 hasta (\bm{N=92}) dahil edilmiştir. Hastaların klinik durumları Ürtiker Aktivite Skoru (ÜAS), Ürtiker Kontrol Testi (ÜKT), Kronik Ürtiker Yaşam Kalitesi Ölçeği (CU-Q2oL) ve validasyonu yapılmış Anksiyete Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Değişkenler arasındaki korelasyonlar Pearson analiz yöntemiyle incelenmiştir (\bm{p < 0.01}). Bulgular ve İstatistiksel AnalizİstatistiksEl analiz sonucunda elde edilen veriler şu şekildedir: ÜAS ve ÜKT İlişkisi: ÜAS ile ÜKT arasında orta düzeyde, negatif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (\bm{r = -0.483, p < 0.001}). Hastalık aktivitesi yükseldikçe hastaların hastalık üzerindeki kontrol düzeyi belirgin şekilde düşmektedir. ÜAS ve CU-Q2oL İlişkisi: ÜAS ile CU-Q2oL arasında orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki izlenmiştir (\bm{r = 0.445, p < 0.001}). Semptom şiddetinin artması, yaşam kalitesindeki bozulma skorlarını doğrudan artırmaktadır. ÜKT ve CU-Q2oL İlişkisi: ÜKT ile CU-Q2oL arasında orta düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttur (\bm{r = -0.398, p < 0.001}). Hastalık kontrolü sağlandıkça yaşam kalitesindeki bozulma azalmaktadır. Anksiyete Parametreleri: Anksiyete ölçeği skorlarının ÜAS (\bm{r = -0.063, p = 0.553}), ÜKT (\bm{r = 0.089, p = 0.397}) ve CU-Q2oL (\bm{r = -0.078, p = 0.460}) ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tartışma ve YorumElde edilen veriler, dermal semptom şiddetinin hastalık kontrolünü doğrudan zorlaştırdığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini nicel olarak doğrulamaktadır. Buna karşın, anksiyete düzeylerinin klinik semptom şiddeti, kontrol derecesi veya yaşam kalitesi skorlarıyla doğrusal bir korelasyon göstermemesi dikkat çekicidir. Bu durum, KÜ hastalarında anksiyete gibi psikolojik yüklerin yalnızca anlık semptom şiddetine bağlı reaktif bir tablo olmadığını; bireysel uyum mekanizmaları, kişilik yapısı ve hastalığın öngörülemez atak yapısı gibi çok faktörlü biyopsikososyal dinamiklerden etkilenebileceğini düşündürmektedir. SonuçKronik ürtiker takibinde ÜKT ve ÜAS kombinasyonunun yanı sıra yaşam kalitesi ölçeklerinin rutin kullanımı hasta yönetiminde kritik önem taşımaktadır. Anksiyete tablosunun klinik parametrelerle doğrudan ilişkili olmaması ise psikolojik değerlendirmelerin klinik semptom skorlarından bağımsız olarak yürütülmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik ürtiker, Hastalık aktivitesi (ÜAS), Hastalık kontrolü (ÜKT), Yaşam kalitesi (KÜ-YKÖ), Algılanan stres (ASÖ)

SS-34

Seboreik Dermatit Hastalarında Lipid Metabolizmasıyla İlişkili Belirteçlerin Klinik Şiddet ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Isranur Evin[1], Mustafa Tosun[1], Dilara Ülger Özbek[2]

[1]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İleri Teknoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi

Özet: GİRİŞ: Seboreik dermatit (SD), Malassezia türleri, epidermal bariyer bozukluğu ve konağın immün yanıtının rol oynadığı kronik inflamatuar deri hastalığıdır. Son yıllarda, fosfolipaz A2 (PLA2) gibi lipid metabolizmasında görev alan enzimlerin inflamatuar sürece katkıda bulunabileceği ve patogenezde yer alabileceği öne sürülmektedir. PLA2, hücre membranındaki fosfolipidleri hidrolize ederek araşidonik asit (AA) açığa çıkarır. Serbestleşen AA, siklooksijenaz (COX) ve lipoksijenaz (LOX) yolakları aracılığıyla proinflamatuar lipid mediatörlerine dönüştürülür. Buna karşılık, omega-3 yağ asitleri olan eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosahekzaenoik asit (DHA), resolvin, protectin ve maresin gibi pro-çözücü lipid mediatörlerinin öncülleridir. Bu nedenle PLA2 aracılı AA metabolizması ile omega-3 kaynaklı pro-çözücü lipid mediatörleri arasındaki dengenin SD patogenezi ve hastalık aktivitesinde rol oynayabileceği düşünülmektedir.AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, SD'li hastalarda serum PLA2, AA, EPA ve DHA düzeylerini değerlendirmek ve bu biyobelirteçlerin hastalık şiddeti ile ilişkisini araştırmaktır. Ayrıca, proinflamatuar ve pro-çözücü lipid mediyatörleri arasındaki dengenin seboreik dermatit patogenezindeki olası rolünün ortaya konulması hedeflenmiştir.YÖNTEM: Prospektif, tek merkezli çalışmaya 18 yaş ve üzeri 40 SD hastası ile 40 sağlıklı kontrol dahil edildi. Kronik, inflamatuar veya otoimmün hastalığı bulunanlar dışlandı. Hastalara Seboreik Dermatit Alan Şiddet İndeksi (SAŞİ) ve Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ) uygulandı. Serum PLA2, AA, EPA ve DHA düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü.BULGULAR: Çalışmaya 40 SD hastası (kadın=1,67:1; yaş ortalaması 33,70±8,99 yıl) ve 40 sağlıklı kontrol (kadın=1,86:1; yaş ortalaması 35,08±10,32 yıl) dahil edildi. Gruplar yaş ve cinsiyet açısından benzerdi. Hasta grubunda serum DHA düzeyleri anlamlı olarak daha düşük (p=0,034), PLA2 ($p < 0,001$) ve AA (p=0,004) düzeyleri ise anlamlı olarak daha yüksekti. EPA düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Korelasyon analizinde DYKİ ile SAŞİ arasında güçlü pozitif ($r=0,726$; $p < 0,001$), SAŞİ ile DHA arasında zayıf negatif (r=-0,240; p=0,032) ve SAŞİ ile PLA2 arasında zayıf pozitif korelasyon (r=0,243; p=0,030) bulundu (Tablo 2).TARTIŞMA VE SONUÇ:.Bu çalışma, SD hastalarında serum PLA2 ve AA düzeylerinin arttığını, DHA düzeylerinin ise azaldığını göstermiştir. Ayrıca hastalık şiddeti arttıkça DHA düzeylerinin azaldığı ve PLA2 düzeylerinin arttığı belirlenmiştir Bu bulgular, SD patogenezindeki inflamatuvar sürecin klasik immün mekanizmaların yanı sıra lipid mediyatör metabolizmasındaki değişimlerle de ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. PLA2–AA ekseninin aktivasyonu ile omega-3 kaynaklı pro-çözücü lipid mediyatörler arasındaki dengenin bozulması, patogenezde rol oynayan potansiyel mekanizmalardan biri olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca SAŞİ ile DHA arasındaki negatif ilişki ve PLA2 ile pozitif ilişki, bu biyobelirteçlerin hastalık şiddetiyle ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Daha geniş ölçekli çalışmalarla bu biyobelirteçlerin doğrulanması, gelecekte hem hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde hem de hedefe yönelik tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesinde klinik değer taşıyabilir.

Tablo 1 Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubunun demografik özellikleri, klinik skorları ve lipid metabolizmasıyla ilişkili belirteç düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken	Hasta Grubu (n:40) Ort.±ss/n-%	Kontrol Grubu (n:40) Ort.±ss/n-%	p	
Yaş	33.7 ± 8.9	35.0 ± 10.3	0.643	t
Cinsiyet- Kadın	25(%62.5)	26(%65)	0.816	X^2
Cinsiyet-Erkek	15(%37,5)	14(%35.0)	0.816	X^2
DHEA	107.3 ± 80.5	153.2 ± 107.3	**0.034**	t
EPA	811 ± 680.2	950 ± 744.5	0.387	t
PLA2	39.1 ± 34.0	13.9 ± 24.2	**<0.001**	t
AA	96.7 ± 74.3	49.6 ± 66.3	**0.004**	t
SAŞİ	1.4 ± 1.6			
DYKİ	2.8 ± 4.6			

Kısaltmalar: DYKİ, Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi; SAŞİ, Seboreik Dermatit Alan Şiddet İndeksi; DHA, dokosahekzaenoik asit; EPA, eikosapentaenoik asit; PLA2, fosfolipaz A2; AA, araşidonik asit; t, Bağımsız örneklem t test; X^2, Ki-kare test

Tablo 2 Seboreik dermatit hastalarında DYKİ, SAŞİ ve lipid metabolizmasıyla ilişkili belirteçler arasındaki korelasyon analizi

Değişken	DYKİ (r)	DYKİ (p)	SAŞİ (r)	SAŞİ (p)	DHA (r)	DHA (p)	EPA (r)	EPA (p)	PLA2 (r)	PLA2 (p)	AA (r)	AA (p)
DYKİ	1.000											
SAŞİ	0.726	**<0.001**	1.000									
DHA	-0.147	0.192	-0.240	**0.032**	1.000							
EPA	-0.143	0.205	-0.122	0.281	0.635	**0.001**	1.000					
PLA2	0.125	0.268	0.243	**0.03**	0.298	**0.007**	0.480	**<0.001**	1.000			
AA	0.086	0.449	0.198	0.078	0.487	**<0.001**	0.633	**<0.001**	0.836	**<0.001**	1.000	

Kısaltmalar: DYKİ, Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi SAŞİ; Seboreik Dermatit Alan Şiddet İndeksi; DHA, dokosahekzaenoik asit; EPA, eikosapentaenoik asit; PLA2, fosfolipaz A2; AA, araşidonik asit.

Anahtar Kelimeler: Seboreik dermatit, İnflamatuar markerlar, Seboreik Alan Şiddet İndeksi

SS-35

Büllöz Pemfigoid Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ve DPP-4 İnhibitörü İlişkisi: Bir Retrospektif Analiz

Semanur Tiryaki Ataş[1], Mustafa Tosun[1]

[1]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Özet: Büllöz pemfigoid (BP),sıklıkla ileri yaşı etkileyen subepidermal otoimmün büllöz hastalıktır. Tip 2 diyabet tedavisinde kullanılan dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörlerinin BP'yi tetikleyebileceğine dair kanıtlar mevcuttur.Fransa ve İsviçre'de yürütülen çalışmada DPP-4 inhibitörü kullananlarda BP riskinin arttığı gösterilmiş; vildagliptinin en yüksek oranla ilişkilendirildiği bildirilmiştir. Kridin ve Bergman tarafından gerçekleştirilen çalışmada BP hastalarının çoğunluğunun DPP-4 inhibitörü kullandığı vurgulanmıştır. Bu veriler, DPP-4 inhibitörlerinin BP'de rol oynayabilecek risk faktörü olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda, kliniğimizde BP tanısı konulmuş hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile DPP-4 inhibitörü kullanımı arasındaki ilişkinin retrospektif değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.Çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (2026-06/67). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde son 10 yılda biyopsi ile BP tanısı doğrulanmış 167 hastanın dahil edildiği retrospektif kesitsel çalışmadır. DPP-4 inhibitörleri vildagliptin, linagliptin ve sitagliptin ayrı değişkenler olarak değerlendirilmiştir. DPP-4 inhibitörü kullanım süresi ay olarak kaydedilmiş; BP tanısından önceki kullanım süresi değerlendirilmiştir. Hasta dosyalarından yaş, cinsiyet, tanı yılı, tanı yaşı, biyopsi sonucu, direkt immünfloresan sonucu, DPP-4 inhibitörü tipi, DPP-4 inhibitörü kullanım süresi, komorbiditeler kaydedilmiştir.Hastaların yaş ortalaması 74,46±12,78, medyan yaş 77'dir. Hastaların %65,9'u kadın, %34,1'i erkektir.Hastaların 59'u (%35,3) DPP-4 inhibitörü kullanmaktadır.En sık tercih edilen vildagliptin olup, tüm hastaların %19,8'ini ve gliptin kullananların %55,9'unu oluşturmaktadır. Bunu linagliptin ve sitagliptin izlemektedir. Gliptin kullanımı ve lezyon çıkış süresi ortalaması 17,16±15,21 medyan ay 12'dir. Gliptin kullananlarda DIF pozitifliği 39/58 (%67,2), gliptin kullanmayanlarda 46/108 (%42,6) düzeyindedir.Fark anlamlıdır (p=0.002). Gliptin kullananların %66,1'inde IgE yüksek, kullanmayanlarda oran %45,4'tür. Fark anlamlıdır (p=0.010). Eozinofil yüksekliğinde fark saptanmamıştır (p=0.765). Lezyonların büyük kısmı gövde yerleşimlidir (%83,2). Ancak gliptin kullananlarda oral mukoza ve gövde tutulumu daha yüksek görünmektedir. 2016–2020 döneminde gliptin kullanımı düşükken, 2021 sonrasında artış görülmektedir.Cinsiyet ile gliptin kullanımı arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.698). Kadınlarda gliptin kullanımı 40/110 (%36,4), erkeklerde 19/57 (%33,3) düzeyindedir.BP hastalarının çoğunun ileri yaşta ve kadın olduğu görülmüş, bu bulgu hastalığın epidemiyolojik özellikleriyle uyumludur. Hastaların yaklaşık üçte birinde DPP-4 inhibitörü kullanımı saptanmış, en sık kullanılan vildagliptin olmuştur. Bu sonuç, Montaudié ve ark. ile Kridin ve Bergman'ın çalışmalarında bildirilen, vildagliptin kullanımının BP gelişimi ile daha güçlü ilişki gösterdiğine yönelik bulguları desteklemektedir. DPP-4 inhibitörü kullanan hastalarda DIF pozitifliği ve yüksek IgE düzeylerinin anlamlı olarak sık saptanması, gliptin ilişkili BP olgularında immünolojik aktivitenin daha belirgin olabileceğini düşündürmektedir. Gliptin kullanan hastalarda oral mukoza ile gövde tutulumunun birlikte görülme sıklığının daha yüksek olması, DPP-4 inhibitörlerinin hastalığın klinik fenotipi üzerinde etkili olabileceğine işaret etmektedir.Sonuç olarak, bulgularımız DPP-4 inhibitörü kullanımının, özellikle vildagliptin tedavisinin, BP'nin klinik ve immünolojik özellikleriyle ilişkili olabileceğini desteklemektedir.

TABLO1: ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN BP HASTALARININ DEMOGRAFİK, KLİNİK VE LAB ÖZELLİKLERİ (N=167)

		n=167 Ort.±ss/n-%
YAŞ		74,46 ± 12,78
CİNSİYET	KADIN ERKEK	110 (%65,9) 57(%34,1)
DPP-4 KULLANIMI VE LEZYON ÇIKIŞ SÜRESİ (AY)		17,16 ± 15,2
DPP-4 KULLANIMI	VAR YOK	59 (%35,3) 108 (%64,7)
DIF BOYANMA	POZİTİF NEGATİF	85(%50,9) 81(%48,5)
IGE SEVİYESİ	YÜKSEK NORMAL	88 (%52,7) 79(%47,3)
EOZİNOFİL SEVİYESİ	YÜKSEK NORMAL	43 (%25,7) 124(%74,3)
DPP-4 İNHİBİTÖRÜ TÜRÜ	VİLDAGLİPTİN LİNAGLİPTİN SİTAGLİPTİN	33 (%55,9) 21(%35,6) 5 (%8,5)
LEZYON YERLEŞİMİ	GÖVDE ORAL MUKOZA GÖVDE +ORAL MUKOZA	139 (%83,2) 6 (%3,6) 21(%12,6)

TABLO 2:DPP-4 İNHİBİTÖRÜ KULLANAN VE KULLANMAYAN BP HASTALARININ KLİNİK VE LAB ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

		DPP-4 İnhibitörü Kullanan	DPP-4 İnhibitörü Kullanmayan	P
CİNSİYET	KADIN ERKEK	40 (%36,4) 19 (%33,3)	70(%63,6) 38(%66,7)	0,698 X^2
DIF BOYANMA	POZİTİF NEGATİF	39 (%66,1) 19(%33,9)	46 (%42,6) 62(%57,4)	0.002 X^2
IGE SEVİYESİ	YÜKSEK NORMAL	39 (%66,1) 20(%33,9)	49 (%45,4) 59(%54,6)	0.010 X^2
EOZİNOFİL SEVİYESİ	YÜKSEK NORMAL	16(%27,1) 43(%72,8)	27(%25) 81(%75)	0,765 X^2
LEZYON YERLEŞİMİ	GÖVDE ORAL MUKOZA ORAL MUKOZA+GÖVDE	43(%72,8) 1(%1,69) 15(%25,4)	96(%89,7) 5(%4,67) 6(%5,6)	0,002 X^2
TANI TARİHİ	2016-2020 2021-2026	12(%20,3) 47(%79,6)	79(%73,14) 29(%26,85)	<0,001 X^2

Anahtar Kelimeler: Dipeptidil peptidaz-4 inhibitörleri, Büllöz Pemfigoid, Gliptin

SS-36

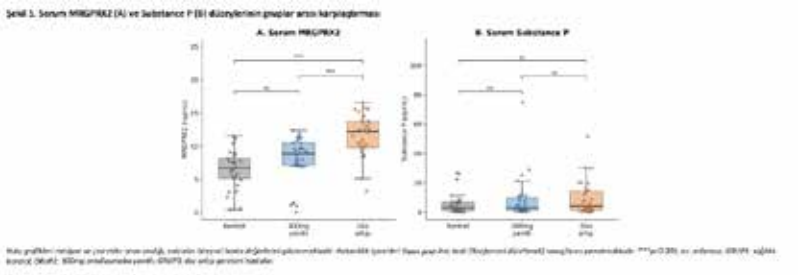
Kronik Spontan Ürtikerde MRGPRX2 ve Substance P Düzeylerinin Omalizumab Yanıtsızlığı ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Emre Zekey[2], Mustafa Tosun[1], Beyza Nur Taylan[1]

[1]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Başkent Üniversitesi Konya Araştırma ve Uygulama Merkezi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

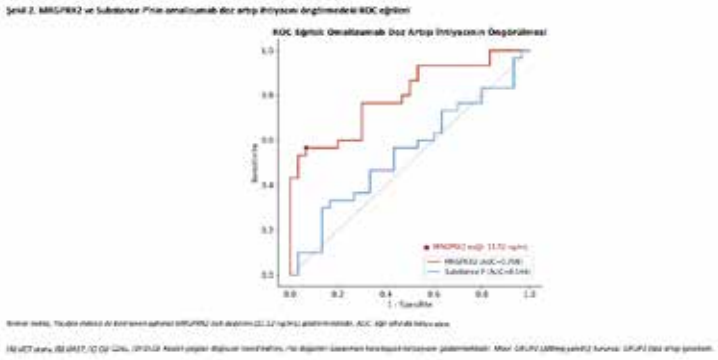
Özet: Giriş ve Amaç: Kronik spontan ürtiker (KSÜ), altı haftadan uzun süren spontan ürtiker ve/veya anjiyoödem ile seyreden, mast hücre aracılı kronik inflamatuar bir hastalıktır. İkinci kuşak H1-antihistaminlere dirençli olgularda standart tedavi, serbest IgE'yi bağlayarak IgE/FcεRI aracılı mast hücre aktivasyonunu baskılayan omalizumabdır (300 mg/ay). Ancak hastaların bir kısmında standart dozla yeterli kontrol sağlanamamakta ve doz artışı gerekmektedir. Bu yanıtsızlıkta IgE'den bağımsız mast hücre aktivasyon yolaklarının rol oynayabileceği düşünülmektedir. MRGPRX2, IgE/FcεRI yolundan bağımsız mast hücre aktivasyonunda rol alan bir reseptördür ve omalizumab tarafından doğrudan hedeflenmez. Substance P (SP) ise MRGPRX2'nin doğal ligandlarından biridir ve aynı şekilde mast hücre aktivasyonunu tetikleyebilir. KSÜ'de MRGPRX2 ve SP düzeylerinin hastalık şiddetiyle ilişkili olduğu daha önce bildirilmiş olup (Cuc et al., 2025); Türk popülasyonunda veri bulunmamaktadır. Bu araştırmanın birincil amacı, kronik spontan ürtiker tanısı ile omalizumab kullanan hastalarda serum MRGPRX2 ve Substance P düzeylerinin omalizumab yanıtsızlığı ile ilişkisini değerlendirmektir. İkincil amaç, Cuc et al. tarafından önerilen MRGPRX2 ve SP eşik değerlerinin omalizumab direnci için Türk popülasyonundaki geçerliliğini sınamaktır. Yöntem: Çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (04.06.2026). Çalışmaya, herhangi bir dermatolojik veya sistemik hastalığı bulunmayan, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 28 sağlıklı kontrol; en az 3 aydır omalizumab 300 mg/ay ile stabil ve UCT ≥12 olan 30 yanıtlı KSÜ hastası; standart doz omalizumabın 12. haftasında UCT < 12 ile yeterli kontrol sağlanamayan 30 yanıtsız (dirençli) KSÜ hastası olmak üzere toplam 88 katılımcı dahil edildi. Serum MRGPRX2 ve Substance P düzeyleri, tedavi yanıtının belirlendiği 12. haftada, ticari ELISA kitleri kullanılarak referans laboratuvarda değerlendirildi. Total IgE, CRP, lökosit ve eozinofil düzeyleri hastane otomasyon sisteminden kaydedildi. Demografik ve klinik veriler ile omalizumab dozu ve süresi, anjiyoödem ve eşlik eden fiziksel ürtiker varlığı ve önceki tedaviler kaydedildi. Hastalık aktivitesi, kontrolü ve yaşam kalitesi UAS7, UCT, DLQI ve CU-Q2oL ölçekleri ile değerlendirildi. Sonuç: Serum MRGPRX2 düzeyi, standart doz omalizumaba yanıtsızlıkla bağımsız olarak ilişkili bulunurken Substance P için benzer bir ilişki saptanmadı. MRGPRX2 için belirlenen 11,52 ng/mL eşik değeri, yüksek özgüllüğü ile yanıtsız hastaların belirlenmesinde tamamlayıcı bir biyobelirteç olma potansiyeli göstermektedir. Bulgular, IgE'den bağımsız MRGPRX2 aracılı mast hücre aktivasyonunun omalizumab yanıtındaki heterojenliğe katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.

Serum MRGPRX2 (A) ve Substance P (B) düzeylerinin gruplar arası karşılaştırması



Kutu grafikleri medyan ve çeyrekler arası aralığı, noktalar bireysel hasta değerlerini göstermektedir. Anlamlılık işaretleri Dunn post-hoc testi (Bonferroni düzeltmeli) sonuçlarını yansıtmaktadır: ***p<0.001; ns: anlamsız. GRUP1: sağlıklı kontrol; GRUP2: 300mg omalizumaba yanıtlı; GRUP3: doz artışı gereken hastalar.

MRGPRX2 ve Substance P'nin omalizumab doz artışı ihtiyacını öngörmedeki ROC eğrileri



Kırmızı nokta, Youden indeksi ile belirlenen optimal MRGPRX2 eşik değerini (11.52 ng/mL) göstermektedir. AUC: eğri altında kalan alan. (A) UCT skoru, (B) ÜAS7, (C) CU-Q2oL, (D) DLQI. Kesikli çizgiler doğrusal trend hattını, rho değerleri Spearman korelasyon katsayısını göstermektedir. Mavi: GRUP2 (300mg yanıtlı); turuncu: GRUP3 (doz artışı gereken).

Çalışma gruplarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

Değişken	GRUP1 Kontrol (n=28)	GRUP2 300mg yanıtlı (n=30)	GRUP3 Doz artışı (n=30)	p
Yaş (yıl)	40.00 (31.25–54.00)	42.50 (36.00–47.50)	42.50 (34.00–50.50)	0.803
Cinsiyet, K/E n (%)	21 (75.0) / 7 (25.0)	23 (76.7) / 7 (23.3)	21 (70.0) / 9 (30.0)	0.830
VKİ (kg/m^2)	ND	27.60 (23.14–30.09)	26.40 (23.96–32.34)	0.668†
CRP (mg/L)	1.80 (0.50–4.08)	2.10 (1.23–5.00)	3.40 (1.70–7.20)	0.121
Lökosit (×10^9/L)	6.85 (5.97–7.60)	7.10 (5.53–8.20)	7.90 (6.50–9.28)	0.118

Eozinofil (×10⁹/L)	0.10 (0.10–0.20)	0.10 (0.09–0.10)	0.20 (0.10–0.28)	0.090
Eozinofil (%)	2.45 (1.50–3.23)	2.15 (1.55–2.68)	2.35 (1.52–3.27)	0.387
UCT skoru	ND	14.00 (13.00–14.00)	8.50 (7.25–10.00)	<0.001†
ÜAS7	ND	8.00 (4.00–10.00)	14.00 (9.25–27.00)	<0.001†
CU-Q2oL	ND	23.50 (6.50–33.00)	40.00 (39.25–50.00)	<0.001†
DLQI	ND	2.00 (2.00–4.00)	6.00 (4.25–8.00)	<0.001†

Veriler medyan (çeyrekler arası aralık) veya n (%) olarak sunulmuştur. p değerleri Kruskal-Wallis testi (3 grup) veya ki-kare testi (kategorik değişkenler) ile hesaplanmıştır. † Mann-Whitney U testi (yalnızca GRUP2 vs GRUP3; ilgili değişken GRUP1'de yapısal olarak mevcut değildir). ND: sağlıklı kontrol grubunda ölçülmemiştir (yapısal olarak yok). D-dimer ve anti-tiroglobulin, sağlıklı kontrol grubunda çok az sayıda hastada çalışılmış olması nedeniyle (n<10) analiz dışı bırakılmıştır. VKİ: vücut kitle indeksi; ÜAS7: haftalık ürtiker aktivite skoru; CU-Q2oL: kronik ürtiker yaşam kalitesi anketi; DLQI: dermatoloji yaşam kalitesi indeksi.

Serum biyobelirteçlerinin gruplar arası karşılaştırması

Biyobelirteç	GRUP1	GRUP2	GRUP3	p*	ε^2	G1 vs G2	G1 vs G3	G2 vs G3
Serum MRGPRX2 (ng/mL)	6.70 (5.10–8.23)	8.88 (7.09–10.55)	12.25 (9.83–13.76)	<0.001	0.355	0.141	<0.001	<0.001
Serum Substance P (pg/mL)	2.86 (0.72–6.73)	2.82 (1.53–10.00)	4.12 (1.65–14.51)	0.471	-0.006	1.000	0.660	1.000
Total IgE (IU/mL)	86.90 (19.77–257.75)	642.00 (404.00–1527.75)	521.50 (188.75–1092.50)	<0.001	0.196	<0.001	0.005	0.922

Veriler medyan (çeyrekler arası aralık) olarak sunulmuştur. *Kruskal-Wallis testi (3 grup). ε^2: epsilon-kare etki büyüklüğü (≥0.14 büyük etki). Son üç sütun Dunn testi ile ikili karşılaştırma p değerlerini göstermektedir (Bonferroni düzeltmeli). MRGPRX2 ve Total IgE üç grup arasında genel olarak anlamlı farklılık gösterse de (KW p<0.001), yalnızca MRGPRX2 300mg'a yanıtlı hastalar (GRUP2) ile doz artışı gereken hastaları (GRUP3) ayırt edebilmektedir (p<0.001); Total IgE bu iki grubu ayırt edememektedir (p=0.922), IgE'den bağımsız bir mekanizmayı düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Spontan Ürtiker, MRGPRX2, Substance P

SS-37

Topikal Östrojen Tedavisini Takiben Uygulama Alanında Yeni Gelişen Solar Lentigolar: Bir Olgu Sunumu

Merve Eroğlu[1], Fatma Nur Kutlu[1], Atiye Akbayrak[1], Ömer Kutlu[1]

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi,Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat,

Özet: GirişSolar lentigolar, başlıca kronik ultraviyole (UV) maruziyetiyle ilişkili olarak güneş gören deri alanlarında gelişen, benign hiperpigmente maküllerdir.[1,2] Östrojenlerin melanosit fonksiyonları, melanogenez üzerindeki etkileri çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olmakla birlikte, topikal östrojen tedavisiyle pigmentasyon değişiklikleri arasındaki ilişkiye dair literatür sınırlıdır.[4–7] Daha önce topikal östrojen kullanımıyle ilişkili melazma ve estradiol uygulanan deri alanlarında UVB maruziyeti sonrasında artmış hiperpigmentasyon bildirilmiştir.[5,6] Bu olguda, topikal östrojen tedavisinin başlanmasını takiben yeni gelişen, çok sayıda solar lentigo benzeri lezyonun sunulması amaçlanmıştır.Olgu51 yaşında kadın hasta, her iki ön kolda son aylarda ortaya çıkan çok sayıda kahverengi leke yakınmasıyla dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde yaklaşık dört aydır topikal östrojen tedavisini kullandığı, uygulama alanında tedavi öncesinde benzer lezyonlarının bulunmadığı öğrenildi. Tedavinin başlanmasını izleyen dönemde, özellikle güneşe maruz kalan bilateral ön kol bölgelerinde giderek artan sayıda kahverengi maküler lezyon geliştiği belirtildi.Dermatolojik muayenede her iki önkolun güneş gören yüzlerinde farklı boyutlarda, açık-koyu kahverengi, keskin sınırlı, birçok makül izlendi.Dermoskopik incelemede homojen açık-kahverengi pigmentasyon,,parmak izi benzeri çizgilenmeler , güve yeniği görünümünde düzensiz sınırlanma izlendi. Bulgular solar lentigoyla uyumlu değerlendirildi. Pigmente lezyonların topikal östrojen tedavisinin başlanmasını takiben ortaya çıkması ,tedavi öncesinde benzer lezyonların bulunmaması nedeniyle östrojen tedavisiyle lezyonların gelişimi arasında olası zamansal ilişki düşünüldü.TartışmaÖstrojenlerin kutanöz pigmentasyon üzerindeki etkilerinin mekanizması tam olarak aydınlatılamamış olup, melanogenez üzerinde doğrudan ve dolaylı etkilerinin bulunduğu bilinmektedir. İn vitro çalışmalarda 17β-östradiolün melanositlerde tirozinaz aktivitesini , melanin sentezini artırabildiği gösterilmiştir.[4] Bunun yanında hormonal faktörlerin UV maruziyetiyle etkileşerek melanogenezi artırabileceği öne sürülmektedir.Topikal östrojen tedavisi sonrası melazma gelişimi ve estradiol uygulanan deri alanlarında UVB maruziyetini takiben artmış hiperpigmentasyon daha önce bildirilmiştir.[5,6] Bununla birlikte, topikal östrojen tedavisinin başlanmasını takiben güneş gören alanlarda yeni solar lentigoların gelişimiyle olası ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar oldukça sınırlıdır.Olgumuzda lezyonların östrojen tedavisi öncesinde bulunmaması, tedavinin başlanmasını izleyen dört aylık dönemde ortaya çıkması , özellikle fotoekspoze alanlarda yerleşim göstermesi dikkat çekicidir. Bu ilişki, östrojenin UV ile indüklenen melanogenez üzerinde kolaylaştırıcı bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, solar lentigoların gelişiminde yaş, kümülatif UV maruziyeti , bireysel pigmentasyon özellikleri gibi birçok faktörün rol oynadığı göz önünde bulundurulmalı; tek bir olgudan hareketle doğrudan nedensellik ilişkisi kurulamayacağı vurgulanmalıdır.SonuçBu olgu, topikal östrojen tedavisinin başlanmasını takiben fotoekspoze alanlarda yeni gelişen solar lentigolarla tedavi arasında olası bir ilişkiye dikkat çekmektedir. Östrojenlerin melanogenez üzerindeki biyolojik etkileri , UV maruziyetiyle olası etkileşimleri göz önüne alındığında, topikal östrojen kullanan hastalarda yeni gelişen pigmentasyon değişikliklerinin sorgulanması , değerlendirilmesi önem taşıyabilir. Bu hastalarda etkin fotoproteksiyonun vurgulanması önem taşımaktadır. Söz konusu ilişkinin doğrulanması , olası mekanizmaların aydınlatılması için daha geniş hasta serilerine,kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Resim 1A

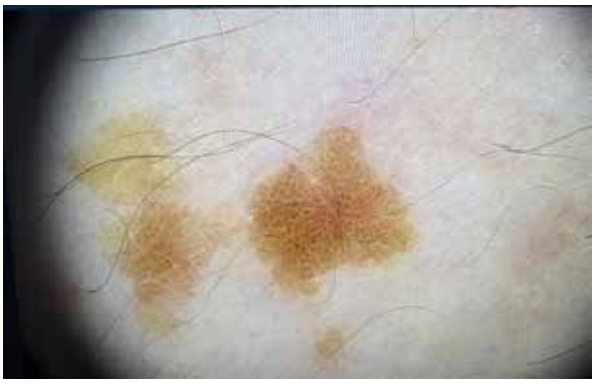


B



B-C: Dermoskopik incelemede homojen açık-kahverengi pigmentasyon, yer yer parmak izi benzeri çizgilenmeler ve güve yeniği görünümünde düzensiz sınırlar

C



B-C: Dermoskopik incelemede homojen açık-kahverengi pigmentasyon, yer yer parmak izi benzeri çizgilenmeler ve güve yeniği görünümünde düzensiz sınırlar

Anahtar Kelimeler: Östradiol, solar lentigo, melonegenez, hiperpigmentasyon

SS-38

Psöriaziste CALLY ve Hemogram Temelli İnflamatuar İndekslerin Biyolojik Ajan Yanıtındaki Prediktif Değeri

Ahmet Kağan Özdemir[2], İdil Sena Canver[1], Furkan Hamzaçebi[1], Alperen Kızılkaya[1], Duygu Özçelik[1], Akın Aktaş[2]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, Ankara

Özet: GİRİŞ VE AMAÇ: C-reaktif protein–albümin–lenfosit (CALLY) indeksi; sistemik inflamasyon, nutrisyonel durum ve immün yeterliliği tek bir değerde birleştiren, rutin kan testlerinden hesaplanabilen bir biyobelirteçtir. Birçok inflamatuvar ve kronik hastalıklardan cerrahi sonuçlara kadar geniş bir yelpazede prognostik değeri kanıtlanmış, ancak plak psoriazisinde daha önce incelenmemiştir. Ayrıca tam kan sayımı (TKS) temelli indekslerin, interlökin (IL) inhibitörlerine yanıt vermeyecek hastaları önceden belirleyip belirleyemeyeceği tartışmalıdır. YÖNTEM: Bu çalışmada, IL-17 (n=50) veya IL-23 (n=63) inhibitörü başlanan 113 plak psoriazisi hastasında bazal CALLY indeksinin (albümin × lenfosit / CRP) ve TKS temelli indekslerin [nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII)] 16. hafta PASI90 [Psoriazis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) skorunda ≥%90 azalma] yanıtını öngörüp öngörmediği; bu sonucun tam temizlenme (PASI100) ve PASI'deki yüzde iyileşme için de geçerli kalıp kalmadığı, tek merkezli retrospektif kohortta incelendi. Karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, ayırt edicilik için ROC analizi, bağımsızlık için çok değişkenli regresyon kullanıldı. BULGULAR: Hastaların 95'i (%84,1) PASI90, 83'ü (%73,5) PASI100 yanıtı elde etti. Yanıt veren ve vermeyen hastalar arasında yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, hastalık süresi, psoriatik artrit, ilaç sınıfı ve bazal PASI açısından anlamlı fark yoktu. Bazal CALLY indeksi de gruplar arasında farklı değildi (ortanca 3,57 ve 4,06; p=0,966); CRP, NLR, PLR ve SII için de fark saptanmadı (tümü p≥0,31). Hiçbir indeks anlamlı ayırt edicilik göstermedi; CALLY için AUC 0,503 (%95 GA 0,365–0,641) idi ve düzeltme sonrası da CALLY, PASI90 yanıtsızlığıyla bağımsız ilişkili değildi (p=0,922). Sonuçlar, yanıt PASI100 veya PASI'deki yüzde iyileşme olarak tanımlandığında da değişmedi. TARTIŞMA: Bulgularımız, TKS temelli indekslerin biyolojik tedavi yanıtını öngörmede tutarsız olduğunu bildiren literatürle uyumludur; bazı çalışmalar bu belirteçleri yanıtla ilişkilendirmiş olsa da etkinin yönü ve büyüklüğü çalışmadan çalışmaya değişmektedir. Bizim negatif sonucumuz, aynı kohortta üç farklı yanıt tanımında da değişmeden kalmıştır. İki olası açıklama öne çıkmaktadır: birincisi, CALLY indeksi büyük ölçüde CRP tarafından belirlenir; ancak psoriaziste CRP dar bir aralıkta seyreder ve kohortumuzda hastaların %27,4'ü ölçüm alt sınırındaydı. İkincisi, güncel IL-17 ve IL-23 inhibitörleriyle yüksek yanıt oranlarının elde edilmesi, yanıt vermeyen hastaların oranını azaltarak potansiyel biyobelirteçlerin ayırt edici gücünü sınırlamış olabilir. SONUÇ: Plak psoriazisinde CALLY indeksini ilk kez değerlendiren bu çalışmada, ne CALLY ne de yerleşik TKS temelli indeksler 16. hafta PASI90 yanıtını öngörebilmiştir; bu sonuç üç farklı yanıt tanımında da değişmemiştir. Güven aralıkları, bu indekslerin klinik olarak yararlı bir ayırt ediciliğe sahip olmadığını göstermektedir. Dolayısıyla bu bulgular, CALLY ve TKS temelli inflamatuar indekslerin plak psoriazisinde biyolojik ajan seçimi veya tedavi yanıtının öngörülmesinde tek başına kullanılmasını desteklememektedir.

Tablo 1. Analitik kohortun bazal özellikleri (n = 113)

Özellik	Değer
Yaş, yıl, ortalama ± SS	46,0 ± 12,7
Erkek cinsiyet, n (%)	59 (52,2)
Aktif sigara içiciliği, n (%)	56 (49,6)
Hastalık süresi, yıl, ortanca (IQR)	13,0 (7,0–23,0)
Psoriatik artrit, n (%)	37 (32,7)
Diabetes mellitus, n (%)	19 (16,8)
Hipertansiyon, n (%)	20 (17,7)
Koroner arter hastalığı, n (%)	11 (9,7)
Tiroit hastalığı, n (%)	14 (12,4)
IL-17 inhibitörü, n (%)	50 (44,2)
IL-23 inhibitörü, n (%)	63 (55,8)
Bazal PASI, ortanca (IQR)	11,20 (8,20–14,00)
16. hafta PASI, ortanca (IQR)	0,00 (0,00–0,60)
Albümin, g/dL	4,60 (4,40–4,80)
Lenfosit, ×10⁹/L	1,94 (1,60–2,51)
Nötrofil, ×10⁹/L	4,69 (3,53–5,80)
Trombosit, ×10⁹/L	254,0 (226,0–299,0)
CRP, mg/L	3,10 (0,50–6,00)
CALLY indeksi	3,60 (1,48–13,10)
NLR	2,16 (1,71–2,93)
PLR	123,41 (101,75–155,77)
SII	567,87 (399,26–787,28)
PASI yüzdesi, %, ortanca (IQR)	100 (96,2–100)
16. haftada PASI90, n (%)	95 (84,1)
16. haftada PASI100, n (%)	83 (73,5)

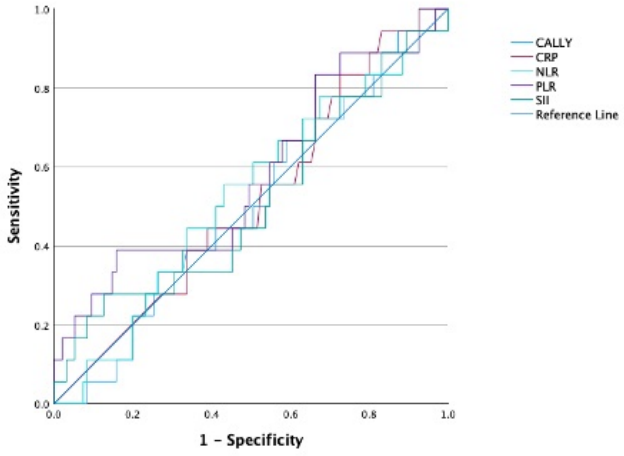
Tablo 2. PASI90 yanıtına göre bazal değişkenler (birincil sonlanım)

Değişken	Yanıt verenler (n = 95)	Yanıt vermeyenler (n = 18)	p
Yaş, yıl	46,0 (36,5–55,5)	43,0 (35,8–49,8)	0,367
Erkek cinsiyet, n (%)	48 (50,5)	11 (61,1)	0,571
Aktif sigara içiciliği, n (%)	47 (49,5)	9 (50,0)	1,000
Hastalık süresi, yıl	13,0 (7,0–23,0)	17,5 (9,0–26,3)	0,389
Psoriatik artrit, n (%)	31 (32,6)	6 (33,3)	1,000
IL-17 inhibitörü, n (%)	40 (42,1)	10 (55,6)	0,427
Bazal PASI	11,10 (8,65–13,30)	11,35 (8,25–12,75)	0,492
Albümin, g/dL	4,60 (4,40–4,80)	4,50 (4,43–4,70)	0,934
Lenfosit, ×10⁹/L	1,95 (1,58–2,59)	1,91 (1,69–2,29)	0,442
Nötrofil, ×10⁹/L	4,83 (3,51–5,97)	4,45 (3,97–5,16)	0,538
Trombosit, ×10⁹/L	254,0 (225,5–299,0)	254,5 (218,3–298,3)	0,736
CRP, mg/L	3,10 (0,50–6,10)	3,11 (0,68–5,41)	0,824
CALLY indeksi	3,57 (1,48–13,32)	4,06 (1,51–11,76)	0,966
NLR	2,15 (1,70–2,93)	2,32 (1,88–3,02)	0,730
PLR	123,08 (98,25–153,85)	123,73 (110,89–178,31)	0,311
SII	571,11 (398,68–782,92)	535,74 (429,29–895,32)	0,894

Tablo 3. Bazal indekslerin ayırt edici performansı

İndeks	AUC (%95 GA)	p	Youden kesme	Duy. / Özg. (%)
Birincil sonlanım: PASI90 yanıtsızlığı (18 olay)				
CALLY	0,503 (0,365–0,641)	0,966	≤ 6,24	66,7 / 41,1
CRP	0,516 (0,377–0,655)	0,826	≤ 8,20	94,4 / 16,8
NLR	0,526 (0,382–0,670)	0,730	≥ 2,283	55,6 / 56,8
PLR	0,575 (0,421–0,730)	0,311	≥ 167,01	38,9 / 84,2
SII	0,510 (0,355–0,665)	0,894	≥ 954,37	27,8 / 87,4
İkincil duyarlılık analizi: PASI100'e ulaşamama (30 olay)				
CALLY	0,547 (0,425–0,669)	0,445	≥ 4,56	56,7 / 57,8
CRP	0,558 (0,436–0,681)	0,346	≤ 1,35	46,7 / 69,9
NLR	0,525 (0,405–0,646)	0,682	≥ 2,283	53,3 / 57,8
PLR	0,560 (0,431–0,689)	0,329	≥ 163,95	40,0 / 85,5
SII	0,513 (0,386–0,640)	0,830	≥ 954,37	26,7 / 89,2

Şekil 1. ROC eğrileri (PASI90 yanıtsızlığı, birincil sonlanım)



Anahtar Kelimeler: Psoriazis, CALLY indeksi, Biyolojik tedavi, PASI90, Biyobelirteç

SS-39

Deri Temizlense de Damgalanma Sürüyor mu? Psoriasiste Stigmatizasyon ve Psikososyal Yük

Berkay Temel[1], Hüseyin Karaman[1], Ecem Ertürk[1], İrem Ekmekci Ertek[2], Esra Adışen[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet: GİRİŞ/AMAÇ Psoriasis, lezyonların dışarıdan görünür olması nedeniyle önemli psikososyal yük taşıyan kronik inflamatuar bir hastalıktır. [1] Günümüzde biyolojik ajanlar gibi spesifik tedaviler ile deri bulguları büyük ölçüde veya tamamen kontrol altına alınabilmekteyken, hastaların psikososyal yükünün lezyonların kaybolmasına paralel gerileyip gerilemediği belirsizdir. [2,3]Bu çalışmada psoriasis hastalarında anksiyete ve depresyon belirtilerinin sıklığını belirlemek; bu belirtilerin stigmatizasyon, algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, hastalık şiddeti ve tedavi tipi ile ilişkisini incelemek amaçlandı. BULGULAR Kesitsel tasarımda, çoğunluğu takip polikliniğinden ve sistemik/biyolojik tedavi altındaki 103 psoriasis hastası değerlendirildi. Hastalık şiddeti Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI), yaşam kalitesi Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ), psikiyatrik belirtiler Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD-Ö) ile değerlendirildi. Sosyal destek Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, içselleştirilmiş damgalanma Psoriasiste İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İDÖ) ile değerlendirildi. Hastaların %29,1'inde anksiyete, %47,6'sında depresyon belirtileri saptandı. İçselleştirilmiş damgalanma; anksiyete (rho=0,47) ve depresyon (rho=0,43) ile korelasyon gösterdi (her ikisi için $p < 0,001$). Damgalanma, yaşam kalitesinde bozulma ilişkiliydi (rho=0,23, $p < 0,05$). Bunlara ek olarak, sosyal destek ile depresyon arasında negatif korelasyon saptandı (rho=−0,27, $p < 0,05$).Çok değişkenli doğrusal regresyonda damgalanma, anksiyete ve depresyonla en güçlü ilişkiyi gösterdi (β=0,40 ve β=0,39; $p < 0,001$); kadın cinsiyet anksiyeteyle (β=0,28, p=0,002), düşük sosyal destek depresyon ile ilişkiliydi (β=−0,27, p=0,003).Buna karşılık PASI, anksiyete (rho=0,11), depresyon (rho=−0,10) ve damgalanma (rho=0,06) ile korelasyon göstermedi (tümü $p > 0,05$). Remisyondaki (PASI=0) hastalar ile aktif hastalığı olanlar arasında bu üç değişken açısından fark saptanmadı (tümü $p > 0,05$). Biyolojik ajan kullanan 51 hastada (%49,5) PASI anlamlı olarak daha düşük olmasına rağmen (p=0,001), damgalanma, anksiyete ve depresyon düzeyleri tedavi grupları arasında farklılık göstermedi. TARTIŞMA Literatürde, hastalık şiddetinin psikiyatrik belirtilerle ilişkili olup olmadığı ve bunların hastalık kontrolü ile gerileyip gerilemediği tartışmalıdır. [2,3] Çalışmamız, psoriasiste psikososyal yükün deri aktivitesinden bağımsız biçimde yüksek seyrettiğini göstermektedir. Tedavi ile hastalık şiddetinde sağlanan azalmaya (biyolojik grupta en düşük PASI), psikososyal yükteki azalma eşlik etmemiştir. Bu durum, damgalanmanın yalnızca deri lezyonları ile değil; hasta kimliğinin devam etmesi, süregelen hastane takibi ve geçmiş damgalanma deneyimlerinin içselleşmesiyle de ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.[4,5] Çalışmanın kısıtlılıkları arasında, kesitsel tasarımı nedeniyle nedensellik değerlendirilememesi yer almaktadır. Ayrıca örneklem, tedavi takip polikliniğinde yürütülmesi nedeniyle ağırlıklı olarak düşük PASI değerine sahip hastalardan oluşmuştur; şiddetli hastalarla karşılaştırma yapabilmek için ileri çalışmalar gereklidir. SONUÇ Psoriasis hastalarında stigmatizasyon ve psikososyal yük, deri tamamen temizlense dahi yüksek seyretmektedir. Bu bulgular, psoriasis hastalarında psikiyatrik belirtilerin klinik yanıttan bağımsız olarak taranmasının ve gerektiğinde psikiyatrik konsültasyonun faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Figür 1



İçselleştirilmiş damgalanmanın anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ile korelasyonu . Hastalık şiddeti (PASI) ile anksiyete, depresyon ve damgalanma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Figür 2



Cildi tamamen temizlenmiş (PASI=0, n=38) ve aktif hastalığı olan (PASI>0, n=65) hastalarda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, Stigmatizasyon, Damgalanma, Anksiyete, Depresyon

SS-40

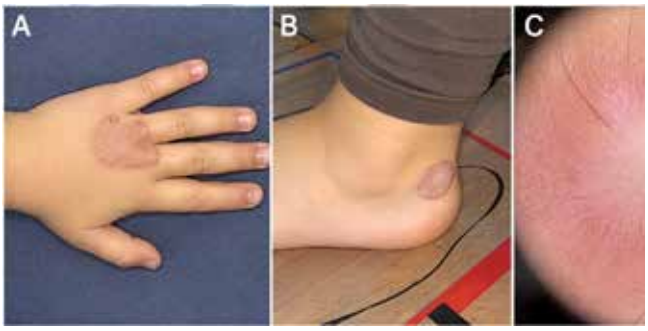
Molluskum Kontagiozum Hastalarında Bildirilen Sekonder İnflamatuvar Erüpsiyonlar: Sistematik Derleme ve Olgu Sunumu

Büşra Kaya[1], Serenay Öğretici[1], Esra Adışen[1]

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

Özet: Giriş/Amaç:Molluskum kontagiozum (MK), çocuklarda sık görülen viral bir deri enfeksiyonudur. Hastalığın seyri sırasında perilezyonel dermatit ve MK papüllerindeki inflamasyonun yanı sıra, farklı morfolojik ve dağılımsal özellikler gösteren sekonder inflamatuvar erüpsiyonlar da bildirilmiştir. Bu reaksiyonlara ilişkin kanıtlar büyük ölçüde olgu bildirimleri ve küçük serilerle sınırlıdır. Bu çalışmada, MK hastalarında bildirilen sekonder inflamatuvar erüpsiyonların sistematik olarak incelenmesi ve rezidüel MK lezyonları bulunan bir çocukta gelişen granüloma annulare (GA) olgusunun sunulması amaçlandı. PRISMA 2020 rehberi doğrultusunda PubMed/MEDLINE ve Scopus veri tabanlarında, 1 Ocak 1970–30 Ağustos 2026 tarihleri arasında yayımlanan çalışmalar tarandı. Morfolojik olarak tanımlanabilir sekonder inflamatuvar erüpsiyonları bildiren çalışmalar dahil edilirken klasik molluskum dermatiti, MK papülleriyle sınırlı inflamasyon ve özgül fenotip oluşturmayan lokal inflamatuvar reaksiyonlar dışlandı. Çalışmalar iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak değerlendirildi. Bulgular/Olgu:Beş yaşındaki kız hasta, iki yıldır el ve ayaklarında bulunan MK lezyonlarına uygulanan tek seans kriyoterapi sonrasında aynı bölgelerde gelişen asemptomatik eritemli lezyonlarla başvurdu. Muayenede el dorsumunda rezidüel MK papülleri ile el, ayak ve ayak bileklerinde eritemli papüller ve annüler plaklar saptandı (Şekil 1). Histopatolojik bulgular GA ile uyumluydu ve topikal mometazon furoat ile bir ayda tam gerileme sağlandı.Sistematik derlemeye 78 hastayı kapsayan 15 yayın dahil edildi. Bildirilen erüpsiyonlar GCLR (n=67, %85,9), eritema annulare sentrifugum (EAS; n=3, %3,8), eritema multiforme (n=3, %3,8), unilateral laterotorasik/asimetrik perifleksural ekzantem (n=2, %2,6), id-benzeri ekzamatöz reaksiyon (n=2, %2,6) ve GA-benzeri reaksiyondan (n=1, %1,3) oluşmaktaydı. Sekonder erüpsiyonların MK lezyonlarıyla anatomik ilişkisine dayalı topografik sınıflamada 69/78 hasta (%88,5) uzak, 5/78 (%6,4) perilezyonel ve 4/78 (%5,1) mikst dağılım gösterdi (Tablo 1). Kaşıntı GCLR'li 54/67 (%80,6) ve EAS'li 3/3 hastada bildirildi. Önceki MK tedavisi 38/78 hastada (%48,7) bildirilirken, sekonder erüpsiyon yalnızca 7/78 hastada histopatolojik olarak değerlendirilmişti. İzlem verisi bulunan olgularda sekonder erüpsiyonlar genellikle spontan veya tedaviyle gerilemiştir (Tablo 2). Tartışma:MK hastalarında bildirilen sekonder inflamatuvar erüpsiyonların farklı klinik fenotipler ve MK lezyonlarıyla değişken topografik ilişkiler göstermesi, farklı immün yanıtların rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Uzak reaksiyonlar daha yaygın bir konak immün yanıtıyla, perilezyonel reaksiyonlar ise lokal antijenik uyarı veya bölgesel inflamasyonla ilişkili olabilir; ancak mevcut veriler bu mekanizmaları doğrulamak için yetersizdir. Reaksiyonların tedavi almayan hastalarda da görülmesi, tedavinin nedensel rolünü belirsiz kılmaktadır. Sunulan olguda da önceki kriyoterapinin olası katkısı ve rastlantısal birliktelik dışlanamamaktadır. Histopatolojik değerlendirmenin sınırlı olması, fenotiplerin objektif karşılaştırılmasını güçleştirmektedir. Buna karşın, daha önce yalnızca klinik olarak bildirilen GA-benzeri reaksiyondan farklı olarak, sunulan olguda GA histopatolojik olarak doğrulanmıştır.Sonuç:MK hastalarında bildirilen sekonder inflamatuvar erüpsiyonlar ile MK arasındaki olası immünopatogenetik ilişkinin açıklığa kavuşturulması için ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Şekil 1. Granüloma annulare olgusunun klinik ve dermoskopik bulguları



(A) El dorsumunda eritemli papüller ve annüler plaklar ile eşzamanlı rezidüel molluskum kontagiozum papülleri. (B) Ayak bileğinde santral açılma gösteren, iyi sınırlı eritemli annüler plak. (C) Dermoskopide pembe-eritemli zemin üzerinde fokal beyazımsı yapısız alanlar ile ince lineer ve dallanan damarlar.

