



**“ ORD. PROF. DR. HULUSİ BEHÇET
13. DERMATOLOJİ
BAHAR SEMPOZYUMU ”**

24-27 NİSAN 2025

CORNELIA DIAMOND OTEL / BELEK - ANTALYA



www.baharsemposyumu2025.com

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

- **SB-01: SEBOREİK DERMATİTTE HASTALIK ŞİDDETİNİN ANKSİYETE DÜZEYİ, YAŞAM VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**
Elif Bal Avcı, Müge Göre Karaali, Vildan Manav
- **SB-02: IL-17 VE IL-23 İNHİBİTÖRLERİ KULLANAN PSORİASİS TANILI HASTALARDA SİSTEMİK İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**
Yekta Barlas Şimşek, Şirin Yaşar
- **SB-03: FASİYAL HERPES ZOSTER ENFEKSİYONU : RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**
Sevim Baysak, Milhan Şengün, Sema Nur Alpaslan, Emrah Ergin, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı
- **SB-04: DERMATOLOGLAR MI, SOSYAL MEDYA FENOMENLERİ Mİ? AKNE HASTALARI EN ÇOK KİME GÜVENİYOR?**
Zülal İnci Bal, Nermin Karaosmanoğlu, Berkay Temel, Özge Mine Örenay
- **SB-05: TEDAVİYE DİRENÇLİ KELOİD OLGULARINDA İNTRALEZYONEL KRİYOTERAPİ: OLGU SERİSİ**
Beyza Nur Akın, Şirin Yaşar, Sevim Baysak
- **SB-06: BHK TANILI HASTALARDA KLİNİK ÖZELLİKLER VE DERMOSKOPIK FOTOYAŞLANMA ÖLÇEĞİNİN PROGNOSTİK ÖNEMİ: 7 YILLIK TAKİP SONUÇLARI**
Hatice Kübra Çakı, Mehmet Salih Gürel, Ozan Erdem
- **SB-07: COVID-19 VE MELANOM TANISI: PANDEMİ SÜRECİNİN GERÇEK ETKİSİ NE?**
Elif ÖZKUL, Vefa Aslı ERDEMİR, Ozan ERDEM, Melek ASLAN KAYIRAN, Bengü ÇOBANOĞLU ŞİMŞEK, Sıdıka Şeyma ÖZKANLI, Merdan SERİN, Mehmet Salih GÜREL
- **SB-08: PSÖRİYAZİSTE BİYOLOJİK VE KONVANSİYONEL TEDAVİ: KLİNİK YANIT VE İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERİN 28 HAFTALIK TAKİBİ**
Harbiye Dilek Canat, Sümeyra Aldemir, İbrahim Halil Yavuz, Zafer Türkoğlu
- **SB-09: DERİ TÜBERKÜLOZU TANILI HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ YANITLARININ RETROSPEKTİF OLARAK ARAŞTIRILMASI**
Sevim Baysak, Yasemin Aksu, Gülbüz Şen Alvaç, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı
- **SB-10: PROLİFERE TRİKİLEMMAL TÜMÖR: GENİŞ BİR SERİDE KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**
Mücahit Ergün, Can Baykal, Nesimi Büyükbabani, Tuğba Atıcı, Şule Öztürk Sarı
- **EP-01: ORAL İSOTRETİNOİN TEDAVİSİ SIRASINDA YÜZDE YAYGIN HERPES SİMPEKS ENFEKSİYONU GELİŞEN HASTA ERİŞCAN MELİH KIRSOY, BAŞAK ŞİŞDAÇ, ZAFER TÜRKOĞLU**

- **EP-02: OLGU SUNUMU: AKCİĞER ADENOKARSİNOMU NEDENİYLE ERLOTİNİB KULLANAN BİR HASTADA GÖRÜLEN DERMATOLOJİK KOMPLİKASYONLAR**
İrem Nur Durusu Türkoğlu
- **EP-03: BACAK TİPİ B HÜCRELİ LENFOMA: OLGU BİLDİRİMİ**
Sema Nur Alpaslan, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, Seda Mazmanoğlu Atılman, İlkin Zindancı, Emrah Ergin
- **EP-04: ÇOCUK OLGUDA PURPURİK PİTRİAZİS ROSEA**
Elif Selin YÜKSEL ERGÜN, Meltem AKGÜN, Sevim BAYSAK, Şirin YAŞAR, İlkin ZİNDANCI, Emrah ERGİN
- **EP-05: RENAL HÜCRE KARSİNOMUNA SEKONDER GELİŞEN LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİTLİ BİR OLGU**
Deniz Ilgın Çelik, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı
- **EP-06: ERİTEMA MULTİFORME Mİ? MİKOPLAZMA İLİŞKİLİ REAKTİF MUKOZİT Mİ?: GÜNCEL BİR TARTIŞMANIN PEDİATRİK BİR OLGUDA İNCELENMESİ**
Erhan Topal, Ahmet Ataş, Gülşen Akkoç, Ayşe Deniz Yücelten, Dilek Seçkin
- **EP-07: BÜYÜK TAKLİTÇİ SİFİLİZ: SİFİLİTİK PALMOPLANTAR KERATODERMA**
Müge EMEKSİZ, Şirin YAŞAR, Sevim BAYSAK, Nermin KOÇ
- **EP-08: NADİR GÖRÜLMESİ NEDENİYLE TANISI GECİKEN PEDİATRİK KUTANÖZ POLİARTERİTİS NODOSA OLGUSU**
Hakan POLAT, Zafer TÜRKÖĞLU, Harbiye Dilek CANAT, Göknur ÖZAYDIN YAVUZ, İbrahim Halil YAVUZ
- **EP-09: YENİ BİR RASA1 MUTASYONU GÖSTEREN KAPİLLER MALFORMASYON-ARTERİOVENÖZ MALFORMASYON SENDROMLU BİR AİLE**
Mustafa Çırakoğlu, Ayşe Deniz Yücelten, Kıymet Nur İskender, Serdar Ceylaner
- **EP-10: CROHN HASTALIĞININ ENDER GÖRÜLEN DERİ MANİFESTASYONU: METASTATİK CROHN HASTALIĞI OLGU BİLDİRİMİ**
AYÇA YAĞAR, EMİNE KANATSIZ, FATİMA GÜR SOY, SEVİM BAYSAK, İLKİN ZİNDANCI, ŞİRİN YAŞAR
- **EP-11: NADİR BİR PSİKODERMATOLOJİK BOZUKLUK: PSİKOJENİK PURPURA**
Ece Yılmaz, Sueda Turan, Harbiye Dilek Canat
- **EP-12: SEGMENTAL NÖROFİBROMATOZİSLİ BİR OLGU**
Zeynep Diri Er
- **EP-13: SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS'UN NADİR BİR PREZENTASYONU: BÜLLÖZ SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS**
Başak Şişdağ, Begüm Günday, Erişcan Melih Kırsay, Göknur Özaydın Yavuz, Dilek Canat, Zafer Türkoğlu, Ali Kubilay Kolik