Tablo 1. Sekonder inflamatuvar erüpsiyonların klinik özellikleri ve MK ile topografik ilişkisi

Fenotip	Yayın, n	Hasta, n (%)	Temel klinik patern	Tipik dağılım	MK ile topografik ilişki
GCLR	**5**	67 (85,9)	Monomorfik papüler erüpsiyon; plak ve papüloveziküller de bildirilmiş	Simetrik, ekstansör ağırlıklı; özellikle dirsek ve dizler	Ağırlıklı olarak uzak*
EAS	**3**	3 (3,8)	Genişleyen annüler plaklar; kabarık/serpijinöz kenar ve periferik skuam	Gluteal bölge, gövde, ekstremiteler ve inguinal bölge	Perilezyonel
EM	**2**	3 (3,8)	Targetoid plaklar	Eller/ekstremiteler ± gövde	Uzak, perilezyonel ve mikst
ULE/APEC	**2**	2 (2,6)	Unilateral perifleksural makülopapüler veya ekzamatöz erüpsiyon	Gövde/fleksural alanlar ± ipsilateral ekstremite	Perilezyonel veya mikst
İd-benzeri ekzamatöz reaksiyon	**2**	2 (2,6)	Papüler veya ekzamatöz erüpsiyon	Ekstremiteler, kalçalar ve malar bölgeler; uzak deri alanları†	Mikst
GA-benzeri reaksiyon	**1**	1 (1,3)	Simetrik, skuamsız annüler plaklar	Dirsekler ve dizler	Uzak

* Geniş GCLR serilerinde hasta düzeyindeki topografik ilişkiler tam olarak bildirilmediğinden, sınıflama yayın/olgu düzeyindeki topografik kategorilerin temsil ettiği hasta sayıları temelinde yapılmıştır. † İd-benzeri reaksiyonlardan Rocamora ve ark. olgusunda erüpsiyon uyluklar, kalçalar, el bilekleri, el dorsumları, bacaklar ve malar bölgelerde bildirilmiştir. Netchiporouk ve Cohen'in dahil edilen olgusunda ise erüpsiyon MK çevresinin yanı sıra uzak, etkilenmemiş deri alanlarına yayılmış, ancak bu uzak alanların anatomik lokalizasyonları ayrıca belirtilmemiştir. Kısaltmalar: MK, molluskum kontagiozum; GCLR, Gianotti–Crosti sendromu benzeri reaksiyon; EAS, eritema annulare sentrifugum; EM, eritema multiforme; ULE/APEC, unilateral laterotorasik ekzantem/asimetrik perifleksural ekzantem; GA, granüloma annulare.

Tablo 2. Sekonder inflamatuvar erüpsiyonların eşlik eden MK bulguları, tedavi özellikleri ve klinik seyri

Fenotip	Eşlik eden MK bulguları	Erüpsiyon öncesi MK tedavisi	Sekonder erüpsiyona eşlik eden semptomlar	Sekonder erüpsiyon sonrası uygulanan tedavi	Sekonder erüpsiyonun seyri
GCLR	MK inflamasyonu 49/67 (%73,1)*	Potasyum hidroksit, küretaj, kantaridin	Kaşıntı 54/67 (%80,6)	Topikal kortikosteroidler, sistemik kortikosteroidler ve	Erüpsiyonun gerileme süresi 7–150 gün arasında bildirilmiştir; bir seride medyan 23,5 gün (10–150
EAS	3/3 olguda MK lezyonlarıyla yakın anatomik ilişkili inflamatuvar	Bildirilmemiş	Kaşıntı 3/3; ağrı 1/3	Emolyan veya topikal kortikosteroid; eş zamanlı MK küretajı veya kriyoterapisi	Sonucu bildirilen 2/3 olguda erüpsiyon 2 haftada gerilemiş; bir olguda nihai sonuç
EM	3/3 olguda inflamatuvar veya gerilemekte olan MK lezyonları	Podofillotoksin veya inkomplet MK ekstraksiyonu	Kaşıntı 1/3	Topikal kortikosteroid ve sistemik antihistaminik; eş zamanlı MK küretajı	3/3 olguda erüpsiyon gerilemiş; gerileme süresi bildirilen olguda 3 hafta
ULE/APEC	MK lezyonlarının inflamasyon durumu bildirilmemiş	Bildirilmemiş	Kaşıntı 1/2	Sekonder erüpsiyona özgü tedavi bildirilmemiş	Erüpsiyonların gerileme süresi 1 ay–8 hafta arasında bildirilmiştir
İd-benzeri ekzamatöz reaksiyon	2/2 olguda perilezyonel MK dermatiti	Bildirilmemiş	Bildirilmemiş	Emolyan veya topikal kortikosteroid; eş zamanlı MK küretajı	Erüpsiyonların gerileme süresi 2–8 hafta arasında bildirilmiştir
GA-benzeri reaksiyon	İnflame MK lezyonları	Multikomponent topikal preparat	Bildirilmemiş	Topikal kortikosteroid	GA-benzeri erüpsiyon birkaç gün içinde gerilemiş
Sunulan GA olgusu†	El dorsumunda rezidüel MK lezyonları; kriyoterapi	Tek seans kriyoterapi	Semptom yok	Topikal kortikosteroid	GA lezyonları yaklaşık 1 ayda tamamen gerilemiştir

* GCLR grubundaki 67 hastanın tamamı dikkate alınmıştır. Üç geniş seride 48/65 hastada MK inflamasyonu bildirilmiştir; iki bireysel GCLR olgusunun birinde MK lezyonları inflame/BOTE, diğerinde noninflame olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle toplamda 49/67 (%73,1) hastada MK inflamasyonu mevcuttur. † Sunulan GA olgusu sistematik derlemeye dahil edilen 78 hastalık gruba dahil değildir ve tabloda karşılaştırma amacıyla ayrı bir satırda gösterilmiştir. Kısaltmalar: APEC, asimetrik perifleksural ekzantem; BOTE, beginning-of-the-end fenomeni; EAS, eritema annulare sentrifugum; EM, eritema multiforme; GA, granüloma annulare; GCLR, Gianotti–Crosti sendromu benzeri reaksiyon; MK, molluskum kontagiozum; ULE, unilateral laterotorasik ekzantem.

Anahtar Kelimeler: granüloma annulare, molluskum kontagiozum, sekonder inflamatuvar erüpsiyon

SS-41

Biyopsi ile Doğrulanmış Dermatolojik Olgularda Yapay Zekâ Destekli Ön Tanı Performansı

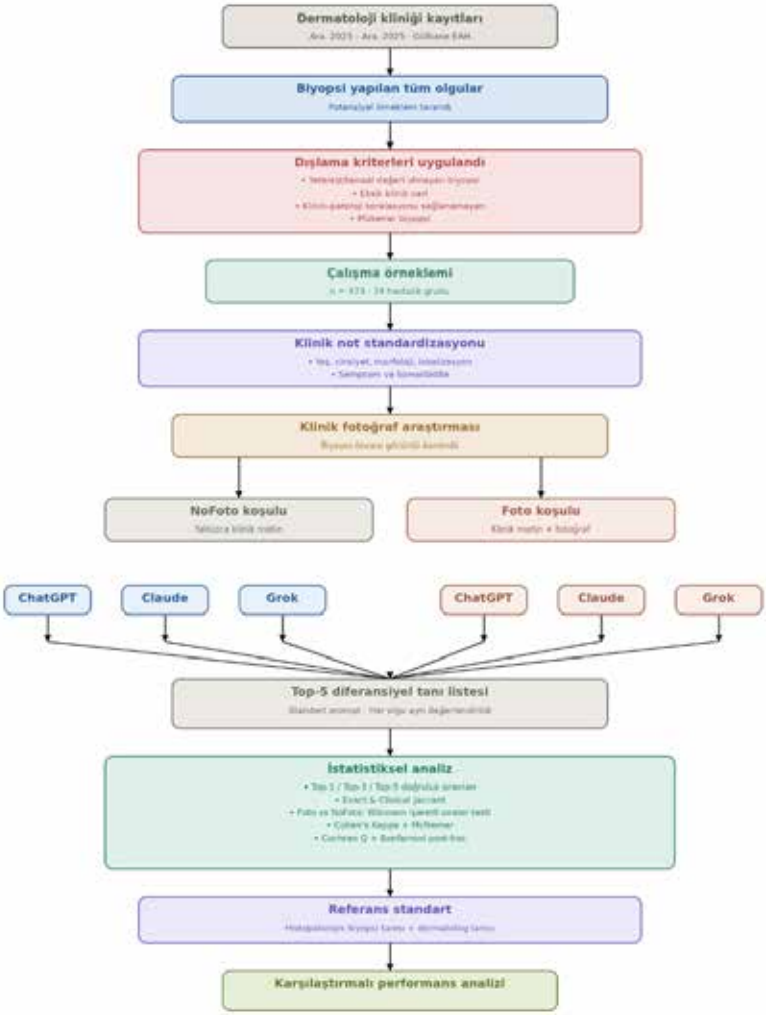
Yezdan İpek Davarcıoğlu[1], Eda Karaismailoğlu[2], Aslan Yürekli[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Temel Tıp Bilimleri, Tıbbi Biyoistatistik, Ana Bilim Dalı

Özet: GİRİŞ/AMAÇ: Dermatoloji, lezyon morfolojisi ve klinik örüntülerin değerlendirilmesine dayanan, görsel odaklı bir uzmanlık alanıdır. Yapay zekâ destekli klinik karar destek sistemlerinin tıbbi pratiğe entegrasyonu hız kazanmakla birlikte, büyük dil modellerinin (BDM) dermatolojik tanıdaki gerçek dünya performansı yeterince aydınlatılmamıştır. Bu çalışmada ChatGPT, Claude ve Grok modellerinin dermatolojik tanı doğruluğunu histopatolojik olarak doğrulanmış olgularda karşılaştırmalı değerlendirmek, klinisyen tanısıyla uyum düzeylerini belirlemek ve lezyon fotoğrafı eklenmesinin model performansına özgül katkısını incelemek amaçlanmıştır. Aralık 2023–Aralık 2025 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde deri biyopsisiyle kesin tanı almış, 14 hastalık grubuna ait 473 olgu bu tek merkezli, gözlemsel çalışmaya dahil edilmiştir. ChatGPT 5.2, Claude Sonnet 4.6 ve Grok 4, standardize komutlarla ve her olgu için bağımsız sıfırlanmış oturumlarda, "NoFoto" (yalnızca klinik metin) ve "Foto" (klinik metin+görüntü) koşullarında beşer ön tanı üretecek şekilde değerlendirilmiştir. Çalışmanın tasarımı Şekil 1'de özetlenmiştir. BULGULAR: Histopatolojik tanı referans standart kabul edilerek Top-1/3/5 doğruluk oranları, Kesin ve Klinik Jaccard skorları, Cohen's Kappa, Wilcoxon, McNemar ve Cochran Q testleriyle analiz yapılmıştır. Klinisyenin Top-1 doğruluğu %44,6 iken BDM'ler Foto koşulunda %30,0–33,2, NoFoto koşulunda %28,5–32,3 aralığında kalmış; tüm modeller klinisyen performansının anlamlı düzeyde altında seyretmiştir ($p < 0,001$; Tablo 1). Fotoğraf eklenmesi ChatGPT ve Grok'ta Kesin Jaccard skorlarını anlamlı biçimde artırırken ($p < 0,001$), Claude modelinde paradoksal olarak anlamlı bir düşüşe yol açmıştır (medyan 0,250→0,200; $p < 0,001$; Tablo 2). Klinik Jaccard tüm koşullarda Kesin Jaccard'ı belirgin biçimde aşmıştır. Klinisyen–BDM Top-1 uyumu tüm koşullarda orta düzeyde kalmış (κ: 0,229–0,351); en yüksek performans vaskülit/purpura ve büllöz/nötrofilik dermatozlarda, en düşük performans ise fiziksel dermatozlar ve dermatit/egzama gruplarında saptanmıştır. TARTIŞMA: Fotoğraf eklenmesinin ChatGPT ve Grok'ta performansı artırırken Claude'da paradoksal düşüşe yol açması, genel amaçlı BDM'lerin çok modlu bilgi entegrasyon mekanizmalarının model mimarisine bağlı olarak farklılaşabileceğine işaret etmektedir; bu bulgu, çok modlu performansın tek modaliteden bağımsız değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Klinik Jaccard'ın tüm koşullarda Kesin Jaccard'ı aşması, BDM'lerin kesin tanıdan ziyade ilgili hastalık spektrumunu ortaya koymada daha başarılı olduğunu düşündürmektedir. SONUÇ: BDM'ler dermatolojide klinisyenin yerini almaktan uzak olmakla birlikte, diferansiyel tanı desteği rolünde klinik değer taşıyabilir; bu potansiyelin hastalık grubu ve modalite bazında sistematik doğrulama ile güvence altına alınması gerekmektedir.

Histopatolojik olarak doğrulanmış dermatolojik olgularda büyük dil modellerinin çok modlu tanısal değerlendirme süreci: çalışma akış şeması



Dermatoloji kliniği kayıtlarından başlayarak dışlama kriterlerinin uygulanması, klinik not standardizasyonu, NoFoto ve Foto koşullarında büyük dil modellerinin değerlendirilmesi ve istatistiksel analiz süreçleri gösterilmektedir. NoFoto: yalnızca klinik metin koşulu; Foto: klinik metin ve klinik fotoğraf koşulu.

Klinisyen ve büyük dil modellerinin Top-1, Top-3, Top-5 ve Never tanı doğruluğu (n=473).

Performans	Top-1 n (%)	Top-3 n (%)	Top-5 n (%)	Never
Klinisyen	211 (%44,6)	131 (%27,7)	25 (%5,3)	106 (%22,4)
ChatGPT Foto	157 (%33,2)	122 (%25,8)	27 (%5,7)	167 (%35,3)
ChatGPT NoFoto	137 (%29,0)	80 (%16,9)	1 (%0,2)	255 (%53,9)
Claude Foto	142 (%30,0)	108 (%22,8)	14 (%3,0)	209 (%44,2)

Claude NoFoto	153 (%32,3)	109 (%23,0)	27 (%5,7)	184 (%38,9)
Grok Foto	146 (%30,9)	97 (%20,5)	46 (%9,7)	184 (%38,9)
Grok NoFoto	135 (%28,5)	66 (%14,0)	1 (%0,2)	271 (%57,3)

Foto: klinik metin + klinik fotoğraf koşulu; NoFoto: yalnızca klinik metin koşulu. Değerler n (%) olarak verilmiştir. Klinisyen performansı biyopsi öncesi konulan klinik tanıyı yansıtmaktadır. Top-1: doğru tanının birinci sırada yer alması; Top-3: doğru tanının ilk üç sırada yer alması; Top-5: doğru tanının ilk beş sırada yer alması; Never: doğru tanının hiçbir sırada yer almaması. Tüm YZ koşulları ile klinisyen karşılaştırmasında p<0,001 (McNemar testi).

Kesin Jaccard ve Klinik Jaccard benzerlik skorlarının Foto ve NoFoto koşullarına göre karşılaştırması (n=473, medyan).

Model	**Kesin Jaccard Foto Medyan (Q1-Q3)**	**Kesin Jaccard NoFoto Medyan (Q1-Q3)**	**p**	**Kesin Jaccard Foto Medyan (Q1-Q3)**	**Kesin Jaccard NoFoto Medyan (Q1-Q3)**
ChatGPT	0,250 (0,143–0,400)	0,200 (0,000–0,333)	<0,001 ↑	0,500 (0,333–0,667)	0,400 (0,250–0,667)
Claude	0,200 (0,134–0,333)	0,250 (0,143–0,400)	<0,001 ↓	0,500 (0,333–0,667)	0,500 (0,333–0,667)
Grok	0,200 (0,125–0,400)	0,167 (0,000–0,250)	<0,001 ↑	0,500 (0,250–0,667)	0,333 (0,250–0,500)

Medyan (Q1–Q3) değerleri verilmiştir. Foto: klinik metin + klinik fotoğraf koşulu; NoFoto: yalnızca klinik metin koşulu. p değerleri Wilcoxon işaretli sıralar testi ile hesaplanmıştır. ↑ Foto koşulu performansı artırdı; ↓ Foto koşulu performansı düşürdü.

Anahtar Kelimeler: büyük dil modelleri, dermatopatoloji, yapay zekâ

SS-42

AD-MKH ve Dermal Fibroblast Kaynaklı Ekstraselüler Veziküllerin Rejeneratif Dermatolojide Yara Kapanmasına Etkilerinin Karşılaştırılması

Mualla Pınar Elçi[2], Rozita Tamjidifar[3], Ercan Çalışkan[1]

[1]Özel Muayenehane
[2]SBÜ, , Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hücre Kültürü Lab,
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kök Hücre AD.

Özet: Giriş Ekstraselüler veziküller (Ev'ler), kaynak hücrelerden salınan ve hücreler arası iletişimde görev alan membranla çevrili biyolojik yapılardır (1). Özellikle adipoz doku kaynaklı mezenkimal stromal hücrelerden (AD-MKH) ve dermal fibroblastlardan elde edilen Ev'ler, kutanöz rejenerasyon ve yara iyileşmesindeki potansiyel etkileri nedeniyle dikkat çekmektedir (2,3). Bu çalışmada, AD-MKH ve insan dermal fibroblastlarından (HDFa) elde edilen Ev'lerin karakterizasyonlarının karşılaştırılması ve dermal fibroblastların in vitro yara kapanması üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.Gereç ve Yöntem Çalışmada American Type Culture Collection (ATCC) kaynaklı insan AD-MKH ve HDFa hücreleri kullanıldı. Hücreler uygun kültür koşullarında çoğaltıldıktan sonra koşullandırılmış kültür ortamları toplandı. EV izolasyonu ExoQuick-CG cGMP-grade Exosome Isolation Kit kullanılarak gerçekleştirildi. İzole edilen EV preparatlarının partikül konsantrasyonu ve boyut dağılımı NTA ile ZetaView sistemi kullanılarak değerlendirildi. EV ile ilişkili tetraspanin belirteçleri CD9, CD63 ve CD81, bead-temelli akış sitometrisi yöntemiyle analiz edildi. Fonksiyonel değerlendirme amacıyla dermal fibroblast monolayerinde in vitro scratch wound modeli oluşturuldu. Deney grupları kontrol, AD-MKH-EV ve HDFa-EV olarak düzenlendi ve yara alanındaki kapanma mikroskobik olarak takip edildi.Bulgular NTA analizinde AD-MKH kaynaklı EV preparatının partikül konsantrasyonu 8.0 × 10^{10} partikül/ml, medyan partikül çapı (X50) 166.8 nm ve ortalama partikül çapı 191.9 nm olarak belirlendi. HDFa kaynaklı EV preparatında ise partikül konsantrasyonu 1.5 × 10^{10} partikül/ml, X50 değeri 183.4 nm ve ortalama partikül çapı 200.5 nm olarak saptandı. Mevcut preparatlarda AD-MKH-EV örneğinde yaklaşık 5,3 kat daha yüksek partikül konsantrasyonu gözlenirken, iki EV grubunun partikül boyut dağılımları benzer aralıkta bulundu.Akış sitometrisi analizinde AD-MKH-EV grubunda CD81, CD63 ve CD9 pozitif popülasyonları sırasıyla %95.7, %97.1 ve %96.6 olarak belirlenirken, HDFa-EV grubunda bu oranlar sırasıyla %97.4, %97.0 ve %98.0 olarak saptandı. Böylece her iki hücresel kaynaktan elde edilen EV preparatlarının güçlü tetraspanin profiline sahip olduğu görüldü.İn vitro scratch analizinde her iki EV uygulamasının da kontrol grubuna kıyasla yara alanının kapanmasını hızlandırdığı gözlendi. Genel yara kapanma eğilimi AD-MKH-EV > HDFa-EV > kontrol şeklinde gerçekleşti.SonuçAD-MKH ve HDFa kaynaklı Ev'ler benzer partikül boyut dağılımları ve güçlü CD9/CD63/CD81 profilleri gösterdi ancak yara kapanma yanıtları açısından farklılıklar vardı.AD-MKH kaynaklı EV'ler deney koşullarında daha erken yara kapanmasına neden oldu. Bu bulgu, AD-MKH kaynaklı EV'lerin kutanöz hücre migrasyonu ve rejeneratif yanıtların desteklenmesinde daha yüksek biyolojik potansiyele sahip olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte HDFa kaynaklı EV'lerin de kontrol grubuna kıyasla belirgin yara kapanma etkisi göstermesi, HDFa kaynaklı EV'lerin kutanöz rejenerasyon açısından potansiyel taşıdığını göstermektedir. Sonuçlarımız, hücreden bağımsız EV temelli yaklaşımların rejeneratif dermatoloji, doku onarımı ve gelecekte kozmetik-estetik uygulamalara yönelik biyolojik stratejilerin geliştirilmesi açısından araştırılmaya değer olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekstraselüler vezikül, mezenkimal stromal hücre, dermal fibroblast, rejeneratif dermatoloji, yara iyileşmesi

SS-43

Dermatolojide Kullanılan Antihistaminiklerin Süperoksit Dismutaz Enzimi Üzerindeki Etkileri: Enzim Kinetiği ve Morfolojik Analiz

Enes Emre Doğan[1], Alperen Çoban[2], Mehmet Uğur Çankaya[1], Fatma Arzu Kılıç[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü

Özet: Giriş ve Amaç: Antihistaminik ilaçlar, deri hastalıklarının tedavisinde en sık kullanılan ilaç gruplarındandır. Kanıtlar, antihistaminiklerin antiinflamatuvar etkilerinin yanı sıra oksidatif stres yanıtını da modüle edebileceğini düşündürmektedir. Ancak bu ilaçların antioksidan savunma sisteminin temel enzimlerinden biri olan Süperoksit Dismutaz (SOD) üzerindeki doğrudan etkileri ve olası inhibisyon mekanizmaları yeterince aydınlatılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, antihistaminiklerin SOD enzimi üzerindeki etkilerini karşılaştırmalı olarak incelemek; inhibitör potansiyellerini, inhibisyon tiplerini ve oluşturdukları morfolojik değişiklikleri biyokimyasal analizler, enzim kinetiği ve Taramalı Elektron Mikroskobu (SEM) ve Enerji Dağılımlı X-Işını Spektroskopisi (EDX) yöntemleriyle ortaya koymaktır.Materyal ve Metod: Çalışmada kullanılan antihistaminik ilaçlar ticari preparatlardan elde edilmiş, uygun çözücülerde hazırlanan stok çözeltilerden çalışma konsantrasyonları oluşturularak invitro olarak analiz edilmiştir. Enzim kaynağındaki bireyler arasındaki değişkenliği ortadan kaldırmak ve tüm antihistaminiklerin aynı enzimatik ortamda karşılaştırılmasını sağlamak amacıyla tek bir sağlıklı gönüllüden elde edilen eritrosit hemolizatı kullanılmıştır. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 18–65 yaş arasındaki sağlıklı bir gönüllüden alınan venöz kan örneğinden hemolizat hazırlanmıştır. Tam kan örneği santrifüj edilerek plazma ve buffy coat tabakası uzaklaştırılmış, elde edilen eritrositler soğuk %0,9 NaCl çözeltisi ile yıkanmıştır. Elde edilen eritrosit pelleti, +4 °C'de 10.000 rpm'de 30 dakika santrifüj edilmiştir. Elde edilen süpernatant hemolizat olarak kullanılmıştır. SOD aktivitesi, INT, ksantin, ksantin oksidaz ve tampon çözeltisinden oluşan reaksiyon karışımında spektrofotometrik yöntemle belirlenmiştir. İnhibisyon yüzdesi, hemolizatsız kontrol reaksiyonundan elde edilen maksimum reaksiyon hızı ile inhibitör ve hemolizat içeren reaksiyon karışımlarından elde edilen reaksiyon hızlarının karşılaştırılmasıyla hesaplanmıştır. Hidroksizin dihidroklorür, ketotifen ve feniramin hidrojen maleat, bilastin, setirizin dihidroklorür, desloratadin, ebastin, feksofenadin hidroklorür, loratadin ve rupatadin fumarat aynı deneysel koşullar altında karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. İlaçların farklı konsantrasyonlarda SOD aktivitesi üzerindeki etkileri belirlenmiştir. Enzim kinetiği analizleri gerçekleştirilmiş; Vmax ve Km parametreleri belirlenmiştir. Veriler yarışmalı, yarışmasız, yarı-yarışmalı ve karışık inhibisyon modelleri kullanılarak değerlendirilmiş ve ilaçlara ait inhibisyon mekanizmaları karşılaştırılmıştır. Biyokimyasal bulgular SEM ve EDX analizleri ile desteklenerek enzim–reaksiyon sisteminde meydana gelen morfolojik değişimler değerlendirilmiştir. Bulgular: İncelenen tüm antihistaminiklerin SOD aktivitesini konsantrasyona bağımlı olarak değiştirdiği belirlendi. Ancak inhibitör potansiyelleri ve inhibisyon tipleri ilaçlar arasında farklılık gösterdi. Michaelis–Menten ve Lineweaver–Burk analizleri sonucunda yarışmalı, yarışmasız, yarı yarışmalı ve karışık inhibisyon modelleri tanımlandı. IC_{50} değerleri ilaçların inhibitör güçlerinin karşılaştırılmasına olanak sağladı. SEM ve EDX analizleri ise biyokimyasal bulgularla uyumlu morfolojik değişiklikleri ortaya koydu. Sonuç: Bu çalışma, antihistaminiklerin SOD enzimi ile etkileşimlerinin ilaçtan ilaca farklılık gösterdiğini ve bu farklılıkların enzim kinetiği ile morfolojik analizlerin birlikte kullanılmasıyla ayrıntılı olarak ortaya konabileceğini göstermektedir. Bulgular, antihistaminiklerin oksidatif stres üzerindeki biyokimyasal etkilerinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayarak gelecekte yapılacak enzim–ilaç etkileşimi çalışmalarına temel oluşturabilir.

Anahtar Kelimeler: Superoksit Dismutaz, Antihistaminik, Enzim Kinetiği, Taramalı Elektron Mikroskobu, Spektrofotometre

SS-44

Bazal Hücreli Karsinom Tanısında Dermatopatoloji Uzmanları ile Yapay Zekâ Modellerinin Karşılaştırmalı Çalışması

Engin Şenel[1], Havva Hande Keser Şahin[2], Güven Güney[2], Bayram Yılmaz[2], Kübra Doğan Çağlar[1]

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

[2]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Çorum

Özet: Arka Plan: Yapay zekanın dermatopatolojiye entegrasyonu, geleneksel evrişimli sinir ağlarının (convolutional neural networks) "kara kutu" (black-box) doğası nedeniyle bugüne dek sınırlı sınırlı kalmıştır. Çok Modlu Büyük Dil Modelleri (MLLM'ler), açıklanabilir akıl yürütme yetileri aracılığıyla bu sınırlamanın üstesinden gelme potansiyeline sahiptir. Amaç: Son teknoloji ürünü bir MLLM'nin (Gemini Pro 3.1) bazal hücreli karsinomu (BCC) tanımlamadaki sıfır-atımlı (zero-shot) tanısal doğruluğunu ve kendi kendini düzeltme yeteneklerini insan uzmanlarla karşılaştırmalı olarak değerlendirmek. Yöntemler: Eşleştirilmiş 105 dijital fotomikrograftan (biyopsi ile doğrulanmış 54 BCC, 51 kompleks BCC dışı taklitçi lezyon) oluşan veri seti; Gemini Pro 3.1, ChatGPT 4.5, ChatGPT 5.2 ve iki dermatopatolog tarafından değerlendirilmiştir. Faz 1, başlangıçtaki ikili (binary) tanısal doğruluğu değerlendirmiştir. Faz 2 ise modelin, açık bir insan geri bildirimi olmaksızın, hedeflenmiş bir "ikinci bakış" (second-look) komutunu takiben başlangıçtaki yanlış sınıflandırmalarını kendi kendine düzeltme yeteneğini test etmiştir. Bulgular: Faz 1'de Gemini Pro 3.1, insan uzmanlara kıyasla istatistiksel eşdeğerlik (non-inferiority) ($p > 0,05$) ve diğer MLLM'lere karşı anlamlı üstünlük ($p < 0,0001$) göstererek %96,19 doğruluğa ($\kappa = 0,904$) ulaşmıştır. Faz 2 sırasında model, morfolojik çeldiricilerin (örn. şiddetli inflamasyon, atipik keratinizasyon) neden olduğu dört başlangıç tanısal hatasının tamamını başarıyla kendi kendine düzelterek, uyumsuz (diskordan) alt grupta %100 tanısal kesinlik elde etmiştir. Sonuç: Gemini Pro 3.1, BCC histopatolojisinde uzman düzeyinde tanısal kesinlik göstermektedir. Modelin doğasında bulunan kendi kendini düzeltme kapasitesi, geleneksel kara kutu paradigmasını başarıyla aşarak gelişmiş MLLM'leri modern tanı iş akışlarında şeffaf, etkileşimli ve "karar döngüsünde insanın yer aldığı (human-in-the-loop)" dijital asistanlar olarak konumlandırmaktadır.

Tanısal Performans ve Gözlemciler Arası Güvenilirlik (Aşama 1 Sıfır-Örneklem Değerlendirilmesi)

GÖZLEMCİ	DOĞRU SINIFLANDIRMA (N=105)	TANISAL DOĞRULUK (%)	COHEN'IN KAPPA (κ)*
Patolog 1	99	94,29	0,885
Patolog 2	96	91,43	0,828
ChatGPT 4.5	72	68,57	N/A**
ChatGPT 5.2	79	75,24	N/A**
Gemini Pro 3.1	**101**	**96,19**	**0,904**

* >0.81 Kappa (κ) değeri, kesin referans doğrusu (ground truth) ile neredeyse mükemmel bir uyumu gösterir.
** ChatGPT modellerine ait Kappa değerleri, alt-optimal başlangıç doğruluk seviyeleri nedeniyle birincil non-inferiority (aşağı kalmama) analizine dahil edilmemiştir.

Tanısal Doğrulukların İkişerli İstatistiksel Karşılaştırılması

İKİŞERLİ KARŞILAŞTIRMA	P-DEĞERİ	İSTATİSTİKSEL ANLAMLILIK	KLİNİK YORUM
Birincil Sonlanım Noktaları (Gemini Pro 3.1 vs. İnsan Uzmanlar)			
Gemini Pro 3.1 vs. Patolog 1	0,7539	Anlamlı Değil (p > 0,05)	Benzer (Uzman Düzeyinde)
Gemini Pro 3.1 vs. Patolog 2	0,2668	Anlamlı Değil (p > 0,05)	Benzer (Uzman Düzeyinde)
İkincil Sonlanım Noktaları (Yapay Zeka vs. Yapay Zeka)			
Gemini Pro 3.1 vs. ChatGPT 5.2	< 0,0001	Anlamlı (p < 0,05)	Gemini'nin Üstünlüğü
Gemini Pro 3.1 vs. ChatGPT 4.5	< 0,0001	Anlamlı (p < 0,05)	Gemini'nin Üstünlüğü
Referans Sonlanım Noktaları (İnsan Uzmanlar vs. Başlangıç YZ)			
Patolog 1 vs. ChatGPT 5.2	0,0001	Anlamlı (p < 0,05)	İnsan Uzmanın Üstünlüğü
Patolog 2 vs. ChatGPT 5.2	0,0015	Anlamlı (p < 0,05)	İnsan Uzmanın Üstünlüğü

Anahtar Kelimeler: bazal hücreli karsinom, derin öğrenme, histopatoloji, yapay zekâ, dermatopatoloji

SS-45

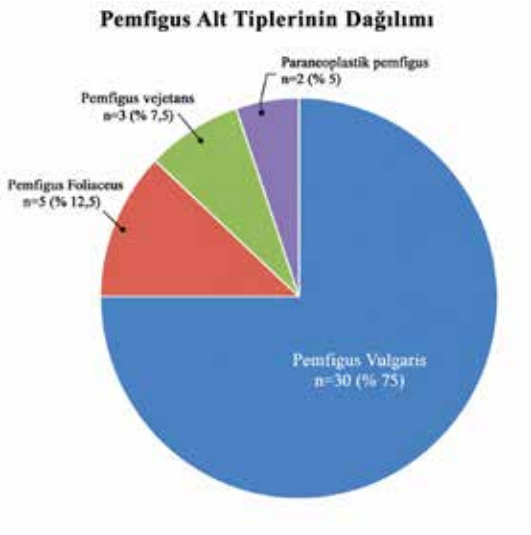
Pemfigus Hastalarında Yaşam Boyu Kümülatif Olumsuz Etkiler: Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi ve Klinik Aktivite ile İlişkisi

Yıldız Gürsel Ürün[1], Rabia Sezer[1], Mustafa Ürün[1]

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

Özet: GİRİŞPemfigus, deri ve mukozaları etkileyen kronik otoimmün büllöz hastalıklar grubudur [1]. Hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi kaybı her zaman paralellik göstermemektedir [2]. Kronik deri hastalıklarının eğitim, çalışma ve sosyal yaşam gibi alanlarda zaman içinde oluşturduğu birikimli etki Cumulative Life Course Impairment (CLCI) olarak tanımlanmış ve değerlendirilmesi amacıyla DermCLCI-r ve DermCLCI-p ölçekleri geliştirilmiştir [3]. Bu çalışmada pemfigus hastalarında klinik hastalık şiddeti, hastalığa özgü yaşam kalitesi ve birikimli yaşam etkisi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.GEREÇ VE YÖNTEMHastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Hastalık aktivitesi PDAI [4], hastalığa özgü yaşam kalitesi Türkçe ABQOL [5], birikimli yaşam etkisi DermCLCI-r ve DermCLCI-p ölçekleriyle değerlendirildi [3]. DermCLCI-r puanı 1–26. maddelerin toplamı olarak hesaplandı [6]; DermCLCI-p puanına da başa çıkma maddeleri (29–30) dahil edilmedi. DermCLCI ölçeklerinin Türkçe uyarlaması ileri-geri çeviri ve geliştirici geri bildirimiyle gerçekleştirildi. Psikometrik validasyonları henüz yapılmadığından keşifsel amaçla kullanıldı. Grup karşılaştırmalarında Mann–Whitney U testi, korelasyon analizinde Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı.BULGULARÇalışmaya 40 hasta dahil edildi; ortalama yaş 55,3±11,28 yıl, kadın oranı %72,5 ve mukoza tutulumu oranı %85'ti. En sık alt tip pemfigus vulgaristi (n=30, %75). DermCLCI-p ile ABQOL arasında güçlü (r=0,637, p<0,001), DermCLCI-p ile DermCLCI-r (r=0,362, p=0,022) ve PDAI (r=0,346, p=0,029) arasında zayıf düzeyde pozitif ve anlamlı korelasyon saptandı. ABQOL (p=0,037) ve DermCLCI-p (p=0,033) skorları orta/şiddetli pemfigusta hafif gruba göre anlamlı olarak yüksekti; DermCLCI-r açısından hastalık şiddeti grupları arasında anlamlı fark yoktu (p=0,588). DermCLCI-r skoru mukoza tutulumu olanlarda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,027).TARTIŞMADermCLCI-r ve DermCLCI-p daha önce psoriasis ve atopik dermatit gibi kronik inflamatuvar deri hastalıklarında kullanılmıştır [3,6]; bildiğimiz kadarıyla pemfigusta daha önce değerlendirilmemiştir. Atopik dermatitte DermCLCI-p ile güncel yaşam kalitesi arasında bildirilen ilişkiye [6] benzer şekilde çalışmamızda DermCLCI-p ile ABQOL arasında korelasyon saptandı. Bu bulgu DermCLCI-p'nin pemfigusta birikimli yaşam yükünü değerlendirmede potansiyel yararını desteklemektedir. Atopik dermatitte bildirildiği gibi [6], çalışmamızda da DermCLCI-p hastalık şiddetiyle birlikte artarken DermCLCI-r şiddet gruplarına göre farklılık göstermedi. Ayrıca DermCLCI-r'nin mukozal tutulumu olanlarda daha yüksek olması, mukozal tutulumun güncel yaşam kalitesinden ziyade zaman içinde biriken yaşam yüküyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Şekil 1



Şekil 1: Pemfigus alt tiplerinin dağılımı (n=40) n, hasta sayısı

Tablo 1. Pemfigus grubu hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

Değişken		
Yaş	Ortalama±SS	55,3±11,28
Hastalık başlangıç yaşı, n (%)	<40 ≥40	12 (30) 28 (70)
Cinsiyet, n (%)	Kadın Erkek	29 (72,5) 11 (27,5)
Medeni durum, n (%)	Bekar Evli/Partneri var Boşanmış/Ayrı Dul	2 (5) 33 (82,5) 3 (7,5) 2 (5)
Eğitim düzeyi, n (%)	İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisans üstü	20 (50) 4 (10) 6 (15) 9 (22,5) 1 (2,5)
Çalışma durumu, n (%)	Çalışıyor İşsiz Ev içi emek Emekli	11 (27,5) 3 (7,5) 14 (35) 12 (30)
Yaşam yeri, n (%)	İl merkezi İlçe Köy/Kasaba	18 (45) 17 (42,5) 5 (12,5)
Tanı, n (%)	Pemfigus Vulgaris Pemfigus Foliaceus Pemfigus Vejetans Paraneoplastik pemfigus	30 (75) 5 (12,5) 3 (7,5) 2 (5)

Tanı süresi, n (%)	0-60 ay >60 ay	23 (57,5) 17 (42,5)
Tanı süresi (ay)	Medyan (IQR)	48 (24–105)
Tutulum tipi, n (%)	Mukozal Kutanöz Mukokutanöz	9 (22,5) 6 (15) 25 (62,5)
Mukoza tutulumu, n (%)		34 (85)
Komorbidite varlığı, n (%)		25 (62,5)
Son 12 ayda hospitalizasyon öyküsü, n (%)		13 (32,5)
PDAI aktivite skoru şiddeti, n (%)	Hafif pemfigus Orta ve şiddetli pemfigus	32 (80) 8 (20)
ABQOL skoru	Medyan (IQR)	10 (2–13,75)
PDAI aktivite skoru	Medyan (IQR)	0 (0–7,25)
DermCLCI-r	Ortalama±SS	20,80±13,54
DermCLCI-p	Ortalama±SS	11,68±9,15

Not: Normal dağılan değişkenler Ortalama±SS ve normal dağılmayanlar Medyan (IQR), kategorik değişkenler n (%) olarak gösterildi. SS, standart sapma; IQR, çeyrekler arası aralık (interquartile range); PDAI, Pemphigus Disease Area Index; ABQOL, Autoimmune Bullous Disease Quality of Life; DermCLCI-r, Questionnaire on Cumulative Life Course Impairment in Skin Diseases–Retrospective; DermCLCI-p, Questionnaire on Cumulative Life Course Impairment in Skin Diseases–Prospective; n, hasta sayısı. DermCLCI-r puanı 1–26., DermCLCI-p puanı 1–28. maddelerin toplamıdır. Mukoza tutulumu: mukozal veya mukokutanöz tutulum.

Tablo 2. PDAI, ABQOL, DermCLCI-r ve DermCLCI-p arasındaki korelasyon*

	ABQOL		PDAI aktivite skoru		DermCLCI-r	
PDAI aktivite skoru	0,272	0,089	1,000			
DermCLCI-r	0,037	0,819	-0,077	0,639	1,000	
DermCLCI-p	0,637	**<0,001**	0,346	**0,029**	0,362	**0,022**

* ABQOL, PDAI aktivite skoru, DermCLCI-r ve DermCLCI-p arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi. Korelasyon katsayıları (Pearson r) ve karşılık gelen p değerleri raporlandı. İki yönlü $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. PDAI, Pemphigus Disease Area Index; ABQOL, Autoimmune Bullous Disease Quality of Life; DermCLCI-r, Questionnaire on Cumulative Life Course Impairment in Skin Diseases–Retrospective; DermCLCI-p, Questionnaire on Cumulative Life Course Impairment in Skin Diseases–Prospective ; r, Pearson korelasyon katsayısı; p, istatistiksel anlamlılık düzeyi.

Tablo 3. PDAI aktivite skoru şiddetine göre ABQOL, DermCLCI-r ve DermCLCI-p skorlarının karşılaştırılması

	Hafif pemfigus (n=32) Ortalama± SS	Hafif pemfigus (n=32) Medyan (IQR)	Orta ve şiddetli pemfigus (n=8) Ortalama± SS	Orta ve şiddetli pemfigus (n=8) Medyan (IQR)	Z	p*
ABQOL	7,69±7,27	5,5 (1–12,75)	13,75±6,41	11,5 (10,25–15,75)	-2,086	0,037
DermCLCI-r	21,56±14,12	19 (11–28)	17,75±11,15	17 (7,25–29)	-0,542	0,588
DermCLCI-p	9,94±7,98	9 (1,5–16)	18,63±10,72	19,5 (8,75–28,5)	-2,135	0,033

* Mann–Whitney U testi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Not: PDAI ≤15 hafif, 16–45 orta, >45 şiddetli pemfigus olarak tanımlandı (Joly ve ark., 2020). ABQOL, Autoimmune Bullous Disease Quality of Life; DermCLCI-r, Questionnaire on Cumulative Life Course Impairment in Skin Diseases–Retrospective; DermCLCI-p, Questionnaire on Cumulative Life Course Impairment in Skin Diseases–Prospective; PDAI, Pemphigus Disease Area Index; SS, standart sapma; IQR, çeyrekler arası aralık (interquartile range); Z, Mann–Whitney U testine ait standartlaştırılmış test istatistiği; p, istatistiksel anlamlılık düzeyi.

Tablo 4. Mukoza tutulumuna göre ABQOL, DermCLCI-r ve DermCLCI-p skorlarının karşılaştırılması

	Mukoza tutulumu yok (n=6) Ortalama±SS	Mukoza tutulumu yok (n=6) Medyan (IQR)	Mukoza tutulumu var (n=34) Ortalama±SS	Mukoza tutulumu var (n=34) Medyan (IQR)	Z	p*
ABQOL	12,33±10,52	12,5 (1,5–21,25)	8,29±6,80	9 (1,75–12,25)	-0,893	0,372
DermCLCI-r	10,17±9,64	10 (0–19,25)	22,68±13,35	19,5 (14–31,25)	-2,218	0,027
DermCLCI-p	11,83±13,14	10 (0–23,25)	11,65±8,53	10,5 (5–17,25)	-0,133	0,894

*Mann–Whitney U testi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. ABQOL, Autoimmune Bullous Disease Quality of Life; DermCLCI-r, Questionnaire on Cumulative Life Course Impairment in Skin Diseases–Retrospective; DermCLCI-p, Questionnaire on Cumulative Life Course Impairment in Skin Diseases–Prospective; SS, standart sapma; IQR, çeyrekler arası aralık (interquartile range); Z, Mann–Whitney U testine ait standartlaştırılmış test istatistiği; p, istatistiksel anlamlılık düzeyi.

Anahtar Kelimeler: Abqol , Büllöz Hastalıklar , Pdaı , Pemfigus , Yaşam Kalitesi

SS-46

Oral İzotretinoin Tedavisi Alan Akne Vulgaris Hastalarında Başlangıç Monosit/HDL Oranının Kümülatif Doz ve Metabolik Sendrom ile İlişkisi: Bir Pilot Çalışma

Ceyda Tetik Aydoğdu[1], Suzan Demir Pektaş[1], Emine Tuğba Alataş[1], Yunus Özcan[1], İrem Korkmaz Biray[1]

[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet: Amaç: Monosit/yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol oranı (MHR), sistemik inflamasyon ve oksidatif stresi birlikte yansıtan kolay ulaşılabilir bir biyobelirteçtir. Bu oranın akne hastalarında isotretinoin tedavisi esnasında yükseldiği gösterilmiştir; ancak yüksek başlangıç MHR düzeyi ve oral isotretinoin kullanım gereksinimine dair çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, oral izotretinoin tedavisi alan kadın akne vulgaris hastalarında başlangıç MHR düzeyinin tedavi yanıtı, akne şiddeti ve metabolik risk parametreleriyle ilişkisinin araştırılması amaçlandı.Bulgular: Tek merkezli, gözlemsel ve analitik olarak planlanan çalışmanın bu ön analizine oral izotretinoin tedavisi alan 16 kadın hasta dahil edildi. Başlangıç MHR düzeyi ile yeni akne lezyonu çıkışının durduğu ay, ilk üç ayda klinik yanıt, akne şiddeti, bel çevresi, trigliserid, LDL kolesterol, açlık glukozu ve kan basıncı arasındaki ilişkiler değerlendirildi. Sürekli değişkenler Spearman korelasyon analizi; gruplar arasındaki MHR farklılıkları Mann–Whitney U ve Kruskal–Wallis testleriyle incelendi.Hastaların yaş ortalaması 21,2±2,0 yıl, başlangıç MHR ortalaması 0,01164±0,00316 idi. Yedi hastada (%43,8) yeni lezyon çıkışı ilk üç ay içerisinde durdu. Erken yanıt veren ve vermeyen hastaların MHR düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı (p=1,000). MHR ile yeni lezyon çıkışının durduğu ay arasında ilişki saptanmadı (ρ=−0,072; p=0,806). MHR; bel çevresi, LDL kolesterol, açlık glukozu ve kan basıncıyla anlamlı ilişki göstermedi. MHR ile trigliserid arasında istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan orta düzeyde pozitif bir eğilim izlendi (ρ=0,453; p=0,078). Akne şiddet grupları arasında MHR bakımından fark yoktu (p=0,353).Tartışma: Küçük örneklem ve metabolik sendromlu olgu bulunmaması nedeniyle sonuçlar pilot niteliktedir. Kümülatif doz ve toplam tedavi süresinin ekleneceği daha geniş örneklemli analizlere ihtiyaç vardır.Sonuç: Ön bulgular başlangıç MHR'nin erken izotretinoin yanıtını veya incelenen metabolik parametreleri öngördüğünü göstermemektedir.