- **EP-14: KRONİK AKTİNİK DERMATİTTE TOFASİTİNİB DENEYİMİ**
Begüm Günday, Dilek Canat, İbrahim Halil Yavuz, Zafer Türkoğlu, Ebru Zemheri
- **EP-15: EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA NADİR GÖRÜLEN FORMU
'EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA PRURİGİNOZA': 2 OLGU BİLDİRİMİ**
KÜBRA BUDAK, ŞİRİN YAŞAR, İLKİN ZİNDANCI, SEVİM BAYSAK, GÜLİSTAN GÜMRÜKÇÜ, PEMBE GÜL GÜNEŞ
- **EP-16: ASİTRETİN TEDAVİSİNE YANIT VEREN DİSSEMİNE SÜPERFİSYEL AKTİNİK POROKERATOZ: OLGU BİLDİRİMİ**
Ayşe Aysima Çiçen Kahraman, Sevim Baysak, Beyza Betül Şenay, Nermin Koç, Hazar Erdoğan, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı
- **EP-17: NİVOLUMAB VE CABOZANTİNİB TEDAVİSİNİN TETİKLEDİĞİ PARADOKSAL HİDRADENİTİS SUPPURATİVA: BİR OLGU SUNUMU**
İsmail Şahin, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, Emrah Ergin, İlkin Zindancı
- **EP-18: DERMATOLOJİ PRATİĞİNDE NADİR BİR OLGU: ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI ATİPİK STİLL HASTALIĞI**
Gülüz ŞEN ALVAÇ, Sevim BAYSAK, Kaan Batuhan TÖLE, Fatih SARITAŞ, Şirin YAŞAR, İlkin ZİNDANCI
- **EP-19: ANTİFUNGAL İLAÇLARA DİRENÇLİ BİR DERMATOFİT TÜRÜ OLAN TRICOPHYTON İNDOTİNEA TEDAVİSİNDE SİSTEMİK İSOTRETİNOİN KULLANIMI**
Emir Aziz, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Sevim Baysak, Emrah Ergin
- **EP-20: İMATİNİB MESİLATA BAĞLI LİKENOİD İLAÇ ERÜPSİYONU VE PALMOPLANTAR HİPERKERATOZ İLE SEYREDEN KRONİK MİYELOİD LÖSEMİ OLGUSU**
İzem Asya Erdoğan, Burçe Can Kuru
- **EP-21: ÇOCUKLUK ÇAĞININ NADİR GÖRÜLEN BİR ALOPESİ NEDENİ: PAPÜLER LEZYONLU KONJENİTAL ATRİŞİ**
Kıymet Nur İskender, Sena Nur Dinçer, Ayşe Deniz Yücelten, Esra Dirimtekin, Bilge Geçkinli
- **EP-22: MİKOZİS FUNGOİDES'İN NADİR GÖRÜLEN BİR FORMU: VERRÜKÖZ MİKOZİS FUNGOİDES**
Sevim Baysak, Sinem Gürel, Kübra Budak, Meryem Tuğçe Karataş, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Fügen Aker, Erva Bengü Balaban
- **EP-23: TOPİKAL STEROİD TEDAVİSİ ALAN BEBEK HASTADA KRUTLU SKABİYES VE İYATROJENİK CUSHİNG BİRLİKTELİĞİ**
Ömer Faruk MARANGOZ, Mehmet Akif AKBENİZ, Harbiye Dilek CANAT, Zafer TÜRKOĞLU
- **EP-24: HAILEY HAILEY HASTALIĞI: OLGU BİLDİRİMİ**
FURKAN AKTEMUR, İSMAİL ŞAHİN, İLKİN ZİNDANCI, ŞİRİN YAŞAR, SEVİM BAYSAK, NERMIN KOÇ, BEYZA BETÜL ŞENAY

- **EP-25: EDİNSEL İMMÜN YETMEZLİĞİ OLAN HASTADA YAYGIN DERMATOFİTOZ OLGUSU**
Ömer Faruk MARANGOZ, Hakan POLAT, Harbiye Dilek CANAT, Zafer TÜRKOĞLU
- **EP-26: OLGU BİLDİRİMİ: KUTANÖZ METASTAZI OLAN KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KARSİNOMU**
Uğur Sadık, Sevim Baysak, İlkin Zindancı, Şirin Yaşar, Makbule Çıkrıkçıoğlu
- **EP-27: SETUKSİMABA BAĞLI AKNEİFORM ERÜPSİYON OLGUSU**
İpek Bulut, İbrahim Halil Yavuz, Zafer Türkoğlu
- **EP-28: ATİPİK LEZYONU VE EŞ ZAMANLI PATOLOJİK AKSİLLER LENF NODLARI OLAN VAKADA YÜZEYEL YAYILAN MALİGN MELANOM**
İmran ASLAN, Ömer Faruk MARANGOZ, Harbiye Dilek CANAT, Zafer TÜRKOĞLU
- **EP-29: NADİR BİR VAKA OLARAK DERMOSKOPİDE GÖKKUŞAĞI PATERNİ İLE KARŞIMIZA ÇIKAN NODÜLER MELANOM'LU OLGU BİLDİRİMİ**
Muhammed Fatih Çelik, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, Fügen Aker, Alptuğ Üngör
- **EP-30: EBV ENFEKSİYONUNA SEKONDER GELİŞEN LİVEDO RETİKÜLARİS: PEDIATRİK OLGU SUNUMU**
Berfin Dağ, İrem Erişir, Burçe Can Kuru
- **EP-31: 54 YAŞ KADIN HASTADA POLİANJİİTİSLİ GRANULOMATOZİS (WEGENER GRANULOMATOZU) OLGUSU**
ECENUR ODACI, AYŞE ESRA KOKU AKSU, DİDEM KAÇAN, CEM LEBLEBİCİ
- **EP-32: ZOSTERİFORM TUTULUMLU KUTANE METASTAZ İLE SEYREDEN İNVAZİV LOBULER MEME KARSİNOMU OLGUSU**
Firdevs Turan, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Sevim Baysak, Emrah Ergin, Figen Aker, Enes Selki
- **EP-33: EPULİS FİSSURATUM: KÖTÜ UYUMLU PROTEZLERİN BİR SONUCU**
Esra Nur Kiraz Çırakoğlu, Demet Sezen, Berk Emre Yaman, Buket Gedik, Dilek Seçkin
- **EP-34: ALOPESİ AREATA TEDAVİSİNDE HATALI İNTRALEZYONEL KORTİKOSTEROİD ENJEKSİYONUNA BAĞLI GELİŞEN VASKÜLER DİLATASYON**
Selin Tambora, Filiz Cebeci Kahraman, Zelihanur İlhan, Hediye Pınar Günbey
- **EP-35: BİR OLGU SUNUMU: ÇOKLU SİSTEMİK TEDAVİYE DİRENÇLİ MORFEA PROFUNDA**
Hazar Erdoğan, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Sevim Baysak
- **EP-36: NADİR BİR ETİYOLOJİ: YÜKSEK ISI MARUZİYETİNE BAĞLI NÖTROFİLİK EKRİN HİDRADENİT**
Mısra Özkurt, Harbiye Dilek Canat, Zafer Türkoğlu

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SB-01: SEBOREİK DERMATİTTE HASTALIK ŞİDDETİNİN ANKSİYETE DÜZEYİ, YAŞAM VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Elif Bal Avcı¹, Müge Göre Karaali³, Vildan Manav²

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

²SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

³Çerkezköy Özel Muayenehane, Tekirdağ

GİRİŞ-AMAÇ: Seboreik dermatit (SD) vücudun seboreik bölgelerini etkileyen, sık görülen, kronik ve tekrarlayıcı bir deri hastalığıdır. Seboreik dermatitte emosyonel stres ana tetikleyici faktördür(1). Seboreik dermatit hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve hastalığın yaşam kalitesinde bozulmaya yol açtığı gösterilmiştir(1-5). Bu çalışmada seboreik dermatit hastalarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile uyku ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışmaya İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği'ne Haziran 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında seboreik dermatit nedeniyle başvuran, herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı ve uyku bozukluğu olmayan, 18 yaş üstü çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ve kontrol grubu olarak benzer yaş grubunda sistemik, dermatolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler dahil edilmiştir. Hastalık şiddeti Seboreik Dermatit Alan Şiddet İndeksi (SDASI) skorlama sistemine göre, anksiyete ve depresyon düzeyi Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine (HADÖ), uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine (PUKİ), yaşam kalitesi ise Skindex-16 ölçeğine göre değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 200 hastanın yaş ortalaması 29.3±8.1, cinsiyet dağılımı kadın/erkek:1.94 idi. Hastaların %35.4'ünde stres tetikleyici faktördü. Hasta grubunda HADÖ anksiyete ve depresyon puanı kontrol grubundan anlamlı daha yüksekti (p<0.05). Kadın ve erkek hastalar arasında HADÖ puanı anlamlı farklılık göstermezken kadın hastalarda PUKİ ölçeği toplam puanı erkek hastalardan anlamlı daha yüksekti(p<0.05). Hasta grubunda öznel uyku kalitesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu puanı kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti(p<0.05). Tedavi yanıtı olan ve olmayan grupta HADÖ puanı, Skindex-16 toplam, semptom, emosyon ve fonksiyon puanı anlamlı farklılık göstermemiştir. Sağlı deri tutulumunda HADÖ puanı, yüz tutulumu olanlara göre daha yüksekti(p<0.05). SDASI ile HADÖ puanı, Skindex-16 toplam, semptom, emosyon ve fonksiyon puanı ile PUKİ toplam puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir (p<0.05). SD şiddeti ile öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve gündüz işlev bozukluğu puanı arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir(p<0.05). Kaşıntı şiddeti ile Skindex-16 ve PUKİ puanı arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir(p<0.05).

SONUÇ: Stres ve anksiyete seboreik dermatiti tetikleyebilir. Ancak seboreik dermatite bağlı oluşan lezyonlar, kaşıntı gibi kişinin hayat ve uyku kalitesini bozan semptomların varlığı, hastalığın kronik ve tekrarlayıcı olması da strese neden olabilmektedir. Bu nedenle hastalığın etkili tedavi edilmesi, tetikleyici faktörlerin belirlenmesi ve hastanın bilinçlendirilmesi gerekir. Böylece hastanın tedaviye uyumu ve yaşam kalitesinin artması sağlanabilir.

Kaynakça :

- 1.GÜL Ü. Seboreik dermatitte psikolojik faktörler. Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology Special Topics 2009;2:55-57.
- 2.Xuan, Meiling, Chuanjian Lu, and Zehui He. "Clinical characteristics and quality of life in seborrheic dermatitis patients: a cross-sectional study in China." Health and quality of life outcomes 18 (2020): 1-8.
- 3.Orion, Edith, and Ronni Wolf. "Psychologic factors in the development of facial dermatoses." Clinics in dermatology 32.6 (2014): 763-766.
- 4.Pärna, Ene, Anu Aluoja, and Külli Kingo. "Quality of life and emotional state in chronic skin disease." Acta Derm Venereol 95.3 (2015): 312-6.
- 5.Spindler, Max, et al. "Sleep disturbance in adult dermatologic patients: A cross-sectional study on prevalence, burden, and associated factors." Journal of the American Academy of Dermatology 85.4 (2021): 910-922.

Anahtar Kelimeler : anksiyete, depresyon, pittsburgh, seboreik dermatit, skindex

SB-02: IL-17 VE IL-23 İNHİBİTÖRLERİ KULLANAN PSORİASİS TANILI HASTALARDA SİSTEMİK İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yekta Barlas Şimşek¹, Şirin Yaşar¹

¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Psoriasis, deri, tırnak ve eklemleri etkileyen kronik inflammatuar bir dermatozdur [1]. Hastalığın patogenezinde T yardımcı hücre 17 ve 23 (Th17/23) aksının disregülasyonu temel rol oynamaktadır [2]. Psoriasis hastalarında metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar ve diğer sistemik inflammatuar durumlar daha sık görülmekte, bu da hastalığın yalnızca deride sınırlı olmadığını göstermektedir [3]. Son yıllarda interlökin 17 (IL-17) ve interlökin 23 (IL-23) inhibitörleri, psoriasis tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ajanlar olarak ön plana çıkmıştır. Ancak, tedavi yanıtını izlemek ve inflamasyonun sistemik yükünü değerlendirmek için halen kolay ulaşılabilir, düşük maliyetli ve güvenilir belirteçlere ihtiyaç duyulmaktadır [1]. Bu çalışmada, IL-17 ve IL-23 inhibitörleri ile tedavi edilen psoriasis hastalarında tedavi öncesinde ve tedavi sürecinde sistemik inflammatuar belirteçlerin değişimini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2019 - Mart 2024 tarihleri arasında psoriasis tanısı ile IL-17 inhibitörleri (iksekizumab, sekukinumab) veya IL-23 inhibitörleri (guselkumab, risankizumab) tedavisi almış, ek inflammatuar veya hematolojik hastalığı bulunmayan 178 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların PASI skorları ve Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi (SII), Sistemik İnflammatuar Yanıt İndeksi (SIRI), Nötrofil-Lenfosit Oranı (NLR), Monosit-Lenfosit Oranı (MLR) ve Platelet-Lenfosit Oranı (PLR) değerleri tedavi öncesi, 3., 6. ve 12. aylarda retrospektif olarak değerlendirildi. PASI değişimi ile inflammatuar belirteçlerin korelasyonu değerlendirildi. Ayrıca ilaç gruplarının kendi içlerindeki ve gruplar arası etkinlik farkları istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: PASI skoru 0. ayda ortalama 15,19 iken tedavi sürecinde belirgin bir azalma göstererek 3. ayda 1,45, 6. ayda 0,80 ve 12. ayda 0,43 seviyesine geriledi ($p<0.001$). Tüm inflammatuar belirteçlerde anlamlı azalma gözlemlendi ($p<0.001$). Korelasyon analizinde SII ($r=0.998$) ve SIRI ($r=0.997$), PASI ile en güçlü ilişkiyi gösterdi. İlaç grupları karşılaştırıldığında, IL-17 inhibitörleri (iksekizumab, sekukinumab) ilk 3 ayda daha hızlı bir PASI düşüşü sağlarken, IL-23 inhibitörleri (guselkumab, risankizumab) uzun vadede daha düşük inflammatuar belirteç seviyelerine ulaşmıştır. 6. ve 12. ay verileri, IL-23 inhibitörlerinin inflamasyon baskılayıcı etkisinin daha uzun sürede belirginleştiğini göstermektedir. C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) değerleri 12. ayda hafif bir artış göstermiştir. Bu durum, akut faz reaksiyonu olan bu belirteçlerin enfeksiyon, stres veya komorbiditelerden etkilenecek şekilde inflamasyonun gerçek yükünü yansıtmayabileceğini düşündürmektedir. Buna karşılık, SII, SIRI, NLR, MLR ve PLR gibi hemogram verilerinden türetilen belirteçlerin inflamasyon takibinde daha güvenilir olabileceği öngörülmektedir [4].

Sonuç: IL-17 ve IL-23 inhibitörleri, psoriasis hastalarında inflamasyonu etkin şekilde baskılamaktadır. IL-17 inhibitörleri erken dönemde hızlı etki sağlarken, IL-23 inhibitörleri inflamasyonu uzun vadede daha fazla baskılamaktadır. SII ve SIRI'nin PASI ile güçlü korelasyon göstermesi, biyolojik tedavi yanıtını izlemek için umut vadeden belirteçler olduğunu ortaya koymuştur. CRP ve ESR değerlerinin zaman içindeki değişkenliği, bu belirteçlerin sistemik inflamasyonu izlemekte tek başına yeterli olmayabileceğini göstermektedir. SII, SIRI, NLR, MLR ve PLR gibi kolay ulaşılabilir, düşük maliyetli belirteçler, biyolojik tedavi kullanan psoriasis hastalarında inflamasyonun düzeyini değerlendirmek ve hastalık aktivitesini izlemek için klinik pratiğe entegre edilebilir [1-5]. Bu belirteçlerin tedavi yanıtı öngörüsündeki yerini netleştirmek için prospektif ve daha uzun süreli çalışmalar gereklidir.

Kaynakça :

1. Albayrak H. Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio, Neutrophil-to-Monocyte Ratio, Platelet-to-Lymphocyte Ratio, and Systemic Immune-Inflammation Index in Psoriasis Patients: Response to Treatment with Biological Drugs. J Clin Med. 2023;12(17):5452. doi:10.3390/jcm12175452. PMID: 37685519.
2. Zhao X, Li J, Li X. Association between systemic immune-inflammation index and psoriasis: a population-based study. Front Immunol. 2024;15:1305701. doi:10.3389/fimmu.2024.1305701.
3. Sugimoto E, Matsuda H, Shibata S, et al. Impact of Pretreatment Systemic Inflammatory Markers on Treatment Persistence with Biologics and Conventional Systemic Therapy in Psoriasis Vulgaris and Psoriatic Arthritis. J Clin Med. 2023;12(8):3046. doi:10.3390/jcm12083046.
4. Ambros M, Ilcuş RI, Prodan L, et al. Blood-Count-Derived Inflammatory Markers as Predictors of Response to Biologics and Small-Molecule Inhibitors in Psoriasis: A Multicenter Study. J Clin Med. 2023;13(14):3992. doi:10.3390/jcm13143992.