Anahtar Kelimeler: akne vulgaris, oral izotretinoin, monosit/hdl oranı, metabolik sendrom

SS-47

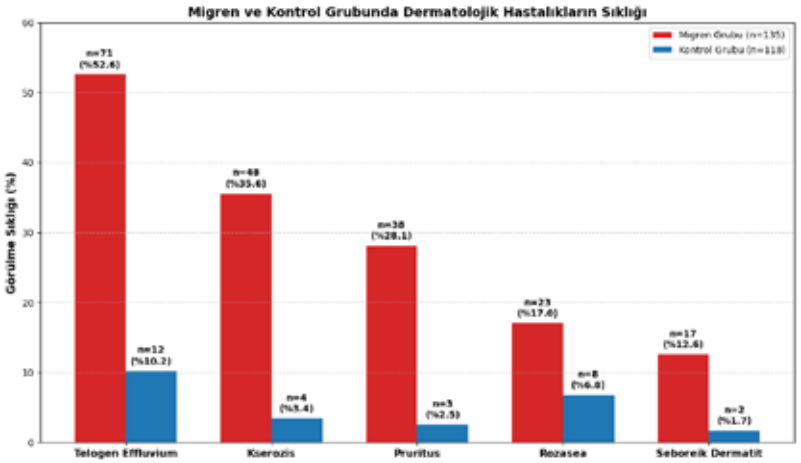
Migren Hastalarında Dermatolojik Komorbiditelerin Sıklığı: Kesitsel Bir Analiz

Fatma Etgü[1], Didem Erol[2], Gökçe Yüce Onur[2], Şükran Kaygısız[2], Zeynep Ecem Bulut[3], Burak Burç[3]

[1]Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı
[3]Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Özet: Başlık: Migren ve Dermatolojik Hastalıklar Arasındaki İlişki: Bir Vaka-Kontrol Çalışması Amaç: Migren, nöropeptit salınımı ve nörojenik inflamasyonla karakterize sistemik bir sendromdur. Nörojenik inflamasyonun deri dahil birçok organ sistemini etkileyebildiği bilinmekte olup, migren hastalarında çeşitli dermatolojik hastalıkların sağlıklı bireylere kıyasla daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, migren hastalarındaki dermatolojik hastalık prevalansını ve kümülatif hastalık yükünü sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak ve migren varlığını öngören bağımsız dermatolojik belirteçleri tanımlamaktır. Yöntem: Kesitsel vaka-kontrol çalışmamıza, 1 Ocak 2026-1 Ağustos 2026 tarihleri arasında Ordu Üniversitesi Dermatoloji Kliniği'nde değerlendirilen 135 migren hastası ile yaş-cinsiyet eşleştirilmiş 118 sağlıklı kontrol (n=253) dahil edildi. Katılımcılar kserozis, pruritus, telogen effluvium, seboreik dermatit ve rozasea başta olmak üzere eşlik eden dermatolojik hastalıklar açısından muayene edilerek kümülatif hastalık yükü (toplam deri hastalığı sayısı) hesaplandı. Migren grubunda klinik özellikler ve tetikleyiciler kaydedildi. Veriler Shapiro-Wilk, Bağımsız Örneklem T-testi, Mann-Whitney U, Ki-kare ve Fisher'in Kesin testleriyle analiz edildi. Bağımsız risk faktörleri Çok Değişkenli Lojistik Regresyon ile belirlendi ($p < 0.05$).Bulgular: Gruplar arasında yaş (42.99 ± 11.57 ve 41.58 ± 12.02; p=0.344) ve cinsiyet dağılımı (%94.1 ve %92.4 kadın; p=0.590) açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Migren hastalarında en sık karşılaşılan duyusal tetikleyiciler ışık (%53.3) ve gürültü (%48.1) iken; en yaygın psikososyal ve yaşam tarzı tetikleyicileri stres (%39.3) ve uykusuzluk (%36.3) olarak tespit edilmiştir.Tek değişkenli analizlerde migren hastalarında; Telogen Effluvium (%52.6 vs %10.2; $p < 0.001$), Kserozis (%35.6 vs %3.4; $p < 0.001$), Pruritus (%28.1 vs %2.5; $p < 0.001$), Rozasea (%17.0 vs %6.8; p=0.013) ve Seboreik Dermatit (%12.6 vs %1.7; p=0.001) sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Melazma ise kontrol grubunda daha sık görülmüştür (%16.1 vs %7.4; p=0.030).Auralı migren hastalarında kserozis sıklığı (%64.0), aurasız migrenlilere (%29.1) göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.001). Migren hastalarının kümülatif dermatolojik hastalık yükü (2.28 ± 1.54), kontrol grubuna (0.64 ± 0.87) göre anlamlı derecede fazladır ($p < 0.001$). Çok değişkenli lojistik regresyon modelinde (Nagelkerke R^2= 0.458); Kserozis (OR=9.41, %95 GA: 2.97-29.80, $p < 0.001$), Pruritus (OR=7.90, %95 GA: 2.08-29.93, p=0.002), Seboreik Dermatit (OR=6.57, %95 GA: 1.28-33.70, p=0.024) ve Telogen Effluvium (OR=5.86, %95 GA: 2.72-12.62, $p < 0.001$) migren için bağımsız risk faktörleri olarak belirlenmiştir.Tartışma/Sonuç: Migren, yalnızca nörolojik bir hastalık değil, deriyi de kapsayan belirgin bir dermatolojik komorbidite yüküyle ilişkili sistemik bir durumdur. Kserozis, pruritus, seboreik dermatit ve telogen effluvium, migrenle güçlü ve bağımsız şekilde ilişkili klinik belirteç olarak tespit edilmiştir; altta yatan mekanizmalar için ileriye dönük, uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır. Bulgular, migren hastalarının izleminde nöroloji-dermatoloji iş birliğinin değerli olabileceğini düşündürmektedir.

Vaka-Kontrol Gruplarında Dermatolojik Hastalıkların Karşılaştırılması



Sütunlar üzerindeki değerler hasta sayısını (n) ve grup içi yüzdeleri (%) göstermektedir.Grafikte yer alan Telogen effluvium, Kserozis, Pruritus, Rozasea ve Seboreik dermatit hastalıklarının tamamının görülme sıklığı, migren hastalarında (n=135) sağlıklı kontrollere (n=118) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık izlenmiştir ($p < 0.05$).

Anahtar Kelimeler: Migren, Pruritus, Telogen Effluvium, Kserozis, Seboreik Dermatit

SS-48

Sistemik İzotretinoin Kullanan Akne Hastalarında Akne Şiddetlenmesinde Staphylococcus aureus'un Rolü

Yusuf İslam Eren[1]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği*

Özet: Giriş:Akne vulgaris tedavisinde sistemik izotretinoine başlanmasının ardından erken dönemde geçici kötüleşme görülebilmekte; bununla ilişkili mikrobiyal etmenler yeterince tanımlanmamaktadır. Bu tek merkezli, prospektif gözlemsel çalışmada tedavinin ilk ayında Staphylococcus aureus (S. aureus) taşıyıcılığındaki değişimin ve başlangıç taşıyıcılığı ile erken akne kötüleşmesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı. İzotretinoin tedavisine 0,5 mg/kg/gün dozuyla başlayan 12-40 yaşındaki hastalarda başlangıçta ve birinci ayda Global Akne Derecelendirme Sistemi (GAGS) skoru hesaplandı; burun vestibülü, inflamatuvar akne lezyonu ve sağlam submental deriden kültür alındı. Erken kötüleşme, veri toplama tamamlandıktan sonra keşifsel olarak belirlenen en az 3 puanlık GAGS artışı olarak tanımlandı. Eşleştirilmiş kültür değişimleri kesin McNemar testiyle; kötüleşmeyle ilişkiler yaş, cinsiyet ve başlangıç GAGS skoruna göre düzeltilmiş modifiye Poisson regresyonuyla incelendi. Firth lojistik regresyonu ve alternatif GAGS eşikleri duyarlılık analizlerinde kullanıldı.Bulgular:Çalışmaya alınan 155 katılımcının 141'i birinci ay değerlendirmesini tamamladı; ortalama yaş 19,62±3,46 yıl olup katılımcıların %78,0'i kadındı. Çalışma tanımlı kötüleşme 25 katılımcıda (%17,7) saptandı. S. aureus pozitifliği burun vestibülünde %22,7'den %43,3'e ($p < 0,001$), sağlam deride %5,0'dan %15,6'ya ($p=0,003$) ve akne lezyonunda %11,3'ten %31,9'a ($p < 0,001$) yükseldi. Kötüleşme, başlangıç lezyon kültürü pozitif 16 katılımcının 11'inde (%68,8), negatif 125 katılımcının 14'ünde (%11,2) görüldü; mutlak risk farkı 57,6 yüzde puandı. Modifiye Poisson modelinde düzeltilmiş risk oranı (RO) 5,79 (%95 güven aralığı [GA] 3,15-10,62; $p < 0,001$), Firth lojistik modelinde düzeltilmiş odds oranı (OR) 15,26 (%95 GA 4,93-53,26; $p < 0,001$) bulundu. Sürekli GAGS değişimi için düzeltilmiş ortalama fark 7,35 puandı (%95 GA 4,21-10,49; $p < 0,001$). Genel GAGS ortalaması başlangıçta 23,92 iken birinci ayda 20,57'ye geriledi. Son iki ayda antibiyotik kullanmayan 85 katılımcıya ait Firth analizinde düzeltilmiş OR 17,52 (%95 GA 3,95-108,47; $p < 0,001$) idi; en az 2/en az 4 puanlık alternatif eşiklerde bulguların yönü değişmedi.Tartışma:İlk ayda üç anatomik bölgede kültür pozitifliğinin artması, izotretinoinle ilişkili mukokutanöz ve mikrobiyal ekolojik değişimle uyumludur. Başlangıç lezyon pozitifliği çalışma tanımlanan akne şiddetlenmesiyle güçlü biçimde ilişkiliydi; ancak lezyon pozitif 16 katılımcının 15'i aynı zamanda burun pozitifti. Bu örtüşme, lezyona özgü bağımsız ilişkinin ayrıştırılmasını güçleştirmektedir. Prospektif tasarım ve eşleştirilmiş değerlendirme çalışmanın güçlü yönleridir. Buna karşılık tek merkezli tasarım, 14 takip kaybı, bir aylık izlem, yalnızca 16 başlangıç lezyon pozitif katılımcı ve klinik olarak doğrulanmamış veri sonrası kötüleşme eşiği nedensel yorumu sınırlar.Sonuç:Başlangıç akne lezyonunda S. aureus saptanması, izotretinoin tedavisinin ilk ayında çalışma tanımlı kötüleşme için bir risk belirteci olabilir. Bulgular rutin kültür, antibiyotik veya dekolonizasyon uygulamasını desteklemez. Önceden belirlenmiş klinik eşik, nicel bakteri yükü ve suş doğrulaması kullanan çok merkezli çalışmalar gereklidir.

Şekil 1. Katılımcı akışı ve analiz kohortları



Başlangıçta 155 katılımcı kaydedildi; 141 katılımcı birinci ay değerlendirmesini tamamlayarak ana analiz kohortunu oluşturdu. Antibiyotik kullanmayan 85 katılımcı yalnız duyarlılık analizinde kullanıldı.

Şekil 2. İlk ayda S. aureus pozitifliğindeki eşleştirilmiş değişim



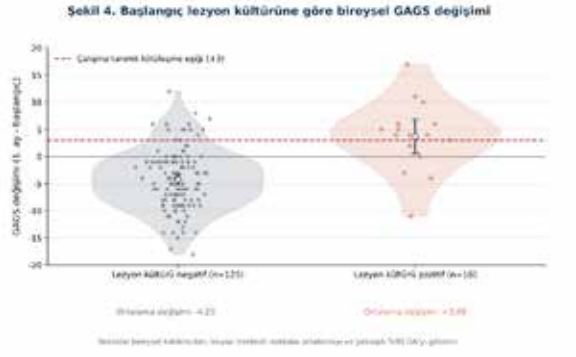
Kültür pozitifliği burun vestibülü, sağlam submental deri ve inflamatuvar akne lezyonunda anlamlı olarak arttı. P değerleri kesin McNemar testine aittir.

Şekil 3. Başlangıç lezyon kültürüne göre erken kötüleşme



Çalışma tanımlı kötüleşme, başlangıç lezyon kültürü pozitif olanlarda %68,8; negatif olanlarda %11,2 idi. On altı lezyon pozitif katılımcının 15'i aynı zamanda burun kültürü pozitifti.

Şekil 4. Başlangıç lezyon kültürüne göre bireysel GAGS değişimi



Pozitif değerler kötüleşmeyi, negatif değerler iyileşmeyi gösterir. Sürekli sonuç modelinde düzeltilmiş ortalama fark 7,35 puandı (%95 GA 4,21-10,49; p<0,001).

Tablo 1. Başlangıç özellikleri ve çalışma tanımlı erken kötüleşme

Özellik	**Tümü N=141**	**Kötüleşme yok n=116**	**Kötüleşme n=25**	**Mutlak SMD**
Yaş, yıl	19,62 (3,46)	19,41 (3,10)	20,64 (4,72)	0,309
Kadın cinsiyet	110 (%78,0)	90 (%77,6)	20 (%80,0)	0,059
Vücut kitle indeksi, kg/m^2	22,65 (3,81)	22,56 (3,66)	23,09 (4,51)	0,127
Başlangıç GAGS	23,92 (4,94)	24,34 (4,88)	21,96 (4,80)	0,492
Önceki izotretinoin kullanımı	25 (%17,7)	17 (%14,7)	8 (%32,0)	0,419
Son 2 ayda antibiyotik kullanımı	56 (%39,7)	47 (%40,5)	9 (%36,0)	0,093
Başlangıç lezyon S. aureus pozitifliği	16 (%11,3)	5 (%4,3)	11 (%44,0)	1,047
Başlangıç burun S. aureus pozitifliği	32 (%22,7)	17 (%14,7)	15 (%60,0)	1,061
Başlangıç sağlam deri S. aureus pozitifliği	7 (%5,0)	4 (%3,4)	3 (%12,0)	0,325

Değerler ortalama (standart sapma) veya n (%) olarak verilmiştir. Kötüleşme, 1. ay GAGS skorunun başlangıca göre en az 3 puan artmasıdır; eşik veri toplama sonrasında belirlenmiştir. SMD: standardize ortalama fark; GAGS: Global Akne Derecelendirme Sistemi.

Tablo 2. Başlangıç lezyon S. aureus pozitifliği için ana ve duyarlılık analizleri

Analiz / model	**N / olay**	**Etki ölçüsü**	**Düzeltilmiş tahmin (%95 GA)**	**p**
Modifiye Poisson - GAGS artışı ≥3	141 / 25	Risk oranı (RO)	5,79 (3,15-10,62)	<0,001
Firth lojistik - GAGS artışı ≥3	141 / 25	Odds oranı (OR)	15,26 (4,93-53,26)	<0,001
Genişletilmiş Firth - lezyon	141 / 25	Odds oranı (OR)	5,68 (1,42-25,86)	0,014
Genişletilmiş Firth - burun	141 / 25	Odds oranı (OR)	3,59 (0,99-12,02)	0,052
Firth - antibiyotik kullanmayan alt kohort	85 / 16	Odds oranı (OR)	17,52 (3,95-108,47)	<0,001
Firth - alternatif eşik: GAGS artışı ≥2	141 / 28	Odds oranı (OR)	17,07 (5,45-63,17)	<0,001
Firth - alternatif eşik: GAGS artışı ≥4	141 / 22	Odds oranı (OR)	13,59 (4,41-45,46)	<0,001
Doğrusal model - sürekli GAGS değişimi	141 / -	Ortalama fark (OF)	7,35 (4,21-10,49)	<0,001

Etki ölçüsü modele bağlıdır: modifiye Poisson risk oranı (RO), Firth lojistik odds oranı (OR), doğrusal model ortalama fark (OF) verir; bu ölçüler birbirinin yerine kullanılamaz. Tüm modeller yaş, cinsiyet ve başlangıç GAGS skoruna göre düzeltilmiştir. Genişletilmiş Firth modelleri lezyon ve burun pozitifliğini eşzamanlı içerir. GA: güven aralığı. İkili eşik analizleri keşifseldir ve çoklu karşılaştırma düzeltmesi yapılmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, izotretinoin, Staphylococcus aureus, erken kötüleşme

ANADOLU DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ DERNEĞİ
ADKD
2022

ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ
ADKD

POSTER BİLDİRİLER

PS-01

İleri Yaşta Çorap Benzeri Atipik Papüler Purpurik Eldiven ve Çorap Sendromu Olgusu

Yasemin Şahin Erdil[1], Esra İnan Doğan[1]

[1]Adıyaman Eğitim Araştırma Hastanesi

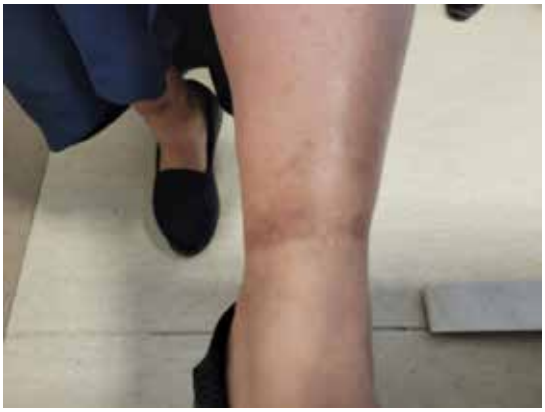
Özet: Papüler purpurik eldiven ve çorap sendromu (PPGSS), sıklıkla Parvovirüs B19 enfeksiyonuna bağlı gelişen, ellerde ve ayaklarda simetrik eritem, ödem ile basmakla solmayan peteşiyal-purpurik döküntülerle seyreden nadir bir klinik tablodur. Hastalık genellikle çocuklar ve genç erişkinlerde tanımlanmış olsa da nadiren ileri yaş grubundaki bireylerde de görülebilmektedir. Ancak klinik görünümünün ilaç erüpsiyonları, vaskülitler ve diğer purpurik dermatozlar ile belirgin benzerlik taşıması, özellikle ileri yaş hastalarında doğru tanıya ulaşmayı oldukça zorlaştırmaktadır.Bu olgu sunumunda, 66 yaşında bir kadın hastada saptanan atipik yaş grubu PPGSS tablosunun klinik nitelikleri ve ayırıcı tanıdaki yeri incelenmiştir. Beş gündür devam eden ateş, halsizlik ve vücutta döküntü şikâyetleriyle kliniğimize başvuran 66 yaşındaki kadın hastanın anamnezinden, başvuru öncesinde kısa süreli bir boğaz ağrısı geçirdiği ve buna yönelik olarak amoksisilin/klavulanik asit tedavisi aldığı, ancak döküntülerin ortaya çıkması üzerine antibiyotik kullanımının kesildiği öğrenilmiştir. Yapılan dermatolojik muayenede, hastanın el tutulumu olmaksızın ayaklarında belirginleşen, çorap tarzında simetrik bir dağılım sergileyen, keskin sınırlı basmakla solmayan nonpalpabl peteşiyal purpurik lezyonlar saptanmıştır. Lezyonlara yanma, kaşıntı ve ağrı eşlik etmiyordu, mukozalarda ise herhangi bir tutulum tespit edilmemiştir. Hastanın başvuru sırasındaki vücut sıcaklığı 37,2°C ölçülmüş; laboratuvar tetkiklerinde lökosit 12,91×10³/µL, CRP 1,09 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 23 mm/saat ve ANA negatif bulunurken idrar analizinde eser miktarda proteinüriye rastlanmıştır. Yapılan serolojik incelemede Parvovirüs B19 IgM pozitif, IgG negatif olarak sonuçlanmış ve kesin tanı amacıyla deri biyopsisi uygulanmıştır. Başvuru öncesi antibiyotik öyküsü ilk etapta ilaç reaksiyonunu düşündürmüş olsa da döküntülerin özgün dağılımı ve pozitif seroloji PPGSS tanısını destekledi. Hastanın ileri yaşı ve mukozal tutulum göstermemesi vakayı literatür açısından oldukça dikkat çekici kılmıştır. Genel durumu stabil olan hasta destek tedavisiyle takibe alınmış ve tüm klinik bulgular yaklaşık 10 gün içinde kendiliğinden tamamen gerilemiştir. Sonuç olarak, erişkin ve ileri yaş gruptaki hastalarda el ve ayaklarda simetrik, çorap tarzında gelişen purpurik döküntülerin varlığında PPGSS ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Özellikle ateş ve üst solunum yolu semptomlarının eşlik ettiği durumlarda Parvovirüs B19 serolojisinin incelenmesi, hastaları gereksiz tetkiklerden ve hatalı tedavi yaklaşımlarından koruyacakdır.

olgu1.görsel



olgu başvuru anı

olgu2.görsel



olgu 10.gunden sonra

olgu 3.görsel



10.gunden sonra

Anahtar Kelimeler: Eldiven Corap Sendromu, İleri Yaş, Parvovirus B19

PS-02

Atipik Lokalizasyonda Nadir Bir Malignite: Aksiller Sebase Karsinom

Suat Sezer[1]

[1]*Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar*

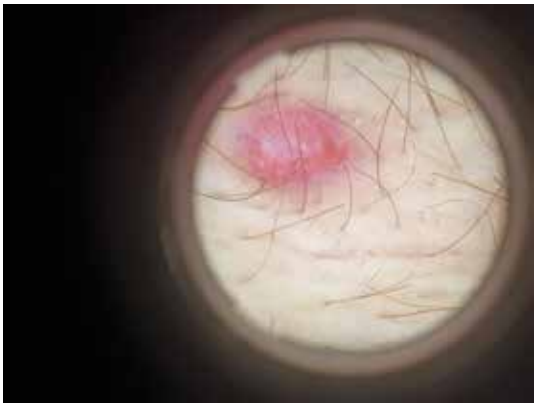
Özet: Giriş: Sebase karsinom (SK) deri eklerinden kaynaklanan ve yaşlı, erkek hastalarda daha sık görülen nadir bir malign adneksal tümördür. En sık göz kapağında yerleşir ve Muir-Torre sendromuyla (MTS) ilişkili olabilir. Burada amacımız aksiller bölgede yerleşmiş SK'nın klinik ve dermoskopik özelliklerini tanımlamaktır. Olgu: Altmış üç yaşında erkek hasta, 3 ay önce sol aksillada ortaya çıkan ve giderek büyüyen asemptomatik lezyon nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede sol aksillada 0,8 cm çapında, pembe, düzgün yüzeyli kubbe şeklinde nodül görüldü (Resim-1). Dermoskopik incelemede heterojen pembe–süt kırmızısı yapısız zemin, fokal beyaz yapısız alan, lezyon periferinde dallanan damar ve ince doğrusal damarlar ve zemininde sarımsı yapısız alan izlendi (Resim-2). Klinik ve dermoskopik tanıda amelanotik melanom, skuamöz hücreli karsinom (SCC), bazal hücreli karsinom (BCC), benign adneksiyal tümör, SK ve B hücreli lenfoma düşünülerek eksizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemesinde dermiste yerleşimli, infiltratif büyüme gösteren atipik hücre toplulukları görüldü. Lenfovasküler ve perinöral invazyon yoktu. EMA, PanCK ve BerEP4 pozitif boyandı. Bu bulgular ışığında hastaya ekstraoküler SK tanısı konuldu. Hastanın kendisinde ve ailesinde herhangi bir malignite öyküsü yoktu. Eşlik edebilecek MTS açısından Mayo MTS risk skoru 0'dı. Evreleme için aksiller USG, boyun-toraks-batın ve pelvis BT, üst gastrointestinal sistem endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Yapılan incelemeler normaldi ve bölgesel lenf nodu/uzak metastaz saptanmadı. Hastanın 4 yıllık izleminde nüks görülmedi. Hasta hala takibimiz altındadır. Tartışma: SK'ların çoğu perioküler veya baş-boyun bölgesinde yerleşirken ekstraoküler yerleşim çok nadir bildirilmektedir. Güncel bir çalışmada SK erkeklerde daha fazla bildirilmiş olup buradaki hasta da erkekti. Literatürde gövde ve ekstremite tümörlerinin daha büyük boyutlarda saptanabildiği, ancak baş-boyun tümörlerine göre daha az lenf nodu tutulumu gösterdiği bildirilmiştir. Vakamızın dermoskopisinde doğrusal-düzensiz damarlar ve dallanan damar mevcuttu. Literatürde de en sık gözlenen damar paternleri ile uyumluydu. Sarımsı yapısız alanlar, beyazımsı pembe alanlar SK'da sık görülen yapılardandır. Yazarlar SK'da polimorfik damar paterni, sarımsı yapılar ve beyazımsı-pembe alanların dermoskopide görüldüğünü, sarımsı yapısız alanların SCC ve BCC'den ayırmada anlamlı fark gösterdiğini belirtmişlerdir. Sebase neoplazi saptanan hastalarda MTS açısından visseral malignite tarama yapılması önerilmektedir. Ekstraoküler SK olan hastalarda MTS olasılığı için Mayo risk skoru kullanılabilmektedir. Hastamızda Mayo skoru 0'dı ve MTS tanısından uzaklaştırmaktaydı. Yapılan detaylı malignite taramasında herhangi bir visseral patoloji saptanmadı. Tedavide tam periferik ve derin sınır kontrolü sağlayan cerrahi temel yaklaşımdır. Mohs cerrahisi ve dirençli/metastatik vakalarda immünoterapi gibi güncel yaklaşımlar mevcuttur. Hastamızın takiplerinde nüks gözlenmedi ve literatüre uygun takip altındadır. Sonuç: Sarımsı, sert, nodüler, hızlı büyüyen ve dermoskopik olarak BCC, SCC ve benign adneksiyal tümörleri taklit eden gövde lezyonlarında SK ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Resim-1



Sol aksillada 0,8 cm çapında, pembe, düzgün yüzeyli kubbe şeklinde nodül

Resim-2



Dermoskopide heterojen pembe–süt kırmızısı yapısız zemin, fokal beyaz yapısız alan, lezyon periferinde dallanan damar ve ince doğrusal damarlar ve zemininde sarımsı yapısız alan

Anahtar Kelimeler: Dermoskopi, Sebase Karsinom, Atipik Lokalizasyon

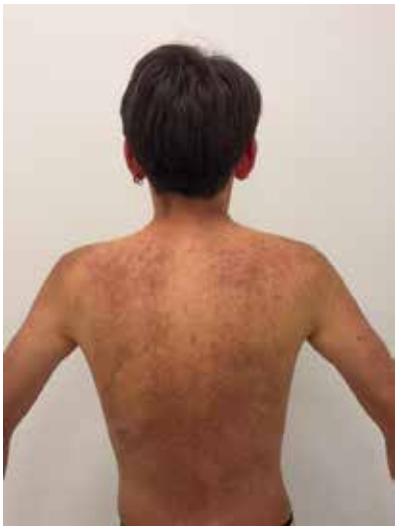
PS-03

Amiloidoz kutis diskromika: Klinik, Dermoskopik ve Histopatolojik Bulgularıyla Nadir Bir Olgu

Özge Yeni[1], Gizem Miray Ayçiçek[1], Seray Külcü Çakmak[1], Akın Aktaş[1], Esra Uçaryılmaz Özhamam[1]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Özet: Amiloidoz kutis diskromika: Klinik, Dermoskopik ve Histopatolojik Bulgularıyla Nadir Bir OlguGirişAmiloidoz kutis diskromika (AKD), genellikle çocukluk çağında başlayan yaygın retiküler hiperpigmentasyon, benekli hipopigmente maküller ve papiller dermiste amiloid birikimi ile karakterize, primer lokalize kutanöz amiloidozun nadir bir varyantıdır. Klinik görünümü herediter ve edinsel pigmentasyon bozukluklarıyla benzerlik gösterebildiğinden tanı klinik ve histopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesine dayanır. AKD'de gövde ve ekstremiteler yaygın olarak tutulurken avuç içleri ve ayak tabanları çoğu olguda korunur. Bu bildiride, palmar tutulumun eşlik ettiği ve dermoskopik bulguları ayrıntılı değerlendirilen nadir bir AKD olgusunun sunulması amaçlandı.OlguYirmi yaşında erkek hasta, 3–4 yaşından itibaren giderek yaygınlaşan hiper ve hipopigmente deri lezyonları nedeniyle başvurdu. Lezyonların alt ekstremitelerde başladığı, yıllar içinde gövde, sırt, omuzlar, üst ve alt ekstremiteler ile avuç içlerine yayıldığı öğrenildi. Hasta lezyonların yaz aylarında ve güneş maruziyeti sonrasında belirginleştiğini, ancak eritem, bül, yanma veya ağrı gelişmediğini belirtti. Hafif kaşıntı mevcuttu. Anne ve babası birinci derece kuzen olmakla birlikte ailede benzer pigmentasyon bozukluğu öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede gövde ve ekstremitelerde simetrik retiküler hiperpigmente maküller ile aralarında çok sayıda benekli ve konfetti tarzında hipopigmente makül, her iki avuç içinde ise yaygın benekli hipopigmente maküller izlendi. Plantar bölgeler korunmuştu. Wood lambası incelemesinde depigmentasyon saptanmadı. Dermoskopide hiperpigmente alanlarda ince kahverengi granüller ile açık kahverengi ve beyazımsı yapısız alanlar; hipopigmente alanlarda ise beyaz yapısız alanlar içinde seyrek kahverengi granüller izlendi. Hiperpigmente ve hipopigmente lezyonlardan alınan biyopsilerde papiller dermiste amiloid birikimi saptandı ve kristal viyole ile doğrulandı. Sistemik organ tutulumu saptanmadı. Hastaya 20 mg/gün asitretin başlandı. İlk ayda kısmi klinik düzelme tarifleyen hasta, dördüncü ayda faydanın devam etmediğini ve ilaç yan etkileri nedeniyle tedaviyi kendi isteğiyle sonlandırdığını belirtti.TartışmaAKD ailesel veya sporadik görülebilen, etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış nadir bir pigmentasyon bozukluğudur. AKD'nin dermoskopik özelliklerine ilişkin veriler sınırlıdır. Olgumuzdaki dermoskopik bulgular literatürde bildirilen paternlerle genel olarak uyumlu olup, özgül olmamakla birlikte klinik ve histopatolojik değerlendirmeyi desteklemiştir. Buna karşılık palmar tutulum, klasik dağılımdan farklılık göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Histopatolojik olarak papiller dermiste amiloid birikiminin gösterilmesi tanıyı desteklemiştir. AKD için standart bir tedavi bulunmamakta ve retinoidlere klinik yanıt değişkenlik gösterebilmektedir.SonuçAKD, çocukluk çağında başlayan yaygın retiküler hiper- ve hipopigmentasyonların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Klinik ve histopatolojik değerlendirme tanının temelini oluştururken dermoskopi destekleyici bilgi sağlayabilir. Palmar tutulum ve dermoskopik bulguların birlikte gösterilmesi, bu olgunun dikkat çekici yönleridir.

1A



1A: gövde/ekstremitelerde retiküler hiperpigmentasyon ve hipopigmente maküller

1b



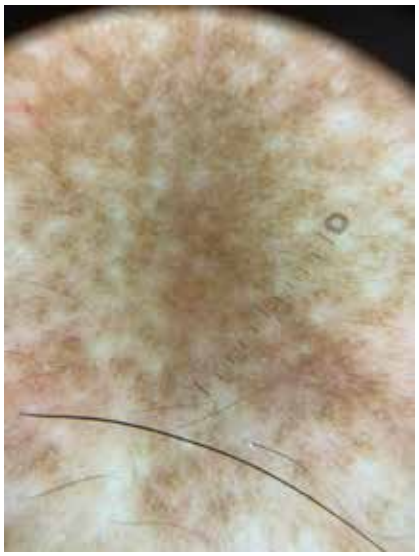
Foto 1b: gövde/ekstremitelerde retiküler hiperpigmentasyon ve hipopigmente maküller

1c



1c: palmar tutulum

2



Hiperpigmente alanların dermoskopisi: ince kahverengi granüller ve yapısız açık kahverengi pigmentasyon alanları ile beyazımsı yapısız odaklar

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz kutis diskromika, primer lokalize kutanöz amiloidoz, diskromi, dermoskopi, palmar tutulum

PS-04

On Beş Yıl Sonra Tanı Alan Leser-Trélat Bulgusu: Esansiyel Trombositemi ile Nadir Bir Birliktelik

Zeynepnur Aydın Başaran[1], Murat Akbak[1], Ayşegül Yalçınkaya İyidal[1]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet: Giriş ve Amaç:Leser-Trélat bulgusu (LTB), genellikle altta yatan bir maligniteyle ilişkili olarak, çok sayıda seboreik keratozun ani ortaya çıkması veya mevcut lezyonların sayı ve boyutlarında hızlı artış meydana gelmesiyle karakterize nadir bir kutanöz tablodur. En sık gastrointestinal adenokarsinomlar olmak üzere çeşitli solid organ maligniteleriyle ilişkili paraneoplastik bir bulgu olarak kabul edilmektedir. Hematolojik neoplazilerle birlikteliği ise oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada, Esansiyel Trombositemi (ET) tanısı bulunan ve tetkiklerinde başka patoloji saptanmayan LTB'li bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.Olgu:Kırk sekiz yaşındaki kadın hasta, yaklaşık 15 yıl önce ani ve yaygın biçimde ortaya çıkan kahverengi deri lezyonları nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Lezyonların ilk olarak gövdede başladığı, zamanla her iki üst ekstremiteye, boyna ve yüze yayıldığı öğrenildi. Hastanın bu lezyonlar nedeniyle daha önce hastane başvurusu olmamıştı. Dermatolojik muayenede, gövdenin ön ve arka yüzlerinde belirgin olmak üzere üst ekstremitelerde, boyunda ve yüzde yerleşen; çapları 2–20 mm arasında değişen, keskin sınırlı, kahverengi-siyah renkli çok sayıda papül izlendi (Resim 1). Dermoskopik incelemede komedon benzeri açıklıklar, milia benzeri kistler ve yer yer serebriform görünüm saptandı (Resim 2). Diğer deri alanlarında ve mukozalarda ek bir patoloji görülmedi. Klinik ve dermoskopik bulgular LTB ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın özgeçmişinden, yaklaşık 14 yıl önce serebral tromboemboli geçirdiği, bu nedenle yapılan değerlendirmeler sonucunda ET tanısı aldığı ve hidroksiüre tedavisi kullandığı öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde trombosit sayısı 629x109/L olup diğer laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinde belirgin bir anormallik saptanmadı. Tartışma:Leser-Trélat bulgusu en sık mide adenokarsinomuyla ilişkili olmakla birlikte, akciğer kanseri, osteojenik sarkom ve melanom gibi diğer malignitelerle de birlikteliği bildirilmiştir. Leser-Trélat bulgusunun nedeni henüz kesin olarak bilinmemekle birlikte, tümör tarafından üretilen "Transforming Growth Factor-alpha ve Epidermal Growth Factor" gibi faktörlerin epidermal keratinosit proliferasyonuna katkıda bulunarak seboreik keratozların ani ortaya çıkmasından sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Leser-Trélat bulgusu, gizli bir malignitenin tanısıyla eş zamanlı olarak ortaya çıkabileceği gibi tanıdan aylar, hatta bazen yıllar önce veya sonra da gelişebilir. Bu vakada, ani ve yaygın seboreik keratozların ortaya çıkışı ET tanısından yaklaşık bir yıl önce gerçekleşmiştir.Literatürde, kronik bir miyeloproliferatif neoplazi olan ET ile LTB'nin birlikteliğini bildiren başka bir olguya rastlanmamıştır. Sonuç:Leser-Trélat bulgusu, yalnızca hekimler için değil, hastalar açısından da dikkate alınması gereken önemli bir uyarıcı bulgudur. Bu değişikliklerin erken fark edilmesi ve hastaların ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, eşlik eden veya gelişmekte olan ikincil patolojilerin erken tanınmasına olanak sağlayarak morbidite ve mortalitenin azaltılmasına katkıda bulunabilir.Bu olgu sunumunda, ET ile LTB arasındaki olası ilişkinin değerlendirilmesi ve benzer olguların erken tanısının önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Resim 1



Resim 2



Anahtar Kelimeler: Leser-Trélat bulgusu, Esansiyel Trombositemi, Seboreik keratoz

PS-05

Sınırlı Deri Tutulumu ile Nadir Bir Olgu: Lokalize Darier Hastalığı

Aysun Aydın Fırat[1], Ayşegül Yalçınkaya İyidal[1], Devrim Tuba Öcalan[2], Buse Eryiğit[1], Akın Aktaş[1]

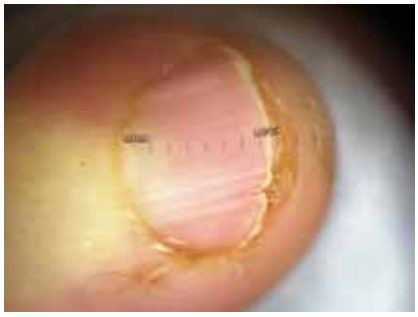
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği

Özet: Giriş/Amaç : Darier hastalığı, ATP2A2 genindeki mutasyonlara bağlı gelişen, keratinosit adezyonu ve farklılaşmasında bozuklukla karakterize nadir bir genodermatozdur. Klasik form genellikle seboreik alanlarda simetrik ve yaygın keratotik papüllerle seyrederken, lokalize (segmental) Darier hastalığı çoğunlukla postzigotik somatik mutasyonlara bağlı kutanöz mozaizm sonucu sınırlı bir bölgede ortaya çıkan nadir bir varyanttır. Segmental formda lezyonların sıklıkla Blaschko çizgilerini izlemesi ve sınırlı dağılım göstermesi, klasik hastalıktan farklı bir klinik görünüm oluşturarak tanıyı güçleştirebilir. Bu çalışmada, boyun ve omuz bölgesinde sınırlı kutanöz tutuluma karakteristik tırnak değişikliklerinin eşlik ettiği, histopatolojik olarak doğrulanan lokalize Darier hastalığı olgusunun sunulması amaçlandı. Olgu: Kırk dört yaşında kadın hasta, yaklaşık üç buçuk yıldır mevcut olan, boyun bölgesinden başlayarak enseye doğru yayılan zaman zaman kaşıntılı kahverengi döküntüler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde hipotiroidi ve prediyabet bulunan hastanın aile öyküsünde benzer dermatolojik hastalık yoktu. Dermatolojik muayenede sağ boyun, sağ omuz ve boyun anteriorunda lokalize, segmental dağılım gösteren hiperpigmente keratotik papüller izlendi. Diğer vücut bölgeleri ve mukozalar doğaldı. Tırnak muayenesinde distal V şeklinde çentiklenme, longitudinal beyaz-kırmızı çizgilenmeler, subungual hiperkeratoz ve splinter hemorajiler saptandı. Deri lezyonundan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde suprabazal akantoliz ve diskeratoz izlendi. Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek lokalize Darier hastalığı tanısı konuldu. Hastaya 20 mg/gün sistemik asitretin tedavisi başlandı ve klinik yanıtın değerlendirilmesi amacıyla kontrole çağrıldı. Tartışma: Lokalize Darier hastalığı, klasik Darier hastalığından farklı olarak sınırlı ve sıklıkla unilateral dağılım göstermesi nedeniyle tanısal güçlük oluşturabilen nadir bir klinik varyanttır. Klinik görünüm epidermal nevüs ve Grover hastalığı gibi dermatozları taklit edebilir. Lokalize formda klasik Darier hastalığına eşlik eden tırnak ve mukoza bulguları her zaman bulunmayabilir. Olgumuzda yaygın kutanöz hastalık bulunmamasına rağmen distal V şeklinde çentiklenme ve longitudinal beyaz-kırmızı çizgilenmeler gibi karakteristik tırnak değişikliklerinin saptanması tanıya yönlendiren önemli bir klinik ipucu olmuştur. Histopatolojik olarak suprabazal akantoliz ve diskeratozun gösterilmesi tanıyı desteklemiştir. Boyun ağırlıklı sınırlı dağılım ile karakteristik tırnak bulgularının birlikteliği olgumuzun dikkat çekici özelliğini oluşturmaktadır. Sonuç: Lokalize Darier hastalığı, klasik hastalığın yaygın ve karakteristik kutanöz bulgularının bulunmaması nedeniyle gözden kaçabilen ve diğer keratotik veya akantolitik dermatozlarla karışabilen nadir bir klinik varyanttır. Segmental dağılım gösteren persistan keratotik papüllerde Darier hastalığının ayırıcı tanıda düşünülmesi ve ayrıntılı tırnak muayenesi yapılması, doğru tanıya ulaşılması ve uygun tedavinin planlanması açısından önemlidir. Bu olgu, sınırlı keratotik lezyonlarla başvuran hastaların ayırıcı tanısında lokalize Darier hastalığının akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Boyun ve Omuz Bölgesindeki Keratotik Papüller

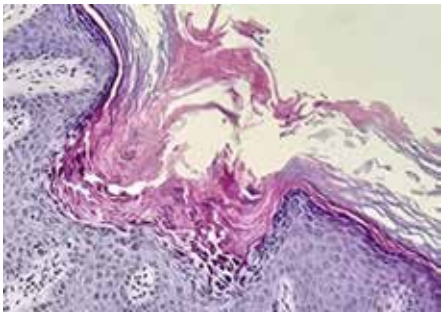


Karakteristik Tırnak Bulgularının Onikoskopik Görünümü



Onikoskopik incelemede tırnak plağında longitudinal beyaz - kırmızı çizgilenme ve distal kenarda V şeklinde çentiklenme görünümü.

Lezyonun Histopatolojik İncelemesi



Hematoksilen - eozin boyalı kesitte suprabazal akantoliz, akantolitik yarıklanma ve diskeratotik keratinositler izlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lokalize Darier Hastalığı, Onikoskopi, Tırnak Bulguları, Kutanöz Mozaizm, Segmental Dermatoz

PS-06

Distal Tırnak Gömülmesinde Yapay Tırnak Plağı ve Bantlama Uygulaması

Eda Özogan[1], Ayşe Akman[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Özet: Distal tırnak gömülmesi, tırnak plağının kaybı veya uzamasının kesintiye uğraması sonrası distal tırnak yatağı ve yumuşak dokuların hipertrofisiyle gelişebilir. Oluşan mekanik engel, yeni tırnak plağının distale ilerlemesini bozarak gömülmenin devamına ve retronişi gelişimine zemin hazırlayabilir. Bu olguda travma sonrası distal tırnak gömülmesinin girişimsel ve konservatif yöntemlerle tedavisi sunulmaktadır. Yirmi dokuz yaşında kadın hastada Haziran 2025'te sağ ayak birinci parmak tırnağında ayakkabı travması sonrası ekimoz gelişmişti. Hasta, takip eden dönemde tırnak plağında gelişen koyu sarı renk değişikliği nedeniyle Kasım 2025'te bölümümüze başvurdu. Muayenede tırnak plağının proksimal tırnak kıvrımından ayrılmış ve mobil olduğu, yalnızca lateral tırnak kıvrımlarına tutunduğu görüldü. Proksimal tırnak kıvrımında granülasyon dokusu, akıntı veya ödem izlenmedi; palpasyonda ağrı ve hassasiyet saptanmadı.Lidokain (%2) ve epinefrin (1:80.000) içeren lokal anestezik ile distal dijital blok uygulandı. Tırnak plağının ileri derecede mobil olması nedeniyle elevatörle ek elevasyona gereksinim duyulmadan klemp yardımıyla kanamasız olarak uzaklaştırıldı. Altta, matriks ile devamlılık gösteren ve tırnak yatağının yaklaşık yarısına ulaşan yeni tırnak plağı izlendi. Plağın distal yarısı hipertrofik tırnak yatağına gömülü ve hipertrofik dokuyla örtülüydü.Tırnak plağının üzerindeki doku eksize edildi ve distaldeki hipertrofik tırnak yatağı dokusunun hacmi tıraşlanarak azaltıldı. İntravenöz infüzyon setinin esnek damla haznesinden tırnak plağı biçiminde materyal hazırlanıp iğne yardımıyla drenaj delikleri açıldı. Yapay plak, yeni tırnak plağının distal ucunun altına uzanıp hipertrofik yatağı örtecek şekilde yerleştirilerek iki polipropilen sütürle lateral tırnak kıvrımlarına sabitlendi (Resim 1).Postoperatif beşinci günde yapay plak çıkarıldı. Hassasiyet, pürülan akıntı veya ekzuberan granülasyon dokusu saptanmadı; distal gömülme izlenmedi (Resim 2). Beşinci günden ikinci haftaya kadar serum fizyolojik ile ıslak pansuman ve epitelizasyonu destekleyici kremle kapalı pansuman uygulandı. Ardından, tırnak plağının distale ilerlemesi sürecinde olası yeniden gömülmeyi önlemek amacıyla koruyucu tırnak bantlama uygulandı (Resim 3). Yaklaşık 10 aylık takipte tırnak plağının sağlam ilerlediği ve distal gömülmenin tekrarlamadığı izlendi (Resim 4). Distal tırnak gömülmesinde hipertrofik distal yumuşak dokular, yeni gelişen tırnak plağının distale ilerlemesini mekanik olarak engelleyebilir. İlerlemenin durması, proksimal yönde birikime ve retronişi gelişimine zemin hazırlayabilir. Retronişi ağrı, hassasiyet, eritem, ödem ve granülasyon dokusuyla seyredebilmekle birlikte olgumuzda bu bulgular mevcut değildi. Tedavide hipertrofik dokunun azaltılmasına yönelik girişimlerin yanı sıra yapay tırnak uygulamaları ve bantlama gibi konservatif yöntemlerden yararlanılabilir. Olgumuzda bu yöntemler birlikte uygulanarak tırnağın hipertrofik dokunun üzerine yönlendirilmesi ve distal dokunun ilerleme hattından uzak tutulması amaçlandı. Hipertrofik dokunun azaltılması, geçici yapay tırnak plağı uygulaması ve ardından tırnak bantlama, distal tırnak gömülmesinde tırnağın distale ilerlemesini destekleyen tamamlayıcı tedavi yaklaşımları olarak kullanılabilir.

Resim 1



Yapay tırnak plağının lateral tırnak kıvrımlarına sabitlenmiş görünümü.

Resim 2



Postoperatif beşinci günde yapay tırnak plağının çıkarılması sonrası görünüm.

Resim 3



Koruyucu tırnak bantlama uygulaması.

Resim 4



Yaklaşık 10 aylık takipte tırnak plağının görünümü.

Anahtar Kelimeler: Distal tırnak gömülmesi, yapay tırnak plağı, tırnak bantlama, tırnak cerrahisi, retronişi

PS-07

Nivolumab Tedavisi Sonrası Gelişen Liken Planus Pigmentozus Olgusu: Nadir Bir Kutanöz İmmün Yan Etki

Beyza Ulusoy[1], Cumhur İbrahim Başsorgun[2], Ertan Yılmaz[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Antalya

Özet: Amaç: Liken planus pigmentozus (LPP), klasik liken planusun nadir bir varyantı olup, çoğunlukla koyu tenli bireylerde gözlenen, güneş gören bölgelerde gelişen, hiperpigmente maküllerle karakterize kronik inflamatuar bir dermatozdur. Günümüzde malignitelerin tedavisinde yaygın şekilde kullanılan immün kontrol noktası inhibitörleri (İKNİ), hedeflenen T hücre aktivasyonu yoluyla antitümör yanıtı güçlendirirken, aynı zamanda çeşitli immün aracılı advers olaylara da yol açabilmektedir. Dermatolojik toksisiteler bu yan etkiler arasında en sık karşılaşılanlar olup, klinik spektrumları geniştir. LPP, İKNİ'lere bağlı nadir bir dermatolojik yan etki olup literatürde oldukça sınırlı sayıda olgu ile tanımlanmıştır. Bu sunumda, nivolumab tedavisi altında gelişen histopatolojik olarak doğrulanmış LPP olgusunu sunarak, bu nadir immün yan etkinin klinik farkındalığını artırmayı amaçladık. Olgu: Metastatik skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısıyla iki yıldır 240 mg nivolumab (iki haftada bir) tedavisi almakta olan 56 yaşında erkek hasta, yüz bölgesinde üç aydır süren lekelenme şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede sağ malar, zigoma ve sol frontal bölgelerde perifoliküler yerleşimli gri-kahverengi tonlarda hiperpigmente maküller (Resim 1) ve sol ön kol iç yüzde eritemli, kaşıntılı likenoid papüller izlendi. Dermatoskopi bulguları LPP ile uyumluydu.(Resim 4) Tanı amacıyla alınan punch biyopsilerde likenoid dermal infiltrasyon, bazal hücrelerde vakuoler dejenerasyon ve dermal melanin pigment artışı saptandı.(Resim 5-6) Hastaya topikal pimekrolimus ve güneş koruyucu başlandı. Tedavi sonrası lezyonlarda ilerleme gözlenmedi, kısmi gerileme sağlandı. Nivolumab tedavisine kesintisiz devam edildi. Sonuç: İmmünoterapi altında gelişen pigmente ya da likenoid lezyonların dikkatle değerlendirilmesi önem taşımaktadır. LPP, özellikle güneş hasarı ya da postinflamatuar hiperpigmentasyonla karıştırılabilecek nadir bir yan etki olup, kesin tanı için histopatolojik değerlendirme şarttır. Bu olgu, LPP'nin immün kontrol noktası inhibitörleriyle ilişkili olarak gelişebileceğini ve klinik olarak hem pigmente makül hem de likenoid papül ile prezente olabileceğini göstererek literatüre katkı sağlamaktadır.

Resim 1

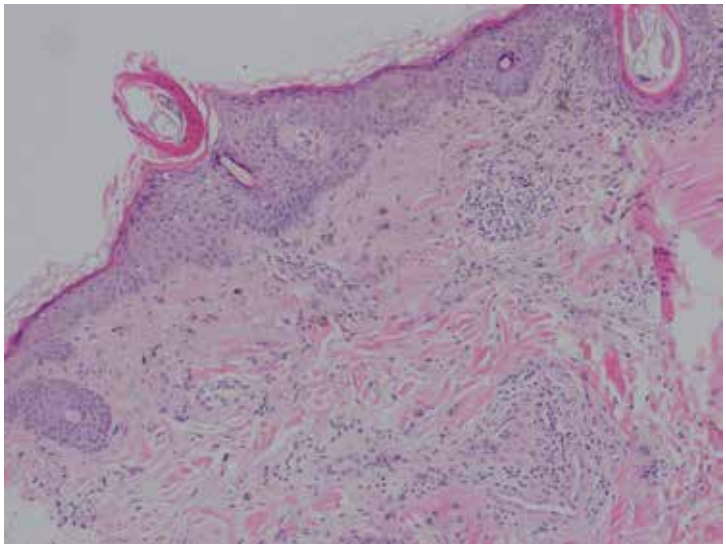


Resim 4



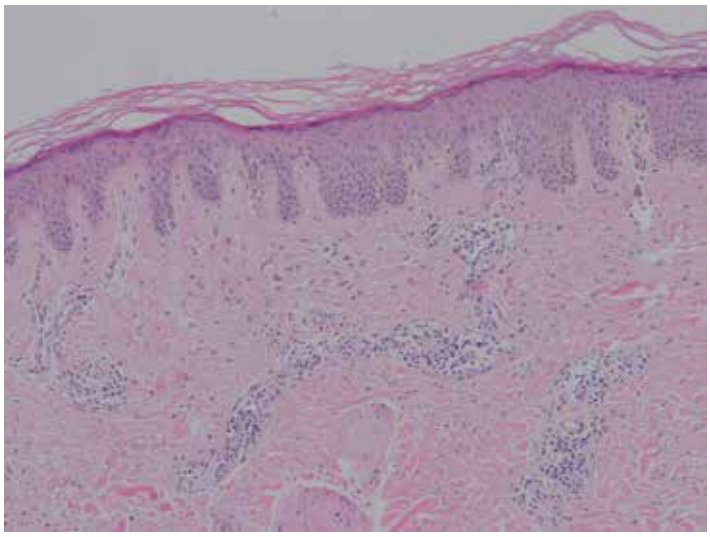
Dermatoskopide perifoliküler yerleşimli gri-kahverengi pigmentasyon

Resim 5



Sağ malar bölgedeki hiperpigmente makülden alınan biyopsi örneğindeki histopatolojik bulgular

Resim 6



Sol ön kol iç yüzdeki likenoid papülden alınan biyopsi örneğindeki histopatolojik bulgular

Anahtar Kelimeler: Liken planus pigmentozus, Nivolumab

PS-08

Vulvar Lenfanjiyoma Sirkumskriptum: Nadir Bir Olgu

Ecem Etli Yıldız[1], Ayşe Akman[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

Özet: Giriş:Lenfanjiyoma sirkumskriptum (LS), güncel terminolojiyle mikrokistik lenfatik malformasyon, nadir görülen benign bir lenfatik malformasyondur. Klinik olarak kümelenmiş, ince duvarlı, berrak veya zaman zaman hemorajik içerikli veziküller ile karakterizedir. Genital yerleşimde kondiloma aküminata ile klinik olarak karışabilmektedir. Olgu:Yetmiş yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır devam eden genital bölgede sivilce benzeri lezyonlar ve zaman zaman berrak sıvı gelmesi şikâyetiyle başvurdu. Lezyonların daha önce siğil olarak değerlendirildiği ve uygulanan tedavilere yanıt alınamadığı öğrenildi. Muayenede bilateral labium majusta, sol tarafta daha belirgin olmak üzere, kümelenmiş berrak veziküller ve yer yer deri renginde verrüköz papüller izlendi. Klinik olarak lenfatik malformasyon düşünüldü. Punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde dermiste dilate lenfatik kanallar saptanarak LS tanısı doğrulandı. Hastaya topikal sirolimus tedavisi başlandı.Sonuç:Genital bölgede tedaviye dirençli, kümelenmiş berrak veziküller ve tekrarlayan berrak sıvı sızıntısı varlığında LS ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Kondiloma aküminata ile karışabileceğinden histopatolojik inceleme tanıda kritik öneme sahiptir. Topikal sirolimus, genital LS'de cerrahi ve destrüktif tedavilere alternatif bir seçenek olabilir.

Şekil 1.



Hastanın vulvar bölgedeki kümelenmiş vezikül ve vejetatif papüler lezyonları

Anahtar Kelimeler: Lenfanjiyoma sirkumskriptum; genital lenfatik malformasyon; topikal sirolimus

PS-09

Saç Ekimi Alanında Bazal Hücreli Karsinom: İşlem Öncesi Dermatolojik Muayenenin Önemi

Öykü Alagöz Köpür[1], Duygu Durna Umman[2], Cumhur İbrahim Başsorgun[2], Ayşe Akman[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Türkiye
[2]Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Türkiye

Özet: GİRİŞ Saç ekimi, androgenetik alopesi tedavisinde yaygın olarak uygulanan minimal invaziv cerrahi bir yöntemdir. İşlem öncesinde alıcı alanın ayrıntılı dermatolojik değerlendirilmesi, mevcut premalign ve malign deri lezyonlarının tanınması açısından önem taşımaktadır. Travmanın bazal hücreli karsinom (BHK) gelişimi ve progresyonundaki rolü kesin olarak ortaya konmamış olmakla birlikte, cerrahi ve travmatik alanlarda gelişen BHK olguları bildirilmiştir. Saç ekimi öncesinde mevcut olduğu hasta tarafından tariflenen küçük bir lezyonun, işlem sonrası beş aylık süreçte belirgin büyüme göstererek BHK tanısı alması üzerine bu olgu sunulmuştur. Olgumuz aracılığıyla, saç ekimi öncesinde alıcı alanın bir dermatolog tarafından ayrıntılı klinik ve dermoskopik olarak değerlendirilmesinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır. OLGU Kırk yedi yaşında erkek hasta, saçlı deride saç ekimi sonrasında hızla büyüyen, zaman zaman kanayan ve kabuklanan lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden beş ay önce saç ekimi yaptırdığı ve işlem öncesinde aynı lokalizasyonda "sivilce benzeri" küçük bir lezyon fark ettiği öğrenildi. Hasta, bu lezyonun saç ekimini takip eden beş aylık süreçte hızla büyüdüğünü tarifledi. Dermatolojik muayenede frontoparietal saçlı deride, saç ekimi yapılan alanda, yüzeyi yer yer krutlu ve ülsere, ekzofitik nodüler lezyon izlendi. Dermoskopik incelemede ülserasyon, beyaz yapısız alanlar ve dallanan telanjiektatik vasküler yapılar dikkat çekti. Lezyondan alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesi BHK ile uyumlu olarak değerlendirildi. TARTIŞMA BHK gelişiminde ultraviyole maruziyeti temel çevresel risk faktörü olmakla birlikte, travma ve skar dokusunun karsinogenezdeki olası rolü de tartışılmaktadır. Cerrahi girişimler ve diğer kutanöz travmalar sonrasında gelişen BHK olguları bildirilmiş, ayrıca literatürde saç ekimi alıcı alanında BHK gelişimi de tanımlanmıştır. Olgumuzda hastanın saç ekimi öncesinde aynı bölgede küçük, "sivilce benzeri" bir lezyon tariflemesi, işlem öncesinde mevcut ancak tanınmamış bir BHK olasılığını ön plana çıkarmaktadır. Bu lezyonun saç ekimini izleyen beş aylık kısa süre içerisinde hızla büyüyerek belirgin bir tümöral oluşum haline gelmesi dikkat çekicidir. Saç ekimine bağlı tekrarlayan mikrotravma ve inflamatuvar yara iyileşmesi sürecinin, önceden mevcut tümörün klinik olarak belirginleşmesine ve büyümesine katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmektedir. SONUÇ Saç ekimi öncesinde alıcı alanın yalnızca saç yoğunluğu ve ekim planlaması açısından değil, eşlik eden deri lezyonları açısından da değerlendirilmesi önemlidir. Saç ekimi planlanan hastalarda alıcı alanın işlem öncesinde bir dermatolog tarafından ayrıntılı klinik ve dermoskopik muayene ile değerlendirilmesi; şüpheli lezyonların tanınması ve gerektiğinde histopatolojik incelemeye yönlendirilmesi, olası kutanöz malignitelerin cerrahi girişim öncesinde saptanmasını sağlayabilir. Bu olgu, saç ekimi öncesi dermatolojik değerlendirmenin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olması gerektiğini vurgulamaktadır.

Saç ekiminden 5 ay sonra muayene



Saçlı deri frontoparietal bölgede yüzeyi ülsere, zemini telenjiektatik, ekzofitik tümöral lezyon

Anahtar Kelimeler: saç ekimi, bazal hücreli karsinom, saç hastalıkları

PS-10

Terra Firma-Forme Dermatozunu Taklit Eden Yüz Tutulumlu Dermatitis Neglecta Olgusu

Dündar Can Dündar[1], Engin Şenel[1]

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

Özet: GİRİŞ Dermatitis neglecta (DN), derinin yetersiz temizlenmesi sonucu sebum, ter, keratin ve eksojen kirin progresif birikimi ile karakterize, edinsel bir dermatozdur. Klinik görünüm, kir izlenimi veren hiperpigmente, verrüköz-papillomatöz plaklarla karakterizedir. Çoğunlukla psikiyatrik hastalık, fiziksel kısıtlılık ya da bölgesel ağrı ve hiperestezi nedeniyle kişisel bakımın aksadığı kişilerde görülür. Lezyonların alkolle ya da su ve sabunla silindiğinde temizlenmesi tanı koydurucudur. DN'nin klinik görünümü terra firma-forme dermatozu (TFFD) ile büyük ölçüde benzerdir; iki tabloyu ayırmada hijyen öyküsü belirleyicidir. Bu bildiride, yüzde yaygın yerleşim göstererek TFFD'yi taklit eden bir DN olgusu sunulmaktadır. OLGU Otuz beş yaşındaki kadın hasta, yüzünde bir yıldır giderek ilerleyen koyu renkli ve kabarık lezyonlar nedeniyle başvurdu. Daha önce bu yakınma nedeniyle sistemik itrakonazol, topikal siklopiroks olamin ve topikal hidrokortizon kullandığı, ancak tedavilerden klinik yarar görmediği öğrenildi. Özgeçmişinde psikiyatrik hastalık bulunan hastanın 2023 yılında 1 mg risperidon kullandığı öğrenildi. Ayrıntılı öykü alındığında kişisel hijyenin belirgin ölçüde ihmal edildiği ve hastanın yüzünü uzun süredir düzenli olarak temizlemediği anlaşıldı. Dermatolojik muayenede alın, glabella, kaşlar ve periorbital bölgede birleşme eğilimi gösteren kirli kahverengi, papillomatöz-keratotik plaklar izlendi. %70 izopropil alkol emdirilmiş gazlı bezle yapılan silme testinde lezyonların tamamen temizlenmesi ve alttaki normal deri yüzeyinin ortaya çıkması üzerine DN tanısı kondu; histopatolojik incelemeye gerek duyulmadı. Hastaya düzenli cilt temizliği önerildi ve psikiyatrik izlemine devam etmesi gerektiği anlatıldı.TARTIŞMA İlk kez Poskitt ve arkadaşları tarafından 1995'te tanımlanan DN, her yaşta görülebilen ve tanısı sıklıkla gözden kaçan bir dermatozdur. Hastalığın gelişiminde, yetersiz mekanik sürtünme ve temizliğe bağlı olarak korneosit, sebum ve dış kaynaklı maddelerin birikmesi rol oynar. Başta depresyon ve psikotik bozukluklar olmak üzere psikiyatrik hastalıklar, nörolojik ya da fiziksel kısıtlılıklar ve ameliyat veya travma sonrasında dokunmaktan kaçınılan hiperestezik alanlar yatkınlaştırıcı etkenlerdir. Ayırıcı tanıda öncelikle TFFD; ayrıca akantozis nigrikans, konfluent ve retiküle papillomatozis, pitriyazis versikolor, epidermal nevüs ve postinflamatuar hiperpigmentasyon düşünülmelidir. TFFD'nin yeterli hijyene karşın gelişmesi, onu DN'den ayıran temel özelliktir; bu olguda hijyen ihmalinin belirlenmesi DN tanısını kesinleştirmiştir. Basit, düşük maliyetli ve invaziv olmayan alkolle silme testi, tanı koymanın yanı sıra lezyonları temizleyerek tedavi de sağlar; böylece gereksiz tetkiklerin, biyopsilerin ve tedavilerin önüne geçer. Kalıcı remisyon için hijyen önerileriyle birlikte altta yatan nedenin, özellikle de psikiyatrik hastalığın, ele alınması gerekir.SONUÇ Yüzünde kir görünümü veren ve yıkamayla uzaklaştırılamayan plaklar bulunan hastalarda DN ve TFFD olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu iki tabloyu ayırmada hijyen öyküsü belirleyicidir. Alkolle silme testi, tek başına hem tanı hem de tedavi açısından değer taşıyan pratik bir yöntemdir; aynı zamanda altta yatan hastalığın tanınmasına olanak sağlar.

Resim 1



Silme işlemi öncesinde alın, glabella, kaşlar ve periorbital bölgede birleşme eğilimi gösteren kirli kahverengi, papillomatöz-keratotik plaklar

Resim 2



%70 izopropil alkol emdirilmiş gazlı bezle silme sonrasında lezyonların büyük ölçüde temizlenmesi ve alttaki normal derinin ortaya çıkması

Anahtar Kelimeler: dermatitis neglecta, terra firma-forme dermatozu, silme testi, izopropil alkol, hijyen

PS-11

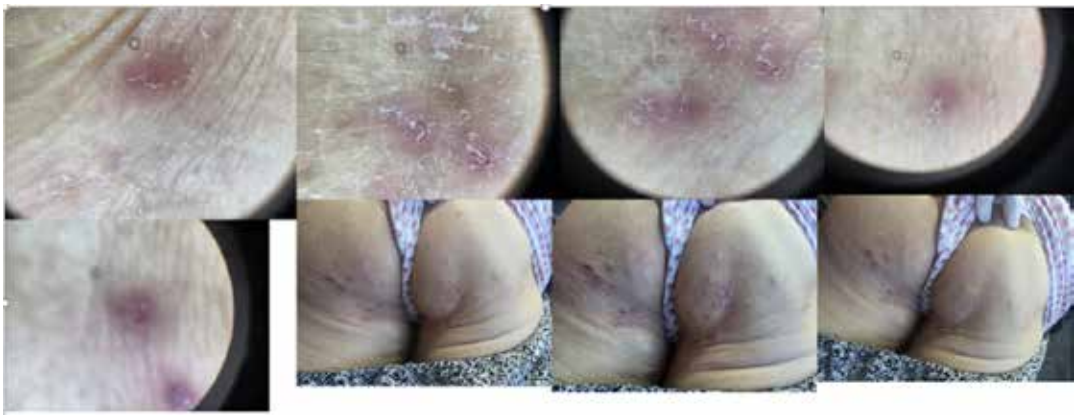
İki Yıldır Gluteal Bölgeyle Sınırlı Pruritus: Atipik Lokalize Skabies Olgusu

Candan Çelik[1], **Nagehan Çepik**[2]

[1]*Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Özet: Skabies, Sarcoptes scabiei var. hominis tarafından oluşturulan, yoğun kaşıntı ve karakteristik anatomik bölgelerde papüler lezyonlarla seyreden bulaşıcı bir paraziter dermatozdur. İnterdigital alanlar, el bilekleri, aksiller bölgeler, periumbilikal alan ve genital bölge sık tutulan lokalizasyonlar arasında yer almakla birlikte, atipik veya lokalize klinik prezentasyonlar görülebilmekte ve bu durum tanıda gecikmeye yol açabilmektedir.Yetmiş iki yaşında kadın hasta, yaklaşık iki yıldır devam eden, yalnızca gluteal bölgeyle sınırlı kaşıntı ve tekrarlayan deri lezyonları nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünden daha önce skabies tanısı almadığı ve antiskabiyetik tedavi kullanmadığı, lezyonlarının fungal enfeksiyon düşünülerek çeşitli antifungal tedavilerle takip edildiği ancak yakınmalarında belirgin düzelme olmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede bilateral gluteal bölgede eritemli, yer yer ekskoriye papüler lezyonlar izlendi. İnterdigital alanlar ve skabiesin diğer tipik tutulum bölgelerinde eşlik eden karakteristik lezyon saptanmadı. Lezyonların dermoskopik değerlendirmesinde skabies ile uyumlu bulguların izlenmesi üzerine hastaya lokalize skabies tanısı konuldu.Skabies, özellikle yaşlı hastalarda klasik dağılım ve morfolojinin dışında seyrederek diğer pruritik dermatozları taklit edebilir. Olgumuz, hastalığın yaklaşık iki yıl boyunca yalnızca gluteal bölgeyle sınırlı kalması, daha önce fungal enfeksiyon olarak değerlendirilmesi ve skabies tanısının gecikmesi açısından dikkat çekicidir. Uzun süreli lokalize pruritik lezyonların ayırıcı tanısında, klasik tutulum bölgelerinde lezyon bulunmasa dahi skabies düşünülmeli ve dermoskopik değerlendirmeden yararlanılmalıdır.

Bilateral gluteal bölgede sınırlı eritemli ve ekskoriye papüler lezyonların klinik ve dermoskopik görünümü.



Anahtar Kelimeler: lokalize skabies, gluteal bölge, dermoskopi, kronik pruritus

PS-12

Kıvrım Bölgelerinin Tanısal Tuzaklarından Biri: Liken Planus Pigmentozus İnversus

Mehmet Semih Çepik[1], Nagehan Çepik[1]

[1]Gazi Yaşargil Eğitim ve Arştırma Hastanesi

Özet: Liken planus pigmentozus inversus (LPPI), liken planus pigmentozusun nadir görülen, özellikle intertriginöz ve fleksural bölgeleri tutan bir varyantıdır. Klinik olarak kahverengi-gri veya viyolase hiperpigmente makül ve yamalarla karakterize olup diğer pigmenter dermatozlarla benzer görünüm göstermesi nedeniyle tanısal güçlük oluşturabilir.Yaklaşık dört yıldır devam eden kaşıntı ve renk değişikliği yakınması bulunan kadın hasta dermatoloji polikliniğine başvurdu. Dermatolojik muayenede boyun, bilateral aksiller, inframammary ve inguinal bölgelerde, kıvrım alanlarında belirginleşen, yer yer birleşme eğiliminde kahverengi-viyolase hiperpigmente makül ve yamalar izlendi. Wood lambası ile yapılan incelemede lezyonlardaki pigmentasyon belirgin olarak gözlendi. Klinik bulgular doğrultusunda liken planus pigmentozus inversus başta olmak üzere maküler amiloidoz, pigmente kontakt dermatit/Riehl melanozisi ve eritema diskromikum perstans ayırıcı tanıda düşünüldü. Lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesi liken planus ile uyumlu olarak raporlandı. Lezyonların karakteristik fleksural dağılımı, klinik görünümü ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya liken planus pigmentozus inversus tanısı konuldu.LPPI, klasik liken planus pigmentozustan farklı olarak güneşe maruz kalan bölgelerden ziyade aksiller, inguinal ve inframammary bölgeler gibi intertriginöz alanları tutmasıyla karakterizedir. Nadir görülmesi ve fleksural hiperpigmentasyonla seyreden çeşitli dermatozları taklit edebilmesi nedeniyle tanı gecikebilir. Klinik dağılımın dikkatle değerlendirilmesi ve gerekli olgularda histopatolojik inceleme yapılması doğru tanıya ulaşmada önemlidir. Bu olgu, uzun süreli ve yaygın intertriginöz hiperpigmentasyonun ayırıcı tanısında LPPI'nin göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

vakaya ait lezyonların klinik ve wood lambası altındaki görünümü



vakaya ait lezyonların klinik ve wood lambası altındaki görünümü



vakaya ait lezyonların klinik ve wood lambası altındaki görünümü



vakaya ait lezyonların klinik ve wood lambası altındaki görünümü



Anahtar Kelimeler: Liken planus pigmentozus inversus, liken planus, intertriginöz bölge, hiperpigmentasyon, fleksural dermatoz

PS-13

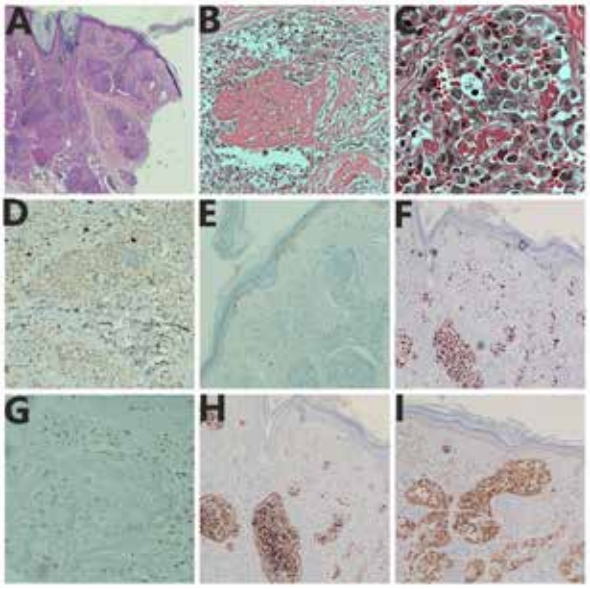
Eritemli Nodüllerden Lenfoma Tanısına: Bir İntravasküler Büyük B Hücreli Lenfoma Vakası

Beyzagül Emanet[1], Belkız Uyar[1], Yunus Özcan[2], Mehmet Gamsızkan[1], Barış Işık[1]

[1]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
[2]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet: GİRİŞ:İntravasküler büyük B hücreli lenfoma (IVBBHL), lenfadenopati veya belirgin kitle oluşturmaksızın küçük ve orta büyüklükteki damarların lümenlerinde neoplastik B lenfositlerin selektif proliferasyonu ile karakterize, nadir ve agresif bir ekstranodal non-Hodgkin lenfoma alt tipidir. Klinik bulguların heterojenliği ve özgül olmayışı tanıda zorluğa yol açabilir. Dermatolojik bulgular; indüre veya ülserleşmiş subkutan nodüller, telenjiektaziler, retiform purpura ve hiperpigmente plaklar gibi farklı görünümlerde ortaya çıkabilir. Bu olguda uzun süredir devam eden bilateral uyluk lezyonları üzerinden IVBBHL tanısı konulmuştur. OLGU:Yetmiş iki yaşında kadın hasta, her iki uylukta yaklaşık bir yıldır olan kızarıklıklar ve ağrılı şişlikler nedeniyle kliniğimize başvurdu. Bilinen kronik hastalığı bir hastalığı yoktu. Yapılan fizik muayenede uyluk mediallerinde ağrılı eritemli nodüller ve mor plaklar üzerinde telenjiektaziler görüldü. İlk değerlendirmede sedimentasyon 39 mm/saat, CRP 0.63 olarak saptandı. Koagülasyon ve seroloji incelemelerinde patoloji saptanmadı. Hastaya orta potent topikal kortikosteroid reçete edildi. Yaklaşık beş ay sonra hasta lezyonların sebat etmesi nedeniyle tekrar kliniğimize başvurdu. Yapılan detaylı incelemelerde sedimentasyon 51 mm/saat, CRP 1.07, laktat dehidrogenaz(LDH) 522 ve ferritin 512 olarak saptandı. Çekilen bilateral alt ekstremite arteriyel ve venöz doppler ultrasonografide ise variköz venler dışında bulgu saptanmadı. Topikal tedaviye yanıtsızlık ve 1.5 yıllık seyir nedeniyle deri biyopsisi yapıldı. Histopatolojik incelemelerde damar lümenlerinde atipik büyük hücreler ve trombüsler görüldü. İmmünhistokimyasal incelemelerde CD20, BCL2, BCL6, PAX5 VE CD79a pozitif, CD3, FLI-1, S100 negatif, Kİ-67 proliferasyon indeksi %90'ın üzerinde bulundu. Bulgular IVBBHL ile uyumluydu. TARTIŞMA:IVBBHL'de neoplastik hücrelerin damar lümenlerinde selektif olarak çoğalması; damar dışına geçişte rol oynayan bazı yüzey moleküllerinin ve parankimal invazyonda rol oynayan MMP2/MMP9 ekspresyonunun düşük olmasıyla ilişkilendirilmiştir .Bu lenfoma tipinde neoplastik lenfoid hücrelerin intraluminal proliferasyonundan kaynaklanan vaskülopatinin konumuna bağlı olarak her organ sistemi etkilenebilir. Kutanöz bulgular özgün olmadığından tromboflebit, erizipel, pannikülit, livedo retikülaris, lökositoklastik vaskülit, eritema nodozum ve kaposi sarkomu gibi tablolar ayırıcı tanıda düşünülmelidir .Deri kolay erişilebilir bir organ olması nedeniyle tanıda önemli bir fırsat sunar. Histopatolojik olarak damar lümeninde büyük atipik lenfoid hücrelerin görülmesi ve uygun B hücre belirteçleriyle doğrulanması tanı açısından kritiktir. FDG-PET/BT sistemik değerlendirmede tercih edilen görüntüleme yöntemidir. IVBBHL literatürünün büyük çoğunluğu vaka raporlarından oluştuğu için tedavi üzerinde uzlaşılan bir görüş birliği olmamakla beraber R-CHOP protokolü standart yaklaşım olarak kabul edilmektedir. SONUÇ:Uzun süren, tedaviye dirençli ve özgül olmayan kutanöz lezyonlarda, özellikle eşlik eden LDH/ferritin yüksekliği gibi ipuçları bulunduğunda IVBBHL akılda tutulmalıdır.Bu olguda tanı, deri biyopsisinde damar lümenlerini dolduran büyük atipik B hücrelerin gösterilmesi ve immünohistokimyasal inceleme ile konulmuştur.Dermatolojik muayene ve erken deri biyopsisi, nadir fakat agresif seyirli IVBBHL'nin gecikmeden tanınmasında önemli rol oynayabilir.

İmmünohistokimyasal boyama



A. H&EX4 B. H&EX20 C. H&EX40 D. FLI-1 E. S-100 F. Kİ-67 G. CD3 H. CD20 I. BCL-2

Vaka görseli



Uyluk medialinde mor plaklar üzerinde telenjiektaziler

Mevcut DSÖ sınıflaması

	Classic Variant	Hemophagocytic Syndrome-Associated Variant
Neurological symptoms (CNS involvement)	39–76%, rapidly progressing	27%
Cutaneous symptoms	17–39%	5%
Bone marrow involvement	32%	75%
Splenic involvement	26%	67%
Hepatic involvement	26%	55%
Hemophagocytic syndrome	not present	present
Common findings: - Clinical - Laboratory	B symptoms LDH ↑, sedimentation rate and C-reactive protein (CRP) ↑, anemia	
Differing findings:		
- Thrombocytopenia	29%	76%
- Hypoalbuminemia	18%	84%

Klasik varyant vakaların %75'ini oluştururken hemofagositoz sendromuyla ilişkili varyant vakaların %5'ini oluşturur ve daha kötü prognozludur

Anahtar Kelimeler: telenjiektaziler, ferritin, cd20+, vaskülopati, intraluminal

PS-14

Kutanöz Tutulumlu Likenoid Kronik Graft-Versus-Host Hastalığı

Gamze Kara[1], Mustafa Yazıcı[1], Hülya Savaş[1], Davut Tekgöz[1], İlyas Sayar[2], Özkan Işık[2]

[1]Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Erzincan

[2]Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Erzincan

Özet: Giriş/AmaçKronik graft-versus-host hastalığı (kGVHH), allojenik hematopoetik kök hücre nakli (AHKHN) sonrası gelişebilen multisistemik immün aracılı bir komplikasyondur. Likenoid deri lezyonları kGVHH'nin tanısal kutanöz bulguları arasında yer almakla birlikte klinik ve histopatolojik olarak liken planus ile ilaç ilişkili likenoid erüpsiyonları taklit edebilir. Bu olguda tanısal güçlük oluşturan likenoid kGVHH'nin sunulması amaçlandı.Bulgular/OlguElli üç yaşında erkek hasta, el ve ayaklarda yoğun, gövdeye yayılan kaşıntılı döküntüler ve oral mukozada ağrılı lezyonlar nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde primer miyelofibrozis nedeniyle 2023 yılında splenektomi, 05.09.2024 ve 17.03.2025 tarihlerinde AHKHN, ikinci AHKHN sonrasında akut graft-versus-host hastalığı(AGVHH) öyküsü mevcuttu. Bilinen kronik hepatit B enfeksiyonu vardı. Entekavir ve ursodeoksikolik asit kullanıyordu.Dermatolojik bakısında el ve ayaklarda anüler karakterde morumsu eritemli papül-plaklar (Şekil 1 ve 2); gövde, kol ve bacaklarda yaygın eritemli skuamlı makülopapüler lezyonlar ve guttat, numuler büyüklüklerde hipo-hiperpigmentasyon alanları (Şekil 3) mevcuttu. Oral mukozada ve dudakta üzerlerinde retiküler beyaz çizgilenmeler bulunan eritem ve erozyon alanları (Şekil 4) izlendi. Dermoskopik bakısında wickham striaları, ince beyaz skuam ve periferal lineer damarlar (Şekil 5) saptandı. Yapılan oftalmolojik muayenesinde punktat keratopati görüldü. Karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik mevcuttu, HBsAg : 306 idi. Yatışının 5. gününde hastada karın ağrısı , yutma güçlüğü ve diyare şikayetleri gelişti. Deri biyopsisinde sepetsi ortokeratoz, hipergranüloz, hafif akantoz bulguları, dermoepidermal bileşkede ayrışma, üst ve orta dermiste seyrek eozinofil lökositlerin eşlik ettiği lenfohistiyositik infiltrasyon, üst ve orta dermiste melanofajlar görüldü (Şekil 6); liken planusu desteklemekle birlikte ilaç ilişkili likenoid reaksiyon tamamen dışlanamadı olarak raporlandı. Klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulgular ile nakil öyküsü birlikte değerlendirilerek likenoid kGVHH tanısı konuldu. Deri lezyonlarına topikal klobetazol propiyonat merhem (2*1), oral mukozadaki lezyonlara triamsinolonasetonid merhem (2*1) ve klorheksidin gargara (2*1) başlandı. HBsAg: + olan hastaya enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile entekavir (1*1) devam edildi. Gastrointestinal sistem bulguları için gastroenteroloji bölümü semptomatik tedavi önerdi. Takibinde lezyonlarında belirgin gerileme izlendi. TartışmaBu olguda kronik hepatit B enfeksiyonu varlığı, kullandığı sistemik ilaçlar ve biyopside seyrek eozinofil varlığı nedeniyle hepatit B ilişkili liken planus ve ilaç ilişkili likenoid erüpsiyon ayırıcı tanıda değerlendirildi. 2025 National Institutes of Health (NIH) Konsensus Güncellemesi ışığında olgumuzda NIH tarafından tanısal kabul edilen likenoid kutanöz tutulum ve oral likenoid değişiklikler mevcut olup; histopatolojik inceleme, transplantasyon öyküsü, zamanlama oftalmolojik değerlendirme ve gastrointestinal sistem bulguları tanıyı desteklemiştir. Olgu, likenoid dermatozlarda klinik ve histopatolojik korelasyonun önemini göstermektedir.SonuçAHKHN öyküsü bulunan hastalarda gelişen likenoid dermatozlarda kGVHH mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ayrıntılı klinik öykü, dermoskopik değerlendirme ve multidisipliner yaklaşım doğru tanıya ulaşmada önemli katkı sağlamaktadır.

şekil 1-2



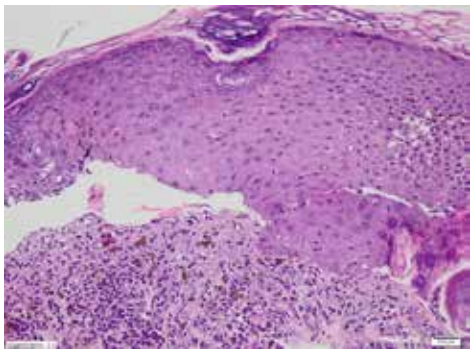
şekil 3-4



şekil 5



şekil 6



Anahtar Kelimeler: kronik graft-versus-host hastalığı, likenoid dermatoz, liken planus, dermoskopi, allojenik hematopoetik kök hücre nakli

PS-15

Güneşten Korunmuş Alanda Uzun Süreli Seyir Gösteren Bowen Hastalığı: Olgu Sunumu

Zehra Karataş[1], Mustafa Yazıcı[1], Nagihan Kurtcu[1], Özkan Işık[1]

[1]Erzincan Mengücek Gazi Eğitim Araştırma Hastanesi

Özet: Güneşten Korunmuş Alanda Uzun Süreli Seyir Gösteren Bowen Hastalığı: Olgu SunumuGiriş ve Amaç Bowen hastalığı (BH), kutanöz skuamöz hücreli karsinomun (SCC) in situ formu olup klinik olarak çoğunlukla eritemli-skuamlı plak şeklinde görülür. İnflamatuvar ve enfeksiyöz dermatozları taklit edebilmesi tanısal güçlüğe yol açabilir. Genellikle güneşe maruz kalan alanlarda görülmekle birlikte, güneşten korunmuş bölgelerde de ortaya çıkabilir. Bu olgu ile uzun süre persiste eden, başlangıçta inflamatuvar dermatoz olarak değerlendirilen ve son dönemde büyüme gösteren izole lezyonlarda BH'nin ayırıcı tanıda düşünülmesinin öneminin vurgulanması amaçlandı.Olgu:Altmış bir yaşında erkek hasta, gövdesinde yaklaşık 15 yıldır mevcut olan plak şeklindeki deri lezyonunun son iki yılda belirgin büyümesi üzerine değerlendirildi. Lezyon başlangıçta yaklaşık bir madeni para büyüklüğünde, eritemli ve asemptomatik bir plak olarak ortaya çıkmış, yıllar içerisinde giderek genişlemişti. Hasta çiftçilik yapmakta ve uzun yıllardır yoğun ultraviyole (UV) maruziyetine sahip olmakla birlikte lezyon gövdenin güneşten korunmuş bir bölgesinde, umblikusun yaklaşık 5 cm sağında yerleşimliydi. Dermatolojik muayenede yaklaşık 5 × 8 cm boyutlarında, keskin sınırlı, düzensiz konturlu, eritemli-skuamlı, yer yer sarı-kahverengi krutlu geniş plak izlendi. Lezyon ilk değerlendirmede numuler dermatit olarak düşünülerek topikal mometazon furoat ile tedavi edildi; ancak tedavi sonrası klinik iyileşme gözlenmedi.Tartışma ve Sonuç:Bu olguda, uzun yıllardır mevcut olan lezyonun başlangıçta egzama olarak değerlendirilmesi ve topikal kortikosteroid tedavisiyle klinik iyileşme gözlenmemesi , Bowen hastalığının klinik olarak inflamatuvar dermatozları taklit edebileceğini göstermektedir. Son dönemde belirgin büyüme göstermesi ise tanısal değerlendirmeyi yeniden gündeme getiren önemli bir bulgu olmuştur. Ayrıca güneşten korunmuş bir bölgede yerleşmesi, BH'nin yalnızca kronik güneş hasarı bulunan alanlarda düşünülmemesi gerektiğini göstermektedir. Tedaviye rağmen persiste eden ve zaman içerisinde büyüme gösteren eritemli-skuamlı plaklarda klinik tanı yeniden değerlendirilmeli ve histopatolojik inceleme geciktirilmemelidir.

Şekil1A.



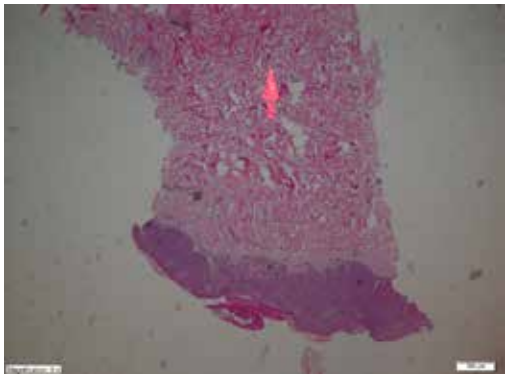
İlk başvuru sırasında geniş, eritemli ve skuamlı plak.

Şekil 1B.



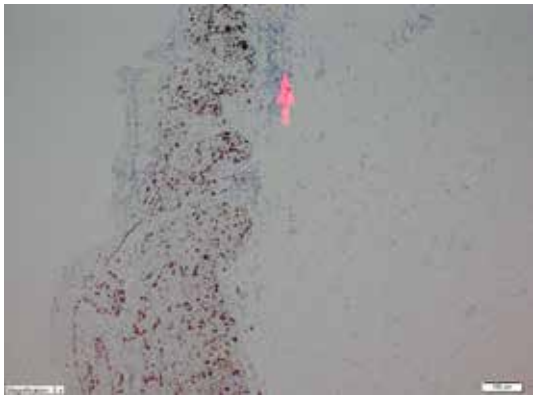
Topikal kortikosteroid tedavisinin 20. gününde eritem ve skuamlanmada klinik iyileşme gözlenmedi

Şekil2A.



H&E, ×5 büyütme

Şekil2B.



Ki-67 immünohistokimyasal boyama, ×10 büyütme

Anahtar Kelimeler: Bowen hastalığı; skuamöz hücreli karsinom in situ; persistan deri lezyonu; güneşten korunmuş bölge; klinik-histopatolojik korelasyon.

PS-16

Çocukluk Çağında Polimorfik Makülopapüler Kutanöz Mastositoz : Bir Olgu Sunumu ve Güncel Literatür Derlemesi

Dilay Yılmaz Kayabaşı[1], Perihan Öztürk[1]

[1]Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Özet: Giriş: Mastositoz, mast hücrelerinin deri ve/veya diğer organlarda anormal birikimiyle karakterize nadir ve heterojen bir hastalıktır. Çocukluk çağında genellikle kutanöz tutulum görülür ve erişkin formlarına kıyasla selim (benign), kendini sınırlayan bir seyir izler.Olgu Sunumu: Yedi aylık erkek hasta, gövdede giderek artan eritemli ve pembe-kahverengi papüler lezyonlar nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede Darier bulgusu ve dermografizm pozitif saptandı. Sistemik muayene, laboratuvar tetkikleri, periferik yayma ve batın ultrasonografisinde sistemik tutuluma dair patolojik bir bulgu saptanmadı. Histopatolojik ve immünohistokimyasal değerlendirmeler neticesinde hastaya polimorfik makülopapüler kutanöz mastositoz (MPCM) tanısı konuldu.Sonuç: Çocukluk çağı polimorfik MPCM olguları, adölesan döneme doğru yüksek oranda spontan remisyon gösteren benign seyirli hastalıklardır. Tanı aşamasında sistemik tutulumun dışlanması ve hastaların gereksiz invaziv girişimlerden kaçınılarak uzun dönemli takibi kritik öneme sahiptir.

Polimorfik makülopapüler kutanöz mastositoz



Anahtar Kelimeler: Kutanöz mastositoz, Darier bulgusu, KIT mutasyonu

PS-17

Göz Kapağını Aşan Ksantomlar: Multisistemik Erdheım–Chester Hastalığı

Sibel Aslan Akın[1], Pınar Korkmaz[1], Suna Erkılıç[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Eğitim Araştırma Hastanesi

Özet: Giriş/Amaç: Erdheim–Chester hastalığı (ECH), klinik, histopatolojik, immünohistokimyasal ve radyolojik bulguların birlikte değerlendirilmesiyle tanı konulan nadir, multisistemik bir Langerhans dışı histiositozdur. Kutanöz bulgular sistemik hastalığın ilk belirtisi olabilir ve sıklıkla ksantalezmayı taklit eder. Burada periorbital nodüller ve geniş servikal ksantomatöz plaklarla başlayan ECH olgusu sunulmaktadır.Bulgular/Olgu: Elli dört yaşındaki kadın hasta, üç yıldır ilerleyen, görme alanını daraltan bilateral periorbital nodüler ksantomatöz lezyonlar ve boynun her iki tarafında yaklaşık 10×10 cm boyutlarında geniş sarı plaklarla başvurdu. Lipid profili normale yakındı. Servikal plaktan alınan deri biyopsisinde Touton tipi dev hücreler ve inflamatuar hücreler içeren ksantomatöz infiltrasyon izlendi; histiyositler CD68 ve CD163 pozitif, CD1a negatifti. Uzun kemiklerde tipik bilateral simetrik medüller osteosklerotik tutulum ile sakrum, kalvaryum, maksilla, etmoid, sfenoid ve temporal kemiklerde tutulum görüldü. Retroklival dural kalınlaşma ve hipofiz komşuluğunda infiltratif lezyon izlendi. Aort kavsinden abdominal aortaya uzanan, “coated aorta” görünümü oluşturan kılıf benzeri periaortik infiltrasyon ve abdominal aortada %40 darlık saptandı. Perirenal infiltrasyon erken “hairy kidney” görünümünü düşündürdü. Ekokardiyografi normaldi; adrenal yetmezlik saptanmadı. Serum protein elektroforezi, immünfiksasyon ve serbest hafif zincirler normaldi. BRAF V600E ve mitojenle aktive olan protein kinaz (MEK) yolu değişikliklerini araştıran moleküler panel istendi. Sonuca göre hedefe yönelik sistemik tedavi, palpebral lezyonlar için cerrahi ve Nd:YAG lazer girişimleri planlandı.Tartışma: ECH’de deri tutulumu hastaların yaklaşık dörtte birinde görülür ve en sık ksantalezma benzeri lezyonlarla ortaya çıkar. Klasik ksantalezma genellikle göz kapaklarıyla sınırlı küçük, düz plaklar şeklindeyken ECH lezyonları daha büyük, kabarık ve nodüler olabilir; göz kapağı konturlarını bozabilir ve farklı vücut bölgelerinde görülebilir. Olgumuzdaki periorbital nodüller, geniş servikal plaklar ve normale yakın lipid profili dikkat çekiciydi. Klasik ksantalezma yüzeyel dermiste köpüksü histiyositlerden oluşurken ECH lezyonlarında Touton tipi dev hücreler ve inflamatuar hücrelerin eşlik ettiği ksantogranülomatöz infiltrasyon daha belirgindir. ECH’de kemik tutulumu yaklaşık %95, perirenal infiltrasyon %65–68, “coated aorta” %56–62 ve santral sinir sistemi tutulumu %25–50 oranında bildirilmiştir. Klasik uzun kemik tutulumuna daha az görülen kraniofasiyal ve kalvaryal tutulumun eklenmesi olgumuzun diğer dikkat çekici özelliğiydi. Göz kapaklarını aşan kabarık ve nodüler ksantomatöz lezyonlar basit ksantalezma olarak değerlendirilmemeli; multisistemik ECH’ye açılan dermatolojik ipucu olarak görülmelidir.Sonuç: Atipik, nodüler veya yaygın ksantalezma benzeri lezyonlarda ECH düşünülmeli ve sistemik tutulum araştırılmalıdır.Finansal destek: Yoktur.Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemektedir.

Bilateral Periorbital Ksantomatöz Nodüller



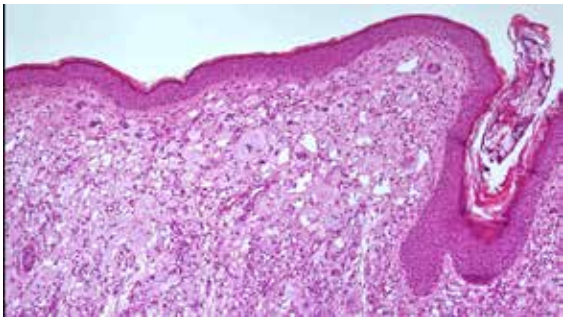
Her iki periorbital bölgede göz kapağı sınırlarını aşan, belirgin kabarık ve nodüler ksantomatöz lezyonlar

Servikal Ksantomatöz plak



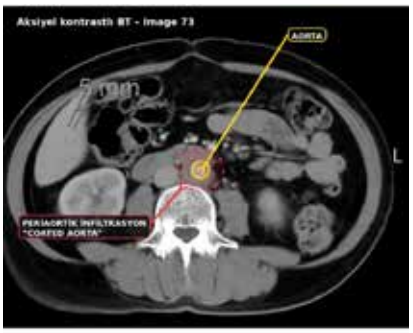
Boyun lateralinde geniş, sarı-turuncu renkli, infiltratif ve yer yer nodüler görünüm gösteren ksantomatöz plak

Ksantogranülomatöz infiltrasyon ve Touton tipi dev hücreler



Dermiste köpüksü histiyositlerden zengin ksantogranülomatöz infiltrasyon ile eşlik eden multinükleer Touton tipi dev hücreler izlenmektedir (H&E)

Periaortik infiltrasyon (“coated aorta” görünümü)



Aksiyel kontrastlı BT’de abdominal aorta çevresinde kılıf tarzında periaortik yumuşak doku infiltrasyonu (“coated aorta” görünümü) izlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erdheim-Chester Hastalığı, Ksantelazma, Ksantom, Langerhans Dışı Histiositoz, Multisistemik Tutulum

PS-18

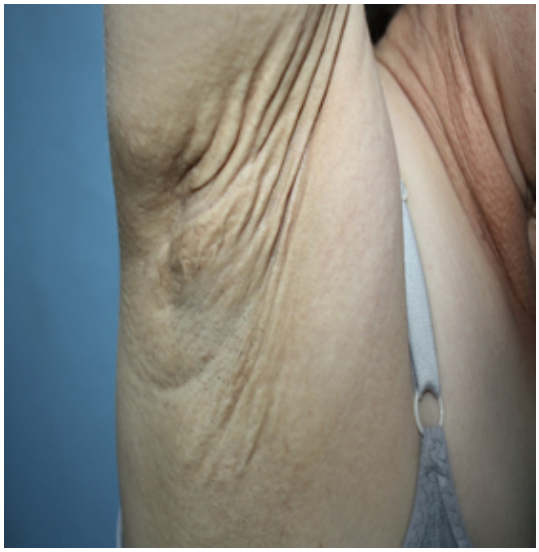
Psödoksantoma Elastikum

Egemen Işık Alkan[1], Bilal Yıldız[1], Selma Korkmaz[1], Vahide Baysal Akkaya[1], Fatma Aksoy Khurami[2]

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

Özet: Psödoksantoma elastikum (PKE), deri, göz, vasküler ve gastrointestinal sistemlerde elastik liflerin ektopik mineralizasyonu ve parçalanması ile karakterize nadir, ilerleyici, kalıtsal bir hastalıktır. PKE, hücre içi transmembran taşıma proteini ABCC6'yı kodlayan ABCC6 genindeki homozigot veya bileşik heterozigot mutasyonlardan kaynaklanır. Burada 42 yaşında tanı alan Psödoksantoma Elastikum olgusunu sunuyoruz. Kırk iki yaş kadın hasta yaklaşık 1 aydır bulanık görme, görüntüde dalgalanma şikayeti sebebiyle göz hastalıklarına başvuruyor. Yapılan göz muayenesinde Anjioid streak saptanması ve cilt lezyonlarının olması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Hastanın cilt lezyonları doğuştan itibaren mevcut olup benzer şikayetler babasında ve kardeşlerinde de varmış. Hastanın dermatolojik muayenesinde boyunda, antekubital fossada, aksillada, dirsek ön yüzde deri renginde birleşmeye eğiliminde olan papüler lezyonlar mevcuttu. Hastadan psödoksantoma elastikum, cutis laxa, granulomatöz gevşek deri, anetoderma tanılarıyla punch biyopsi alındı. Hasta MRP6, ABCC6, ENPP1, GGCX mutasyonları açısından genetik hastalıklarına konsülte edildi. Biyopsi sonucunda; kollajen lifleri arasında dejenere fibriler görünümde, elastik lif ile uyumlu olduğu düşünülen fragmanlar izlenmiştir ve psödoksantoma elastikum ile uyumlu gelmiştir. Genetik analiz sonucunda da PKE patogenezinde yer alan ABCC6 gen mutasyonu saptandı. Psödoksantoma elastikum deri, göz ve kardiyovasküler sistemde ilerleyici kalsifikasyon ve elastik liflerin fragmantasyonu ile karakterize nadir, kalıtsal bir hastalıktır. Hastalığın etiyopatogenezinde otozomal resesif geçiş gösteren ve dolaşımdaki inorganik pirofosfat (PPi) seviyelerinin azalmasına yol açan ABCC6 gen mutasyonları rol oynamaktadır. Klinik tablo boyun, aksilla gibi fleksüral bölgelerde "yolunmuş tavuk derisi" veya "kaldırım taşı" görünümü veren, birleşmeye eğilimli cilt renginde papül ve plaklarla başlar. Kutanöz bulgulara ek olarak, hastalığın ilerleyen evrelerinde retinada anjioid streakler (damarsı çizgilenmeler) ve kardiyovasküler sistemde ateroskleroz ile arteriyel kalsifikasyonlar tabloya eşlik edebilir. Histopatolojide, orta ve alt retiküler dermiste kısalmış, kalınlaşmış, kıvrımlı ve Von Kossa veya Verhoeff-Van Gieson boyası ile belirginleşen kalsifiye elastik lif kümeleri görülür. Ayırıcı tanıda geç başlangıçlı fokal dermal elastozis, Buschke-Ollendorff sendromu, kutis laksa ve penisilamin kullanımına bağlı gelişen PKE benzeri deri değişiklikleri yer alır. Hastalığın günümüzde spesifik küratif bir tedavisi bulunmamakta olup, hastalığın yönetimi daha çok semptomları kontrol altına almaya ve komplikasyonları önlemeye yöneliktir. Tedavide kardiyovasküler risk faktörlerinin azaltılması için yaşam tarzı değişiklikleri ile sigaranın bırakılması zorunluyken, oftalmolojik tutulumda intravitreal anti-VEGF ajanlar ilk basamakta kullanılabilir. PKE progresif seyirli sistemik bir hastalık olduğundan, hastalar hem tanı anında hem de takiplerinde belli aralıklarla oftalmoloji ve kardiyoloji bölümleri ile multidisipliner olarak sistemik tutulum açısından kontrol edilmelidir.