5. Tamer F, Edek YC, Aksakal AB. Effect of Treatment With Biologic Agents on the Novel Inflammatory Biomarkers Systemic Immune Inflammation Index and Systemic Inflammation Response Index for Psoriasis. Dermatol Pract Concept. 2024;14(1):e2024065. doi:10.5826/dpc.1401a65. PMID: 38364414; PMCID: PMC10868908.

Anahtar Kelimeler : Psoriasis, Inflammation, Interleukin-17, Interleukin-23, Biological Therapy, C-Reactive Protein, Erythrocyte Sedimentation Rate, Neutrophils, Lymphocytes, Monocytes, Platelet Count

Tablolar

Tüm Hasta Gruplarının Farklı Zamanlarda Ölçülen PASI, CRP, SII ve SIRI Ortalama Değerleri

Ortalama	İksekizumab (n=40)	Sekukinumab (n=50)	Guselkumab (n=44)	Risankizumab (n=44)	IL-17 (n=90)	IL-23 (n=88)	Tümü (n=178)
PASI0	16,47	15,09	13,70	15,62	15,71	14,66	15,19
PASI3	1,72	1,26	1,37	1,48	1,47	1,43	1,45
PASI6	1,18	0,87	0,75	0,41	1,01	0,58	0,80
PASI12	0,54	0,57	0,30	0,29	0,56	0,30	0,43
CRP0	5,97	5,79	4,22	5,43	5,87	4,83	5,36
CRP3	3,67	4,59	2,74	3,18	4,18	2,96	3,58
CRP6	3,56	4,15	2,78	2,85	3,89	2,82	3,36
CRP12	6,19	4,33	2,50	3,18	5,16	2,84	4,01
SII0	790,2	712,3	683,9	721,1	746,9	702,5	725,0
SII3	518,5	472,1	523,0	507,3	492,7	515,1	503,8
SII6	491,7	487,1	532,0	461,9	489,2	497,0	493,0
SII12	491,1	454,6	513,9	429,4	470,9	471,6	471,2
SIRI0	1,492	1,432	1,362	1,315	1,458	1,338	1,399
SIRI3	1,036	0,944	0,967	0,864	0,985	0,915	0,950
SIRI6	0,981	0,913	0,964	0,794	0,943	0,879	0,912
SIRI12	0,979	0,860	0,898	0,748	0,913	0,823	0,868

PASI, CRP, SII ve SIRI Değerlerinin Farklı Zaman Noktaları Arasında Karşılaştırılması: Wilcoxon Signed Rank Testi (p) Değerleri

Değer ve Periyot	İksekizumab (n=40)	Sekukinumab (n=50)	Guselkumab (n=44)	Risankizumab (n=44)	IL-17 (n=90)	IL-23 (n=88)	Tümü (n=178)
PASI0-3	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	<0,001*
PASI0-6	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	<0,001*
PASI0-12	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	<0,001*
PASI3-6	0,06	0,020*	0,002*	0,001*	0,003*	0,001*	0,001*
PASI3-12	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*
PASI6-12	0,001*	0,010*	0,003*	0,278	0,001*	0,003*	0,001*
CRP0-3	0,004*	0,144	0,014*	0,002*	0,003*	0,001*	0,001*
CRP0-6	0,011*	0,006*	0,002*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*
CRP0-12	0,002*	0,014*	0,001*	0,016*	0,001*	0,001*	0,001*
CRP3-6	0,39	0,469	0,453	0,418	0,276	0,267	0,133
CRP3-12	0,93	0,376	0,375	0,99	0,458	0,481	0,312
CRP6-12	0,83	0,947	0,754	0,707	0,856	0,954	0,828
SII0-3	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	<0,001*
SII0-6	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	<0,001*
SII0-12	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	<0,001*
SII3-6	0,237	0,675	0,806	0,001*	0,625	0,030*	0,06

SII3-12	0,119	0,342	0,77	0,001*	0,08	0,004*	0,001*
SII6-12	0,968	0,034*	0,649	0,455	0,111	0,405	0,08
SIRI0-3	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	<0,001*
SIRI0-6	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	<0,001*
SIRI0-12	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	<0,001*
SIRI3-6	0,226	0,472	0,268	0,012*	0,19	0,012*	0,006*
SIRI3-12	0,307	0,065	0,263	0,003*	0,036	0,004*	<0,001*
SIRI-6-12	0,989	0,163	0,843	0,253	0,325	0,369	0,197

SB-03: FASİYAL HERPES ZOSTER ENFEKSİYONU : RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Sevim Baysak¹, Milhan Şengün¹, Sema Nur Alpaslan¹, Emrah Ergin¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Herpes Zoster (HZ) enfeksiyonu, daha önce suçiçeği geçirmiş kişilerde dorsal kök ganglionlarda yerleşmiş Varicella Zoster Virüsünün (VZV) reaktivasyonu sonucu ortaya çıkan lokalize bir hastalıktır [1]. Yetişkinlerde ileri yaş, stres, eşlik eden diğer enfeksiyonlar ve immünsüpresyon en yaygın risk faktörleridir. HZ enfeksiyonu, postherpetik nevralji, kronik ağrı bozukluğu, Herpes keratiti ve Ramsay-Hunt sendromu gibi komplikasyonlara neden olabilir [2]. HZ enfeksiyonunun en sık görülen komplikasyonu olan postherpetik nevralji, özellikle trigeminal sinirin uyardığı dermatomların tutulduğu fasiyal HZ enfeksiyonu vakalarında hastanın yaşam kalitesini ve işlevselliğini önemli ölçüde düşürmektedir [3]. Bu çalışma, fasiyal HZ enfeksiyonu tanımlı hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek ve postherpetik nevralji oranlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ağustos 2023-Aralık 2024 tarihleri arasında klinik olarak fasiyal HZ enfeksiyonu tanısı almış 34 yetişkin hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların cinsiyet, yaş, başvuru semptomları (ağrı, yanma, batma, eritem, ödem, döküntü), kullandıkları ilaçlar, geçirdikleri ameliyatlar, ek hastalıkları, postherpetik nevralji oranları, tutulan dermatomlar, kornea, nazal mukoza ve oral mukoza tutulum oranları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Veriler retrospektif olarak incelendiğinde, 34 hastanın 18'i erkek, 16'sı kadındı. Başvuru esnasında en yaygın görülen şikayet %70,5 (24 hasta) oranıyla döküntüyü. Bunu %58,8 (20 hasta) oranıyla eritem izlemekteydi. Hastaların %50'sinde (17 hasta) ödem, %32,3'ünde (11 hasta) ağrı, %23,5'inde (8 hasta) yanma ve batma şikayetleri mevcuttu. En sık tutulan dermatom %85,3 (29 hasta) oranıyla V1 dermatomuydu. Hastaların %11,7'sinde (4 hasta) V1 ve V2 dermatom tutulumu birlikte görülürken, yalnızca 1 hastada V3 dermatomunun izole tutulduğu tespit edildi. Hastaların %14,7'sinde (5 hasta) korneal tutulum, %14,7'sinde (5 hasta) nazal mukoza tutulumu, %8,8'inde (3 hasta) oral mukoza tutulumu görüldü. Hastaların %73,5'inde (25 hasta) daha önce geçirilmiş bir operasyon öyküsü bulunmamaktaydı. Yalnızca bir hasta, şikayetlerinin başlangıcından 10 gün önce retina dekolmanı nedeniyle opere olmuştu. Hastaların %29,4'ünde eşlik eden herhangi bir kronik hastalık bulunmazken, en sık eşlik eden ek hastalık %29,4 ile diyabetti. Hastaların %85,3'ünde (29 hasta) herhangi bir immünsüpresif ilaç kullanımı mevcut değilken, %14,7'si (5 hasta) immünsüpresif ilaç kullanmaktaydı. Üç hasta kronik bağ dokusu hastalığı nedeniyle immünsüpresif tedavi, 1 hasta ise edinilmiş immün yetmezlik nedeniyle antiretroviral tedavi görmekteydi. En sık kullanılan immünsüpresif ajan mikofenolat mofetildi. Hastaların hiçbirinin zona aşısı yoktu. Suçiçeği aşısı ise yalnızca %8,8'inde (3 hasta) mevcuttu. Hastaların %35,2'sinde (12 hasta) postherpetik nevralji görülmedi. Hastaların %32,3'ü (11 hasta) postherpetik nevralji şikayeti nedeniyle pregabalin, %23,5'i (8 hasta) gabapentin, %5,8'i (2 hasta) non-steroid anti-inflamatuvar, %2,9'u (1 hasta) pregabalin ile kombine opioid analjezik tedavisi aldı.

Sonuç: Çalışmamızda, zonanın her iki cinsiyette de görülebilmekle birlikte erkeklerde daha sık olduğu ve ortalama yaşın $60,6 \pm 15,7$ olduğu tespit edildi. En sık görülen başvuru nedeni döküntüyü. Bunu ikinci sıklıkta eritem, üçüncü sıklıkta ağrı ve dördüncü sıklıkta yanma ve batma şikayetleri izlemekteydi. En sık tutulan dermatom V1 iken, en az sıklıkla tutulan dermatom V3'tü. En sık görülen ekstrakutanöz tutulum bölgeleri kornea ve nazal mukozaydı. Çalışmamız, hastaların %64,8'inde postherpetik nevralji gibi fonksiyonellikte azalmaya neden olabilecek komplikasyonların önlenmesi için erken tanı ve tedavinin ve zona aşılmasının önemini vurgulamaktadır. Özellikle fasiyal dermatomlar boyunca yayılım gösteren izole döküntü şikayetiyle başvuran hastalarda, ağrı, yanma, batma ve ödem gibi ek şikayetler aranmaksızın fasiyal zona zoster tanısı akla getirilmelidir.

Kaynakça :

- 1 - Nair P, Gharote H, Singh P, Jain-Choudhary P. Herpes zoster on the face in the elderly. BMJ Case Rep. 2014;2014:bcr2013200101. Published 2014 Oct 19. doi:10.1136/bcr-2013-200101
- 2- Niemeyer CS, Harlander-Locke M, Bubak AN, Rzasa-Lynn R, Birlea M. Trigeminal Postherpetic Neuralgia: From Pathophysiology to Treatment. Curr Pain Headache Rep. 2024;28(4):295-306. doi:10.1007/s11916-023-01209-z
- 3- Patil A, Goldust M, Wollina U. Herpes zoster: A Review of Clinical Manifestations and Management. Viruses. 2022;14(2):192. Published 2022 Jan 19. doi:10.3390/v14020192

Anahtar Kelimeler : Herpes Zoster,nevralji,postherpetik,trigeminal sinir,ağrı,komplikasyon,demografik,tanı,gabapentin,opioid analjezik

SB-04 DERMATOLOGLAR MI, SOSYAL MEDYA FENOMENLERİ Mİ? AKNE HASTALARI EN ÇOK KİME GÜVENİYOR?

Zülal İnci Bal¹,Nermin Karaosmanoğlu¹,Berkay Temel¹,Özge Mine Örenay¹

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Akne vulgaris, adolesanlar, genç yetişkinler başta olmak üzere her yaş grubunu etkileyebilen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Sosyal medya platformları popüler, akne gibi birçok sorun hakkında bilgi edinmek için kullanılabilen mobil ve web tabanlı uygulamalardır. Akne hastaları, hastalıklarının kronik olması, skar bırakması, psikososyal etkilerinin olması gibi sebeplerle sosyal medya platformlarından da çözüm arayabilmektedirler. Bu çalışmada akne hastalarının tedavi süreçlerinde karşılaştıkları zorlukların anlaşılması, dermatologlara duydukları güvenin sosyal medya fenomenlerine olan güvenleriyle karşılaştırılması, güven düzeylerinin hastaların tedaviye uyumu üzerindeki etkilerinin incelenmesi, dermatologlara duyulan güvenin öneminin vurgulanması, akneyle ilgili sorunlarda sosyal medyaya başvurma nedenlerinin anlaşılması, dermatologların sosyal medyada bilgilendirici videolar paylaşmaları konusunda yönlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya 02/2024-05/2024 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran, 18-45 yaş arası akne vulgarisli 100 hasta alındı. Benzer çalışmalar incelenerek, bu çalışmaya özel hazırlanan 30 soruluk “Akne Hastalarının Sosyal Medya Fenomenlerine ve Dermatologlara Olan Güveninin Karşılaştırılması” başlıklı anket, değerlendirilmek üzere hastalara verildi. Anket, hastaların demografik bilgilerini, sosyal medya kullanım alışkanlıklarını, akneyle ilgili bilgi almak için sosyal medyaya ve dermatologlara başvuru sıklığını, bilgi kaynaklarına olan güven düzeyini değerlendirmeye imkân sağlayacak şekilde hazırlandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 100 katılımcının 75’i kadın, 25’i erkekti. Katılımcıların %95’inin bilgi kaynağı olarak sosyal medya kullandığı, bunların en fazla Instagram (%92) kullandığı bulundu. %81’inin dermatologlara güven düzeyinin yüksek olduğu, %97’sinin bilgilerin çelişmesi durumunda dermatoloğa güveneceği bulundu. Sosyal medya fenomenlerine olan güven seviyesi katılımcıların sadece %2’sinde yüksekti. Dermatologlara olan güveni etkileyen en önemli faktörün eğitim ve kimlik bilgileri olduğu (%54), fenomenlere olan güveni etkileyen en önemli faktörün ise bilimsel kanıtların kullanımı (%54) olduğu belirlendi. Katılımcıların %67’sinin akne için sosyal medya fenomenlerinden tedavi önerisi aradığı saptandı. Bunun için en sık Instagram’ın (%63) kullanıldığı belirlendi. Akne için hem dermatologlara hem sosyal medyaya başvuranların aknelerinde azalma görülme oranı (%40), sadece dermatologlara başvuranlardan yüksekti. Sosyal medyaya en sık başvuru sebebi kozmetik ürünlerdi (%36). Katılımcıların sosyal medyadan aldıkları tavsiyeler sonucunda, %23’ünün aknelerinde azalma olduğu, %7’sinde aknelerde artış, eritem gibi yan etkiler olduğu saptandı. Kadınların (%76) ve üniversite mezunlarının (%79.7) akne için sosyal medya fenomenlerinin paylaşımlarına başvuru sıklığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (p:0.002, p:0.004; p<0.05). Çoğunluğunun (%91) dermatologların sosyal medyada bilgilendirici videolar yayınlamalarını faydalı bulduğu ortaya çıktı.

Sonuç: Akne hastalarının çoğu, kozmetik ürünler başta olmak üzere akneyle ilgili öneriler için sosyal medyaya başvurmaktadır. Ancak, sosyal medya fenomenlerinin eğitim düzeylerinin akne konusunda bilgilendirici videolar yayınlamak için yetersiz olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, akne konusunda profesyonel kişiler olan dermatologların sosyal medyada akne hastalarının merak ettikleri konuları belirleyerek bilgilendirici içerikler

paylaşmaları önemlidir. Hastalar, sosyal medyadan akneyle ilgili öneri arasalar da dermatologlara sosyal medya fenomenlerinden daha fazla güvenmektedirler. Dermatologların sosyal medya fenomenlerine ulaşarak konunun uzmanlarına danışarak paylaşımlarda bulunmaları önerilmektedir. Böylelikle tıbbi yaklaşım ve hizmetin, popüler kişiler ve sosyal medya aracılığıyla geniş kitlelere zahmetsiz ve ücretsiz bir şekilde ulaştırılabilmesi mümkün olacaktır.