Resim 1



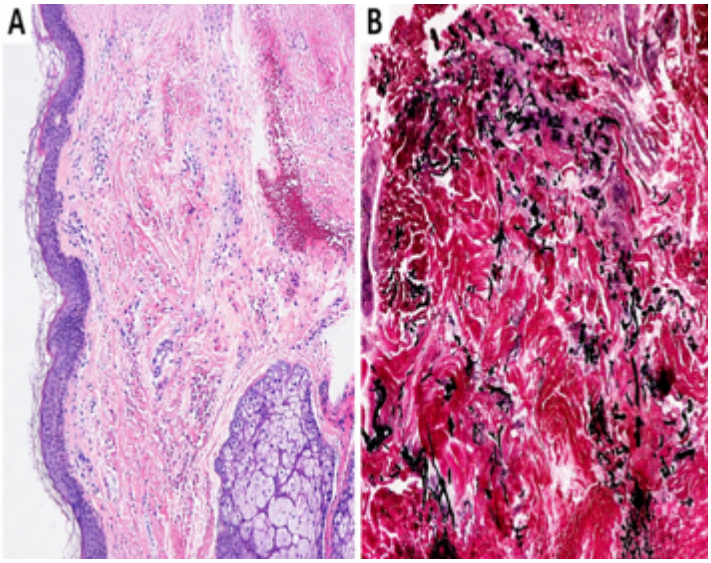
Sağ aksillada gevşek deri bulguları

Resim 2



Boyunda deri renginde papüler lezyonlar (tavuk derisi görünümü)

Resim 3



Deri punch biyopsi örneğinde yüzeyel dermiste dejenere fibriler elastik lif fragmanlarının histopatolojik görünümü (A; H&E x100, B; EVG x200).

Anahtar Kelimeler: psödoksantoma elasticum, abcc6

PS-19

Pigmente Lezyonda Tzanck Yaymasının Tanısal Değeri: Melanoma İn Situ Olgusu

Ayşe Avcı[1], Fatma Çelik[1], İjlal Erturan[1], Mehmet Yıldırım[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

Özet: Melanoma in situ, malign melanositik hücrelerin epidermis ile sınırlı kaldığı, dermise invazyon göstermeyen erken evre bir primer melanom formudur. Genellikle güneş gören bölgelerde düzensiz, heterojen, maküler pigmente bir lezyon olarak dikkat çeker. Melanom insidansı son otuz yılda belirgin artmış olup bu artışın önemli bir kısmını melanoma in situ vakaları oluşturmaktadır. Tzanck yayma; veziküler, büllöz ve tümöral cilt lezyonlarının ön değerlendirilmesinde kullanılan basit, hızlı, düşük maliyetli, minimal invaziv bir tanı yöntemidir. Standart histopatolojinin yerini almasa da deneyimli ellerde klinik ön tanıyı hızlı ve kolay şekilde destekleyebilir. Bu olguda, sırtta koyu-siyah renkli ben ile başvuran ve Tzanck yayma ile melanom ön tanısı konulan 52 yaşında erkek hasta sunulmaktadır. Hasta, sırtında ne zamandır mevcut olduğu bilinmeyen koyu renkli ben şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede sağ skapulada 1×1 cm, koyu kahverengi-siyah, plak tarzı lezyon izlendi (Resim 1). Dermoskopide periferik dot-globül, atipik ağ yapısı ve mavi-beyaz tül yapısı izlendi (Resim 2). Klinik ve dermoskopik bulgular melanom ve melanoakantomu düşündürdü; Tzanck yaymada nükleer pleomorfizm, sitoplazmik melanin granülleri gösteren atipik melanositler ve nükleer molding saptandı (Resim 3-4). Hastaya eksizyonel biyopsi yapıldı; patolojide neoplastik hücreler SOX10 ve PRAME ile pozitif boyandı, dermo-epidermal bileşkede band tarzı lenfositik infiltrasyon ve çok sayıda melanofaj izlendi; bulgular yüzeyel yayılan tip melanoma in situ tanısını doğruladı. Melanoma in situ; melanoakantom, atipik nevüs ve seboreik keratoz gibi pigmente lezyonlarla karışabilir, kesin tanı histopatoloji ile konur. SOX10 melanositik farklılaşmayı gösteren duyarlı bir belirteç; PRAME ise melanoma in situ ile displastik/benign nevüs ayrımında yüksek özgüllüğe sahiptir. Tzanck yaymanın pigmente/melanositik lezyonlardaki kullanımına dair literatür sınırlıdır; yine de atipik melanositlerin hızlı tanınması klinik şüpheyi güçlendirerek eksizyonel biyopsiye yönlendirmeyi hızlandırabilir. Standart histopatolojinin yerini tutmasa da, klinik ve dermoskopik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde ön tanıyı destekleyen hızlı ve minimal invaziv bir araçtır. Sizlere Tzanck yayma ile ön tanısı konulan ve biyopsi ile doğrulanan yüzeyel yayılan tip melanoma in situ olgusunu sunmak istedik.

Resim-1



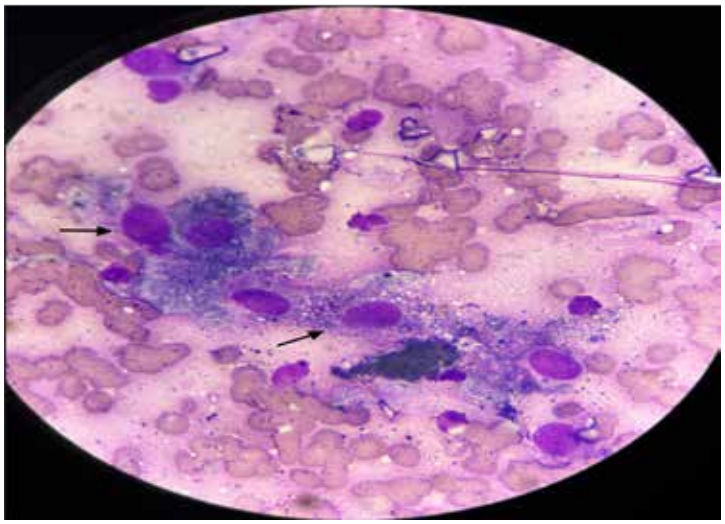
Sırtta kahverengi-siyah ben

Resim-2



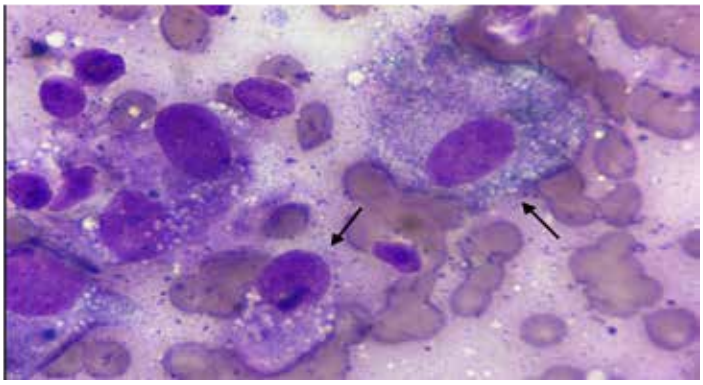
Dermoskopi görüntüsü

Resim-3



Tzanck yayma görüntüsü-1

Resim-4



Tzanck yayma görüntüsü-2

Anahtar Kelimeler: Melanoma in situ, Tzanck yayma, Dermoskopi

PS-20

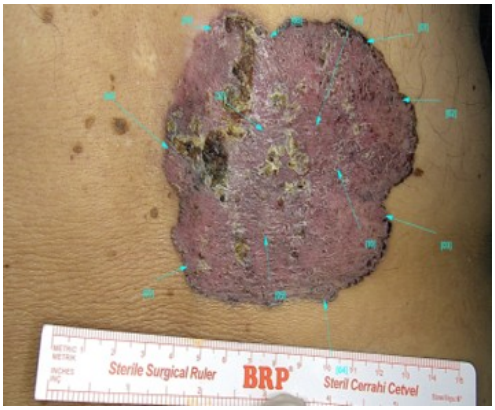
Sınırları Aşan Süperfisyel Tip Bazal Hücreli Karsinom: Ürotelyal Karsinomlu Olguda Sırtta Yerleşen Dev Süperfisyel Tip Bazal Hücreli Karsinom

Mehmet Can Çıtak[1], İjlal Erturan[1], Fatma Aksoy Khurami[2], Mehmet Yıldırım[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Anabilim Dalı, Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

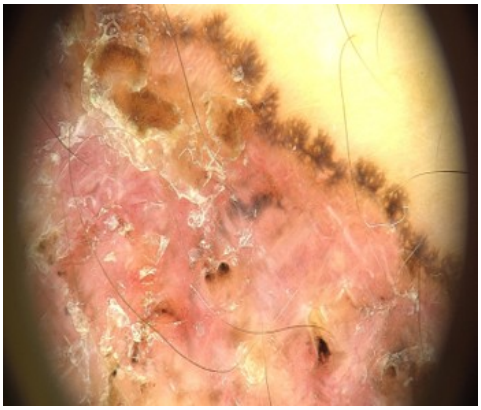
Özet: GİRİŞ Bazal hücreli karsinom (BHK)' un , nodüler, morfeiform, fibroepitalyal, infiltratif, infundibulokistik, mikronodüler, bazoskumaöz ve süperfisyel bazal hücreli karsinom (sBHK) olarak adlandırılan histopatolojik farklı alt tipleri vardır. sBHK, 2. en sık görülen BHK tipidir. Burada 83 yaşında tanı alan sBHK olgusunu sunuyoruz.OLGU 83 yaş erkek hasta 15 yıldır sırtta üzeri kabuklanan giderek büyüyen iyileşmeyen yara şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Hasta dış merkezde pek çok kez ekzematöz dermatit olarak değerlendirilerek topikal kortikosteroid tedavisi kullanmış ancak fayda görmemişti. Bilinen mesane, sağ renal ve üreter ürotelyal karsinom tanısı olan hastanın özgeçmişinde malignite ve immünsüpresyon öyküsü, aldığı tedavilerde intravezikal BCG immünoterapisi mevcuttu. Hastanın dermatolojik muayenesinde sırtta 10 cm çapında periferi koyu kahverengi belirgin sınırlı, üzerinde skuam ve erozyonların yer aldığı ortası eritemli plak lezyon mevcuttu (Resim 1). Lezyonun dermatoskopisinde periferinde kahvrengi-gri renkli yaprak benzeri yapısal alanlar, ortasında küçük ince telenjektaziler, mavi-gri oval globüller, parlak kırmızı-beyaz yapısız alanlar, skuam ve küçük erozyonlar izlendi (Resim 2). Sırttaki lezyondan ön planda sBHK düşünülerek, sBHK, malign melanom, bowen hastalığı, skuamöz hücreli karsinom, seboreik keratoz ön tanılarıyla insizyonel biyopsi alındı. Histopatolojide epidermiste multifokal olarak büyüyen bazaloid tümör yuvaları görülmesiyle hastaya sBHK tanısı konuldu (Resim 3). Hastaya histopatoloji sonucunda total eksizyon yapılarak hasta sBHK tanısıyla tarafımızca takibe alındı.TARTIŞMA Bazal hücreli karsinom insanlarda en sık görülen malign deri tümörüdür (1). sBHK 2. en sık görülen histopatolojik varyant olup tüm BHK olgularının yaklaşık %15-25'ini oluşturmaktadır (2). sBHK, klinik olarak sıklıkla gövde ve ekstremitelerde yerleşim gösteren, yavaş büyüyen, hafif skuamlı veya krutlu, keskin sınırlı, eritematöz plak şeklinde izlenir (3). Lezyonlar asemptomatik olmakla birlikte bazen hafif kaşıntı veya travmayla kanama şikayetine yol açabilir (4). Ayırıcı tanısında ekzematöz dermatitler, tinea korporis, psöriazis, bowen hastalığı yer alır (4). sBHK' un dermatoskopisinde küçük ince dallanan telenjiektaziler, periferde kahverengi-gri renkte yaprak benzeri pigmente çıkıntılar, ortasında parlak beyaz-kırmızı yapısız alanlar, mikroülserasyonlar, krutlanmalar ve polarize dermatoskopide krizalit benzeri beyaz çizgiler görülür (5). Tedavide 3-4 mm cerrahi sınırla eksizyon altın standart yöntemdir. Kriyoterapi, %5 imikimod, %5 florourasil ve fotodinamik tedavi alternatif tedavi seçenekleridir. Cerrahiye uygun olmayan lokal ileri metastatik sBHK' da vismodegib gibi kemoterapik ajanlar diğer tedavi seçenekleri arasındadır (6). sBHK' un özellikle büyük boyutlara ulaşmasına yol açan lezyonun tedavisiz kalması ve kapalı bölgede olması gibi durumlar hastalarda morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Malignite ve immünsüpresyon öyküsü bulunan olgularda; kapalı kalan bölgelerde uzun süredir iyileşmeyen lezyonların varlığında sBHK' nin de ayırıcı tanıda akla getirilmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla bu olguyu sunmaktayız.

Resim 1



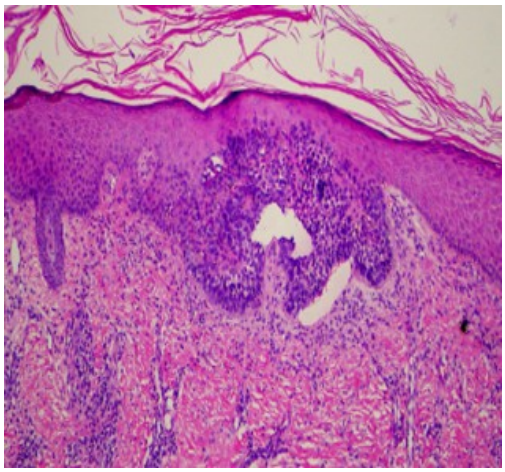
Resim 1: Sırt bölgesinde periferi koyu kahvrengi belirgin sınırlı üzerinde skuam ve erozyonların yer aldığı ortası eritemli plak lezyon

Resim 2



Resim 2: Dermatoskopisinde periferinde yaprak benzeri alanlar, ortasında mavi-gri oval globüller, parlak kırmızı-beyaz yapısız alanlar, kristalin çizgiler ve küçük ince telenjiektaziler izlendi.

Resim 3



Resim 3: Histopatolojide multifokal atlayan bazaloid tümör odakları, periferik palizatlanma ve retraksiyon yarıkları izlendi (HEX100).

Anahtar Kelimeler: Süperfisyel Tip Bazal Hücreli Karsinom, Ürotelyal Karsinom, Dev, Malignite ve İmmünsüpresyon, Basal Hücreli Karsinom Dermatoskopi

PS-21

Maligniteye Sekonder Porokeratoz Olgusu

Doğukan Gültekin[1], İjlal Erturan[1], Mehmet Yıldırım[1], Fatma Aksoy Khurami[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

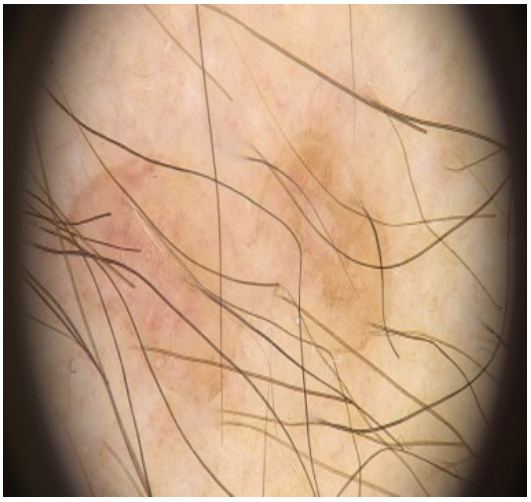
Özet: Porokeratoz, kornoid lamella adı verilen karakteristik histopatolojik bulgu ile tanımlanan, anormal keratinosit proliferasyonuna bağlı gelişen nadir görülen kronik bir keratinizasyon bozukluğudur. Etiyopatogenezinde genetik yatkınlık, immünsüpresyon, enfeksiyonlar, ultraviyole radyasyon ve altta yatan malignitelerin rol oynadığı bilinmektedir. Uzun süreli lezyonlar üzerinde skuamöz hücreli ve bazal hücreli karsinom gelişebileceğinden, porokeratozun premalign potansiyele sahip olduğu kabul edilmekte ve yakın takip önerilmektedir.Bu olgu sunumunda, bilinen primer akciğer skuamöz hücreli karsinomu (SCC) ve beyin metastazı nedeniyle kraniyal radyoterapi almakta olan 60 yaşındaki erkek hasta ele alınmıştır. Hasta, her iki kolunda lekelenme şikayetiyle başvurmuş; kaşıntı, ağrı gibi subjektif bir yakınması olmamıştır. Muayenede kollarda hiperpigmente anüler lezyonlar tespit edilmiş, dermoskopik incelemede lezyonu çevreleyen keratin rim ve aktif hiperpigmente kenar izlenmiştir. Porokeratoz ön tanısıyla yapılan punch biyopside lameller hiperkeratoz ve dikey parakeratoz alanları saptanarak tanı histopatolojik olarak doğrulanmıştır. Tedavide 10 mg/gün asitretin ve topikal kalsipotriol başlanarak hasta takibe alınmıştır.Olgunun dikkat çekici yönü, radyoterapinin kraniyal bölgeye uygulanmış olmasına rağmen lezyonların ışın alanının tamamen dışında, bilateral kollarda yerleşmiş olmasıdır. Ayrıca başvuru sırasında hastanın aktif kemoterapi almıyor olması, lezyonların lokal radyasyona veya ilaca bağlı değil, altta yatan akciğer SCC'sine sekonder paraneoplastik bir süreçle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde porokeratozun, özellikle eruptif disemine formunun; hepatosellüler karsinom, kolanjiyokarsinom, kolon karsinomu ve pankreas tümörleri gibi internal malignitelerle ilişkili paraneoplastik bir fenomen olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Onkolojik tedavi gören hastalarda gelişen porokeratoz olgularında, kemoterapi, radyoterapi veya altta yatan malignitenin tetikleyici etkisini ayırt etmek güç olabilir.Sonuç olarak, onkoloji hastalarında yeni gelişen anüler ve hiperkeratotik deri lezyonlarında porokeratoz ayırıcı tanıda düşünülmeli; ani gelişen porokeratoz olgularında ise altta yatan bir malignite araştırılmalı, sürecin kemoterapi, radyoterapi veya paraneoplastik mekanizmalara sekonder olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu olgu, radyoterapi alanı dışında gelişen porokeratozun paraneoplastik köken açısından değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Makro Fotoğraf



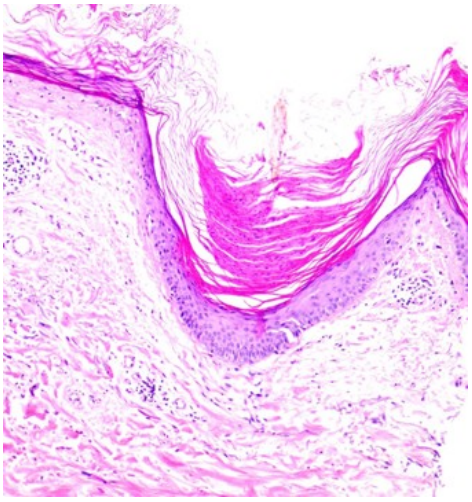
Kolda hiperpigmente anüler şekilli maküler lezyonlar

Dermatoskopi



Dermoskopik incelemede lezyonu çepeçevre saran keratin rim ve aktif hiperpigmente kenar

Patoloji



Sütun şeklinde yoğun parakeratoz alanı (kornoid lamella) (H&E)

Anahtar Kelimeler: Porokeratoz, Kornoid lamella, Paraneoplastik dermatoz, Akciğer skuamöz hücreli karsinom, Radyoterapi

PS-22

Psöriazis Taklitçisi Kutanöz Sarkoidoz Olgusu

İbrahim Emir Ay[1], Süleyman Karaman[1], İjlal Erturan[1], Fatma Aksoy Khuramı[2], Mehmet Yıldırım[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

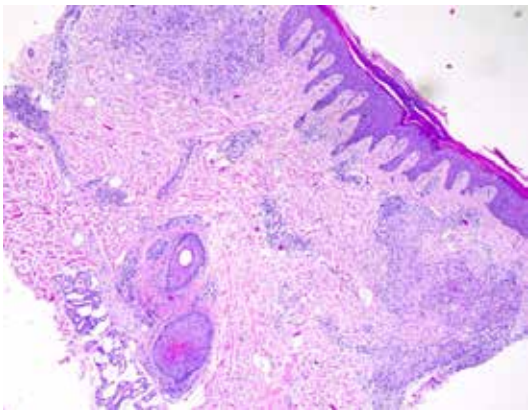
Özet: Giriş: Sarkoidoz, etiyolojisi tam bilinmeyen, nonkazeifiye granülomların organlarda birikimiyle seyreden kronik multisistemik bir hastalıktır. Kutanöz sarkoidoz ise dermatolojide çok çeşitli klinik görünümler sergileyebilmesi nedeniyle "büyük taklitçi" olarak tanımlanır ve sıklıkla psöriazis gibi farklı dermatozlarla karışabilir. Bu bildiride, klinik olarak psöriazis ön tanısı alan ancak histopatolojik ve dermoskopik bulgular eşliğinde sistemik sarkoidoz tanısına ulaşılan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır. Olgu: Kırk bir yaşında kadın hasta, diz ve dirseklerinde kızarıklık şikayetiyle polikliniğe başvurmuştur. Yapılan muayenede diz ve dirsek bölgelerinde birkaç adet papüler eritemli lezyon izlenmiştir. Hastadan psöriazis ön tanısı ile punch biyopsi alınmıştır. Histopatolojik inceleme sonucunda granülomatöz dermatit bulguları saptanmış ve durum sarkoidoz lehine değerlendirilmiştir. Hastanın dermoskopik incelemesinde diaskopi ile spesifik granülomatöz sürece işaret eden "elma jölesi" görünümü, translüsen sarı-turuncu globüller ve vasküler yapılar izlenmiştir. Sistemik tutulum açısından göğüs hastalıkları tarafından yapılan tetkikler neticesinde hastaya sistemik sarkoidoz tanısı konulmuştur. Tedavi olarak 16 mg oral metilprednisolon, haftada bir 12,5 mg subkutan metotreksat ve topikal steroid başlanmıştır. Hastanın romatoloji ve göğüs hastalıkları bölümleri ile multidisipliner takibi devam etmektedir. Tartışma: Kutanöz sarkoidoz, papül, plak ve nodül gibi çok çeşitli klinik görünümler nedeniyle dermatolojide "büyük taklitçi" olarak tanımlanır ve olgumuzda olduğu gibi sıklıkla psöriazis başta olmak üzere birçok dermatozla karışabilir. Kesin tanı, histopatolojik olarak nonkazeifiye granülomların gösterilmesine ve enfeksiyöz nedenlerin (tüberküloz, derin fungal enfeksiyonlar) ekarte edilmesine dayanır. Dermoskopik incelemede izlenen translüsen sarı-turuncu globüller ve ince vasküler yapılar ile diaskopide görülen elma jölesi bulgusu, olgumuzda olduğu gibi granülomatöz sürece işaret eder; ancak bu bulgular lupus vulgaris ve granülomatöz rozasea gibi diğer granülomatöz hastalıklarda da görülebildiğinden spesifik değildir ve klinik-histopatolojik verilerle birlikte değerlendirilmelidir. Kutanöz tutulumun çoğu zaman sistemik hastalığın ilk bulgusu olması nedeniyle, olgumuzda olduğu gibi tanı sonrası pulmoner ve diğer organ tutulumlarının araştırılması gerekmektedir. Tedavide ilk basamak sistemik kortikosteroidler olup, kronik ve dirençli olgularda metotreksat gibi steroid tutucu ajanlar ikinci basamak olarak kullanılır; hastamızın oral metilprednizolon ve metotreksat ile tedavi edilmesi bu yaklaşımla uyumludur. Sonuç olarak olgumuz, kutanöz sarkoidozun tanısında dermoskopi ve diaskopinin değerini ve multi disipliner takibin önemini vurgulamaktadır.

makroskopi



Dizlerde eritemli papüler lezyonlar

patoloji



Histopatolojide granülomatöz dermatit bulguları

dermoskopi



Dermoskopide elma jölesi görünümü, translüsen sarı-turuncu globüller ve vasküler yapılar

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, Psoriasis, elma jölesi, granülomatöz dermatit

PS-23

Primer Kutanöz Marjinal Zon Lenfomanın Saçlı Deride Geç Rekürrensi: Olgu Sunumu

Bilal Yıldız[1], Şeyma Nur Demirci[1], İjlal Erturan[1], Mehmet Yıldırım[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

Özet: Primer kutanöz marjinal zon lenfoma (PCMZL), primer kutanöz B hücreli lenfomalar içinde yavaş klinik seyri ve %95'i aşan 5 yıllık sağkalım oranlarıyla karakterize bir non-Hodgkin lenfomadır(1). Nüksler olguların %46'sında ilk tedaviden sonra aylar ile 10 yıl arasında gelişmekte ve genellikle deride sınırlı kalmaktadır (2).Altmış üç yaşında erkek hasta yaklaşık 3 ay önce fark ettiği alında ve saçlı deride şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde; 2009 yılında primer kutane marjinal zon lenfoma nedeniyle tedavi gördüğü ve eşlik eden koroner arter hastalığı nedeniyle asetilsalisilik asit tedavisi aldığı öğrenildi. Yapılan dermatolojik muayenede sol parietal bölgede 4-5 cm çapında ve sağ glabellar bölgede 1-2 cm çapında tümörler izlendi (Resim 1). Tümörlere yapılan dermoskopide foliküler tıkaçlar ve zeminde telenjektaziler dışında herhangi bir bulgu izlenmedi (Resim 2). Hastanın laboratuvar tetkiklerinde LDH: 365 U/L dışında anormal bir bulgu izlenmedi. Özgeçmişinde primer kutane marjinal zon lenfoma bulunması nedeniyle olası nüksleri değerlendirmek açısından; kutane B-hücreli lenfoma, lenfositoma kutis, kutane metastaz ve kutane T-hücreli lenfoma ön tanıları ile biyopsi alındı. Yapılan eksizyon sonrası patolojik inceleme sonucunda lambda monotipik atipik B lenfositik infiltrasyon izlenmesi üzerine hastaya kutanöz marjinal zon lenfoma nüksü tanısı konuldu. Hasta hematolojiye yönlendirildi. Hematoloji tarafından yapılan kemik iliği biyopsisi ve PET-BT sonucunda herhangi bir patolojik bulguya rastlanmayan hastaya R-CVP (Rituksimab, Siklofosfamid, Vinkristin ve Prednizon) protokolü başlandı. Hasta halen takip ve tedavisine devam etmektedir.Primer kutanöz marjinal zon lenfoma (PCMZL), indolan seyirli primer kutanöz B-hücreli lenfomalardan biridir. Kutanöz rekürrensler sık görülmesine rağmen ekstrakutanöz yayılım nadirdir.Hastalığa özgü sağkalım oldukça yüksektir (1,3). Servitje ve ark.'nın 137 hastalık serisinde hastaların %44'ünde kutanöz rekürrens gelişmiş, medyan hastalıksız sağkalım 47 ay olarak bildirilmiş; ekstrakutanöz hastalık ise yalnızca %4 oranında saptanmıştır (5). Bu bulgular, kutanöz nükslerin hastalığın doğal seyrinin bir parçası olabileceğini ve tek başına kötü prognoz göstergesi olarak değerlendirilmemesi gerektiğini düşündürmektedir (2,5).Güncel sınıflandırmalarda da PCMZL'nin belirgin indolan biyolojik davranışı vurgulanmaktadır (3,4). Rekürren PCMZL'yi değerlendiren 61 hastalık güncel bir seride ilk rekürrense kadar geçen ortalama süre lokal, lokorejyonel ve uzak kutanöz rekürrenslerde sırasıyla 37, 29,5 ve 20 ay olarak bildirilmiş; hastaların %62'sinde takip sırasında birden fazla rekürrens gözlenmiştir (4). Olgumuzda ise ilk PCMZL tanısından yaklaşık 16 yıl sonra yeniden kutanöz hastalık gelişmesi, bu seride bildirilen ilk rekürrens sürelerinden belirgin olarak daha uzundur. Bu çok geç rekürrens, PCMZL'de uzun hastalıksız dönemlerin kalıcı kür anlamına gelmeyebileceğini ve uzun süreli dermatolojik izlemin önemini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Ayrıca saçlı deri ve glabellar bölgede tümöral lezyonlarla prezente olması, PCMZL'nin klinik ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Resim 1



Sol parietal bölgede 4–5 cm çaplı tümöral lezyon

Resim 2



Lezyonun yakından görünümü; yüzeyde foliküler tıkaçlar

Anahtar Kelimeler: dermoskopi, primer kutanöz marjinal zon lenfoma

PS-24

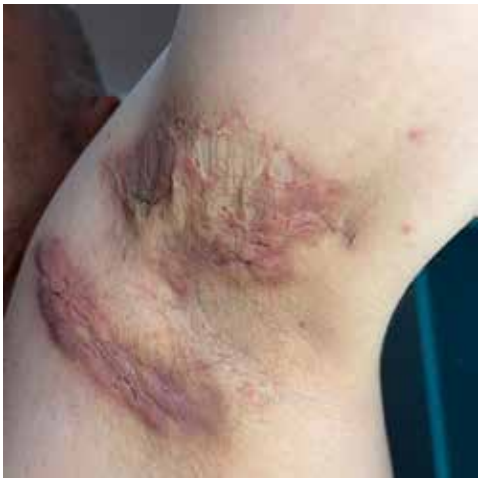
Anti-TNF Tedavisi Altında Paradoksal Psöriazis Gelişen Hidradenitis Süpürativa Olgusu

İrem Caymaz[1], Zeynep Topkarcı[1], Bilgen Erdoğan[1], İrem Sude Bilgiç[1]

[1]Bakırköy Dr Sadi Konuk Eah

Özet: Anti-TNF Tedavisi Altında Paradoksal Psöriazis Gelişen Hidradenitis Süpürativa OlgusuBAKIRKÖY DR.SADİ KONUK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİİrem Caymaz, İrem Sude Bilgiç, Bilgen Erdoğan, Zeynep TopkarcıGirişHidradenitis süpürativa (HS), kıl follikülü kökenli, kronik ve tekrarlayıcı inflamasyon ile seyreden,yaşam kalitesini belirgin şekilde bozan bir deri hastalığıdır. Apokrin bezlerdenzengin bölgelerde ortaya çıkar ve genellikle ağrılı nodül, apse ve akıntı ile seyreder. En sık aksiller,inguinal, perineal ve genital alanları tutar.Orta ve ağır HS olgularında anti-tümör nekroz faktör alfa (anti-TNF-α) ajanlar etkili tedaviseçenekleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, bu ajanlar nadiren paradoksal psöriazis gibibeklenmeyen inflamatuvar dermatozlara yol açabilmektedir.Amaçamaçlanmıştır.Bu bildiride, Adalimumab (ADA) sırasında paradoksal psöriazis gelişen bir HS olgusunun sunulmasıOlguKırk dört yaşında erkek hasta, yaklaşık 10 yıldır hidradenitis süpürativa tanısı ile takip edilmekteydi.Daha önce çeşitli sistemik antibiyotik tedavileri almış ve bilateral aksiller ve inguinal bölgelerecerrahi girişimler uygulanmıştı. Dermatolojik muayenede özellikle inguinal bölgelerde ve sol aksillerbölgede akıntılı nodüler lezyonlar ve sinüs traktları mevcuttu. Hasta 4 yıldır ADA tedavisi ile takipedilmekteydi. İzlemde HS lezyonlarında belirgin klinik iyileşme gözlendi. Fakat hasta ilacını düzenlikullanamadığı için arada alevlenmeler olmakta idi.Tedavinin yaklaşık 2. yılında, sağ tibia lateral yüzünde başlayan kaşıntılı lezyonların zamanla saçlıderi, gövde ve sakral bölgelere yayıldığı görüldü. Dermatolojik muayenede keskin sınırlı, eritemli,skuamlı plaklar saptandı ve klinik olarak paradoksal psöriazis tanısı konuldu. ADA tedavisinin antiİL17 Sekukinumab (SEK) ile değiştirilmesi planlandı fakat geri ödeme alınamadığı için hastada ADAtedavisine devam edildi. Mevcut psoriatik lezyonları için topikal tedaviler başlandı. SEK'ın geriödeme almasıyla birlikte ADA kesilerek SEK tedavisine geçildi.Tartışma ve SonuçAnti-TNF-α tedaviler HS tedavisinde etkili olmakla birlikte, paradoksal psöriazis gibi nadir (%2-3.9)ancak klinik olarak önemli yan etkilere yol açabilmektedir.Paradoksal psöriazis tedavinin herhangi birdöneminde ortaya çıkabilir (med: 23.3 ay) ve klinik olarak klasik psöriazis benzeri lezyonlarlaseyretmektedir. HS için adalimumab tedavisi altında gelişebilecek paradoksal psoriasis (PP)olgularında topikal tedaviler verilebilir, şiddetli olgularda ADA kesilerek diğer grup biyolojikleregeçiş yapılabilir. Yapılan bir çalışmada ADA kaynaklı PP hastalarının IL-17/IL-23 eksenini hedef alanbiyolojik ilaçlardan fayda görebileceğini bildirilmiştir. Olgumuz, HS tedavisi sırasında gelişebilecekparadoksal dermatozlar açısından klinisyenlerin dikkatli olması gerektiğini vurgulamakta; erken tanıve uygun tedavi değişikliği ile hem altta yatan hastalığın hem de paradoksal reaksiyonun başarılışekilde yönetilebileceğini göstermektedir.

Hs lezyonları



Hastanın sol aksiller bölgede ilaç ile kontrol altında hs lezyonları postere güncel fotoğrafları da eklenecek

Hs lezyonları



Hastanın sağ aksiller bölgede aktif olmayan hs lezyon skarları

Paradoks psöriasis lezyonları



Ada tedavisi altında sakral bölgede gelişen paradoks psöriasis plağı

Anahtar Kelimeler: Paradoksal Psöriasis, Hidradenitis süpürativa, Adalimumab

PS-25

Piyoderma Gangrenozum, Akne ve Süpüratif Hidradenit Birlikteliği: Bir PASH Sendromu Olgusu

İrem sude Bilgiç[1], Zeynep Topkarcı[1], İrem Caymaz[1], Bilgen Erdoğan[1]

[1]Bakırköy Dr Sadi Konuk Eah

Özet: Piyoderma gangrenozum, akne ve süpüratif hidradenit birlikteliği: Bir PASH sendromuolgusuİrem Sude Bilgiç, İrem Caymaz,Bilgen Erdoğan, Zeynep TopkarcıBakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbulAmaçPiyoderma gangrenozum (PG), akne ve hidradenitis süpürativa (HS) birlikteliği ile seyredenPASH sendromu, nadir görülen otoinflamatuvar sendromlar arasında yer almaktadır. Ortakpatogenezde, nötrofil aracılı inflamasyon ve otoinflamatuvar mekanizmalar rol oynamaktadır.Bu bildiride, farklı zamanlarda ortaya çıkan nötrofilik dermatoz bileşenleri ve çoklu tedavilereyetersiz veya geçici yanıt öyküsü bulunan bir PASH sendromu olgusunun sunulmasıamaçlanmıştır.OlguElli dokuz yaşında erkek hasta; 12 yaşından itibaren akne, 19 yaşından itibaren süpüratifhidradenit ve 40 yaşından itibaren piyoderma gangrenozum tanıları ile izlenmektedir. Aknelezyonları erken adölesan dönemde başlamış, ilerleyen yıllarda aksiller ve gluteal bölgelerdetekrarlayan akıntılı nodül ve fistüller gelişmiştir. Kırklı yaşlarda ise üst ekstremitede ağrılı, hızlailerleyen ülseratif lezyonlar ortaya çıkmış ve klinik-histopatolojik değerlendirme sonucundapiyoderma gangrenozum tanısı konulmuştur.Hastada HS nedeniyle sistemik tetrasiklin ve doksisiklin tedavilerine yanıt alınamamış,ardından sistemik izotretinoin kullanılmış ancak klinik düzelme sağlanamamıştır. Bu süreçtebiyolojik tedavi olarak adalimumab başlanmış; başlangıçta özellikle gluteal HS lezyonlarındabelirgin klinik yanıt izlenmiş, ancak takipte nüks gelişmiştir. Tedavi sekukinumab iledeğiştirilmiş, başlangıçta kısmi klinik yanıt alınmasına rağmen izlemde tekrar alevlenmegözlenmiştir.Hastanın değerlendirmesinde inflamatuvar artrit bulgusu saptanmamış, yapılan endoskopikincelemelerde inflamatuvar barsak hastalığına ait patoloji izlenmemiştir. Klinik tablo, akne, HSve PG birlikteliği ile seyreden PASH sendromu ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.SonuçPASH sendromu, farklı zamanlarda ortaya çıkan nötrofilik dermatozların ortak birotoinflamatuvar zemin üzerinde geliştiği sendromik bir tabloyu temsil etmektedir. Bu olgu,PASH sendromunda konvansiyonel ve biyolojik tedavilere yetersiz veya geçici yanıtlarıngörülebileceğini ve tedavi yönetiminin zorluklarını ortaya koymaktadır. HS veya PG tanısı ileizlenen hastalarda eşlik eden akne öyküsünün sorgulanması ve atipik klinik birlikteliklerin farkedilmesi, doğru sendromik tanı ve uygun tedavi stratejilerinin belirlenmesi açısından büyükönem taşımaktadır.






Anahtar Kelimeler: Piyoderma gangrenosum, akne, hidraadenitis suppurativa

PS-26

Su ile Belirginleşen Palmar Değişiklikler: Akuajenik Siringeal Akrokeratoderma Olgusu

Pelinsu Özen[1], Filiz Topaloğlu Demir[1]

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

Özet: Akuajenik siringeal akrokeratoderma (ASA), su teması sonrasında palmar bölgede dakikalar içinde ortaya çıkan karakteristik değişikliklerle seyreden nadir bir dermatozdur. Patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, ekrin bezlerde elektrolit taşınmasındaki değişiklikler ve buna bağlı artmış osmotik su tutulumu başta olmak üzere çeşitli mekanizmalar öne sürülmektedir. ASA'nın kistik fibrozis ve heterozigot CFTR mutasyon taşıyıcılığı ile güçlü ilişkisi gösterilmiş olup hiperhidroz, bazı ilaçların kullanımı ve ailesel olgular da bildirilmiştir. 31 yaşında erkek hasta, avuç içlerinde su ile temas sonrasında ortaya çıkan beyazlaşma, kabarma ve yanma hissi şikayetleriyle dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Şikayetlerinin 25–26 yaşlarında başladığı öğrenildi. Hasta satış görevlisi olarak çalışmakta olup mesleki yoğun su maruziyeti tariflemiyordu. Özgeçmişinde bilinen sistemik hastalık veya düzenli ilaç kullanımı yoktu. Palmar hiperhidroz, sigara ve alkol kullanım öyküsü de bulunmamaktaydı. Anne ve baba arasında akrabalık bulunmazken ailede bilinen kistik fibrozis öyküsü yoktu. Bununla birlikte hastanın babasının babasında su temasıyla ortaya çıkan benzer palmar şikayetlerin bulunduğu öğrenildi. Beş dakikalık su immersiyon testi sonrasında bilateral palmar bölgede deri çizgilerinde belirginleşme, ödematöz görünüm ve beyazımsı-translüsent papüller izlendi. Klinik öykü ve su immersiyon testi bulguları birlikte değerlendirilerek ASA tanısı konuldu. Hastaya topikal antiperspirant tedavi başlandı ve botulinum toksin uygulaması tedavi seçeneği olarak önerildi. Takipte topikal tedavi ile şikayetlerinde belirgin gerileme gözlendi. ASA'nın kistik fibrozis ve CFTR disfonksiyonu ile ilişkisi nedeniyle ter klor testi ve CFTR mutasyon analizi ile ileri değerlendirme önerildi. ASA'nın kistik fibrozis hastalarında ve heterozigot CFTR mutasyon taşıyıcılarında artmış sıklıkta görülmesi, hastalığın CFTR disfonksiyonunun kutanöz bir göstergesi olabileceğini düşündürmektedir. Olgumuzda hiperhidroz, ilaç kullanımı ve mesleki yoğun su maruziyetinin bulunmaması dikkat çekicidir. Buna karşılık babasının babasında benzer şikayetlerin bulunması, literatürde bildirilen ailesel olgularla birlikte değerlendirildiğinde olası bir ailesel yatkınlığı düşündürmektedir. Ancak yalnızca aile öyküsüne dayanarak ailesel geçişin kesin olarak gösterilmesi mümkün değildir. ASA'nın tanınması, eşlik edebilecek durumların değerlendirilmesi ve özellikle kistik fibrozis ile CFTR mutasyon taşıyıcılığı açısından gerekli hastaların ileri incelemeye yönlendirilmesi bakımından önemlidir.

Şekil 1. Su immersiyon testi sonrası palmar görünüm



Beş dakikalık su immersiyon testi sonrasında palmar bölgede deri çizgilerinde belirginleşme, ödematöz görünüm ve beyazımsı-translüsent papüller.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis, Akuajenik siringeal akrokeratoderma, Akuajenik keratoderma, Akkiz akuajenik papülotranslusent akrokeratoderma, Akuajenik palmoplantar keratoderma

PS-27

Radyoterapiye Belirgin Klinik Yanıt Veren Pagetoid Retikülozis Olgusu

Uğur Sadık[1], Sevim Baysak[1], Şirin Yaşar[1], Nermin Koç[2], Haldun Şükrü Erkal[3], İlkin Zindancı[1]

[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği
[2]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği
[3]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkoloji Kliniği

Özet: Özet Pagetoid retikülozis, mikozis fungoidesin (MF) nadir görülen lokalize yavaş seyirli varyantıdır1. Bu olguda pagetoid retikülozis tanısı alan bir hastanın radyoterapiye verdiği belirgin klinik yanıt sunulmuştur. Olgu Elli dört yaşında erkek hasta, yaklaşık 1,5 yıldır sol lomber bölgede bulunan kaşıntının eşlik ettiği soliter 10 cm çapında anüler eritemli skuamlı plak lezyon ile tarafımıza başvurdu. Dış merkezde yapılan ilk biyopsisi Sweet sendromu ile uyumlu olarak değerlendirilmiş ve 3 ay süreyle kolşisin tedavisi uygulanmıştı. Lezyonda gerileme olmaması üzerine tarafımızca tekrarlanan biyopsi sonucunda epidermiste belirgin lenfositik epidermotropizm, pagetoid paternde epidermiste dağılan lenfositler, intraepidermal lenfositlerde nükleomegali, bazal tabakada dizilim gösteren lenfositler ve intraepidermal lenfositlerde hiperkromazi izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede CD3 pozitif, CD8 baskın lenfositik infiltrasyon (CD4/CD8: 1/5) saptandı. CD30, perforin ve granzim negatifti. Bulgular pagetoid retikülozis ile uyumlu değerlendirildi. Sistemik değerlendirmede biyokimyasal parametreler normaldi. Periferik kan akım sitometrisinde aberan T-hücre popülasyonu izlenmedi. Ultrasonografik incelemelerde lenfadenopati saptanmadı. Hasta Evre IA (T1bN0M0) olarak değerlendirildi. Hastaya topikal beksaroten ve klobetazol propiyonat tedavisi başlandı. Topikal tedaviden yanıt alınamaması üzerine hastaya günlük radyoterapi başlandı, 26 doz lokal radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonrasında 1.ay kontrolünde eritem ve infiltrasyonun tamamen gerilediği ve lezyonun postinflamatuvar hipopigmentasyon bırakarak iyileştiği gözlendi. Bu olgu, nadir görülen pagetoid retikülozisin inflamatuvar dermatozları taklit edebileceğini ve lokalize hastalıkta radyoterapinin belirgin klinik yanıt sağlayabileceğini göstermektedir. Tartışma Pagetoid retikülozis (PR), lokalize ve genellikle yavaş seyirli bir kutanöz T-hücreli lenfoma varyantıdır1. Kliniği genellikle ekstremite yerleşimli yama ve plak şeklinde görülmektedir2. Psoriasis ve tinea corporis gibi benign dermatozları taklit edebilmesi, tanıda gecikmeye neden olabilmektedir3. Olgumuzda da başlangıçta Sweet sendromu düşünülerek kolşisin tedavisi uygulanmış, lezyonun devam etmesi üzerine tekrarlanan biyopsi ile tanıya ulaşılmıştır. Histopatolojik olarak yoğun lenfosit infiltrasyonu, nükleomegali, belirgin epidermotropizm ve pagetoid patern izlenmektedir2. Bizim olgumuzda da benzer bulgular görülmüştür. PR lezyonlarında CD4+ fenotip daha sık bildirilmekle birlikte, CD8+ ve CD30+ fenotipli olgular da tanımlanmıştır2. Olgumuzda CD8 baskın lenfositik infiltrasyon (CD4/CD8: 1/5) saptanmıştır olup CD30- olarak bulunmuştur. PR tedavisinde topikal beksaroten, fototerapi, cerrahi eksizyon ve radyoterapi gibi lokal tedavi seçenekleri kullanılmaktadır4. Olgumuzda 26 doz lokal radyoterapi uygulanmış ve tama yakın klinik gerileme gözlenmiştir. Bu olgu lokalize PR hastalarında radyoterapinin etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini desteklemektedir. Sonuç Pagetoid retikülozis, klinik olarak inflamatuvar dermatozları taklit edebilen nadir bir kutanöz T-hücreli lenfoma varyantıdır. Tedaviye dirençli veya atipik özellik gösteren lokalize plak lezyonlarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli ve tanı histopatolojik inceleme ile doğrulanmalıdır. Lokalize hastalıkta radyoterapi, etkili bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. Olgumuz, radyoterapinin lokalize pagetoid retikülozistе hızlı ve belirgin klinik yanıt sağlayabileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Resim-1



Resim-2



Anahtar Kelimeler: Mikozis Fungoides, Pagetoid Retikülozis, Radyoterapi

PS-28

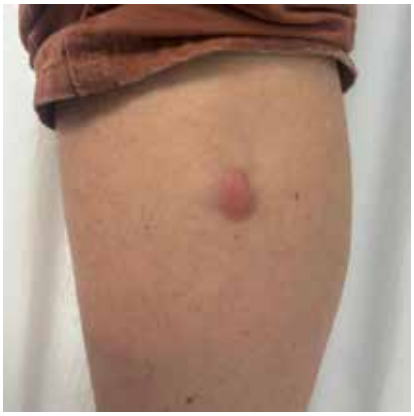
Klinik Olarak Farklı İki Yüzüyle Dermatofibrosarkoma Protuberans: İki Olgu Sunumu

Sema Altan Tezcan[1], Sevim Baysak[1], Şirin Yaşar[1], Ayça Yağar[1], Seda Mazmanoğlu Atılman[2], Gülistan Gümrükçü[2], İlkin Zindancı[1]

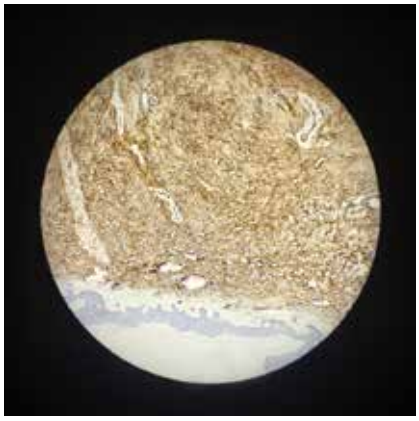
[1]SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[2]SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Özet: GİRİŞ Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP), genellikle orta yaş erişkinlerde görülen, yavaş büyüyen, lokal agresif, metastaz potansiyeli düşük bir deri sarkomudur (1). İnfiltratif büyümesi ve lokal rekürrens eğilimi nedeniyle erken tanı ve tam cerrahi eksizyon gerekir; ancak sinsi seyri ve taklitçi görünümleri tanıyı sıklıkla geciktirir (1,2). Bu çalışmada, klinik olarak iki farklı DFSP olgusu sunularak ayırıcı tanıdaki önemine dikkat çekilmesi amaçlandı. OLGU Olgu 1: Kırk altı yaşında erkek hasta, sol kruris süperior posterolateralinde 10 yıldır bulunan, son dönemde büyüme ve ağrı tariflenen 15x11 mm boyutunda sert, fikse, pembe nodüler lezyonla başvurdu. Kutane lenfoma, DFSP ve sarkoidoz ön tanılarıyla alınan punch biyopside CD34 ile diffüz ekspresyon saptanması üzerine DFSP tanısı koyularak total eksizyon uygulandı. 2,6x2x1 cm boyutlu tümörde mitoz 4/10 BBA idi; nekroz, lenfovasküler invazyon ve cerrahi sınırlarda tümör görülmedi; taban sınırına uzaklık 0,4 cm idi. Akciğer grafisi normaldi, USG'de patolojik lenfadenopati saptanmadı. Olgu 2: Elli bir yaşında kadın hasta, sol omuz anterolateralinde 1 yıldır bulunan 12x10 mm boyutunda hiperpigmente atrofik plakla başvurdu. Morfea, liken sklerozus et atrofikus ve DFSP ön tanılarıyla yapılan punch biyopside tümör hücrelerinde CD34 ile yaygın boyanma görülmesi üzerine tanı DFSP olarak raporlandı. Lezyon total eksize edildi. TARTIŞMA DFSP en sık gövdede (%50–60) ve proksimal ekstremitelerde (%20–30) yerleşir; omuz bilinen predileksiyon bölgesiyken ilk olgumuzdaki kruris yerleşimi görece nadirdir (1). On yıllık öykü literatürdeki tanı gecikmeleriyle uyumlu olup, lezyonun ağrılı hale gelip büyümesi plak evresinden nodüler evreye geçişle örtüşmektedir. Nekroz ve fibrosarkomatöz dönüşümün olmaması olumlu prognostik göstergelerdir (1). İkinci olgumuz, literatürde az sayıda bildirilen, kadınlarda yaklaşık iki kat sık görülen ve genellikle morfea, skar veya atrofodermayla karıştırılarak yıllarca tanı almadığı bildirilen atrofik varyantı temsil etmektedir. Erken biyopsi alınması sayesinde tanı bir yıl içinde, plak evresinde konulmuştur (3,4). Tedavide EADO-2024 kılavuzu ilk seçenek olarak Mohs mikrografik cerrahiyi, ikinci seçenek olarak fasyayı içeren 2–3 cm sınırlı geniş eksizyonu önermektedir (2). Metaanalizlerde nüks geniş eksizyonda %9–13, Mohs ile %0–3 bildirilmiştir (5,6). Olgumuzdaki 0,4 cm'lik alt sınır yakınlığı nedeniyle nüks riski göz önüne alınarak multidisipliner değerlendirme ve uzun süreli izlem planlanmıştır (2,7). Kısıtlılıklarımız; kılavuzların önerdiği COL1A1-PDGFB füzyonuna yönelik FISH/moleküler incelemenin yapılamaması ve izlem sürelerinin kısalığıdır. SONUÇ DFSP'nin "protuberans" adının aksine her zaman nodüler/protuberan görünümde olmayabileceği akılda tutulmalıdır. Özellikle atrofik, hiperpigmente veya morfea-benzeri persistan lezyonlarda DFSP ayırıcı tanıda yer almalıdır. Yeterli derinlikte biyopsi ve CD34 immünhistokimyası tanının temel bileşenleridir. Temiz cerrahi sınır en önemli prognostik faktördür; yakın sınırlı olgular nüks açısından 5–10 yıl izlenmeli, olanak olan merkezlerde moleküler doğrulama ve Mohs cerrahisi tercih edilmelidir (2,7).