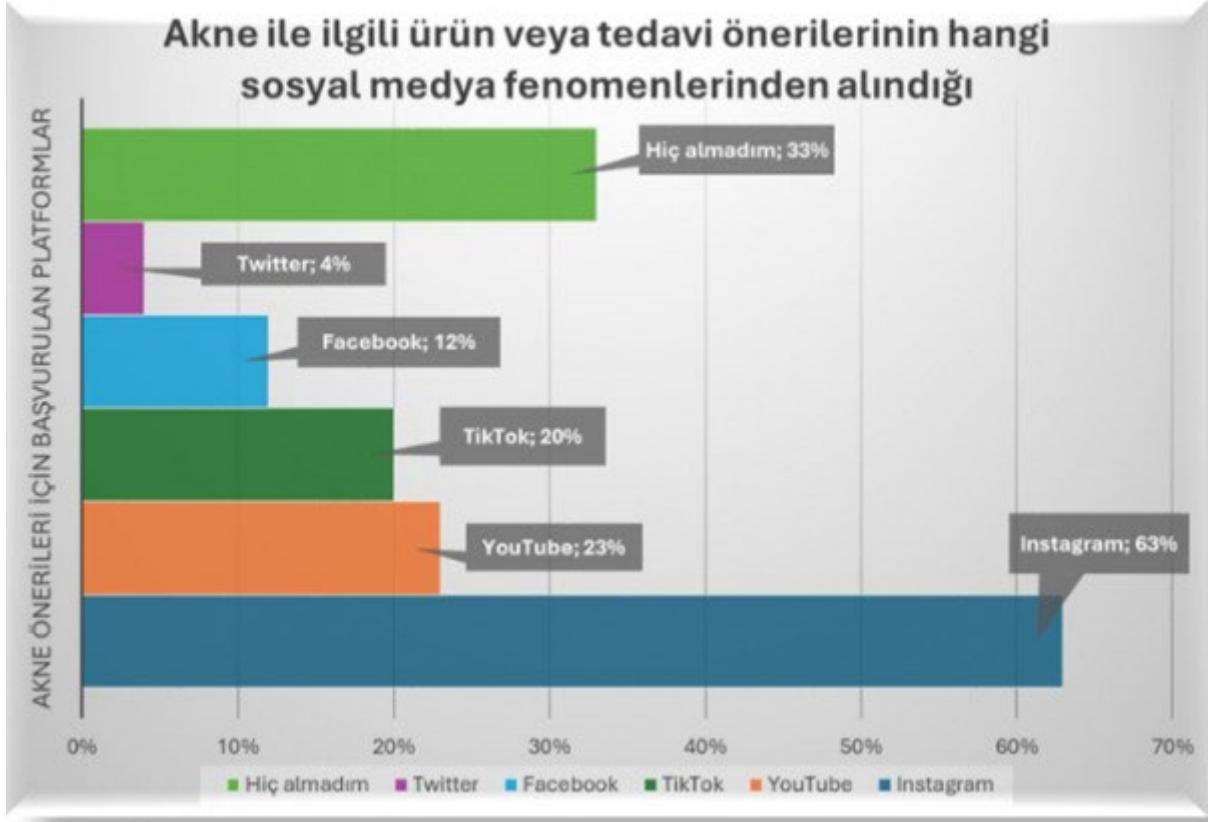
Anahtar Kelimeler : Akne vulgaris, dermatolog, sosyal medya

Resimler

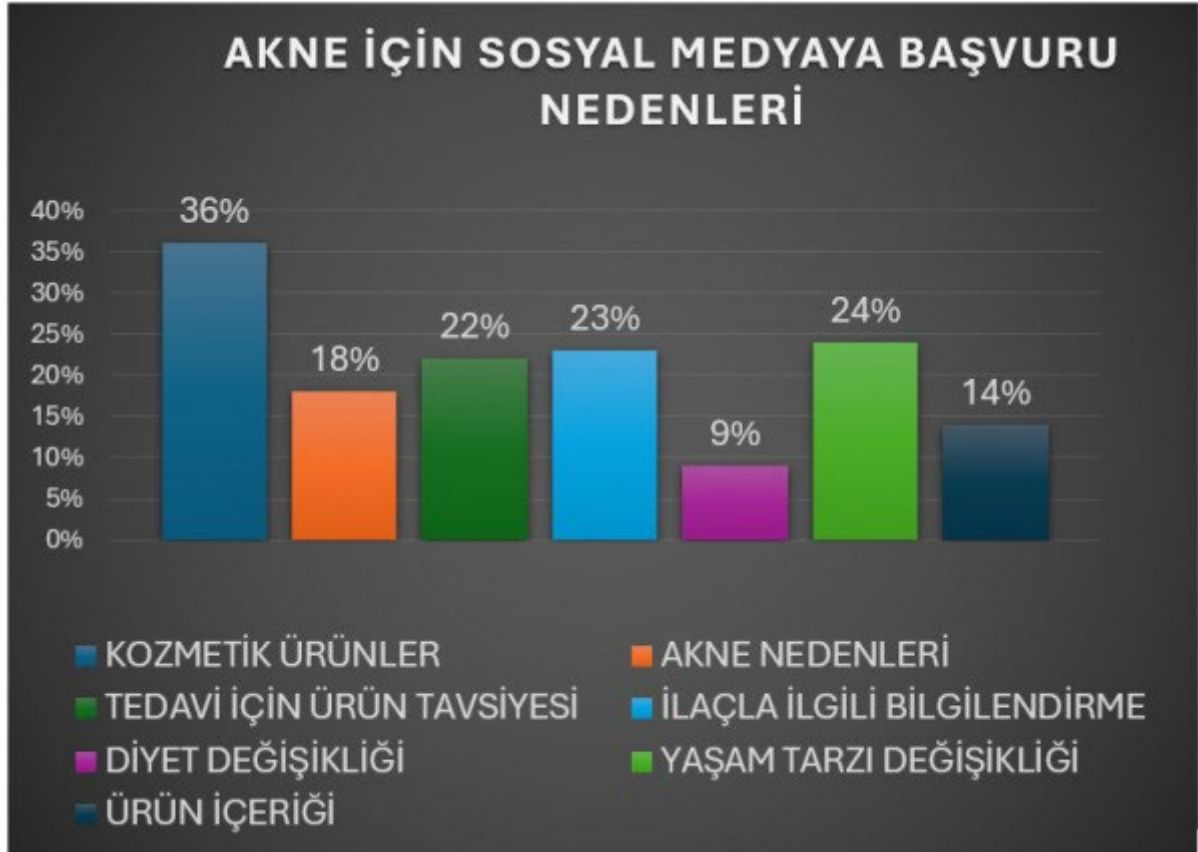
Resim Açıklaması: Akne Hastalarının Sosyal Medya Fenomenlerine Başvuru Sıklığı



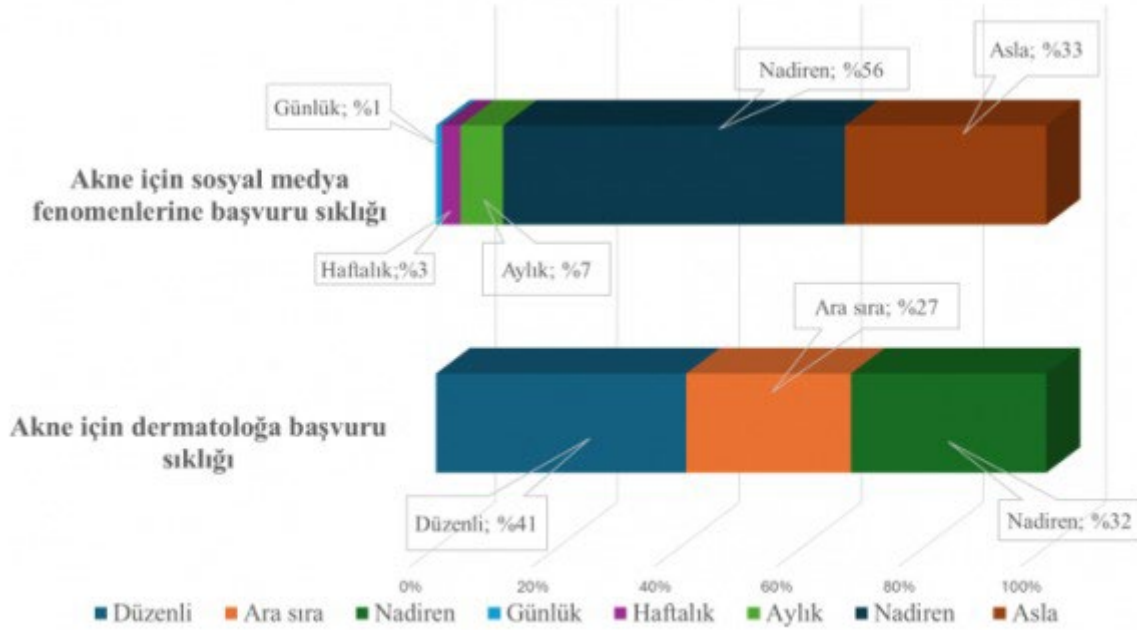
Resim Açıklaması: Akne İçin Önerilerin Hangi Sosyal Medya Platformundan Alındığı



Resim Açıklaması: Akne İçin Sosyal Medyaya Başvuru Sıklığı



Resim Açıklaması: Akne İçin Dermatologlara ve Sosyal Medya Fenomenlerine Başvuru Sıklığı



SB-05: TEDAVİYE DİRENÇLİ KELOİD OLGULARINDA İNTRALEZYONEL KRİYOTERAPİ: OLGU SERİSİ

Beyza Nur Akın¹, Şirin Yaşar¹, Sevim Baysak¹

¹SBU Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Giriş: Keloid, genetik yatkınlığı olan bireylerde genellikle travma, yanık, cerrahi girişim ve inflamasyonu takiben oluşan, dermiste aşırı kollajen artışı ile karakterize benign fibroproliferatif bir tümördür. Afrika, Asya ve Hispantik kökenli, koyu ten rengine sahip bireylerde daha yüksek insidans gözlenmektedir. Kozmetik kaygıların yanı sıra hastalarda ağrı ve kaşıntıya yol açabilir. Sıklıkla omuz, göğüs, kulak lobları, kolların üst kısmı ve yanaklarda ortaya çıkar. Klinik olarak keloidler, daha önce hasar görmüş deri bölgelerinde sert, lastiksi nodüller şeklinde ortaya çıkmaktadır. Normal veya hipertrofik skarlardan farklı olarak keloidal doku, başlangıçtaki travma alanının ötesine yayılım göstermektedir. Tedavisinde cerrahi eksizyon, intralezyonel steroid enjeksiyonları, radyoterapi, lazer ve kriyoterapi uygulanmaktadır, ancak çoğu zaman tedaviye direnç oluşmaktadır. İntralezyonel kriyoterapi, özellikle bu tedavilere dirençli ve zor olgularda uygulanabilecek bir yöntemdir. Bu bildiride çeşitli keloid tedavilerine dirençli olup başarılı bir şekilde intralezyonel kriyoterapi yöntemi ile tedavi edilen 4 olgu sunulacaktır.

Olgular: Olgu 1: Yirmi iki yaşında erkek hasta, 2 yıl önce trafik kazası geçirmiş ve sol kolundan sinir kesisi nedeniyle opere olmuş. Operasyon sonrası sol üst koldan ön kola doğru ilerleyen kaşıntılı sert nodüllerin kol hareketini sınırlayan büyüklükte keloide dönüşmesi üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Üç haftada bir olacak şekilde intralezyonel kriyoterapi uygulandı. Dört seans sonunda keloidal doku kabarıklığında azalma ve hastanın kol hareketlerindeki kısıtlılığın azaldığı gözlemlendi. Lezyon yerinde pembemsi skar dokusu kalan hasta, silikon sheet önerisi ile takibe alındı. (Resim 1)

Olgu 2: Yirmi iki yaşında kadın hasta omuz, sırt ve kollarında yaygın nodülökistik akne lezyonları sonrasında gelişen keloidler nedeniyle tarafımıza başvurdu. İki haftalık aralar ile 3 seans intralezyonel kriyoterapi sonrası tam yanıt alındı. (Resim 2)

Olgu 3: Otuz beş yaşında kadın hasta, 10 yıl önce piercing sonrası kulak arkasında gelişen keloid nedeniyle başvurdu. Üç haftalık aralar ile 3 seans intralezyonel kriyoterapi uygulaması ile tam gerileme görüldü. (Resim 3)

Olgu 4: Kırk altı yaşında kadın hasta, uzun yıllar önce kulağına taktığı küpe sonrası kulak arkasında gelişen keloid skar ile başvurdu. Üç haftalık aralar ile 3 seans işlem sonunda keloidde tam gerileme gözlemlendi. (Resim 4)

Gereç ve Yöntem: Biz olgularımızda, kriyotermosunun uç kısmına serum iğnesi takarak uygulamaları gerçekleştirdik. İlk olarak çevre dokuya anestezi uygulandıktan sonra iğnenin uç kısmı yukarıya gelecek şekilde lezyona girildi. Giriş ve çıkış bölgelerine flaster yapıştırılarak sağlam dokuların zedelenmemesine dikkat edildi. İlk kriyoterapide süre 10-60 saniye arasında dokunun kalınlığına göre değişmektedir. Biz de dokuda tam beyazlama olana dek (yaklaşık 40 saniye) uygulama yaptık. Ardından donma halkası eridikten sonra iğne çekildi.

Sonuç: Kriyoterapi, hızlı donma ve keskin buz kristallerinin oluşumu ile doğrudan hücre hasarına neden olurken mikrodolaşımın zarar görmesi de hücre yıkımına iskemik nekroz yoluyla katkıda bulunur. İntralezyonel kriyoterapi diğer tedavi seçeneklerine dirençli keloid lezyonlarında etkili bir tedavi yöntemidir. İntralezyonel kriyoterapi uygulaması kolay, güvenli, hızlı yanıt alınan ve hasta memnuniyetinin yüksek olduğu bir tedavi seçeneği olarak sunulmaya değer bulunmuştur.

Kaynakça :

1. O'Boyle CP, Shayan-Arani H, Hamada MW. Intralesional cryotherapy for hypertrophic scars and keloids: a review. *Scars, Burns & Healing*. 2017;3. doi:10.1177/2059513117702162
2. Ledon JA, Savas J, Franca K, Chacon A, Nouri K. Intralesional treatment for keloids and hypertrophic scars: a review. *Dermatol Surg*. 2013 Dec;39(12):1745-57. doi: 10.1111/dsu.12346. Epub 2013 Nov 13. PMID: 24299571.
3. van Leeuwen MC, Bulstra AE, Ket JC, Ritt MJ, van Leeuwen PA, Niessen FB. Intralesional Cryotherapy for the Treatment of Keloid Scars: Evaluating Effectiveness. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2015 Jul 8;3(6):e437. doi: 10.1097/GOX.0000000000000348. PMID: 26180738; PMCID: PMC4494507.