Olgu 1



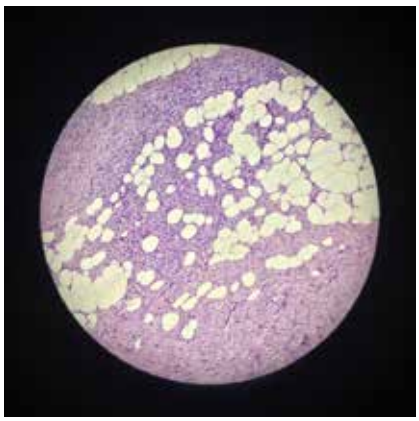
Patoloji 1



Olgu 2



Patoloji 2



Anahtar Kelimeler: Dermatofibrosarkoma Protuberans, Deri Sarkomu, CD34, Mohs mikrografik cerrahi

PS-29

Nadir Bir Genodermatoz : Konjenital Hipotrikozun Eşlik Ettiği Maküler Distrofi

Baran Serhat Gün[1], Veysi Yılmaz[1], Ayşe Deniz Yücelten[1], Çekdar Kapazan[2]

[1]Marmara Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı
[2]Marmara Üniversitesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

Özet: Konjenital Hipotrikozun Eşlik Ettiği Juvenil Maküler Distrofi (HJMD), CDH3 genindeki homozigot patojenik varyantlara bağlı gelişen, nadir görülen otozomal resesif bir genodermatozdur. Literatürde yaklaşık 70 olgu bildirilmiş olup hipotrikoz erken çocukluk döneminde ortaya çıkarken maküler distrofi ilerleyen yaşlarda gelişebilmektedir.Altı yaşında erkek hasta, saçlarda doğuştan itibaren mevcut seyreklik ve uzama geriliği nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede özellikle frontotemporal bölgede belirgin hipotrikoz saptandı. Trikoskopik incelemede seyrek folikül yerleşimi dışında patolojik bulgu izlenmedi; trikogram ve saç dökülmesine yönelik laboratuvar incelemeleri normaldi. Diş ve tırnak anomalisi ile palmoplantar keratoderma saptanmadı. Klinik ekzom sekanslama sonucunda CDH3 geninde homozigot patojenik mutasyon saptanarak HJMD tanısı konuldu. Üç yaşından beri ambliyopi nedeniyle takip edilen hastanın oftalmolojik değerlendirmesinde optik disk ve makülada mevcut patoloji saptanmadı. Hasta ilerleyen dönemde gelişebilecek görme kaybı açısından bilgilendirilerek dermatoloji ve göz hastalıkları tarafından multidisipliner takibe alındı.Sonuç olarak, çocukluk çağında açıklanamayan konjenital hipotrikoz saptanan hastalarda, henüz göz bulguları gelişmemiş olsa dahi CDH3 ilişkili HJMD akılda tutulmalı ve erken oftalmolojik takip planlanmalıdır.

Frontotemporal bölgede yoğunlaşmış seyreklik



Anagen effluviumu andıran diffüz seyrek ve kırılgan saçlar , frontotemporal bölgede yoğunluk gösterdiği görülmekte

Anahtar Kelimeler: Hipotrikoz, Juvenil, Distrofi, Kadherin

PS-30

Acil Serviste Stevens-Johnson Sendromunu Taklit Eden Eritema Multiforme Major Olgusu

Erişcan Melih Kırsoy[1], Mustafa Tümtürk[2], Nazlı Caf[3], Zafer Türkoğlu[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]İstinye Üniversitesi, Ulus Liv Hospital, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet: Giriş-Amaç:Eritema multiforme (EM), çoğunlukla enfeksiyonlar ve daha nadiren ilaçlarla tetiklenen, akut immün aracılı bir mukokutanöz reaksiyondur. Akral yerleşimli, simetrik tipik veya atipik hedef benzeri lezyonlarla karakterizedir; mukozal tutulum varlığında EM major olarak sınıflandırılır (1,2).Bu bildiride acil servise mukokutanöz lezyonlarla başvuran 34 yaşında kadın EM major olgusu; klinik morfoloji, mukozal tutulum, SJS/TEN ayırıcı tanısı ve acil servis yönetimi açısından sunuldu.Olgu:Otuz dört yaşında kadın hasta, dudaklarda ağrılı erozyon, oral alımda azalma ve el-ayaklarda döküntü yakınmalarıyla acil servise başvurdu. Muayenede dudaklarda ödem, erozyon ve hemorajik krutlanma; oral mukozada ağrılı erozyonlar izlendi. Bilateral el dorsalleri, ayak tabanları, ayak bilekleri ve diz çevresinde eritemli-viyolase, yer yer santral renk koyulaşması gösteren hedef benzeri papül ve plaklar mevcuttu (Şekil 1). Nikolsky bulgusu negatif olup yaygın epidermal ayrışma ve sistemik toksisite saptanmadı. Akral-simetrik dağılım, targetoid morfoloji ve oral mukozal tutulum nedeniyle olgu EM major ile uyumlu değerlendirildi. Oral alım kısıtlılığı ve SJS/TEN ayırıcı tanısı nedeniyle dermatoloji servisine yatırıldı. İzlemde sıvı-elektrolit desteği, analjezi, oral mukoza bakımı ve topikal tedavi ile lezyonlarda gerileme izlendi. Olası HSV ilişkili EM major ve rekürrens riski nedeniyle taburculuk sonrası 6 ay süreyle valasiklovir 500 mg günde iki kez profilaktik olarak başlandı.Tartışma:Acil serviste EM major, hemorajik oral mukozit ve yaygın döküntü nedeniyle Stevens-Johnson sendromu (SJS) ve toksik epidermal nekroliz (TEN) ile karışabilir; bu ayrım prognoz ve tedavi yaklaşımı açısından kritiktir (3,4).SonuçAkral hedef benzeri lezyonlara eşlik eden hemorajik keilit ve oral mukozit EM majoru destekler. SJS/TEN ayrımında lezyon paterni, epidermal ayrışma, Nikolsky bulgusu ve sistemik tutulum değerlendirilmeli; erken dermatoloji konsültasyonu yatış kararını yönlendirmelidir.

Şekil 1: Oral mukozada ağrılı erozyonlar, hemoraji ve krutlanma; bilateral el dorsallerinde, ayak bileklerinde ve dizlerde hedef benzeri lezyonlar.



Anahtar Kelimeler: Eritema Multiforme, Stevens-Johnson Sendromu, Toksik Epidermal Nekroliz, Mukozit

PS-31

Erüptif Siringoma: Likenoid Dermatozları Taklit Eden Bir Olgu

Eda Falay[1], Filiz Cebeci Kahraman[1]

[1]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Özet: Giriş/Amaç; Siringoma, ekrin ter bezi kanalının terminal duktuslarından köken alan, benign bir adneksiyal tümördür. Erüptif tip, siringomanın nadir görülen bir varyantı olup, gövdenin iki veya daha fazla bölgesinde ani ortaya çıkan çok sayıda papül ile karakterizedir ve klinik özgüllüğünün düşük olması nedeniyle sıklıkla yanlış tanı alır. Bu bildiride, likenoid dermatozlarla karışan bir erüptif siringoma olgusu, ayırıcı tanı sürecine dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur. Bulgular/Olgu: Yirmi dokuz yaşında kadın hasta, yaklaşık 2-3 yıldır gövde ön yüzünde sınırlı, çok sayıda pembe renkli papül yakınmasıyla polikliniğe başvurdu (Fotoğraf-1). Oral mukoza ve genital bölge tutulumu saptanmadı. Hastaya likenoid erüpsiyon düşünülerek topikal mometazon furoat krem önerildi; 2 hafta sonraki kontrolde lezyonlarda gerileme izlenmedi. Kan tetkikleri normal sınırlarda saptandı. Erüptif liken planus ve liken nitidus ön tanılarıyla lezyonlardan punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede dermiste multipl kistik lümenler ve solid hücre kordonları, bazı duktuslarda komma şeklinde uzantılar izlendi; bulgular siringoma ile uyumlu bulundu. Hastaya lazer tedavisi önerildi, ancak hasta bu tedaviyi kabul etmedi; topikal adapalen ile takibe alındı. Hasta 2 aydır tedaviyi kullanmakta olup henüz regresyon izlenmemiştir, tedaviye devam etmektedir. Tartışma: Literatürde erütif siringomanın kadınlarda daha sık görüldüğü, sıklıkla adolesan veya genç erişkin dönemde ortaya çıktığı ve en sık boyun, göğüs ve karın bölgelerini tuttuğu bildirilmiştir(1). Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olup, ekrin duktal hiperplazisinin kronik enflamasyon, hormonal faktörler veya otoiümün mekanizmalarla tetiklenebileceği öne sürülmektedir(1,2). Klinik olarak folikülit, verrü plana, liken planus, liken nitidus, kutanöz mastositoz gibi birçok dermatoz ile karışabildiğinden, tanı genellikle gecikmektedir(2). Dermoskopi ve reflektans konfokal mikroskopi tanıya katkı sağlayabilse de, kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır(2). Benzer şekilde, gövde yerleşimli, kronik ve asemptomatik seyirli generalize erüptif siringoma olgularında da tedavi uygulanmaksızın stabil izlem bildirilmiştir(3).Olgumuzda da olduğu gibi, topikal tedaviye yanıtsızlık ve lezyonların ısrarcı seyri, ayırıcı tanı açısından biyopsiyi gerekli kılmıştır. Sonuç: Gövdede yerleşen, tedaviye dirençli, kronik seyirli popüler döküntülerin ayırıcı tanısında erüptif siringoma akılda tutulmalı ve şüpheli olgularda histopatolojik doğrulama yapılmalıdır. Bu olgu, sık karşılaşılan likenoid görünümlü siringoma vakalarının erken tanınmasının önemine dikkat çekmektedir.Bu çalışma için herhangi bir kurum veya kuruluştan destek alınmamıştır. Yazarların herhangi bir finansal çıkar çatışması bulunmamaktadır. Kaynaklar: 1. Lei H, Wang Z, Ma X, Zhang Z, Feng Y, Zheng Y. Eruptive syringomas: Summary of ninety cases and a brief literature review. J Cosmet Dermatol. 2023;22(3):1128-1133.2. Rydz A, Żółkiewicz J, Kunc M, Sławińska M, Sobjanek M, Nowicki RJ, Lange M. Eruptive Syringoma—Clinical, Dermoscopic, and Reflectance Confocal Microscopy Features. Diagnostics. 2025;15(1):110.3. Chai S, Wei A, Tao R. Generalized eruptive syringomas. Skin Health Dis. 2026;6:75.

Fotoğraf-1



Hastanın gövdesinde bulunan multipl milimetrik düzgün yüzeyli pembe renkli papüller

Anahtar Kelimeler: erüptif siringoma, siringoma, likenoid erüpsiyon

PS-32

30 Yıllık Seyir Sonunda Tedavi Edilen Bir Lupus Vulgaris Olgusu

Gönül Ece Erk[1], Doğa Ergün[1], Filiz Cebeci Kahraman[1], Gülname Fındık Güvendi[1]

[1]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Özet: GİRİŞ: Kutanoz tüberküloz, ekstrapulmoner tüberkülozun nadir görülen formlarından biridir. Lupus vulgaris, kronik seyirli ve paucibasiller bir kutanöz tüberküloz formudur. Klinik morfolojisinin değişken olması ve mikrobiyolojik testlerin sıklıkla negatif sonuçlanabilmesi tanısal güçlük oluşturur. Bu nedenle tanıda klinik, histopatolojik bulgular ve gerektiğinde tedaviye alınan yanıt birlikte değerlendirilmelidir (1,2). OLGU: 70 yaşında erkek hasta, sol kolunda yaklaşık 30 yıldır mevcut olan ve zamanla genişlediği ifade edilen kırmızı-morumtırak yama lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastada ve ailesinde geçirilmiş tüberküloz öyküsü yoktur. Dermatolojik muayenede sol üst ekstremitede dirsek hizasından posterior aksiller bölge, omuz ve skapular alana uzanan; keskin sınırlı olmayan, yer yer birleşme eğiliminde, pembe-viyolase, yer yer yapışık skuamların ve epidermal atrofinin eşlik ettiği infiltratif geniş plak lezyonlar izlendi (Figür 1). Sol bel hizasında 5x5 cm boyutunda benzer özellikte plak ve sağ kulak memesinde 1 cm çapında eritemli, hafif skuamlı plak lezyon saptandı (Figür 2,3). 1 yıldır topikal naftifin kullandığı öğrenildi. Tüberkülin Deri Testi (PPD) ve ELISA istendi. PPD 20 mm idi. Bunun dışındaki rutin biyokimya ve serolojik testleri normaldi. Akciğer grafisinde patolojik bulgu saptanmadı. 2 farklı bölgedenpunch biyopsi alındı. Histopatolojide dermal granülomlar, yer yer birleşme eğilimi gösteren fokal spotty/fibrinoid nekroz alanları görüldü (Figür 4). Punch biyopsi sonucu mikobakteriyel enfeksiyon ile uyumlu olarak raporlandı. KOH incelemesi için kazıntı alındı. Mikobakteri kültürü, PCR, ARB ve KOH incelemeleri negatifti. Enfeksiyon Hastalıkları ile konsülte edilerek anti-tüberküloz tedavi başlandı. Anti-tüberküloz tedavi için ilk 2 ay dörtlü tedavi (izoniazid, rifampisin, pirazinamid, etambutol) başlandı. Ardından ikili tedavi (izoniazid, rifampisin) 7 ay boyunca devam edildi. Hasta takibe alındı. Tedavi süresince plakların infiltrasyonunda azalma ve renklerinde solma ile klinik regresyon gözlendi (Figür 1). 9 ayın sonunda aktif lezyon saptanmadı, mevcut lezyonlar atrofik yamalar ve postinflamatuar hiperpigmentasyon ve hipopigmentasyon ile iyileşti. TARTIŞMA: Lupus vulgaris, kronik ve yavaş ilerleyen seyriyle tanısı gecikebilen bir kutanöz tüberküloz formudur. Paucibasiller yapısı nedeniyle mikobakteri kültürü, PCR ve ARB incelemeleri sıklıkla negatif sonuçlanmaktadır. Geniş ve atipik tutulum, mikrobiyolojik testlerin negatifliği ile 30 yıl süren bir tanısal zorluk yaşanmıştır. Klinik görünüm, biyopsinin tanısal desteği ile tedaviden tanıya gidilerek lupus vulgaris tanısı doğrulanmıştır. Hasta 9 aylık tedavi sonunda yaklaşık 1 yıl takip edilmiştir. Olguda nüks saptanmamıştır. Uzun süreli lupus vulgaris olgularında skuamöz hücreli karsinom gelişme riski bildirildiğinden tedavi sonrasında dermatolojik takip önerilmektedir (1-3). SONUÇ: Lupus vulgaris; nadir görülmesi, değişken klinik görünümü ve paucibasiller yapısıyla tanısal güçlük oluşturabilen bir kutanöz tüberküloz formudur. Mikrobiyolojik testlerin negatifliği tanıyı dışlamamaktadır. Klinik ve histopatolojik korelasyonla beraber anti-tüberküloz tedaviye alınan klinik yanıt tanıda önemli ipuçları sağlar (3).

Figür 1



Sol üst ekstremitede dirsek hizasından posterior aksiller bölge, omuz ve skapular alana uzanan pembe-viyolase, skuamlı, likenifiye plaklar. / Tedavi sonrası plakların infiltrasyonunda azalma ve renklerinde solma ile klinik regresyon.

Figür 2



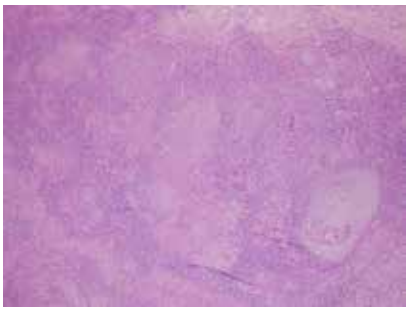
Sol bel hizasında 5x5 cm boyutundapembe-viyolase, skuamlı, likenifiye plak

Figür 3



Sağ kulak memesinde yaklaşık 1 cm çapında eritemli, hafif skuamlı plak

Figür 4



Dermal granülomlar, yer yer birleşme eğilimi gösteren fokal spotty/fibrinoid nekroz alanları (PAS, X100)

Kaynakça

1. World Health Organization. WHO Tuberculosis Programme: Framework for Effective Tuberculosis Control. WHO/TB/94.179

2. Hill MK, Sanders CV. Cutaneous Tuberculosis. Microbiol Spectr. 2017 Jan;5(1):10.1128/microbiolspec.tnmi7-0010-2016. doi: 10.1128/microbiolspec.TNMI7-0010-2016. PMID: 28233513; PMCID: PMC11687432.

3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2019. Sağlık Bakanlığı 1129.

Anahtar Kelimeler: Lupus Vulgaris, Paucibasiller, Kutanöz Tüberküloz, Dermal Granülom

PS-33

Nötrofilik Dermatozlar Spektrumunda Zorlu Bir Durak: Piyoderma Gangrenosum Olgusu

Eray Aydoğdu[1], Ali Alcan[1], Melis Gönülal[1], Melis Gönülal[2], Halil Hakan Özgür[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir

Özet: Piyoderma gangrenosum, ülserlerle karakterize, nadir görülen nötrofilik bir dermatozdur. Kutanöz lezyonları çok farklı görünümlerde karşımıza çıkabilir. Eritemli papüller, püstüller, nodüller ve/veya büller olarak başlayıp hızla genişleyen, ağrılı, eritemli ve viyolase kenarlı ülserlere progrese olabilir. En sık alt ekstremitelerde ortaya çıkmaktadır. Paterji pozitifliği karakteristiktir. Lezyonlar kendiliğinden gerileyebileceği gibi kronik, progresif bir seyir de gösterebilir. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları, inflamatuvar artritler, bazı hematolojik maligniteler, monoklonal gammopatiler ve solid maligniteler ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Hastalığın patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, inflamazom yapıları başta olmak üzere doğal immün sistemin belirgin aktivasyonu söz konusudur.Diabetes mellitus, hipertansiyon ve koroner arter baypas öyküsü bulunan 71 yaşında kadın hasta, sol bacakta ağrılı ve akıntılı lezyon şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol tibiada viyolase kenarlı ülseratif lezyon saptanması üzerine piyoderma gangrenosum ön tanısıyla yatırılarak ileri tetkik ve tedaviye alındı. Tanısal amaçlı punch biyopsi alındı. Olası arteriyel ve/veya venöz yetmezlik nedenli ülseri dışlamak amacıyla çekilen Doppler ultrasonunda herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya ilk aşamada sistemik metilprednisolon, sistemik antibiyotik, topikal klobetazol propiyonat, topikal fusidik asit ve aralıklı intralezyonel triamsinolon asetonid tedavileri uygulandı. Histopatolojik incelemenin piyoderma gangrenosum ile uyumlu bulunması üzerine tedaviye intravenöz immünoglobulin ve infliksimab eklendi; takip sürecinde tekrarlayan intravenöz immünoglobulin ve infliksimab kürleri uygulandı. Kombine immünmodülatör tedavi ile lezyon boyutlarında küçülme ve klinik yanıt sağlanan hastanın takip ve tedavisine intravenöz immünoglobulin, infliksimab ve aralıklı intralezyonel kortikosteroid ile devam edilmektedir. Piyoderma gangrenosum tedavisinde sistemik kortikosteroidler ve immünsüpresif ajanlar temel tedavi seçenekleri arasında yer almakla birlikte, dirençli olgularda intravenöz immünoglobulin ve biyolojik ajanlar alternatif tedavi seçenekleri arasında değerlendirilmektedir. Olgumuzda farklı dönemlerde tekrarlanan intravenöz immünoglobulin tedavilerine ek olarak infliksimab tedavisinin de uygulanması, tedavinin uzun süreli ve çoklu immünmodülatör yaklaşımlar gerektirdiğini göstermektedir. Nadir görülen bir olgu olması ve piyoderma gangrenosumda intravenöz immünoglobulin ile infliksimabın birlikte değerlendirildiği tedavi yaklaşımlarına dikkat çekmesi açısından olgumuzun literatüre katkı sağlaması amacıyla sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Piyoderma Gangrenosum, İntravenöz İmmünoglobulin, Nötrofilik Dermatoz

PS-34

Pembrolizumab İlişkili Nadir İmmün Yan Etki: Rekürren Eritema Nodosum Benzeri Kutanöz Reaksiyon

Seray Başak Bozkurt[1], Melis Gönülal[1], Melis Gönülal[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

Özet: İmmün kontrol noktası inhibitörleri, kanser tedavisinde giderek daha yaygın kullanılan ve farklı organ sistemlerini etkileyebilen immün ilişkili advers olaylara yol açabilen ajanlardır. Kutanöz immün ilişkili advers olaylar, immünoterapi uygulanan hastaların yaklaşık %40'ında görülür; başlıca makülopapüler, psöriyaziform, likenoid ve egzematöz erüpsiyonlar, otoimmün büllöz hastalıklar, pigmentasyon bozuklukları, pruritus, oral mukoza tutulumu, saç ve tırnak değişiklikleri ve ayrıca nadir görülen, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bazı toksisiteleri kapsamaktadır. Pembrolizumab tedavisi ile ilişkili olarak döküntü yaklaşık %12–17, pruritus %17–20 ve vitiligo %7–8 oranında bildirilmektedir. Panniküilit ve özellikle eritema nodosum benzeri reaksiyonlar ise nadir görülen kutanöz immün ilişkili advers olaylar arasında yer almaktadır. Bu olguda, uzun süreli pembrolizumab tedavisi sırasında tekrarlayan eritemli ve hassas nodüler lezyonların sunulması amaçlanmıştır. Herhangi bir ek hastalığı olmayan 41 yaş kadın hasta, serviks kanseri tanısıyla yaklaşık iki yıldır pembrolizumab tedavisi almaktadır. Tedavi sürecinde alt ekstremitede tekrarlayan eritemli nodüler lezyonlar gelişmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede sağ bacak ön yüzde yaklaşık 2 cm çapında, eritemli, palpasyonla hassas, soliter nodüler lezyon saptandı. Mevcut lezyonun pembrolizumab tedavisi sırasında gelişen üçüncü benzer reaksiyon olduğu belirlendi. Klinik özellikleri ve tekrarlayıcı seyri doğrultusunda pembrolizumab ilişkili eritema nodosum benzeri reaksiyon olarak değerlendirildi. Hastamız biyopsi alınmasını istemedi. Hastaya sistemik 40 mg metilprednisolon iv tek doz uygulandı ve topikal mometazon furoat önerildi. Pembrolizumab tedavisine ara verilmedi. Mevcut atağa ait lezyonun birinci, ikinci ve üçüncü günlerdeki klinik görünümü seri fotoğraflama ile dokümante edildi. Hastamız tedavisinin 7.gününde tamamen eski haline dönüş sağladı. Kutanöz immün ilişkili advers olayların çoğu hafif seyretmekle birlikte, immünoterapi sırasında klinik olarak farklı inflamatuvar dermatozları taklit edebilen nadir reaksiyonlar da ortaya çıkabilmektedir. Eritema nodosum benzeri kutanöz reaksiyon, immün kontrol noktası inhibitörleri tedavisi ile ilişkili nadir kutanöz reaksiyonlardan biri olup, literatürde pembrolizumab kullanımı sonrasında gelişen olgular sınırlı sayıdadır. Bu nedenle, pembrolizumab tedavisi sırasında özellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkan tekrarlayan, hassas eritemli nodüllerde ilaç ilişkili eritema nodosum benzeri reaksiyon ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Pretibial bölgede yaklaşık 2 cm çapında, eritemli nodüler lezyon.



Lezyonun 2. gündeki klinik görünümü.



Lezyonun 3. gündeki klinik görünümü.



Tedavinin 7. gününde lezyonun tamamen gerilediği izlenmektedir.



Anahtar Kelimeler: eritema nodosum, immünoterapi, pembrolizumab

PS-35

Androjenetik Alopeside Eksozom Temelli Rejeneratif Yaklaşım: Kordon Kaynaklı Eksozom Uygulanan Bir Olgu

Uğur Kılıçaslan[1]

[1]*İzmir Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Özet: Androjenetik alopesi (AGA), genetik yatkınlık ve androjen duyarlılığı ile ilişkili, saç foliküllerinin giderek daha ince ve kısa saç üretmesiyle seyreden en sık skarsız alopesi tipidir. Mevcut farmakolojik tedaviler etkili olmakla birlikte değişken tedavi yanıtı, uzun süreli kullanım gereksinimi ve hasta uyumu gibi nedenlerle rejeneratif tedavi seçeneklerine yönelik ilgi artmaktadır. Protein, lipid, büyüme faktörleri, mRNA ve mikroRNA gibi biyolojik olarak aktif moleküller taşıyan eksozomların saç folikülü mikroçevresi ve dermal papilla hücreleri üzerindeki olası etkileri, AGA tedavisindeki potansiyellerini gündeme getirmiştir. Bu olguda, saç ekimi sonrasında yeterli saç yoğunluğuna ulaşılamayan AGA'li bir hastada insan Wharton jeli kaynaklı eksozom uygulaması sonrasında gözlenen klinik değişimin sunulması amaçlanmıştır. Kırk yaşında erkek hastanın dermatolojik muayenesinde frontotemporal ve verteks bölgelerde belirgin saç yoğunluğu kaybı ve saç şaftlarında incelme saptandı. Daha önce saç ekimi uygulanmış olmasına rağmen beklenen saç yoğunluğu sağlanamamış ve yaklaşık altı aylık %5 topikal minoksidil kullanımından yeterli klinik yanıt alınamamıştı. Hemogram, serum ferritin ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Hastaya rejeneratif tedavi amacıyla insan Wharton jeli kaynaklı eksozom, iki ay arayla toplam üç seans olacak şekilde frontal, frontotemporal ve verteks bölgelere intradermal olarak uygulandı. Tedavi süresince finasterid kullanılmadı. Üç seans sonunda başlangıca kıyasla özellikle frontal ve verteks bölgelerde saçlı deri görünürlüğünde azalma ve görsel saç yoğunluğunda artış izlendi. Hasta tedavi sonucundan memnuniyet bildirdi ve takip süresince lokal veya sistemik advers olay gözlenmedi. Bu olguda insan Wharton jeli kaynaklı eksozom uygulaması sonrasında klinik olarak gözlenebilir saç yoğunluğu artışı gözlenmiştir. Bulgular, eksozom temelli rejeneratif yaklaşımların özellikle saç ekimi sonrasında yeterli saç yoğunluğuna ulaşılamayan AGA olgularında tamamlayıcı bir seçenek olarak araştırılabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, etkinlik ve güvenliliğin ortaya konması, optimal uygulama protokollerinin belirlenmesi ve gözlenen etkinin objektif olarak doğrulanması için standartlaştırılmış ölçümlerin kullanıldığı kontrollü klinik çalışmalara gereksinim vardır.

A



B



C



D



Anahtar Kelimeler: Androjenetik alopesi, Eksozom, Rejeneratif tedavi, Saç ekimi, Wharton jeli

PS-36

Nadir Görülen Bir Olgu: Dyschromatosis symmetrica hereditaria (DSH)

Merve Demir[1]

[1]*İzmir Demokrasi Üniversitesi*

Özet: Nadir Görülen Bir Olgu: Dyschromatosis symmetrica hereditaria (DSH) Merve Demir, Fatma Aslı Hapa İzmir Demokrasi Üniversitesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İzmir GİRİŞ: Dyschromatosis symmetrica hereditaria (DSH) özellikle distal ekstremitelerin dorsal yüzeylerinde gelişen hipo-hiperpigmente maküllerle seyreden genetik bir cilt hastalığıdır. (1) Hastalıkla ilgili vakalar özellikle Japonya, Çin, Kore gibi Doğu Asya ülkelerinden bildirilmiş olup literatürde Türkiye, Avrupa, Hindistan, Güney Amerika'dan bildirilen vakalar mevcuttur (2)(3). Hastalık en sık ADAR genindeki OD kalıtılan mutasyonla ilişkilendirilmektedir ve genellikle 6 yaş civarında ortaya çıkmaktadır. (3) OLGU: Kol ve bacaklarda yoğunlaşan ancak sırtta da bulunan beyaz lekeler yakınması olan 12 yaşındaki erkek hasta Ağustos 2026'da kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede erkek hastada ekstremite distallerinde yoğunlaşan ancak sırtta da bulunan hipopigmente maküller izlendi. Lezyonların ekstremitelerde simetrik dağılımı dikkat çekmekteydi. Hastanın kız kardeşinde de benzer yakınmaları olduğu öğrenildi. Kız kardeşin muayenesinde de ekstremitelerde yoğunlaşan hipopigmente maküller olduğu görüldü. Aile hikayesi sorgulandı. Hastaların anne ve babasında akraba evliliği olduğu öğrenildi. Hastalar klinik takibe alındı. Güneşten korunma hakkında bilgilendirildi. TARTIŞMA: DSH oldukça nadir görülen bilinen küratif bir tedavisi olmayan genetik bir hastalıktır. Hastalıkta sistemik tutulum oldukça nadir olmakla beraber özellikle okul çağında başlaması ve bilinen kesin bir tedavisi olmaması nedeniyle kozmetik kaygılara neden olmaktadır. Ancak lazer uygulanmaları tedavide denenmekte olup çalışmalar henüz yetersizdir. Topikal steroidler, kalsinörin inhibitörleri, kalsipotriol tedavide denemiş ancak herhangi bir gerileme izlenmemiştir. (4) (5) Güneşten korunma hastalık seyri açısından oldukça önem taşımaktadır. (1) SONUÇ: Literatür tarandığında DSH oldukça nadir görülen bir hastalık olup özellikle Doğu Asya'da sık görülmektedir. (1) Ülkemizde bildirilen vaka sayısı oldukça sınırlıdır (3). Hastalık erken yaşta başlamasına rağmen oldukça nadir görüldüğü için hastaların tanı alması gecikmekte, hastalığın bilinirliğinin az olması hastaların tanı alıp tedavi seçeneklerinin daha erken değerlendirilmesinin önüne geçmektedir. Bilinen kesin bir tedavisi olmayan bu hastalık için genetik mutasyonla tanısı doğrulanmış hastalara genetik danışmanlık verilmesi gündeme getirilebilir.

1



Dsh 1

Dsh 2



Dsh 3



Kızkardeş



Anahtar Kelimeler: pigmentasyon bozukluğu, Dyschromatosis symmetrica hereditaria, genetik dermatozlar

PS-37

Secukinumab Tedavisine Bağlı Dermatit Gelişen Olgu

Namık Doğan[1]
[1]*Seyfi Demirsoy EAH*

Özet: AMAÇ Psöriazis tedavisi için biyolojik ajan kullanan hastalarda tedaviye bağlı gelişen dermatit olgusu üzerinden bu tedavilere bağlı meydana gelen kutanöz yan etkileri araştırmak ve yan etkilerin oluşmasına neden olan risk faktörlerini incelemek.OLGU 27 yıldır psöriasis tanısı olan 53 yaşında kadın hasta 10 yıl topikal KS ve 3 ay PUVA tedavisi almıştı. Hasta bu tedavilere kısmi yanıt gösterse de tam remisyon görülememişti.Hastaya konvansiyonel tedavi olarak MTX 15 mg/hafta kullanmıştı. Ekim 2018'de kliniğimize ilk başvurusunda PASI skoru 16 olarak değerlendirildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde diz, dirsek ve gövdede eritemli skuamlı plak tarzında lezyonları vardı.Eşlik eden eklem tutulumu bulgusu görülmedi.Hastanın ek olarak MS hastalığı mevcuttu Hastanın kliniğimizde tarafımızca değerlendirilmesi sonucu hastaya secukinumab 300 mg/ay başlandı.BULGULAR Tedavinin 3. yılında ellerindeki lezyonlarda artış olması nedeniyle asitretin 10 mg/gün eklendi.. Hasta asitretinden fayda gördü devam 2 ay sonra rutin kontrol sırasında ellerinde artmış veziküler ve impetigo benzeri kabuklu lezyonlar görüldü.Tedavi olarak 2. kuşak sefalosporin ve IM kortikosteroid tedavisi verildi. Secukinumab tedavisi durduruldu. Sonrasında hastaya siklosporin tedavisi 125 mg/gün olarak başlandı yanıt alınamaması nedeniyle 300 mg/güne kadar doz arttırımı yapıldı. Hastanın siklosporin tedavisinin 5. ayında ellerindeki lezyonları tamamen geçti fakat vücudunun diğer bölgerinde psöriasis ile uyumlu lezyonları çıkmaya devam etti. Bu sebeple risankizumab tedavisi başlandı. Risankizumab tedavisinin 6. ayında PASI 0 skoruna ulaşıldı.SONUÇEgzama ile ilişkili faktörleri olan psöriazis hastalarında tedavide IL-23 ajanlarını düşünebiliriz.

Resim 1A/1B



RESİM 1A: elde avuç içinde ve parmaklarda veziküler eritemli plaklar RESİM1B: Elin dorsumunda ve parmaklarda impetigo benzeri kabuklanma

Resim 2A/2B



Hastanın siklosporin tedavisinin 5. ayında ellerindeki lezyonların tamamen iyileşmiş hali

Anahtar Kelimeler: Psöriasis, Sekukinumab, Risankizumab, Dermatit

PS-38

Meme Başı ve Areolanın Nevoid Hiperkeratozu: Farklı Klinik Prezentasyonlara Sahip Üç Olgunun Klinik, Dermoskopik ve Histopatolojik İncelenmesi

Dilda Bozteke[1], Mehmet Kamil Mülayim[1]

[1]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Özet: Giriş ve Amaç: Meme başı, areolanın nevoid hiperkeratozu (NHNA), meme başı ve areolanın diffüz verrüköz kalınlaşması ve hiperpigmentasyonuyla karakterize nadir görülen benign bir dermatozdur.[1] Sıklıkla kadınlarda bilateral yerleşimli olarak ikinci,üçüncü dekatta görülmekle birlikte unilateral yerleşimli olan ve erkeklerde görülen vakalar da bildirilmiştir. Dağılım olarak meme başını izole tutabildiği gibi meme başı ve areolanın birlikte etkilendiği vakalar daha sık izlenmiştir.[2] Özellikle ileri yaşta veya unilateral olarak görülen formu; memenin Paget hastalığı, mikozis fungoides, Bowen hastalığı gibi malignitelerle karışabilmesi nedeniyle doğru tanı önem taşımaktadır.[3] Literatürde NHNA'nın klinik ve dermoskopisinin incelendiği yayınlar sınırlıdır. Bu çalışmada, farklı klinik prezentasyonlara sahip üç NHNA olgusunun klinik, dermoskopik ve histopatolojik bulgularını korele ederek, dermoskopinin ayırıcı tanıdaki potansiyel katkısının ortaya konması amaçlandı. Çalışmaya dahil edilen üç kadın hastanın da mamografik incelemeleri doğal olup estetik kaygı dışında ek şikayetleri, eksojen hormon kullanımı yoktu. Histopatolojide olgularda belirgin hiperkeratoz, akantoz ve papiller uzantılar doğrulandı; atipi veya epidermotropizm saptanmadı. Olgu 1: 42 yaşında kadın hastada 10 yıldır mevcut olan, gebelik sonrası belirginleşen unilateral sol meme başı-areola kompleksinde hiperpigmente, kahverengimsi-beyaz, papillomatöz ve fissürlü plak izlendi. Dermoskopik incelemesinde homojen kahverengimsi-beyaz zeminde belirgin papillomatöz ve fissür yapısı ile serebriform görünüm, komedon benzeri açıklıklar izlendi.[4], [5] Histopatolojisinde; sepetsi ortokeratoz, hafif papillomatozis, anastomozlaşan reteler, hafif spongiyoz, üst dermiste fibrozis ve intersitisyel hafif lenfositik inflamasyon, melanositik atipi olmaksızın artmış bazal tabaka pigmentasyonu izlendi. Olgu 2: 19 yaşında kadın hasta, 5 yıldır olan bilateral meme başı ve areolasında hiperpigmente plak yapısı ile başvurdu. Dermoskopide her iki meme başında ortasında siyahımsı-sarı keratotik tıkaç olan santral krater, areolada yapısız diffüz kahverengimsi hiperkeratoz izlendi.[6] Hastaya topikal izotretinoin %0,025 ile topikal kalsipotirol tedavisi dönüşümlü olarak uygulandı. 10 gün sonraki kontrolde meme başındaki siyahımsı sarımsı keratotik tıkaçta ve areoladaki hiperkeratozda kısmen gerileme izlendi. Olgu 3: 36 yaşında kadın hasta, 3 yıldır olan areola korunmuş izole bilateral meme başı tutulumuyla başvurdu. Dermoskopide beyazımsı deskuamasyon ve meme başında sarımsı-kahverengi keratotik tıkaç yapısı izlendi. %20 üre ve topikal izotretinoin %0,025 tedavisiyle birinci ayda sol meme başında tam, sağ meme başında belirgin klinik düzelme sağlandı. Sonuç: NHNA, nadir ve benign bir dermatoz olmakla birlikte farklı klinik prezentasyonlarıyla tanısal zorluk oluşturmaktadır. Klinik ve histopatolojik olarak malignitelerden ayırt edilmesi önemlidir Dermoskopide izlenen fissürler ve serebriform papillomatöz patern histopatolojideki papillomatozis ve hiperkeratoz ile korelasyon göstermektedir. Birinci olgu belirgin papillomatöz, fissür yapısı ve nadir görülen unilateral yerleşimiyle, ikinci olgu erken yaş başlangıcı ve medikal tedaviye kısmi yanıt alınmasıyla üçüncü olgu nadir olan izole meme başı tutulum göstermesi ve tedaviye yanıtıyla dikkat çekmektedir.

OLGU 1



A) Normal görünümlü sağ meme başı ve areola kompleksi B)Sol meme başı ve areola bölgesinde verrüköz hiperpigmente plak C)Sol areolada polarize dermoskopide pembemsi kahverengimsi homojen alanlar, papillomatöz yüzey ve fissür yapıları

OLGU 2 VE OLGU 3



Olgu 2 A) Tedaviden önce sağ ve sol meme başı ve areolada hiperkeratoz, sağ ve sol meme başında ortasında siyahımsı sarımsı keratotik tıkaç olan santral krater Olgu 2 B) Tedavinin 10.gününde hiperkeratozda gerileme Olgu 3 C) Sağ ve sol meme başında beyazımsı deskuamasyon, sarımsı kahvrengimsi keratotik tıkaç, sağ meme başının dermoskopik incelenmesi Olgu 3 D) Tedavinin 1.ayında sağ meme başındaki hiperkeratozda azalma ve sol meme başında tam klinik düzelme

Olguların Klinik ve Dermoskopik Özellikleri

Olgu	Öykü	Klinik Yerleşim ve Görünüm	Dermoskopik Bulgular	Tedavi
Olgu 1	• 42 yaş kadın • 10 yıllık öykü • Gebelik sonrası belirginleşme	•Sol meme areola kompleksi tutulumu (Unilateral) •Hiperpigmente, belirgin papillomatöz ve fissürlü verrüköz plak yapısı	• Serebriform görünüm • Belirgin papillomatöz yüzey • Derin fissür yapıları • Komedon benzeri açıklıklar • Homojen kahverengimsi pembe zemin	
Olgu 2	• 19 yaş kadın • 5 yıllık öykü	• Bilateral tutulum • Her iki meme başı ve areola kompleksinde hiperpigmente hiperkeratotik plaklar	• Meme ucunda: Ortasında siyahımsı-sarı keratotik tıkaç olan santral krater • Areolada: Yapısız, diffüz kahverengimsi hiperkeratoz	• Dönüşümlü topikal izotretinoin %0,025 ve kalsipotriol tedavisi • 10. günde keratotik tıkaçta ve areolada kısmen gerileme
Olgu 3	• 36 yaş kadın • 3 yıllık öykü	• Bilateral izole meme başı tutulumu • Areola tamamen korunmuş • Belirgin hiperkeratoz	• Belirgin beyazımsı deskuamasyon • Meme başında sarımsı kahverengi keratotik tıkaç yapısı	• %20 üre içeren emoliyan ve topikal izotretinoin %0,025 tedavisi • 1. ayda sol meme ucunda tam, sağda belirgin klinik düzelme

Anahtar Kelimeler: Meme başı ve areolanın nevoid hiperkeratozu, Verrüköz yapı, Meme başı areola kompleksi

PS-39

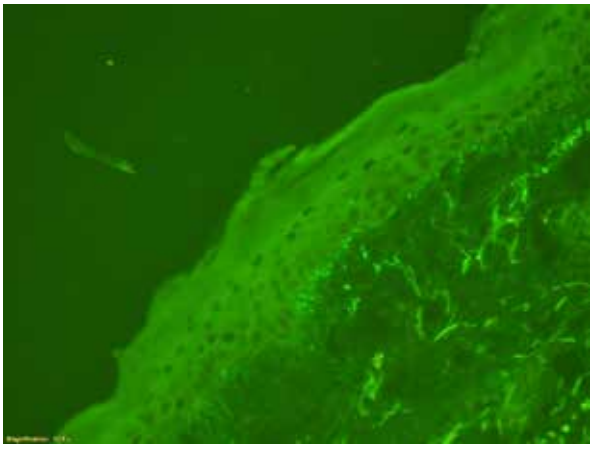
Dermatitis Herpetiformis

Emine Dilan Demirkırdı[1], Ragıp Ertaş[1], Yılmaz Ulaş[1]

[1]Kayseri Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

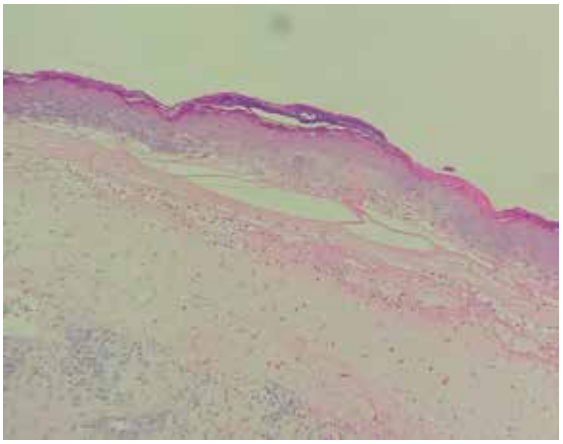
Özet: 2.5 yıldır kollarda,bacaklarda, kalçada kaşıntı ve yara şikayeti ile gelen 55 yaş kadın hasta.Dermatolojik muayenede bileteral kol ekstensör yüzde ve diz kapaklarda, gluteal bölgede kaşımaya sekonder ekskoriyasyonlar,diz kapak ve kol ekstensör yüzde intakt birkaç adet vezikül.Bilinen hastalıklar:Diyabet,Çölyak Hastalığı,Hipertansiyon.Hastanın anti endomisyum antikor IgA,anti gliadin IgG ve anti gliadin IgA antikorları pozitif. Ön planda dermatitis herpetiformis düşünüldü. 1)Dermatitis Herpetiformis 2)Atopik Dermatit 3)Sistemik Kontakt Dermatit 4)Liken Simpleks Kronikus öntanılarıyla rutin histopatolojik inceleme ve direkt immünfloresan için 2 ayrı biyopsi alındı.(Rutin histopatolojik inceleme için lezyonun kendisinden,direkt immünfloresan için lezyon periferinden biyopsi alındı)Biyopsi sonucu dermatitis herpetiformis gelmesi durumunda dapson başlanması planlandı,sonuç çıkana kadar antihistaminik,topikal kortikosteroid ve nemlendirici reçete edildi.Hastanın patoloji raporu "Kesitlerde fokal parakeratoz,subepidermal blister izlendi.Yüzeyel dermiste hafif perivasküler kronik inflamasyon,artmış eozinofil ve az sayıda nötrofil izlendi,PAS ile mantar izlenmedi.Direkt immünfloresan boyamada bazal membran zonu boyunca IgA ile granüler boyanma izlendi." şeklinde raporlandı Hastada glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim seviyesi bakıldı,normal aralıkta geldi.Hastaya dapson 100mg 1x1 tedavisi başlandı,glutenden fakir diyet önerisinde bulunuldu

direkt immünfloresan inceleme



hastanın direkt immünfloresan incelemede bazal membran boyunca granüler IgA birikimi saptandı,

rutin histopatolojik inceleme



hastanın yapılan patoloji incelemesinde rutin histopatolojik incelemelerde subepidermal blister izlendi yüzeyel dermiste hafif perivasküler kronik inflamasyon,artmış eozinofil ve az sayıda nötrofil izlendi

dermaatolojik muayene



hastanın bileteral üst ekstremite ekstensör yüzde eritemli zeminde kaşımaya sekonder ekskoriyasyonlar ve intakt birkaç adet vezikül

dermatolojik muayene



hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde bileteral dizkapaklarda kaşımaya sekonder ekskoriyasyonlar ve intakt veziküller

Anahtar Kelimeler: Dermatitis Herpetiformis, Çölyak Hastalığı, Pruritik Vezikül, Dapson, Granüler IgA birikimi

PS-40

Rozasea Tedavisinde Kullanılan Doksisiklin İlişkili Ciltte Hiperpigmentasyon Olgusu

Medine Meryem Kaya[1], **Salih Levent Çınar**[1]

[1]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları A.B.D Kayseri*

Özet: Rozasea nedeni bilinmeyen yaygın ve kronik yüzde eritem, papül, püstül ve telenjiektaziler ile seyreden dermatolojik bir hastalıktır. Tetrasiklin grubu bir antibiyotik olan doksisiklin tedavisi anti-inflamatuar özelliği nedeniyle rozasea tedavisinde kullanılmaktadır. Doksisiklinin nadir bir yan etkisi olarak ciltte, tırnaklarda ve mukozalarda hiperpigmentasyon görülebilmektedir. Bu posterde Rozasea nedenli 2 hafta 100 mg/gün doksisiklin tedavisi sırasında eritemli papül şikayetleri gerileyen ancak yüzde hiperpigmentasyon gelişen 74 yaşında kadın hasta sunulmaktadır. Bu olgu doksisiklinin kısa süreli ve düşük doz tedavilerde bile hiperpigmentasyona neden olabileceğinin ve bu durumun hastayı psikolojik olarak olumsuz etkileyebileceğinin göz önünde bulundurularak tedavi seçiminde bulunulmasının önemine dikkat çekmektedir.

Resim 1



Hastanın ön profilden görünümü

resim 2



Hastanın sağ profilden görünümü

Resim 3



Hastanın sol profilden görünümü

Anahtar Kelimeler: Doksisiklin, İlaca Bağlı Hiperpigmentasyon

PS-41

Mikozis Fungoides Mi, Pigmente Purpurik Dermatoz Mu? Klinikopatolojik Gri Alanda Bir Olgu

Ayşe Kuş[1], Yasin Erden[1], Salih Levent Çınar[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri Ve Zührevi Hastalıkları A.B.D Kayseri

Özet: Pigmente purpurik dermatozlar (PPD), klinik ve histopatolojik özellikleri nedeniyle zaman zaman mikozis fungoides (MF) ile karışabilen, kronik seyirli dermatozlar grubudur. Özellikle PPD-benzeri MF olguları ve PPD'de MF'yi düşündürebilen histopatolojik bulgular ayırıcı tanıda güçlük oluşturabilmektedir. Bu posterdeki 67 yaşında kadın hasta histopatolojik olarak öncesinde MF tanısı almış olup, 6 yıl boyunca topikal tedavilerle tüm lezyonları gerilemiştir. Son kontrolünde eski MF lezyonlarına benzer morfolojide olup ancak kliniği ve histopatolojisi PPD ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Hastaya 600 mg 1x1 Trental tedavisi başlanmış ve 3 aylık tedavi sonrası belirgin fayda görmüştür. MF tanısı almış ancak güncel değerlendirmesinde PPD ile uyumlu bulunan bir hasta sunularak PPD ve MF arasındaki klinikopatolojik ilişkinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Resim 1



Tedavi sonrası

Resim 3



Tedavi Öncesi

Resim 2



Tedavi Sonrası

Resim 4



Tedavi Öncesi

Anahtar Kelimeler: Pigmente purpurik dermatoz, Mikozis fungoides, Doucas ve Kapetanakis, Itching purpura

PS-42

S100 Pozitifliği Gösteren Generalize Eruptif Histiyositosis

Hasan Emre İlgenli[1], Selami Aykut Temiz[1], İlkay Özer[1], Serhat Karadağlı[2], Pembe Oltulu[2]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Özet: Bu vaka sunumu, dört aydır vücudunun yaklaşık %60'ını kaplayan yaygın eritemli papüler lezyonlarla kliniğe başvuran 40 yaşında bir erkek hastada tanı konulan generalize erüptif histiyositoz (GEH) olgusunu ele almaktadır. Özgeçmişinde altta yatan herhangi bir kronik hastalık bulunmayan hastanın dermatolojik muayenesinde: yüz, kulak arkası, gövde ve ekstremitelerde 1-2 mm çapında, pembe-koyu kırmızı renkli monomorfik papüller izlenmiştir. Hastada mukoza tutulumu rastlanmamış olup Darier bulgusu negatif olarak değerlendirilmiştir. Ayırıcı tanıda yer alan diğer granülomatöz, enfeksiyöz ve malign durumları dışlamak amacıyla yapılan geniş kapsamlı laboratuvar testlerinde ve malignite taramalarında herhangi bir anormallik saptanmamıştır. Tanıyı kesinleştirmek üzere yapılan histopatolojik incelemede, papiller ve üst retiküler dermiste yaygın histiyositik infiltrasyon saptanmıştır. İmmünohistokimyasal boyamada histiyositler için karakteristik bir belirteç olan CD68 ile diffüz pozitiflik izlenirken, CD1a negatif bulunmuştur. Non-Langerhans hücreli histiyositozlarda tipik olarak yalnızca CD68 pozitifliği beklenirken, bu vakada fokal de olsa S100 pozitifliğinin saptanması dikkat çekicidir. Buna rağmen histopatolojik ve klinik bulgular bütünüyle değerlendirildiğinde, tablo klasik bir non-Langerhans sunumuyla tam bir uyum göstermektedir. Nadir görülen, iç organ tutulumu ve ksantomatozis beklenmeyen GEH, genellikle kendini sınırlayan benign bir klinik seyir sergiler. Literatürle uyumlu olarak, hastanın sekiz aylık klinik takibi sonucunda lezyonların büyük ölçüde gerilediği ve geride yalnızca postinflamatuar hiperpigmentasyon kaldığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, özellikle erişkin yaş grubunda akut miyeloid lösemi gibi hematolojik malignitelerle nadir birliktelikler bildirilmesi nedeniyle hastanın hematoonkolojik açıdan yakın takibi sürdürülmektedir.S100 pozitifliği vakanın dikkat çekici özelliğidir.Langerhans hücreli ve dışı histiyositozlarda histokimyasal belirteçlerde de benzerlik görülebilir.

figür 1



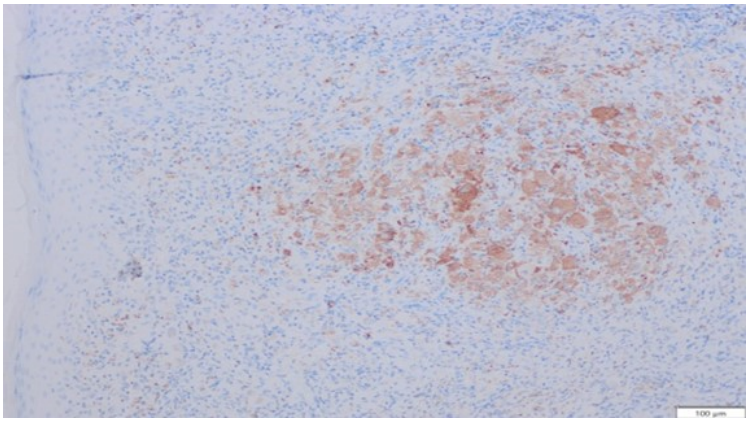
Yüzde multipl papüller

figür 2



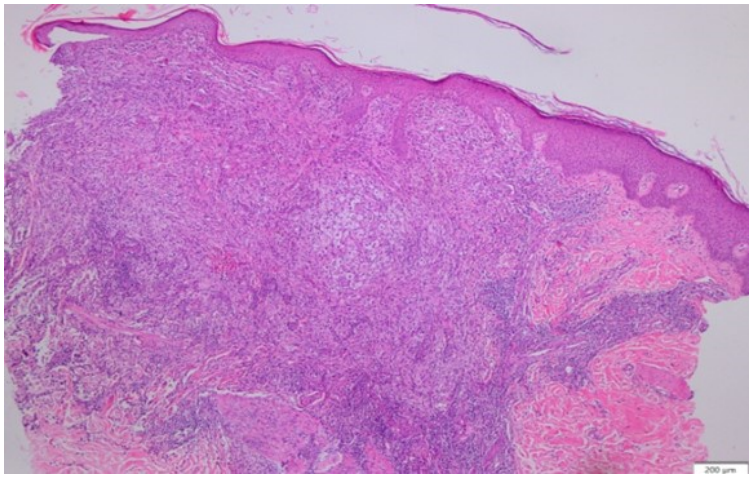
Bacaklarda multipl eritemli papüller

figur 3



İmmünohistokimyasal analizde, histiyositik hücrelerde CD68 ile yaygın pozitiflik saptanırken, CD1A ile herhangi bir ekspresyon saptanmadı.S100 ile fokal alanlarda pozitiflik saptandı.

figur 4



Hematoksilen-eozin boyalı kesitlerde, epidermis genel olarak korunmuş olup, ara sıra hafif akantozis görülmüştür ve epidermotropizm saptanmamıştır. Özellikle papiller ve üst retiküler dermiste yer alan ve ara sıra perivasküler dağılım gösteren monomorfik histiyositik infiltrasyon dikkat çekiciydi. İnfiltrasyonu oluşturan hücreler orta büyüklükte olup, oval-yuvarlak çekirdeklere ve ince bir kromatin yapısına sahiptir ve sitoplazmaları soluk eozinofilik özellikler göstermektedir. Lezyona eşlik eden inflamatuar bileşen belirgindir ve lenfosit açısından zengin bir infiltrasyon gözlenmiştir. Eozinofil varlığı saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Histiyositosis, Granulomatoz hastalıklar, Dermatoonkoloji

PS-43

Skalp Psoriasis ve Skatrisyel Alopesinin Birlikte Olduğu Bir Hastada Metotreksat ile Başarılı Sonuç

Hasan Emre İlgenli[1], Selami Aykut Temiz[1]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,Konya

Özet: Bu sunumda uzun yıllardır saçlı derisinde psoriasis hastalığı olan ve sonradan skatrisyel alopesi gelişen 21 yaşındaki kadın bir hastanın metotreksat ile başarılı tedavi süreci incelenmiştir. Hasta kliniğimize 8 yıldır süren ve özellikle son 2 yılda artış gösteren saç dökülmesi şikayetiyle başvurdu. Bilinen saçlı deri psoriasisi dışında başka bir hastalığı yoktu. Dermatolojik muayenesinde, her iki kulak arkasında eritemli skuamlı plaklar ile frontal bölgede 5x3 cm boyutlarında bir alopesik yama mevcuttu(Şekil 1, 2, 3). Dermoskopik incelemede folikullerde kayıp,sarı noktalar,siyah noktalar ve vaskülaritede belirginleşme mevcuttu. Histopatolojik inceleme de skatrisyel alopesi tanısını destekliyordu. Standart olarak skatrisyel alopesi tedavisinde ilk basamakta tercih edilen ajanlar sistemik kortikosteroidler ve ek olarak hidroksiklorokin gibi antimalaryal ilaçlardır. Ancak literatürde bu ilaçların psoriasisi alevlendirebildiği veya yeniden tetikleyebildiği açıkça belirtilmektedir. Metotreksat hem dermatolojik hem de romatolojik hastalıklarda sık kullanılan bir moleküldür.Dermatolojide özellikle psoriasis,romatolojik kökenli dermatolojik hastalıklar ve atopik dermatit gibi durumlarda tercih edilmektedir. Hastanın çocukluktan beri devam eden psoriasis hastalığını kötüleştirmemek adına, bu standart seçeneklerden kaçınılarak hastanın hem saçlı derisindeki dökülmeyi durdurabilecek hem de psoriatik plaklarını tedavi edebilecek, her iki hastalık için de terapötik olan metotreksat tedavisine başladık. Klinik takiplerimizde hastanın metotreksat tedavisine belirgin ve olumlu bir yanıt verdiği gözlemlendi. Tedaviye ilişkin yan etki,tolerasyon problemi,hematolojik ve laboratuvar anormallikleri gözlenmedi. Özetle, skatrisyel alopesi ve psoriasisin bir arada görüldüğü vakalarda hastaya özgü bütüncül bir yaklaşım sergilemek şarttır. Psoriasis hastalığı, bazı ilaçların kullanımıyla tetiklenebilmesi nedeniyle dikkatli bir şekilde yönetilmesi gereken bir hastalıktır. Hastaların başka bir endikasyon için kullandığı ilaçlar mevcut psoriasisi kötüleştirebilir. Klinisyenlerin buna dikkat etmesi gerekir. Standart tedavilerin eşlik eden hastalıklar nedeniyle risk yarattığı durumlarda, metotreksatın her iki tabloyu da başarıyla kontrol altına alabilen güvenilir ve etkili bir alternatif tedavi seçeneği olduğunu vurgulamak istiyoruz.

figur 1



Frontal bölgede alopesik yama mevcuttu.

figur 2



Yaygın folikul kayıpları dikkat çekmektedir.

figur 3



Kulak arkalarında eritemli skuamlı plaklar mevcuttu.

Anahtar Kelimeler: psoriasis, skatrisyel alopesi, metotreksat, inflamatuar dermatozlar

PS-44

Uzun Süredir Mevcut Bir Nevüste Yeni Başlayan Kanama: Nodüler Melanom Olgusu

Bengisu Meral Ketenci[1]

[1]*Konya Şehir Hastanesi*

Özet: Giriş/Amaç:Nodüler melanom, erken vertikal büyüme eğilimi nedeniyle hızla invazyon gösterebilen ve klasik ABCDE bulgularını her zaman taşımayabilen agresif bir melanom alt tipidir. Bu nedenle uzun süredir mevcut bir melanositik lezyonda yeni gelişen kanama, ülserasyon veya morfolojik değişiklik dikkatle değerlendirilmelidir. Bu bildiride, ergenlik öncesinden beri mevcut olduğu belirtilen bir nevüste yeni başlayan kanama sonrası tanı alan nodüler melanom olgusunun klinik, dermoskopik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması amaçlandı.Bulgular/Olgu:Fitzpatrick deri fototipi I olan 29 yaşındaki kadın hasta, sol uyluk üst lateralinde ergenlik öncesinden beri bulunduğunu ifade ettiği nevüste iki haftadır tekrarlayan kanama yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde levotiroksin 25 µg/gün ile tedavi edilen hipotiroidi dışında özellik yoktu; soygeçmişinde melanom veya deri kanseri bildirilmedi. Dermatolojik muayenede yaklaşık 1×0,5 cm boyutlarında, düzensiz sınırlı, heterojen pigmente ve yüzeyi erode nodüler lezyon izlendi. Yüzeydeki erozyonun dermoskopik değerlendirmeyi kısıtlaması nedeniyle epitelizan topikal tedavi başlanarak hasta 10 gün sonra yeniden değerlendirildi. Kontrol dermoskopisinde asimetrik-kaotik patern, kahverengi-siyah ve mavi-beyaz renk çeşitliliği, mavi-beyaz duvak, düzensiz yapısız alanlar ve periferik psödopodlar saptandı. Melanom şüphesiyle tanısal dar sınırlı eksizyon amacıyla Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğine yönlendirildi. Eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesinde nodüler tip invaziv malign melanom tanısı konuldu. Tümör çapı 10×10 mm, Breslow kalınlığı 4 mm ve Clark düzeyi IV idi. Ülserasyon izlenmedi; mitotik aktivite 5/mm² olarak saptandı. Mikrosatellit, lenfovasküler invazyon ve nörotropizm görülmedi; cerrahi sınırlar tümörsüzdü. Tümör hücrelerinde PRAME pozitif, HMB45 fokal pozitif ve Melan-A zayıf pozitifti.Tartışma:Nodüler melanomun hızlı vertikal büyümesi, küçük çaplı veya uzun süredir var olduğu düşünülen lezyonlarda dahi ileri Breslow kalınlığına ulaşabilmesine yol açabilir. Kanama ve erozyon dermoskopik yapıları maskeleyebilse de epitelizasyon sonrası belirginleşen kaos, mavi-beyaz duvak ve psödopodlar melanom şüphesini güçlendirmiştir. Ayrıca klinik erozyon bulunmasına karşın histopatolojik ülserasyon saptanmaması, bu iki bulgunun eş anlamlı olmadığını göstermektedir.Sonuç:Uzun süredir mevcut bir nevüste yeni başlayan kanama önemli bir “evolüsyon” bulgusudur. Lezyonun küçük olması veya eskiye dayanması maligniteyi dışlamaz. Şüpheli değişikliklerde dermoskopik değerlendirme ve gecikmeden eksizyon, özellikle hızlı ilerleyebilen nodüler melanomun erken tanısı açısından kritik önemdedir.

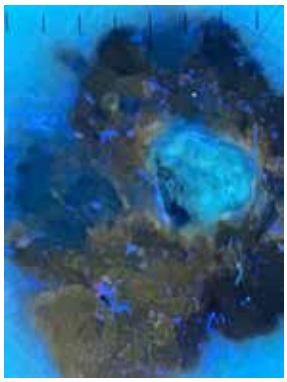
Dermoskopik bulgular



Dermoskopik bulgular



Ultraviole dermoskopik bulgular



Anahtar Kelimeler: melanom, dermoskopi, PRAME

PS-45

Akut Miyeloid Lösemili Bir Hastada Hızla Ülsere Olan Nodül: Kutanöz Miyeloid Sarkom

Sümeyye Aktaş[1], İlkay Özer[1], Mustafa Cihat Avunduk[2], Selami Aykut Temiz[1], Munise Daye[1], Recep Dursun[1]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji

Özet: GirişMiyeloid sarkom (kloroma), miyeloid blastların kemik iliği dışında tümöral kitle oluşturmasıyla karakterize, akut miyeloid löseminin (AML) nadir görülen ekstramedüller tutulumlarından biridir. En sık deri, lenf nodları, yumuşak doku, kemik ve gastrointestinal sistem tutulumu görülmektedir. AML hastalarının yaklaşık %2,5–9'unda bildirilen miyeloid sarkom, klinik olarak farklı dermatolojik hastalıkları taklit edebilmesi nedeniyle tanısal güçlük oluşturabilir.Olgu SunumuOtuz yedi yaşında erkek hasta, sol ön kolunda gelişen lezyonlar nedeniyle hematoloji kliniğinden dermatoloji kliniğimize konsülte edildi. Özgeçmişinde IgA nefropatisi bulunan hastanın dış merkezde AML tanısı aldığı ve antrasiklin-sitarabin temelli kemoterapi aldığı öğrenildi. Tanı döneminde yapılan kemik iliği biyopsisinde %80 hücresellik ile hiperselüler kemik iliği ve CD34 ile yaklaşık %20, CD117 ile %25 oranında blastik hücre artışı saptanmıştı.Dermatolojik muayenede sol ön kolda palpasyonla hafif ağrılı, eritemli ve endüre soliter nodül ile sol el dorsumunda küçük papüler lezyon izlendi. Sol ön koldaki nodüler lezyondan miyeloid sarkom, kutanöz lösemik infiltrasyon ve derin mikoz ön tanılarıyla punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermiste belirgin spongiyoz ve dermisin derin tabakalarına uzanan atipik hücresel infiltrasyon izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede atipik hücrelerde LCA, CD33, CD43 ve CD117 pozitifliği saptandı; Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %40 olarak değerlendirildi. Morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular birlikte değerlendirilerek kutanöz miyeloid sarkom (kloroma) tanısı konuldu.Hastanın sistemik kemoterapisine devam edilirken lokal yara bakımı uygulandı. İzlemde nodüler lezyonun bir ay içerisinde hızla ülsere plağa dönüştüğü gözlendi. Tedavi sonrası kontrol kemik iliği biyopsisinde %60 hücresellik ile yaşına göre normoselüler kemik iliği ve normal hematopoez izlenirken blast artışı veya lösemik infiltrasyon saptanmadı.SonuçKutanöz miyeloid sarkom, AML'nin nadir görülen ekstramedüller tutulumlarından biri olup enfeksiyöz, inflamatuvar ve neoplastik deri hastalıklarını taklit edebilir. AML tanılı hastalarda yeni gelişen ve hızlı progresyon veya ülserasyon gösteren eritemli-violase papül, nodül ve plaklarda miyeloid sarkom ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Bu hastalarda erken deri biyopsisi ve immünohistokimyasal inceleme, kutanöz ekstramedüller tutulumun erken tanınması açısından önem taşımaktadır.

Şekil 1



(A) Biyopsi öncesinde sol ön kolda eritemli, endüre soliter nodül. (B) Biyopsiden bir ay sonra hızla ülsere plağa dönüşen lezyon.

Anahtar Kelimeler: Kutanöz Miyeloid Sarkoma, Lösemik infiltrasyon, Dermatoloji, Ayırıcı tanı, Histopatoloji

PS-46

Onikotillomani Zemininde Enfeksiyonu Taklit Eden Akrodermatitis Continua of Hallopeau

Mehmet Turgut Temel[1], Munise Daye[1], Sıdıka Fındık[2]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Patoloji

Özet: Onikotillomani Zemininde Enfeksiyonu Taklit Eden Akrodermatitis Continua of HallopeauGiriş: Akrodermatitis continua of Hallopeau (ACH), distal parmakları ve tırnak çevresini tutan nadir, kronik steril püstüler bir dermatozdur. Tek tırnak tutulumu enfeksiyon, travmatik dermatozlar ve tırnak neoplazileri ile karışarak tanıyı güçleştirebilir. Bu olguda, tekrarlayıcı tırnak travması öyküsü bulunan, dış merkezde enfeksiyon olarak değerlendirilen ve antibiyotik tedavilerine yanıt vermeyen tek tırnak tutulumlu ACH olgusunu sunmayı amaçladık.Olgu: 18 yaşında kadın hasta, sağ el başparmak tırnağında dokuz aydır devam eden yara nedeniyle başvurdu. Lezyon öncesinde sağ başparmak tırnağı ve periungual bölgeyi tekrarlayıcı biçimde tırnak ve kenarını kopardığı öğrenildi. Dış merkezde lezyonun travmaya bağlı enfeksiyon olduğu düşünülmüş ve biyopsi "süpüratif enfeksiyon" olarak raporlanmıştı. Enfeksiyon tanısının ardından tırnak plağını travmatize etmeye devam eden hasta süreç içerisinde plağı tamamen uzaklaştırmıştı. Çoklu antibiyotik tedavilerine rağmen klinik düzelme sağlanamamıştı. Özgeçmişinde özellik yoktu ve ailesinde sedef öyküsü bulunmuyordu.Dermatolojik muayenede sağ başparmak tırnak plağı izlenmiyor; tırnak yatağında impetiginize görünümde, kalın sarı krutlarla kaplı plak ve periungual eritem bulunuyordu. Diğer tırnaklar doğaldı. Ayırıcı tanıda ACH, atipik mikobakteriyel ve derin fungal enfeksiyonlar, liken planus, pemfigus, püstüler psoriasis, skuamöz hücreli karsinom, Bowen hastalığı ve amelanotik melanom düşünüldü.Kalın krutların uzaklaştırılması için bir hafta etakridin laktat ve %0,2 sodyum hiyalüronat içeren topikal tedaviler uygulandı. Krutlar kaldırıldıktan sonra punch biyopsi ve yara kültürü alındı. Biyopsi sonucu beklenirken borik asit pansumanı, topikal diflukortolon valerat–klorkinaldol ve Hamamelis virginiana ekstresi uygulandı. Kültürde üreme olmadı; histopatolojik inceleme ACH ile uyumlu değerlendirildi. Ardından 25 mg/gün asitretin başlandı, dört hafta sonra 35 mg/güne çıkarıldı. Dördüncü ayda belirgin klinik gerileme ve iyi yanıt izlendi.Tartışma: ACH nadir görülmesi ve tek tırnakla sınırlı olgularda enfeksiyöz, inflamatuvar ve neoplastik hastalıkları taklit edebilmesi nedeniyle tanısal güçlük oluşturabilir. Olgumuzda antibiyotiklere yanıtsız kronik seyir, kültürde üreme olmaması ve histopatolojik bulguların ACH ile uyumlu olması tanıya yönlendirdi. Tekrarlayıcı tırnak travmasının ise Koebner fenomeni aracılığıyla psoriatik sürecin tetiklenmesine veya devamlılığına katkıda bulunmuş olabileceği düşünüldü. ACH tedavisinde topikal kortikosteroidler, retinoidler, konvansiyonel sistemik ajanlar ve biyolojik tedaviler kullanılabilmekte olup olgumuzda asitretin ile iyi klinik yanıt sağlandı. Bu olgu; travma öyküsü bulunan, kronik, impetiginize ve kalın krutlu tek tırnak lezyonlarında değerlendirmeyi yalnızca enfeksiyonla sınırlandırmamak, ACH'yi ayırıcı tanıda akılda tutmak ve histopatolojik değerlendirmenin önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Fotoğraf 1



Başvuru anındaki impetiginize görünümde, kalın sarı krutla kaplı plak

Fotoğraf 2



Krutların kaldırılmasını takiben biyopsi öncesi görünüm

Fotoğraf 3



Asitretin tedavisi altında 4.ay

Anahtar Kelimeler: Acrodermatitis continua of Hallopeau, Onikotillomani, Asitretin, Koebner fenomeni

PS-47

Çoklu Tedavi Başarısızlığı Bulunan Psoriasiste Risankizumab: Hızlı Ve Belirgin Yanıt

Mehmet Turgut Temel[1], Selami Aykut Temiz[1], Recep Dursun[1]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Anabilim Dalı

Özet: Psoriasis, yaşam kalitesini belirgin olarak etkileyebilen, kronik ve immün aracılı inflamatuar deri hastalığıdır. Orta-ağır psoriasiste konvansiyonel sistemik ajanların yanı sıra farklı immünolojik hedeflere yönelik biyolojik tedaviler kullanılmaktadır. Bazı hastalarda farklı etki mekanizmalarına sahip çok sayıda tedaviye rağmen yeterli hastalık kontrolü sağlanamamakta ve tedavisi güç seyir gösterebilmektedir. Risankizumab, interlökin-23'ün p19 alt birimini selektif olarak hedefleyen biyolojik ajandır. Olgumuzda çok sayıda konvansiyonel ve biyolojik tedaviye rağmen yüksek hastalık aktivitesi devam eden genç bir psoriasis vulgaris hastasında, risankizumab tedavisinin erken dönemde sağladığı belirgin klinik yanıt sunulmaktadır. Yaklaşık 10 yıldır psoriasis vulgaris tanısıyla izlenen 20 yaşındaki erkek hasta, çoklu tedavilere rağmen devam eden yüksek hastalık aktivitesi ve yaygın kutanöz lezyonları nedeniyle başvurdu. Hastanın öz geçmişinde ek hastalık veya düzenli ilaç kullanım öyküsü, soy geçmişinde ise psoriasis öyküsü yoktu.Hastanın hastalık sürecinde çok sayıda konvansiyonel sistemik ve biyolojik tedavi kullanmasına rağmen yeterli klinik yanıt sağlanamamıştı. Kullanılan tedaviler ve tedavi süreleri zaman çizelgesinde şematize edilmiştir (Görsel 1).Dermatolojik muayenesinde yüz, saçlı deri, gövde ön ve arka yüzü, kollar, bacaklar, el ve ayaklarda yaygın eritemli skuamlı plaklar izlendi (Görsel 2). Başlangıç Psoriasis Alanı ve Şiddet İndeksi (PASI) 40 idi. El ve ayak tırnaklarında lökonişi, pitting ve onikoliz mevcuttu.Hastanın psoriatik artrit açısından yapılan romatolojik muayenesinde ve manyetik rezonans görüntülemelerinde artrit lehine bulgu saptanmadı.Tedaviye dirençli seyir nedeniyle Alerji ve İmmünoloji tarafından akım sitometrisi ve immünoglobulin düzeyleri istendi, sonuçlar normal olarak değerlendirildi. Ayrıca yapılan genetik incelemede ek bir patoloji saptanmadı.Çoklu sistemik ve biyolojik tedavilere rağmen hastalık aktivitesinin devam etmesi üzerine risankizumab tedavisi başlandı. Tedavinin 1. ayında plaklarda belirgin gerileme ve klinik düzelme gözlendi. 1. ayda PASI 8 idi. Tedavi yanıtı PASI75 üzerinde gözlendi (Görsel 3). Biyolojik tedaviler psoriasis yönetiminde yüksek klinik etkinlik sağlamakla birlikte, bazı hastalarda farklı etki mekanizmalarına sahip çok sayıda tedaviye rağmen yeterli hastalık kontrolü elde edilememektedir. Olgumuz, üç konvansiyonel sistemik ajan ve beş farklı biyolojik tedaviye rağmen yüksek hastalık aktivitesinin devam etmesi nedeniyle tedavisi güç psoriasis fenotipini temsil etmektedir.Tedavisi güç psoriasis olgularında tedavi yanıtını etkileyebilecek eşlik eden durumların ve komorbiditelerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Olgumuzda romatolojik, immünolojik ve genetik incelemelerde ek patoloji saptanmaması, multidisipliner değerlendirmenin önemini göstermektedir.Olgumuzun en dikkat çekici yönü, daha önce guselkumaba yetersiz yanıt alınmasına rağmen aynı IL-23p19 yolunu hedefleyen risankizumab ile yalnızca bir ay içinde PASI 40'tan 8'e gerileme sağlanmasıdır. Çoklu biyolojik tedavi başarısızlığın aynı sınıftaki tüm ajanlara direnç anlamına gelmeyebileceğini ve uygun hastalarda aynı gruptan başka bir ilaç kullanımının etkili bir tedavi stratejisi olabileceğini düşündürmektedir.

Görsel 1

Kullanılan İlaç / Tedavi	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Topikal Kortikosteroid	2 ay	2 ay	2 ay	2 ay	2 ay	2 ay	2 ay	
Asitretin	6 ay							
Metotreksat		1 yıl	1 yıl					
Siklosporin		6 ay						
Ustekinumab			1 yıl					
Adalimumab				1 yıl				
İxekizumab					1 yıl			
Guselkumab						1 yıl		
Bimekizumab							6 ay	
Risankizumab								1.ay

Kullanılan Tedaviler

Görsel 2



Risankizumab tedavisi öncesi

Görsel 3



Risankizumab tedavisinin 1.ayı

Anahtar Kelimeler: Risankizumab, Psoriasis vulgaris, PASI

PS-48

Noonan Sendromlu Çocuk Hastada Pitriyazis Likenoides Kronika: Nadir Bir Birliktelik

Mehmet Turgut Temel[1], Sümeyye Aktaş[1], Selami Aykut Temiz[1], Fahriye Kılınç[2]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: Giriş: Pitriyazis likenoides kronika (PLK), tekrarlayan veya persistan skuamlı papüler lezyonlarla seyreden, etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış nadir bir inflamatuvar dermatozdur. Çocukluk çağında da görülebilen PLK, klinik görünümü nedeniyle çeşitli papüler ve papüloskuamöz dermatozlarla karışabilmekte olup tanıda klinikopatolojik korelasyon önem taşımaktadır. Noonan sendromu (NS), RAS/MAPK sinyal yolunun disregülasyonu ile ilişkili, çeşitli kutanöz bulguların eşlik edebildiği multisistemik bir RASopatidir. Olgumuzda NS tanılı sekiz yaşındaki çocuk hastada gelişen yaygın PLK olgusunun klinik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması amaçlandı. Olgu: Sekiz yaşında erkek hasta, yaklaşık dört aydır devam eden, gövde ve ekstremitelerde başlayarak giderek yaygınlaşan kaşıntılı deri döküntüsü nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde Noonan sendromu tanısı ile takip edildiği öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde boyun, gövde, üst ve alt ekstremitelerde yaygın olarak yerleşen, postinflamatuvar hiperpigmentasyon zemininde çok sayıda ekskoriye papül izlendi. Ayrıca yüz, gövde, üst ve alt ekstremitelerde çok sayıda hiperpigmente lentiginöz makül saptandı (Görsel 1).Klinik bulgular doğrultusunda papüler dermatozlar ayırıcı tanıda değerlendirilerek lezyondan punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede epidermiste bazal vakuoler dejenerasyon, pigment inkontinansı ve dermiste perivasküler inflamatuar infiltrasyon saptandı. Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya PLK tanısı konuldu. Tartışma: PLK, çocukluk çağında görülebilen ve özellikle gövde ile ekstremitelerde yaygın papüler lezyonlarla seyredebildiği için papüloskuamöz dermatozlarla klinik olarak karışabilen bir hastalıktır. Olgumuzdaki yaygın papüler tutulum, postinflamatuvar pigmentasyon ve histopatolojik olarak saptanan bazal vakuoler değişiklikler PLK'nın bildirilen pediatrik özellikleriyle uyumludur. Klinik görünümün özgül olmaması nedeniyle tanıda klinikopatolojik korelasyon önem taşımaktadır.NS'de lentigo,keratozis pilaris, palmoplantar hiperkeratoz, pigmentasyon anomalileri ve saç değişiklikleri gibi çeşitli dermatolojik bulgular tanımlanmıştır.PLK, NS'nin bilinen karakteristik kutanöz bulguları arasında yer almamakta ve bu iki durumun birlikteliğine ilişkin literatür verileri oldukça sınırlı bulunmaktadır. Olgumuz bu sebepten dikkat çekici bir birlikteliği ortaya koymaktadır.NS'de RAS/MAPK sinyal yolundaki disregülasyon ve PLK'nın henüz tam olarak aydınlatılamamış immünopatogenezi göz önünde bulundurulduğunda, benzer olguların bildirilmesi olası patogenetik bir ilişkinin gelecekte değerlendirilmesine katkı sağlayabilir.Olgumuz, NS'li çocuklarda gelişen persistan ve yaygın papüler erüpsiyonların ayırıcı tanısında PLK'nın da göz önünde bulundurulması gerektiğini ve atipik kutanöz bulguların değerlendirilmesinde klinikopatolojik korelasyonun önemini vurgulamaktadır.

Görsel 1



Boyun, gövde, üst ve alt ekstremitelerde yaygın olarak yerleşen, postinflamatuvar hiperpigmentasyon zemininde çok sayıda ekskoriye papül. Yüz, gövde, üst ve alt ekstremitelerde çok sayıda hiperpigmente lentiginöz makül

Anahtar Kelimeler: Noonan sendromu, PLK, RASopati, klinikopatolojik korelasyon

PS-49

Tekrarlayan Tinea corporis Nedeniyle Tanı Alan CARD9 Eksikliği Olgusu

Munise Daye[1], Sümeyye Aktaş[1], Şevket Arslan[2], Fahriye Kılınç[3]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar ABD
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Allerji ve İmmünoloji ABD
[3]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji ABD

Özet: Giriş:Tinea corporis, sık karşılaşılan, dermatofitlerin sebep olduğu, rutin antifungaller ile tedavi edilebilen ancak immün sorunlar gibi durumlarda veya fırsatçı durumlarda tekrarlayıcı olabilen derinin yüzeyel bir mantar enfeksiyonudur. CARD9, fungal patojenlerin tanınmasında ve antifungal immün yanıtın oluşturulmasında görev alan önemli bir proteindir. Burada, tekrarlayan yaygın dermatofitoz nedeniyle CARD9 eksikliği tanısı alan ve posakonazol tedavisine yanıt veren bir olgu sunulmaktadır.Vaka sunumu: 43 yaşında erkek hasta, vücudunda uzun süredir tekrarlayan kızarık, kaşıntılı, kepekli döküntüler nedeniyle dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde, gövdede, sırtta ve bacaklarda yaygın eritemli, skuamlı plaklar mevcuttu (Şekil 1). Olgudan tutulum alanının yaygın olması sebebiyle mikozis fungoides, tinea inkognito, sarkoidoz, psöriyazis vulgaris, pitriyazis rubra pilaris, ilaç erüpsiyonu, eritrokeratoderma, atopik dermatit ön tanıları ile üç adet punch biyopsi yapıldı. Nativ prepratından yapılan mikroskobik incelemede; hif elemanları görüldü. Histopatolojisi; tinea enfeksiyonu ile uyumlu olarak raporlandı. Terbinafin 250 mg tablet ve topikal antifungal tedavisi 6 ay boyunca verildi. Kliniğinde kısmi gerileme olmasına rağmen özellikle baş-boyun, yüz ve kulaklarda eritemli, skuamlı, yer yer krutlu plakların belirginleşmesi ve tırnaklarda beyaz renk değişikliği olması nedeniyle tanı teyidi için benzer ön tanılarla punch biyopsi tekrarı yapıldı ve sonucu tinea corporis olarak raporlandı. İtrakonazole geçildi (100 mg 1*1). Olgumuz, tekrarlayıcı tinea enfeksiyonu, IGE yüksekliği (IgE: 16000) nedeniyle konak kaynaklı immün yetmezlikler açısından Alerji ve İmmünoloji bölümünce değerlendirildi. İtrakanazol tedavisinde yanıtı vücut lezyonlarında daha iyi olmakla beraber baş boyundaki lezyonlar infiltre, ülsere ve yer yer kurutlu plaklar olmak üzere belirginliğini korumaktaydı (Şekil 2). Yine bu lezyonlardan diğer ön tanılara leishmaniya, lupus vulgaris ön tanıları da eklenerek punch biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemesinde tinea enfeksiyonuna sekonder granülomatöz dermatit olarak raporlandı. Yapılan ileri immünolojik ve genetik tetkikler sonucunda hastaya CARD9 eksikliği tanısı konuldu. Mevcut tedavilere tam yanıt alınamaması üzerine flukonazol 200 mg 2*1 tedavisi uygulandı; fakat yine tam yanıt alınamadı. Standart antifungal ajanlara karşı tam dirençli olması ve olası tinea indotinea tedavisinde de yeri olduğundan, hastaya geniş spektrumlu posakonazol (600 mg ilk gün yükleme, ardından 300 mg/gün) başlandı. 6 ay boyunca kesintisiz tedavisi sürdürülen hastanın gövdedeki ve tırnaklardaki lezyonlarının tamamen gerilediği gözlendi (Şekil 3). Hastanın tedavi bitiminden sonra 9 aylık takibinde herhangi bir nüks görülmedi.Sonuç: Olgumuz, tekrarlayan tinea enfeksiyonlarının çok sayıda dermatozu taklit edebileceğini, gereğinde klinikopatolojik, immünolojik ve genetik değerlendirmeler ile diğer dermatozların dışlanması gerektiğini, tedavi yanıtı zayıf tekrarlayıcı olgularda CARD9 gibi nadir görülen önemli bir immün yetmezliğin habercisi olabileceğini vurgulamak için sunulmaktadır. Bu olgularda Posakonazol diğer tedavilere kıyasla daha iyi yanıt göstermesi nedeniyle uygun bir tedavi seçeneği olabilir.



İlk muayenesinde gövdede, sırtta ve bacaklarda yaygın eritemli skuamlı plaklar

2



Takiplerinde yüz ve boyun bölgesinde siyah renkli, ülsere ve kurutlu plakların gelişimi

3



6 ay posakonazol tedavisi sonrasında yüz ve gövdede tüm lezyonlar geriledi, yüzde hafif eritem izlendi

Anahtar Kelimeler: Tinea corporis, dermatofit, antifungal, CARD9 eksikliği, immünyetmezlik

PS-50

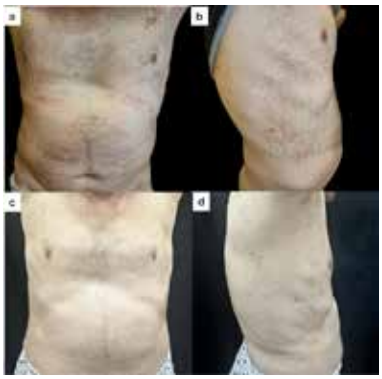
Retinoide Dirençli Darier Hastalığında Dupilumab Monoterapisi

Göksu Dalgıç Demirtaş[1], Tubanur Çetinarslan[1], Peyker Temiz[2], Aylin Türel Ermertcan[1]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

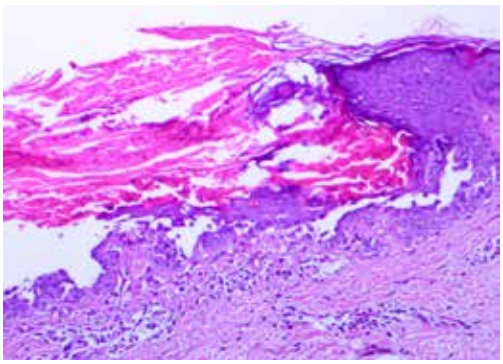
Özet: Giriş:Darier hastalığı (DH), ATP2A2 mutasyonlarıyla ilişkili, kronik seyirli, nadir bir genodermatozdur. Klinik olarak özellikle seboreik alanlarda yerleşen kaşıntılı, hiperkeratotik papüllerle karakterizedir. Oral retinoidler orta-şiddetli DH'de başlıca sistemik tedavi seçenekleri arasında yer almakla birlikte, her olguda yeterli klinik yanıt sağlanamayabilir. Bu bildiride, asitretin tedavisine yanıt alınamayan DH olgusunda dupilumab monoterapisi sonrası izlenen klinik iyileşme sunulmaktadır.Olgu:Elli iki yaşında erkek hasta, 20 yılı aşkın süredir devam eden kaşıntılı, kabarık deri lezyonları nedeniyle değerlendirildi. Dermatolojik muayenede karın, göğüs ön yüzü ve sırt başta olmak üzere gövdede eritemli, ekskoriye, hiperkeratotik papüller izlendi (Resim 1a,1b). Hastanın annesinde de benzer deri bulguları olduğu öğrenildi. Başvuruda kaşıntı Sayısal Derecelendirme Ölçeği (NRS) ile 8/10, Araştırıcı Global Değerlendirmesi (IGA) 3 ve tutulan vücut yüzey alanı (VYA) yaklaşık %18 idi. Tırnak ve mukoza tutulumu saptanmadı. Histopatolojik incelemesinde yüzeyde hiperkeratoz, intraepidermal akantoliz ve diskeratotik hücreler (corps ronds) izlenmesi üzerine DH tanısı doğrulandı (Resim 2).Hastaya asitretin 25 mg/gün başlandı. Altı aylık tedavi sonunda belirgin klinik düzelme izlenmemesi üzerine asitretin kesildi. Ardından dupilumab 600 mg yükleme dozu, sonrasında iki haftada bir 300 mg subkutan olarak başlandı. Tedavinin altıncı ayında kaşıntı NRS 1/10'a geriledi ve gece kaşıntıya bağlı uyanmaları kayboldu. IGA 1'e gerilerken VYA yaklaşık %5 olarak değerlendirildi (Resim 1c,1d). İzlem süresince tedaviyle ilişkili advers olay gözlenmedi.Tartışma:Olgumuzda asitretin tedavisiyle yeterli klinik yanıt alınamaması üzerine dupilumab monoterapisi uygulanmış ve altıncı ayda kaşıntı ile deri bulgularında belirgin gerileme izlenmiştir. Klinik yanıtın NRS, IGA ve VYA ile izlenmiş olması, tedavi sonrası düzelmenin nesnel olarak değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Bu olgu, retinoide dirençli seçilmiş DH hastalarında dupilumabın alternatif bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebileceğini düşündürmektedir.Sonuç:Asitretin tedavisine yanıt alınamayan bu DH olgusunda dupilumab monoterapisi ile belirgin klinik iyileşme sağlanmış ve tedavi iyi tolere edilmiştir. Dupilumab, retinoide dirençli seçilmiş DH olgularında tedavi seçenekleri arasında düşünülebilir.

Resim 1



resim 1 a ve 1b : tedavi öncesi Resim 1c ve 1d : tedavi sonrası

Resim 2



histopatoloji

Anahtar Kelimeler: darier hastalığı, dupilumab, genodermatoz, biyolojik tedavi

PS-51

Erkek Hastada Piyoderma Gangrenozum Benzeri Ülserasyonun Eşlik Ettiği Maligniteyi Taklit Eden Granülomatoz Polianjit Olgusu

Hayrunnisa Arslan[1], Tubanur Çetinarslan[1], Atakan Eren[1], Peyker Temiz[2], Aylin Türel Ermertcan[1]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji AD

Özet: GİRİŞ VE AMAÇGranülomatoz polianjit, ANCA ilişkili vaskülitler spektrumunda yer alan, küçük ve orta çaplı damarları tutan nekrotizan bir vaskülittir. Tanı; klinik tablo, fizik muayene bulguları, görüntüleme yöntemleri, serolojik incelemeler ve mümkün olduğunda etkilenen dokudan elde edilen histopatolojik doğrulamanın birlikte değerlendirilmesine dayanır. Kutanöz tutulum sık görülmekle birlikte, viyolase sınırlı PG benzeri ülserasyon nadir bir klinik prezentasyondur ve tanıda gecikmeye veya uygunsuz tedavi yaklaşımlarına yol açabilir. Meme tutulumu ise son derece nadir olup, özellikle erkek hastalarda klinik ve radyolojik olarak maligniteyi yakından taklit edebilir. Bu nedenle kesin tanı için doku biyopsisi büyük önem taşımaktadır.OLGU57 yaşında erkek hasta, sağ üst ekstremitesinde son 5 aydır giderek büyüyen ülser nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede sağ üst ekstremite ekstansör yüzde, dirsekten ön kola uzanan, viyolase kenarlı, eritemli zeminde yer yer nekrotik-sarı fibrinli krutlarla kaplı geniş ülsere alan izlendi. Klinik bulgular doğrultusunda ayırıcı tanıda PG, SCC ve vaskülit düşünüldü ve eksizyonel biyopsi yapıldı. Hastanın uzun süredir mevcut olan retroareolar meme lezyonu mamografide BI-RADS 4C olarak değerlendirildi ve maligniteyi dışlamak amacıyla tru-cut biyopsi uygulandı.Meme lezyonu ve kutanöz ülserin histopatoloji lökositoklastik vaskülit ile uyumlu görüldü. c-ANCA pozitifliği tespit edildi. Toraks görüntüleme erken evre GPA ile uyumlu olarak sonuçlandı. Renal değerlendirmede aktif glomerülonefrit olmaksızın 237 mg/24h albuminüri saptandı. Elektromiyografi, klinikte gözlenen düşük el ile uyumlu sensörimotor polinöropatiyi gösterirken, üst solunum yolu değerlendirmesi normaldi. Olgumuza ANCA ilişkili vaskülit sınıflandırma kriterlerine[3] göre GPA tanısı konuldu. Sistemik KS ve IVIG tedavisi sonrası kutanöz ülser ve meme lezyonunda belirgin gerileme,inflamatuvar belirteçlerde düzelme izlendi. Uzun dönem KS maruziyetini azaltma amacıyla mikofenolat mofetil başlandı. Tedavi sonrasında ülserde tama yakın iyileşme, meme lezyonunda belirgin gerileme izlendi.TARTIŞMA-SONUÇGPA'da meme tutulumu son derece nadirdir. Bildirilen olguların büyük çoğunluğu kadın hastalarda görülmüş olup, genellikle maligniteyi taklit eden şüpheli bir meme lezyonu şeklinde ortaya çıkmakta[1], ve tanı için histopatolojik doğrulama gerektirmektedir. Erkek hastalarda meme tutulumu ise istisnai düzeyde nadir olup tanı sürecini daha da güçleştirebilmektedir. Kutanöz tutulum sık görülmekle birlikte geniş bir klinik yelpazeye sahiptir[2]; bunlar arasında PG benzeri ülserasyonlar nadir bir prezentasyon olup enfeksiyon veya primer nötrofilik dermatozlarla karıştırılabilmektedir. Olgumuzda olduğu gibi meme lezyonu ile PG benzeri ülserasyonun birlikte bulunması, alışılmadık ve tanısal açıdan güçlük oluşturan bir klinik tablodur ve GPA'nın hem meme lezyonu hem de PG benzeri ülserasyon ile birlikte seyrettiği literatürde bildirilen ilk erkek hastadır. Sonuç olarak, atipik lokalizasyonlarda gelişen PG benzeri ülserasyonlarda ve çoklu organ tutulumunun eşlik ettiği olgularda, tanıda gecikmeyi önlemek ve uygun immünsüpresif tedavinin zamanında başlanmasını sağlamak amacıyla ANCA ilişkili vaskülitler ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Klinik



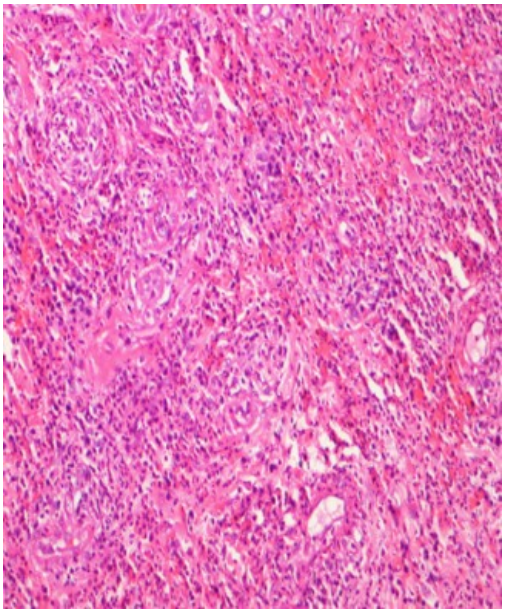
Tedavi öncesinde klinik görüntü

Klinik



Tedavi sonrası klinik görüntü

Histopatoloji



Damar duvarlarında yoğun PNL infiltrasyonu, fibrinoid nekroz, perivasküler eritrosit ekstravazasyonu

Anahtar Kelimeler: gpa, piyoderma gangrenosum, meme, erkek

PS-52

Tırnak Kültürlerinde Eş Zamanlı Saptanan Stenotrophomonas maltophilia ve Trichophyton spp.: Nadir Bir Koenfeksiyon Olgusu

Yusuf Berke Köksal[1], Oğuzhan Cengiz[1], Zeynep Ecem Bulut[1], Burak Burç[1], Soner Yıldız[1], Gamze Serarslan[1]

[1]Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet: Onikomikoz, en sık görülen tırnak enfeksiyonu olup çoğunlukla başta Trichophyton türleri olmak üzere dermatofitler tarafından oluşmaktadır.[2]Bakteriyel kolonizasyon veya enfeksiyon ise tırnakta atipik diskolorasyona yol açabilir.[4, 5]Stenetrophomonas maltophilia çevresel kökenli gram-negatif ve fırsatçı bir bakteridir.[1, 3]S.maltophilia ile ilişkili tırnak tutulumu literatürde az sayıda olguda bildirilmiştir.[4, 5]60 yaşında erkek hasta, bir yıldır sol ayak birinci parmak tırnağında ilerleyici sarı-yeşil renk değişikliği şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde diyabet,periferik vasküler hastalık,immünsüpresyon öyküsü bulunmazken;tırnak travması,sık su teması ve nemli ortam maruziyeti bulunuyordu.Dermatolojik muayenede sol ayak birinci parmak tırnağında sarı-yeşil diskolorasyon izlendi. Diğer el ve ayak tırnaklarında herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı.Tırnaktan direkt KOH incelemesi ve mantar kültürü tetkikleri istendi.Tırnakta yeşil renkte diskolorasyon olması nedeniyle Pseudomonas Aeruginosa'dan şüphelenilerek bakteriyel kültür tetkiki de istendi. Direkt KOH incelemesinde mantar elemanı izlenmedi. Mantar kültürü örneğinde Trichophyton spp., bakteriyel kültür örneğinde Stenotrophomonas Maltophilia üremesi saptandı.Kontaminasyon olabileceği şüphesi ile yaklaşık 1 ay sonra bakteriyel kültür tetkiki yeniden alındı. İkinci kültürde de Stenotrophomonas Maltophilia üremesi saptandı.Antimikrobiyal duyarlılık testi sonucunda S.maltophilia'nın standart dozda levofloksasin ve yüksek dozda trimetoprim-sülfametoksazole duyarlı olduğu saptandı.Hastaya 2 hafta 500 mg siprofloksasin günde iki kez tedavi başlandı ve tamamlandı, topikal amorolfin tırnak cilası tedavisi de başlandı. İki hafta sonraki kontrolde tırnaktaki yeşil-siyah renk değişikliğinde belirgin gerileme gözlendi ve bir ay sonraki kontrolünde gerilemenin devam ettiği görüldü.Topikal amorolfin tedavisi devam etmektedir. S.maltophilia; solunum yolu enfeksiyonları, bakteriyemi ve yara enfeksiyonlarıyla ilişkilendirilen fırsatçı bir patojendir.Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları daha seyrek görülürken tırnak tutulumu literatürde az sayıda olguda bildirilmiştir. Sarı-yeşil veya siyah-yeşil tırnak diskolorasyonunda S.maltophilia ayırıcı tanıda düşünülmelidir.[4, 5]Bu olguda S.maltophilia ve Trichophyton spp. aynı tırnak örneğinde eş zamanlı olarak bir ay ara ile iki kez izole edilmiştir. Dermatofit enfeksiyonuyla ilişkili tırnak plağı bozukluğunun sekonder bakteriyel kolonizasyona zemin hazırlamış olabileceği düşünülmekle birlikte, bu olası ilişki olgumuzda kesin olarak gösterilememiştir. Siprofloksasine özgü duyarlılık verisinin bulunmaması ve topikal amorolfinin eş zamanlı uygulanması nedeniyle gözlenen klinik düzelmenin yalnızca siprofloksasin tedavisine bağlanması mümkün değildir. Ayrıca direkt KOH incelemesinin negatif olmasına karşın mantar kültüründe Trichophyton spp. üremesi, negatif direkt mikroskobinin onikomikozu tek başına dışlamayabileceğini desteklemektedir.S.maltophilia, tırnak enfeksiyonlarında nadiren bildirilen fırsatçı bir patojendir. Etkenin tedavi öncesinde yaklaşık bir ay arayla alınan iki bakteriyel kültürde de izole edilmesi, kontaminasyon olasılığını azaltarak bulgunun klinik anlamlılığını desteklemiştir. Aynı tırnak örneğinde S.maltophilia ve Trichophyton spp.'nin eş zamanlı olarak saptanması, bakteriyel-fungal koenfeksiyon olasılığını düşündürmüştür.Sarı-yeşil veya yeşil-siyah tırnak diskolorasyonlarının ayırıcı tanısında P.aeruginosa ile birlikte S.maltophilia da düşünülmeli; bakteriyel ve mikolojik kültürler birlikte değerlendirilmelidir. Negatif direkt KOH incelemesi onikomikozu tek başına dışlamak için yeterli değildir.

Fotoğraf 1:



İlk başvuru: Sol ayak birinci parmak tırnağında sarı-yeşil diskolorasyon.

Fotoğraf 2:



İki haftalık tedavi sonrası yeşil diskolorasyonda belirgin gerileme.

Fotoğraf 3:



EMB agar ve kanlı agarda S.maltophilia kolonileri

Fotoğraf 4



SDA besiyerinde Trichophyton spp.

Anahtar Kelimeler: Stenetrophomonas maltophilia, Trichophyton spp., Onikomikoz, Koenfeksiyon, Tırnak diskolorasyonu

PS-53

Erişkin Yaşta Tanı Alan Hastada Atipik Bir Genodermatoz: Papıllon-Lefèvre Sendromu

Beyza Güngör[1], **Okan Aydın Yılmaz**[1]

[1]*Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi*

Özet: GİRİŞ ve AMAÇ:Papillon-Lefèvre Sendromu (PLS); cathepsin C (CTSC) gen mutasyonu sonucu gelişen, palmoplantar keratoderma ve agresif periodontitis ile karakterize, oldukça nadir (1-4/4.000.000) otozomal resesif bir genodermatozdur. Klasik fenotipte kutanöz lezyonlar bebeklikte, dental lezyonlar ise erken çocuklukta başlar. Bu bildiride; ailede güçlü psöriasis öyküsü bulunan, kutanöz bulguları atipik olarak erişkin yaşta başlayan ve 40 yaşında tanı alan nadir bir PLS olgusu sunulmaktadır. OLGU:Kliniğimize dirençli, ağrılı el-ayak lezyonlarıyla başvuran 40 yaşında erkek hastanın öyküsünden; daha önce egzema ve psöriasis tanılarıyla topikal steroid, kalsipotriol ve subkutan metotreksat tedavileri aldığı ancak yanıt alamadığı öğrenildi. Derinleştirilen anamnezinde; akraba evliliği (anne-baba kuzen) öyküsü, 3 yaşından itibaren başlayan agresif periodontal yıkım ve erken yaşta yaygın diş kayıpları mevcuttu. Klasik başlangıcın aksine, palmoplantar hiperkeratotik plaklar 20'li yaşlarda ortaya çıkmıştı. Lezyonların kışın fissürleşerek şiddetlendiği, yazın azaldığı belirtildi. Büyük dede ve kız kardeşinde psöriasis vulgaris öyküsü olan hastanın sistemik muayenesi olağandı. Hastanın 16 yaşında kalıcı dişlerini kaybederek total protez kullandığı saptandı. TARTIŞMA:PLS etiyolojisinde, immün ve inflamatuvar yanıtlarda kritik rol oynayan Katepsin C enzimindeki fonksiyon kayıpları suçlanmaktadır. Bu bozukluk polimorfonükleer hücrelerde fagositik yetersizliğe ve enfeksiyon eğilimine yol açar. Literatürde dermatolojik lezyonların ilk 4 ayda başladığı, belirgin sınırlı palmoplantar keratodermaya diz ve dirseklerde psöriaziform plakların eşlik edebileceği bildirilir. Olgumuz, cilt bulgularının 20'li yaşlarda (geç başlangıçlı) ortaya çıkmasıyla literatürdeki klasik zamansal seyirden radikal biçimde ayrılmaktadır. Cilt lezyonlarının psöriaziform doğası ve ailedeki güçlü sedef öyküsü, tablonun uzun süre "Psöriasis" olarak yorumlanmasına ve sendromik tanının gecikmesine neden olmuştur.Sendromun dental boyutunda, süt ve kalıcı dişlerin kaybına yol açan kronik periodontitis hakimdir. Süreçten nötrofil disfonksiyonunun yanı sıra Actinobacillus actinomycetemcomitans gibi agresif anaerobik bakteriler sorumludur. Literatürde periodontitin kardiyovasküler hastalıklar ve bakteriyel endokardit için bağımsız risk faktörü olabileceği belirtilmektedir; olgumuzun kardiyolojik incelemeleri ise normal saptandı.Hastalığın yönetiminde kutanöz ve dental semptomları hafifleten oral retinoidler (asitretin vb.) ilk seçenektir. Periodontal kontrol için antiseptik gargaralar ve sistemik antibiyoterapiler uygulanır. Tanısal gecikme yaşanan atipik olgumuzda, hastanın aktif kutanöz bulguları için oral asitretin ve topikal steroid/nemlendirici tedavisi başlanmış olup multidisipliner takibi sürdürülmektedir.

Her iki palmar bölge lezyonlarının yakından görünüşü.



Her iki palmar bölge lezyonlarının yakından görünüşü.



Her iki dirsek bölgesi lezyonlarının yakından görünüşü.



Her iki diz bölgesi lezyonlarının yakından görünüşü.



Anahtar Kelimeler: Papillon-Lefèvre Sendromu, Geç başlangıçlı, Psöriasis, Agresif periodontitis, Palmoplantar keratoderma

PS-54

Sulfasalazin Sonrasi Toksik Epidermal Nekroliz Ve Eşlik Eden Rs3pe Fenotipi

Yusuf İslam Eren[1], Elanur Yıldızoğlu Eren[2]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Özet: Giriş:Toksik epidermal nekroliz (TEN), çoğunlukla ilaçlarla ilişkili, yaşamı tehdit eden ağır bir kutanöz reaksiyondur. Oral mukoza tutulumu sık olmakla birlikte bazı olgularda deri bulgularından önce ortaya çıkabilir. Bu olguda, oral lezyonlarla başlayan sulfasalazin ilişkili TEN'e eşlik eden remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE) fenotipinin sunulması amaçlandı.Olgu:Yetmiş bir yaşında erkek hasta, ağız içinde ağrılı erozyon ve ülserasyonların ardından alt ekstremitelerde başlayan ve kısa sürede tüm vücuda yayılan eritemli makülopapüler döküntüler nedeniyle değerlendirildi (Resim 1). Başvuru öncesinde eklem ağrıları nedeniyle sulfasalazin ve sistemik kortikosteroid başlanmıştı. Sulfasalazin yaklaşık iki hafta kullanılmış, yanıtsızlık nedeniyle kesilmiş; kortikosteroid tedavisine devam edilerek daha sonra doz azaltımına geçilmişti. Dermatolojik tablo bu azaltım döneminde gelişti. Muayenede yaygın eritemli makülopapüler lezyonlar, epidermal ayrışma ve pozitif Nikolsky bulgusu saptandı (Resim 2). Her iki el dorsumunda ayrıca belirgin, simetrik ve gode bırakan ödem mevcuttu (Resim 3); eklem yakınmalarıyla birlikte bu görünüm RS3PE fenotipiyle uyumlu değerlendirildi. Aynı gün alınan deri biyopsisinde yaygın tam kat epidermal nekroz ile dermoepidermal ve suprabazal ayrışma görülerek TEN histopatolojik olarak doğrulandı. Hastaya 250 mg/gün intravenöz prednizolon ile üç gün pulse tedavi ve destekleyici yara bakımı uygulandı. Yeni epidermal ayrışma durdu, oral ve kutanöz lezyonlar reepitelize oldu; eş zamanlı olarak el ödemi ve muskuloskeletal bulgular da belirgin geriledi. Hasta halen takipte olup TEN lezyonları iyileşmiş durumdadır (Resim 4).Tartışma:Literatürde TEN'de intraoral bulguların kutanöz lezyonları önceleyebildiği bildirilmiştir; bu olgudaki belirgin oral erozyonların ilk bulgu olması diş hekimliği açısından erken tanısal uyarı niteliğindedir. Sulfasalazin nadiren TEN'e yol açabilir. RS3PE farklı romatolojik/inflamatuvar tablolarla birlikte görülebilir; 331 olguluk bir meta-analizde %16,3 oranında malignite birlikteliği bildirilmiş, sendromun paraneoplastik bir belirteç olabileceği vurgulanmıştır. Bu nedenle özellikle ileri yaşta malignite açısından değerlendirme önemlidir. Ulaşabildiğimiz literatürde sulfasalazin ilişkili TEN ile eş zamanlı RS3PE fenotipinin birlikteliğini bildiren benzer bir olguya rastlanmamıştır.Sonuç:Yeni ilaç maruziyeti bulunan hastalarda açıklanamayan yaygın oral erozyonlar, deri tutulumu henüz belirginleşmeden TEN'i düşündürmelidir. Bu nedenle diş hekimi tarafından erken fark edilen oral bulgular dermatolojik değerlendirmeyi hızlandırabilir. Eşlik eden simetrik gode bırakan el ödemi ise RS3PE ve olası sistemik/paraneoplastik birliktelikler açısından ayrıca araştırılmalıdır.

Resim 1. Başlangıçta belirgin oral erozyonlar ve hemorajik krutlanma.



Toksik epidermal nekrolizin erken döneminde, kutanöz bulgulardan önce gelişen yaygın oral mukozal erozyon ve ülserasyonlar.

Resim 2. Gövde ve ekstremitelerde yaygın eritemli makülopapüler döküntüler.



TEN'in aktif döneminde gövde ve üst ekstremitelerde izlenen yaygın eritemli döküntüler ve epidermal hasar alanları.

Resim 3. Her iki el dorsumunda RS3PE ile uyumlu gode bırakan ödem.



İlk dermatolojik değerlendirmede her iki el dorsumunda saptanan, simetrik ve gode bırakan belirgin ödem.

Resim 4. Tedavi sonrası kutanöz lezyonlarda belirgin gerileme ve reepitelizasyon.



Pulse kortikosteroid ve destek tedavisi sonrasında kutanöz lezyonlarda belirgin gerileme ve reepitelizasyonun izlendiği klinik görünüm.

Anahtar Kelimeler: RS3PE sendromu, sülfasalazin, toksik epidermal nekroliz

PS-55

İnguinal Bölgede Atipik Yerleşimli Bazal Hücreli Karsinom

Büşra Şakar[1], Rabia Öztaş Kara[1], Melis Ersöz[1], Arzu Dobral[1]

[1]Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet: Amaç:Bazal hücreli karsinom (BCC) çoğunlukla kronik güneş maruziyetinin olduğu bölgelerde görülür. Güneşten korunan inguinal bölgedeki yerleşim oldukça nadirdir ve klinik olarak enfeksiyöz veya inflamatuvar dermatozları taklit edebilir. Bu olgu ile, tedaviye dirençli ve atipik görünümlü inguinal lezyonlarda BCC olasılığına dikkat çekilmesi amaçlandı.Olgu:Yetmiş iki yaşında erkek hasta, sağ inguinal bölgede yaklaşık iki yıldır devam eden kızarıklık ve kaşıntı ile son altı aydır kötü kokulu akıntı yakınmaları nedeniyle başvurdu. Lezyon daha önce intertrigo ve tinea cruris olarak değerlendirilmiş ve uzun süre topikal antifungal tedavi uygulanmıştı. Özgeçmişinde 25 yıllık hipertansiyon dışında başka bir özellik yoktu. Bilinen ek BCC risk faktörü, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon, radyoterapi veya arsenik/katran maruziyeti yoktu. Dermatolojik muayenede sağ inguinal bölgede yaklaşık 1,5 × 2,5 cm boyutlarında, eritemli zeminde livedi renkli, ülsere plak izlendi(Resim 1, Resim 2). Atipik klinik görünümü ve uzun süreli tedaviye yanıtsızlığı nedeniyle punch biyopsi yapıldı. Histopatolojik inceleme yüzeyel yayılan tip BCC ile uyumlu bulundu ve eksizyon materyalinde tanı doğrulandı(Resim 3).Sonuç:BCC, tipik olarak güneşten maruz kalan bölgelerde görülmesine rağmen nadiren güneşten korunan alanlarda da ortaya çıkabilir. Özellikle uzun süre enfeksiyöz veya inflamatuvar dermatoz olarak değerlendirilen, standart tedavilere yanıt vermeyen ve klinik olarak atipik özellik gösteren inguinal lezyonlarda BCC ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Bu olgu, atipik lokalizasyonlarda tanısal biyopsinin önemini vurgulamaktadır.

RESİM 1



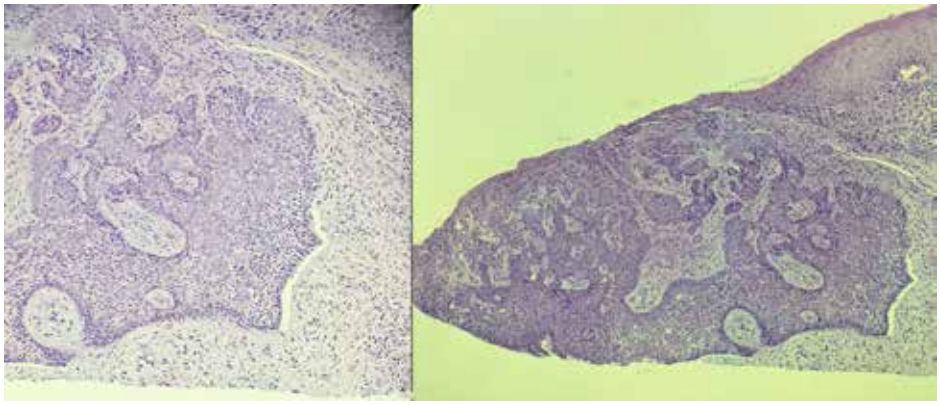
SAĞ İNGUİNAL BÖLGEDE 1.5-2.5 CM BOYUTLARINDA LİVEDİ RENKLİ ÜLSERE PLAK

RESİM 2



SOL ALT KÖŞEDE ARBORİZAN DAMARLAR, PLAK GENELİNDE FİRKETE DAMARLAR, SOL TARAFTA ÜLSER

RESİM 3



EPIDERMIS ALTINDA EPIDERMISTE FOKAL BIR ALANDA EROZYONA SEBEP OLAN DERMISE DOĞRU INFILTRATIF BÜYÜME GÖSTEREN, BAZALOID HÜCRELERDEN OLUŞAN DÜZENSIZ KONTURLU TÜMÖRAL ADACIK VE KORDONLAR IZLENMEKTEDIR. TÜMÖR ADACIKLARININ PERIFERINDE PALIZATLANMA MEVCUT

Anahtar Kelimeler: bazal hücreli Karsinom, atipik lokalizasyon, inguinal bölge

PS-56

Atipik Prezentasyon ile Seyreden Pemfigus Vulgaris

Hüseyin Utkay Eliküçük[1]
[1]*Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi*

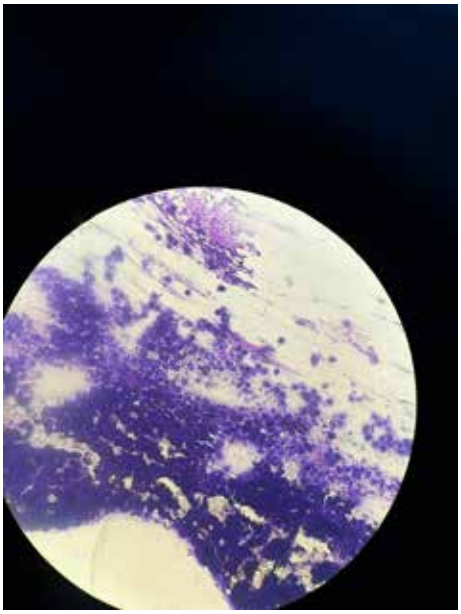
Özet: Bu sunumda; remisyondayken aktif bül izlenmeksizin yalnızca burun dorsumu, saçlı deri ve tek taraflı bukkal mukoza tutulumuyla relaps gösteren, sitoloji ve seroloji ile tanısı kesinleştirilen bir PV olgusu sunulmaktadır.Literatürde çok nadir görülen rinofimatöz Pemfigusa bir örnek niteliği taşımakta.

Klinik görsel



Burun dorsumunda yaygın erode alanlar.

tzanck yayma



akantolitik hücre görseli

Anahtar Kelimeler: Atipik, Pemfigus Vulgaris

PS-57

Dev Pigmente Bazal Hücreli Karsinom

Hüseyin Utkay Eliküçük[1]
[1]*Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Özet: 25 yıldır hasta tarafından saklanan Pigmente Bazal Hücreli Karsinomun ne boyutlara ulaşabileceği ve ne gibi komplikasyonlar doğurabileceğini gösteren vaka posteri.

Lezyonun Klinik görüntüsü



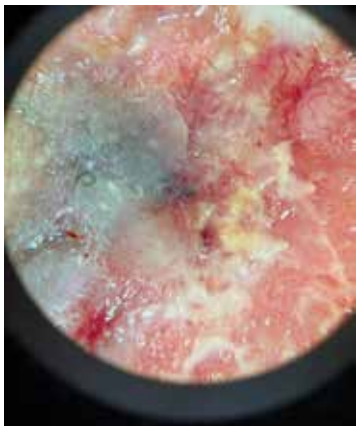
Pigmente Bazal Hücreli Karsinom tanısı alan ülsere lezyonun boyutları ve klinik görüntüsü

Lezyonun Klinik Görüntüsü



Pigmente Bazal Hücreli Karsinom tanısı alan ülsere lezyonun boyutları ve klinik görüntüsü

Dermoskopik Görüntü



Pigmente Bazal Hücreli Karsinomda görülen pigmentasyon, beyaz yapılar, firkete damarlar ve ülserasyon

Tzanck Yayma



Tzanck yaymada Bazal Hücreli karsinomda görülen bazaloid hücre adası ve müsin

Anahtar Kelimeler: Pigmente Bazal Hücreli Karsinom, Ülser, Tzanck Yayma, Biyopsi

PS-58

Nadir Bir Olgu: Akuajenik Siringeal Akrokeratoderma

Melike Yormuş[1], Fatma Nur Kutlu[1], Ömer Kutlu[1], Atiye Akbayrak[1]

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet: GİRİŞ Akuajenik siringeal akrokeratoderma(ASA), sıklıkla palmar yüzeyde su maruziyeti sonrası gelişen hipopigmente, ödemli papüller ve yarı saydam plaklarla karakterize nadir görülen bir durumdur.Kistik fibrozis hastalarında, ilaca ilişkili ya da idiyopatik olarak görülebilir. En sık kullanılan tedaviler topikal alüminyum hidroksit ve botulinum toksin enjeksiyonlarıdır. Burada adölesan dönemde başlayan akuajenik siringeal akrokeratodermalı bir olgu sunulmaktadırOLGU 18 yaş kadın hasta ellerde su maruziyeti ve terleme sonrasında gelişen beyaz renkli kabarıklık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Bu şikayetinin 3 aydır olduğu ve ek şikayetinin olmadığı öğrenildi. Yapılan dermatolojik muayenede suya maruziyet öncesi sağ palmar yüzeyde minimal görünümde yarı saydam papüller gözlendi. Hastanın elleri su ile temas ettikten sonra bir dakika içinde sağ palmar yüzeyde belirginleşen hipopigmente, ödemli papül ve plaklar gözlendi.(Resim1). Hastanın kistik fibrozis ile uyumlu şikayetleri, ilaç kullanımı yoktu. Klinik bulguların ve anamnezin tipik olması nedeniyle histopatolojik incelemeye gerek duyulmadı ve ASA tanısı konuldu.Hastaya % 19 alüminyum hidroksiklorür krem, %10 üre tedavisi önerildi. Takiplerde şikayetlerinde gerileme izlendi. TARTIŞMAAkuajenik siringeal akrokeratoderma (ASA); 2-4 dakika su teması sonrası oluşan ödematöz beyaz renkli papül ve plaklarla karakterize, etiyolojisi bilinmeyen, nadir, edinsel bir palmoplantar keratodermadır.(1,2) Lezyonlar sıklıkla palmar alanda görülmesine rağmen, el dorsali ve ayaklar da etkilenebilir.(1,2,4)Genellikle adölesanları ve genç erişkin kadınları etkiler, bildirilen erkek olgu sayısı sınırlıdır.(1,3,5) ASA tanısı öykü, klinik bulgular ve histopatolojik incelemeye dayanarak konulur.Fizik muayene esnasında suda bekletme testi yapılmalıdır. Su ile temas sonrası tipik lezyonların ortaya çıkması tanıyı koymak için genellikle yeterlidir ve nadiren biyopsi yapılması gerekir.Histopatolojik değişiklikler arasında stratum korneumun kalınlığının artması ve anormal boyanmasıyla birlikte ortohiperkeratoz, genişlemiş akrosiringi ve ekrin bezlerinin hiperplazisi ile birlikte dermal ekrin kanalları, belirgin hücre değişiklikleri ve vakuolleşmeler ve ekrin bezlerinin etrafında ve bitişiğinde kılcal damarların artması yer alır.(6) Avuç içlerinde ilaç kaynaklı ASA vakaları, rofekoksib,selekoksib,aspirinile ilişkili tek vaka raporlarında bildirilmiştir.(8,9,10) Ayırıcı tanıda akuadinya, akuajenik ürtiker ve akuajenik pruritus göz önünde bulundurulmalıdır. (11)Tedavide % 20 alüminyum klorür, botulinum toksin enjeksiyonları, iyontoforez, antihistaminikler,% 5 salisilik asit içeren pomad, mometazon furoat ve vazelin karışımı ve % 20 üre içeren krem kullanılabilir. (12)SONUÇASA nadir görülen bir hastalıktır ancak yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur.Tanısı genellikle öykü ve klinik muayene ile konulan bu hastalığa dikkat çekilmesi ve muayene esnasında tanı konulma oranı arttırılması amaçlanarak bu vaka sunulmuştur.

RESİM 1



Resim 1 : Palmar yüzeyde hipopigmente, ödemli papül ve plaklar

Anahtar Kelimeler: akuajenik siringeal akrokeratoderma

PS-59

Oral Mukoza Tutulumu Gösteren Pigmente Liken Planus: Bir Olgu

Büşra Kendirli[1], Fatma Nur Kutlu[1], Ömer Kutlu[1], Atiye Akbayrak[1]

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Özet: Giriş/AmaçLiken planus pigmentozus (LPP), liken planusun gri-kahverengi hiperpigmente makül ve yamalarla karakterize nadir bir varyantıdır [2]. Klasik olarak güneş gören alanlarda görülmekle birlikte fleksural tutulum gösterebilir; oral mukoza tutulumu ise nadiren bildirilmiştir [1,2]. Bu olguda oral mukozada belirgin pigmentasyon ile birlikte fleksural ağırlıklı kutanöz pigmente lezyonları bulunan bir hastanın klinik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması amaçlandı.Bulgular/OlguAltmış yaşında kadın hasta, yaklaşık 2 yıldan beri olan dilinin sol bukkal mukozaya teması sırasında fark ettiği pürtüklülük ve ardından aynada gözlemlediği kahverengi renk değişikliği nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Dermatolojik muayenede bukkal mukozada gri-kahverengi hiperpigmente alanlar ile gövde, inframammarian bölge ve bilateral proksimal uylukta kahverengi-gri hiperpigmente makül ve yamalar izlendi. Dental işlem öyküsü nedeniyle dental materyale bağlı oral likenoid reaksiyon ayırıcı tanıda değerlendirildi. Sol bukkal mukozadan alınan insizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesi liken planus ile uyumlu olarak raporlandı. Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek pigmente liken planus düşünüldü. TartışmaLPP'nin fleksural ve intertriginöz alanlarda baskın olarak görülen varyantı LPP-inversus olarak tanımlanmaktadır [2,3]. Olgumuzdaki inframammarian ve proksimal uyluk tutulumu bu dağılım paterni açısından dikkat çekicidir. Bununla birlikte oral mukoza tutulumu LPP'de nadirdir [1,2]. Oral liken planus farklı klinik morfolojilerde izlenebilmekte olup pigmentasyon değişiklikleri de klinik spektrumun bir parçası olabilir. Hipopigmente lezyonların yanı sıra, olgumuzda olduğu gibi belirgin hiperpigmentasyon da gözlenebilir. LPP ise karakteristik olarak gri-kahverengi ile koyu kahverengi arasında değişen hiperpigmente makül ve yamalarla seyretmektedir [1,2]. Oral pigmente lezyonlarda oral liken planus, oral likenoid reaksiyonlar, postinflamatuvar pigmentasyon ve diğer pigmentasyon nedenleri ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir [4,5]. Olgumuzda eş zamanlı kutanöz pigmente tutulum ve oral biyopsinin liken planus ile uyumlu olması pigmente liken planus tanısını destekledi.SonuçOral liken planus geniş bir klinik spektruma sahip olup pigmentasyon değişiklikleri farklı görünümlerde karşımıza çıkabilmektedir. Hipopigmente lezyonların yanı sıra, olgumuzda olduğu gibi belirgin hiperpigmentasyonun da oral tutulumun bir bulgusu olabileceği akılda tutulmalıdır. Eşlik eden kutanöz pigmente lezyonların varlığında LPP ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Bu olgu, oral mukozanın nadir tutulduğu LPP'de mukokutanöz bulguların birlikte değerlendirilmesinin ve klinik-histopatolojik korelasyonun tanısal önemini vurgulamaktadır.

A



A) Bukkal mukozada gri-kahverengi hiperpigmente alanlar.

B



B) İnframammarian bölgede kahverengi-gri hiperpigmente makül ve yamalar.

C



C) Bilateral proksimal uyluklarda çok sayıda kahverengi-gri hiperpigmente makül ve yamalar.

Anahtar Kelimeler: oral liken planus, liken planus pigmentosus, liken planus pigmentosus inversus

PS-60

İmmünsüpresyon Öncesi Tanısal Bir Tuzak: Multifokal Alopesi ile Başvuran Hastada Skrofuloderma

Sultan İrem Irgat[1], Fatma Nur Kutlu[1], Ömer Kutlu[1], Atiye Akbayrak[1]

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi

Özet: GİRİŞSkrofuloderma, çoğunlukla tüberküloz lenfadeniti olmak üzere altta yatan tüberküloz odağının komşuluk yoluyla deriye yayılması sonucu gelişen kutanöz tüberküloz formudur. Başlangıçta subkutan nodül veya lenfadenopati şeklinde ortaya çıkan lezyonlar, ilerleyen dönemde nekroz, ülserasyon, sinüs traktı oluşumu ve fistülizasyon gösterebilir. Nadir görülmesi ve farklı dermatozları taklit edebilmesi tanısal gecikmeye yol açabilmektedir. Özellikle immünsüpresif tedavi planlanan hastalarda açıklanamayan inflamasyon veya lenfadenopati varlığında kronik enfeksiyonların dışlanması önemlidir. Burada, multifokal alopesi nedeniyle immünsüpresif tedavi planlanan ve izlemde skrofuloderma tanısı alan yirmi yaşında erkek hasta sunulmaktadır.OLGU SUNUMUYirmi yaşında erkek hasta, 6–7 aydır devam eden sol göz kirpiklerinde, bilateral kaşlarda ve sol uyluk posteriorunda kıl kaybı nedeniyle başvurdu. Daha önce uygulanan intralezyonel triamsinolon ve topikal minoksidil tedavilerinden fayda görmediği öğrenildi. Sol uyluk posteriorundaki alopesik alandan follikülotropik mikozis fungoides, alopesi müsinoza, alopesi areata ve trikotillomani ön tanılarıyla punch biyopsi alındı; histopatolojik inceleme nonspesifik bulundu. Sistemik siklosporin 200 mg/gün ve metilprednizolon 8 mg/gün planlandı, ancak persistan CRP yüksekliği nedeniyle immünsüpresif tedavi ertelendi ve ileri inceleme planlandı.Takipte sağ aksillada ağrılı, mobil lenfadenopati gelişti. Yüzeyel ultrasonografide malignite açısından şüpheli multipl lenfadenopatiler saptandı. Enfeksiyon Hastalıkları tarafından uygulanan ampirik antibiyotik tedavisine yanıt alınmaması üzerine eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Histopatolojik inceleme granülomatöz lenfadenit ile uyumlu bulundu.Kontrolde sağ aksiller bölgede fistülizasyon ve seropürülan akıntı izlendi(Resim 1). PPD 10 mm, BCG skarı negatif ve tularemi serolojisi negatifti. Klinik bulguların birlikte değerlendirilmesiyle skrofuloderma tanısı konuldu. İlk iki ay izoniyazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol, ardından dört ay izoniyazid ve rifampisin olmak üzere toplam altı aylık antitüberküloz tedavi uygulandı. Altıncı ayda aksiller lezyonda belirgin klinik gerileme gözlendi.TARTIŞMAKutanöz tüberkülozda mikobakteriyel yükün düşük ve değişken olması nedeniyle mikrobiyolojik doğrulama her olguda mümkün olmayabilir. Bu nedenle tanıda klinik, histopatolojik ve mikrobiyolojik bulgular ile tüberküloz enfeksiyonunu destekleyen testlerin birlikte değerlendirilmesi gereklidir . Olgumuzda başlangıçta multifokal alopesi nedeniyle immünsüpresif tedavi planlanmış, ancak persistan CRP yüksekliği nedeniyle tedavinin ertelenmesi altta yatan enfeksiyöz sürecin ortaya çıkarılmasına olanak sağlamıştır. İzlemde gelişen aksiller lenfadenopati, granülomatöz lenfadenit ve fistülizasyon skrofuloderma açısından belirleyici bulgular olmuştur. İlaç duyarlı kutanöz tüberkülozda standart tedavi, iki aylık izoniyazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol tedavisini takiben dört aylık izoniyazid ve rifampisin tedavisinden oluşmaktadır. Olgumuzda altı aylık standart tedavi ile belirgin klinik yanıt elde edilmiştir.SONUÇİmmünsüpresif tedavi planlanan hastalarda persistan inflamatuvar belirteç yüksekliği ve açıklanamayan lenfadenopati, altta yatan kronik enfeksiyonlar açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Özellikle granülomatöz lenfadenit ve fistülizasyon varlığında skrofuloderma ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. İmmünsüpresyon öncesinde enfeksiyöz nedenlerin sistematik olarak araştırılması, tanısal gecikmenin ve uygunsuz immünsüpresyonun önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Skrofuloderma, kutanöz tüberküloz, lenfadenopati, granülomatöz lenfadenit, immünsüpresyon

PS-61

Meme Derisinde Karsinom Metastazı Açısından Klinik Farkındalık: Bir Vaka Serisi

Hatice Bankoğlu Yıldırım[1]

[1]*Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Özet: Giriş: Deri metastazları nadir görülmesine rağmen ileri evre hastalık olarak tanımlanır ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Meme kanseri, kadınlarda görülen en sık ve ölümcül kanserlerdendir. En yaygın klinik görünüm dermal veya subkutan nodüllerdir. Erizipeloid pattern, telenjiektatik patern, skirröz karsinom, lenfanjiyoma sirkumskriptum benzeri psödoveziküler lezyon, papüller, plaklar veya purpurik nodüller ile de karakterize olabilir. Burada 3 farklı klinik görünümde deriye karsinom metastazı bulunan 3 vakadan bahsedilmektedir.Olgu: Birinci olgu 80 yaş kadın hasta sol meme derisinde 1 yıldır travma sonucu oluşmuş kızarıklık şikayetinden yakınıyor. Dermatolojik muayenede sol meme derisinde basmakla solmayan yer yer retiküler özellik gösteren eritem ve pembe, sert ortasında erode alanı bulunan nodüler lezyon mevcut. Sol axillada ele gelen sert immobil lenfoadenpati ile uyumlu subkutan kitle benzeri lezyon saptandı. Sol meme biyopsi sonucu invaziv duktal karsinom, sol aksilla biyopsi sonucu karsinom metastazı olarak değerlendirildi. İkinci olgu 13 yıldır meme kanseri tanısıyla onkoloji takipli 57 yaş kadın hasta sağ koltuk altında 3 aydır olan kızarıklık, kaşıntı şikayetiyle başvurdu. Dermatolojik muayenede sağ aksillada 5x4 cm çaplı infiltre eritemli plak mevcut. Histopatolojik incelemede anizositoz, anizokaryoz gösteren hiperkromatik nükleuslu atipik epitelyal hücre infiltrasyonu izlendi. Karsinom metastazı olarak değerlendirildi. Üçüncü olgu 80 yaş kadın hasta göğüs altında 2 aydır olan kızarıklık şikayetinden yakınmaktaydı. Dermatolojik muayenesinde inframammaryan bölgede daha baskın olmak üzere meme derisinde nodüler infiltre plakları mevcut. Histopatolojik inceleme sonucunda malign hücrelerde pankeratin+, CK7+, GATA3+, CD68-, CK20-, immunhistokimyasal boyamalar saptanmış olup karsinom metastazı olarak değerlendirildi.Tartışma: Deri metastazları, tüm deri kanserlerinin yalnızca %2'sini oluşturur. Meme kanseri, kadınlarda deri metastazlarının en sık nedenidir. Dermatologlar tarafından, kadınlardaki karsinom metastazlarının %69'unun meme kanseri kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. En yaygın klinik görünüm dermal veya subkutan nodüllerdir. Hastalık ilerledikçe nodüller ülserasyon gösterebilir veya enfeksiyonu taklit eden bir görünüm alabilir. Birinci olgu meme derisinde sert eritemli plak ve üzerinde telenjektaziler içermekteydi. Telenjiyektatik patern ile uyumluydu ve bu patern, hastalar arasında %8-11 oranında görülür. Meme derisi ve çevresinde keskin sınırlı eritemli plak (erizipel benzeri lezyon), erizipeloid pattern olarak adlandırılır ve hastalarda %3-6.3 arasında görülür. İkinci olgu erizipeloid patern ile uyumluydu. Skiröz karsinom göğüs duvarında dağınık, sert eritemli plaklar şeklinde ortaya çıkar ve görülme sıklığı hastalar arasında %3-4'tür. Üçüncü olgu karsinom metastazlarının skiröz tipine benzer paternler içermekteydi.Sonuç: Meme ve meme başı lezyonlarında deri karsinom metastazı nadir görülmesine rağmen kötü prognozla ilişkili klinik bulgudur. Özellikle tedaviye dirençli, atipik morfoloji gösteren, persistan seyirli lezyonlarda, deri metastazı ayırıcı tanıda akılda tutulmalı; erken histopatolojik değerlendirme ve multidisipliner yaklaşımla tanısal gecikmenin önüne geçilmelidir.

resim 1



yer yer retiküler özellik gösteren eritem ve pembe, sert ortası erode üzerinde telenjektaziler bulunan nodüler lezyon

Resim2



Sağ proksimal ekstremite derisinde düzensiz kenarlı eritemli plak

Resim3



Hastanın meme, meme altı ve karın bölgesi derisinde infiltre, eritemli nodüler lezyonlar

Anahtar Kelimeler: deri bulguları, deri tümörleri, duktal karsinoma

PS-62

Kutanöz Larva Migrans

Büşra Gürsoy[1], Büşra Gürsoy[1], Simge Ünal Işık[1]

[1]Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet: Giriş: Kutanöz larva migrans (KLM), çoğunlukla köpek ve kedilerin bağırsaklarında bulunan zoonotik kancalı kurt larvalarının insan derisine penetrasyonu sonucu gelişen, özellikle tropikal ve subtropikal bölgelerde görülen bir deri hastalığıdır. Larvaların epidermis içerisinde ilerlemesine bağlı olarak tipik eritemli, serpijinöz ve ilerleyici lezyonlar ortaya çıkar.Amaç: Seyahat öyküsü bulunan ve klinik olarak kutanöz larva migrans tanısı konulan bir olgunun, hastalığın karakteristik klinik bulguları ve ayırıcı tanıları açısından sunulması amaçlanmıştır.Bulgular/Olgu: Otuz beş yaşında erkek hasta, yaklaşık bir ay önce su toplaması şeklinde başlayan ve zamanla çevresine yayılan, kaşıntılı döküntüler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın yaklaşık 6 ay önce Afrika seyahati olduğu ve seyahati sırasında kumlu zeminde çıplak ayakla yürüdüğü öğrenildi. Dermatolojik muayenede sağ ayak dorsumunda yaklaşık 1,5 cm çapında, üzerinde hemorajik krut bulunan ve çevresinde eritemli serpijinöz lezyonların izlendiği saptandı. Hastanın daha önce herhangi bir topikal veya sistemik tedavi kullanmadığı öğrenildi. Klinik öykü ve tipik dermatolojik bulgular doğrultusunda kutanöz larva migrans tanısı düşünüldü. Hastaya tek doz 200 µg/kg ivermektin tedavisi uygulandı. Tedavinin ikinci haftasında yapılan kontrolde lezyonlarda belirgin gerileme ve kaşıntıda tam düzelme gözlendi.Tartışma: KLM, endemik bölgelere seyahat öyküsü bulunan hastalarda, özellikle ayaklarda görülen ilerleyici serpijinöz lezyonların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Tanı çoğunlukla klinik bulgular ve maruziyet öyküsüne dayanır. Tinea corporis, kontakt dermatit, skabies ve Strongyloides kaynaklı larva currens ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Ivermektin, tedavide etkili ve iyi tolere edilen seçeneklerden biridir.Sonuç: Tropikal veya subtropikal bölgelere seyahat sonrası gelişen, kaşıntılı ve ilerleyici serpijinöz lezyonlarda maruziyet öyküsünün ayrıntılı olarak sorgulanması, kutanöz larva migransın erken tanınması ve uygun tedavinin başlanması açısından önemlidir.

Tedavi öncesi



Sağ ayak dorsumunda ilerleyici eritemli serpijinöz lezyon

Tedavi sonrası



Sistemik ivermektin tedavisi sonrası 2.haftada belirgin klinik gerileme

Anahtar Kelimeler: ivermektin, enfeksiyon, ancylostoma, kutanöz larva migrans, serpijinöz lezyon

PS-63

Unilateral Lokalize Subkorneal Püstüler Dermatoz: Nadir Bir Olgu Sunumu

Samiye İç[1], Emel Hazinedar[1], Pelin Ertop Doğan[1], Ali Can Önal[2]

[1]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[2]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

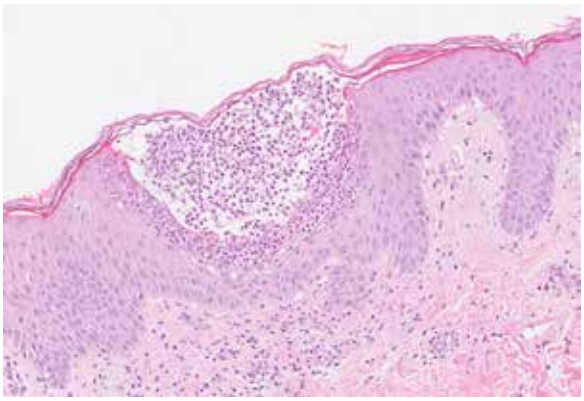
Özet: GİRİŞ/AMAÇ: Subkorneal püstüler dermatoz (SPD; Sneddon-Wilkinson hastalığı) kronik, tekrarlayıcı ve steril püstüler erüpsiyonlarla karakterize nadir bir nötrofilik dermatozdur. Klasik olarak fleksural alanlarda bilateral, simetrik, anüler veya serpiginöz püstüler plaklarla seyreder. Histopatolojide nötrofillerden zengin subkorneal püstül tipiktir (1). Unilateral ve lokalize SPD oldukça nadirdir ve literatürde az sayıda olgu bildirilmiştir (2,3). Bu olguda, sağ femur bölgesinde iki yıldır tekrarlayan lokalize SPD'nin klinik, histopatolojik özelliklerinin sunulması; ayırıcı tanısının ve lokalize tutulumda topikal dapson tedavisinin potansiyel etkinliğinin vurgulanması amaçlandı. BULGULAR/OLGU: 24 yaşında kadın hasta, yaklaşık iki yıldır sağ uyluk bölgesinde dönemsel olarak ortaya çıkan, gerileyip yeniden tekrarlayan eritemli, püstüler lezyonlarla başvurdu. Hasta topikal mometazon furoat kullanmış ancak fayda görmemişti. Aktif ataklarda lezyonlarda ağrı mevcutken kaşıntı yoktu. Lezyonlar geriledikten sonra postinflamatuar hiperpigmentasyon kalıyordu. Atak öncesinde enfeksiyon veya yeni ilaç kullanımı saptanmadı. Dermatolojik muayenede sağ femur medialinde lokalize, eritemli zeminde papülopüstüler lezyonlar ve eski ataklara ait postinflamatuar hiperpigmentasyon izlendi (Resim 1). Ayırıcı tanıda SPD, immünoglobulin A (IgA) pemfigusu, püstüler psoriazis, kontakt dermatit ve tinea düşünüldü. Nativ inceleme negatifti. Aktif püstüler alandan biyopsi ve direkt immünfloresan (DİF) örneklemesi yapıldı. Histopatoloji subkorneal püstüloz ile uyumlu bulundu (Resim 2); DİF'te IgA, IgG, IgM, C1q ve C4 reaksiyonu izlenmedi. Klinik-patolojik korelasyonla lokalize SPD tanısı konuldu. 2x1 %7,5'luk topikal dapson tedavisiyle belirgin klinik gerileme sağlanan hastaya sistemik dapson planlanmadı (Resim 3). TARTIŞMA: Subkorneal püstüler dermatoz; histopatolojik olarak çok sayıda nötrofil içeren püstüllerle karakterize, kronik, tekrarlayıcı, fleksural bölgelerde bilateral ve simetrik yerleşen nadir görülen bir dermatozdur. Ancak lokalize ve unilateral formları da bildirilmiştir (1,3). Histopatolojide nötrofillerden zengin subkorneal püstül görülmesi hastalığa özgü değildir; IgA pemfigusu, püstüler psoriazis, akut jeneralize ekzantematöz püstüloz (AGEP), bakteriyel impetigo ve dermatofitoz ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir (1). Klasik SPD'de DİF çoğunlukla negatiftir (1). Olgumuzda kronik-rekürren seyir, ilaç tetikleyicisinin bulunmaması, negatif nativ inceleme, uyumlu histopatoloji ve negatif DİF bulguları SPD tanısını desteklemiştir. SPD tedavisinde sistemik dapson geleneksel olarak ilk seçenek tedavi olarak kabul edilmektedir (1). Buna karşılık olgumuzda hastalığın lokalize olması nedeniyle topikal dapson tercih edilmiş olup sistemik tedaviye gerek duyulmaksızın klinik kür elde edilmesi dikkat çekicidir. SONUÇ: Tek taraflı, tekrarlayan ve lokalize püstüler lezyonlarda hastalığın tipik bilateral ve simetrik dağılımı bulunmasa dahi subkorneal püstüler dermatoz (SPD) ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Unilateral ve lokalize SPD oldukça nadir olup literatürde bildirilen olgu sayısı sınırlıdır. Bu olgu, atipik klinik dağılım gösteren hastalarda SPD tanısında klinik ve histopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesinin önemine ve lokalize SPD tedavisinde topikal dapsonun etkili ve alternatif bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebileceğine dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Resim 1.



Tedavi öncesi

Resim 2.



Histopatolojik görüntüde subkorneal püstül görünümü

Resim 3.



Tedavi sonrası

Anahtar Kelimeler: Subkorneal püstüler dermatoz, Topikal Dapson

PS-64

Kortikosteroid Tedavisi Altında Alevlenme ve Perikardiyal Tutulum Gelişen DRESS Sendromunda Siklosporine Yanıt

İpek Özden[1], Emel Hazinedar[1], Pelin Ertop Doğan[1]

[1]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet: Giriş/Amaç: Eozinofili ve sistemik semptomlar ile seyreden ilaç reaksiyonu sendromu (DRESS); ateş, yaygın deri döküntüsü, hematolojik anomaliler ve iç organ tutulumu ile karakterize, yaşamı tehdit edebilen ciddi bir ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Klinik ve laboratuvar bulguları, sorumlu ilacın kesilmesine ve sistemik kortikosteroid tedavisine rağmen dalgalı bir seyir gösterebilir. Kardiyak tutulum nadir olmakla birlikte önemli bir mortalite nedenidir. Burada, kortikosteroid tedavisi sırasında hepatik alevlenme ve perikardiyal tutulum gelişen, siklosporin tedavisine hızlı yanıt veren bir DRESS olgusu sunulmaktadır. Olgu/Bulgular: Elli yaşındaki kadın hasta, ateş, yaygın eritemli döküntü ve yüz ödemi nedeniyle değerlendirildi (Resim 1-2). Öyküsünden semptomların başlamasından dokuz gün önce amoksisilin-klavulanat ve ibuprofen kullandığı öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz, eozinofili, transaminaz yüksekliği, CRP ve lökosit sayısında artış saptandı. Klinik ve laboratuvar bulguları DRESS sendromu ile uyumlu değerlendirildi. Şüpheli ilaçlar kesilerek 80 mg/gün intravenöz metilprednizolon başlandı. Başlangıçta deri bulguları ve laboratuvar değerlerinde gerileme gözlenmesi üzerine kortikosteroid dozu 60 mg/güne düşürüldü (Resim 3). Ancak tedavinin 12. gününde göğüs ağrısı gelişti ve ekokardiyografide perikardiyal efüzyon saptandı. Aynı dönemde eozinofil sayısı ve karaciğer enzimleri yeniden yükseldi. Perikardiyal tutulum nedeniyle başlanan kolşisin, tedavinin 15. gününde gelişen anemi ve trombositopeniye katkıda bulunabileceği düşünülerek kesildi. Yüksek doz kortikosteroid tedavisine rağmen sistemik bulguların ilerlemesi üzerine 4 mg/kg/gün dozunda siklosporin başlandı. Siklosporin başlandıktan sonraki iki günde klinik bulgular, eozinofili ve karaciğer enzimlerinde gerileme başladı ve hızla devam etti. Toplam 2 haftalık siklosporin tedavisi sonrası kortikosteroid dozu kademeli olarak azaltıldı. Takiplerinde nüks olmadı. Tartışma: DRESS sendromunda sistemik kortikosteroidler, özellikle sistemik tutulum varlığında tedavinin temelini oluşturmakla birlikte, uzun doz azaltım süreleri, relaps riski ve tedavi ilişkili advers etkiler alternatif immünsüpresif yaklaşımlara gereksinim doğurmaktadır (1). Kısa süreli siklosporin tedavisinin hızlı klinik yanıt sağlayabildiği farklı DRESS sendromu olgularında da gösterilmiştir (2-3-4). Olgumuzda kutanöz bulguların kortikosteroid tedavisiyle gerilemesine rağmen transaminaz yüksekliği ve perikardiyal tutulumun ortaya çıkması, visseral hastalık aktivitesinin deri bulgularından bağımsız seyredebildiğini göstermektedir. Siklosporin başlanmasını izleyen iki gün içinde hepatik enzimler, inflamatuvar belirteçler ve perikardiyal efüzyonda eş zamanlı düzelme gözlenmesi, literatürde bildirilen hızlı yanıt profiliyle uyumludur. Sonuç: Bu olgu, DRESS sendromunun sorumlu ilaçların kesilmesine ve yüksek doz sistemik kortikosteroid tedavisine rağmen yeni organ tutulumları ve laboratuvar alevlenmeleriyle seyredebildiğini göstermektedir. Hastalığın izleminde deri bulgularındaki gerileme tek başına yeterli olmayıp, kardiyak belirtiler ile hematolojik ve hepatik parametrelerin yakın takibi gereklidir. Kortikosteroide yetersiz yanıt veren veya tedavi sırasında sistemik tutulumu ilerleyen DRESS olgularında siklosporin, hızlı klinik ve laboratuvar yanıt sağlayabilecek önemli bir tedavi seçeneğidir.

Resim 1.



Tedavi öncesi

Resim 2.



Tedavi öncesi

Resim 3.



Tedavi sonrası

Anahtar Kelimeler: Hepatik tutulum, Siklosporin, DRESS Sendromu, Perikardiyal Effüzyon, İlaç reaksiyonu

ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

ADKD

4-7 KASIM 2026

ADAM&EVE HOTEL

ANTALYA



https://www.adkd2026.org