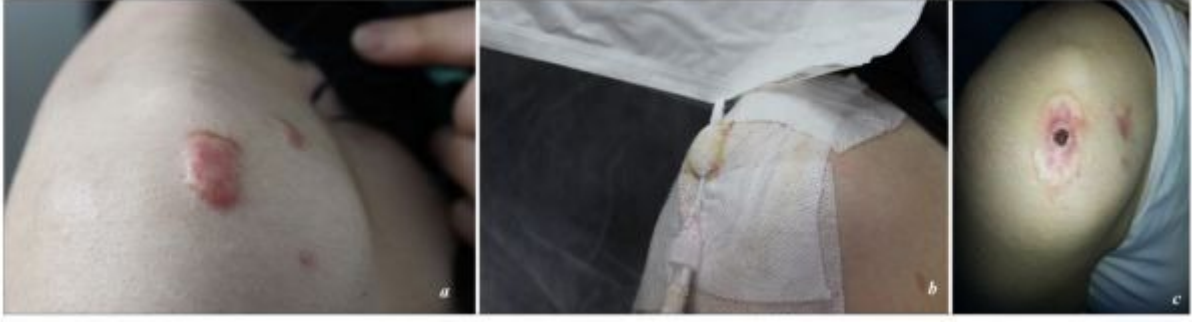
Anahtar Kelimeler : Kriyoterapi, Keloid

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1, öncesi ve sonrası



Resim Açıklaması: Resim 2, öncesi, işlem sırası ve sonrası



Resim Açıklaması: Resim 3, öncesi ve sonrası



Resim Açıklaması: Resim 4, öncesi ve sonrası



SB-06: BHK TANILI HASTALARDA KLİNİK ÖZELLİKLER VE DERMOSKOPİK FOTOYAŞLANMA ÖLÇEĞİNİN PROGNOSTİK ÖNEMİ: 7 YILLIK TAKİP SONUÇLARI

HATİCE KÜBRA ÇAKI¹, MEHMET SALİH GÜREL², OZAN ERDEM²

¹Artvin Devlet Hastanesi

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi

GİRİŞ:Bazal hücreli karsinom (BHK), melanom dışı deri kanserlerinin %75'ini oluşturur ve en sık görülen kanser türüdür. En önemli risk faktörü güneş ışığıdır. Ayrıca açık ten rengi, güneş yanığı öyküsü, immün supresyon, radyasyon ve kimyasal maruziyet de riski artıran diğer faktörlerdendir. İlk BHK tanısından sonraki 5 yıl içinde yeni BHK gelişme riski %36-50'dir. Literatürde hastaların kişisel özellikleri ve güneş maruziyetleri ile BHK gelişimi arasındaki ilişki, nüksle ilişkili risk faktörleri, multipl BHK olan hastaların özellikleri ve takipleri ile ilgili bilgiler yetersiz olduğu düşünüldüğünden bu çalışma yapıldı. Bu çalışmada BHK tanılı hastalarda UV'nin deri yaşlanması üzerindeki kantitatif etkisini dermoskopik fotoyaşlanma ölçeği (DFYÖ) ile saptamak, tekli ve multipl BHK olan hastaların sıklığını ve klinik özelliklerini, kullanılan tedavi yöntemlerinin sonuçlarını, nüks sıklığını, oluşum süresini, nüksle ilişkili özellikleri ve yeni oluşan BHK'leri saptamak amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE HASTALAR: Çalışma İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde Ocak- Şubat 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. En az 3 yıl önce tedavi edilmiş olan 114 hasta (toplam BHK sayısı 221) onamları alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların tüm vücut muayenesi yapılarak Fitzpatrick deri tipi ve Dermoskopik fotoyaşlanma ölçeği puanları belirlenip kaydedildi. Daha önce tedavi edilmiş BHK bölgelerindeki nüks (klinik bilgiler, tanı öncesi fotoğrafları ve varsa tedavi sonrası oluşan skar bölgelerine göre bulunarak) ve şüpheli yeni lezyonlar dermoskopi ile incelendi. Şüpheli tümöral lezyon saptandığında sayısı, yerleşim yeri, çapı, klinik alt tipi çalışma formuna kaydedildi. Biyopsi alınmasını kabul eden hastalara biyopsi yapıldı.

BULGULAR:Hastaların 62 (%54,4) erkek, 52 (%45,6) kadın, yaş ortalamaları 69,1±12,2 idi. Dermoskopik fotoyaşlanma ölçeği (DFYÖ) puanları ortalaması 21,1±7,5 idi. BHK sayılarına göre hastaların risk faktörleri karşılaştırıldığında multipl BHK olan hastaların 33'ünde (%73,3) güneş yanığı öyküsü, 5'inde (%11,1) kemoterapi öyküsü (sırasıyla p=0,024, p=0,035). Tek BHK olan hastaların DFYÖ puanı ortalama 19,4± 7,3 iken; multipl BHK olan hastaların DFYÖ puanı ortalama 23,8±6,9 idi (p=0,002). Nüks ile ilişkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla kişisel özellikler, tümöre ait özellikler ve tedavi şekilleri kıyaslandı. Cerrahi olarak tedavi

edilen BHK'lerin 18 'i (%10,2), cerrahi dışı yöntemlerle tedavi edilen BHK'lerinse 9'u (%22,5) nüks etmişti. Nüks sıklığı ile tedavi yöntemleri arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,034$). Nükse kadar geçen süre ortalama $52,5 \pm 33,7$ aydı. Fotoyaşlanmanın şiddeti ile risk faktörlerinin ve deri kanserlerinin ilişkisinin ortaya konulması amacıyla DFYÖ puanlarına göre hastalar testin maksimum puanına göre iki gruba ayrıldı. DFYÖ puanları erkek cinsiyet, ileri yaş, sık güneşlenme öyküsü olan hastalarda daha yüksekti (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,031$). DFYÖ puanları daha yüksek olan grupta multipl BHK %51,8 ve BHK dışındaki deri kanserlerinin görülme oranı %17,9'du (sırasıyla $p=0,008$ ve $0,012$).

SONUÇ: Güneş yanığı öyküsü ve sayısı ile DFYÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaması DFYÖ'nün kronik fotohasarlanmanın değerlendirilmesinde daha kullanışlı olacağını ortaya koymaktadır. Multipl BHK gelişen hastalarda DFYÖ puanlarının yüksek olması BHK gelişiminde kümülatif UV dozunun SHK gelişiminde olduğu gibi önemli olabileceğini ve yeni deri kanserlerinin gelişimi açısından hastaların takibinde klinisyene yol gösterici olabileceğini düşündürmektedir. BHK'nin UV maruziyetine hassas olan deri tipine sahip kişilerde güneş yanığı ve uzun süre güneşlenmenin etkisiyle çok sayıda olabileceği, risk grubunu belirlemek için DFYÖ'nün kantitatif bir belirteç olarak kullanılabileceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler : bazal hücreli karsinom, multipl deri kanseri, nüks, fotoyaşlanma, dermoskopik fotoyaşlanma ölçeği, risk faktörleri

Tablolar

TABLO-1: Çalışmaya Katılan Hastaların Kişisel ve Demografik Özellikleri

TABLO-2: BHK sayısına göre hastaların demografik özelliklerinin, çevresel ve kişisel risk faktörlerinin kıyaslanması

TABLO-3: Dermoskopik fotoyaşlanma ölçeği puanına göre hastaların demografik, çevresel ve kişisel risk faktörlerinin kıyaslanması.

SB-07: COVID-19 VE MELANOM TANISI: PANDEMİ SÜRECİNİN GERÇEK ETKİSİ NE?

Elif ÖZKUL¹, Vefa Aslı ERDEMİR¹, Ozan ERDEM¹, Melek ASLAN KAYIRAN¹, Bengü ÇOBANOĞLU ŞİMŞEK², Sıdika Şeyma ÖZKANLI², Merdan SERİN³, Mehmet Salih GÜREL¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar ABD

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Patoloji ABD

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

Amaç

COVID-19 pandemisi sırasında sağlık hizmetlerine erişimde aksaklıklar yaşandığı ve birçok hastalığın tanı ve tedavisinde gecikmelerin olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Bu nedenle, morbidite ve mortalitesi yüksek olan melanomda, COVID-19 pandemisi sürecinde tanı ve tedavide gecikme yaşanıp yaşanmadığını ve bunun hastaların klinik ve histopatolojik özellikleri üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla bu çalışma planlanmıştır. COVID-19 pandemisinin melanom tanısı ile prognostik klinik ve histopatolojik bulgular üzerine etkisini incelemek için, pandemi öncesi, pandemi dönemi ve pandemi sonrası hastanemize başvuran melanom hastalarının yaş, cinsiyet, hastalık süresi, melanom alt tipleri, lezyonların yerleşim bölgeleri ve histopatolojik özellikleri açısından karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve yöntem

Bu retrospektif çalışmada, 01.01.17 ve 01.07.24 tarihleri arasında hastanemize başvuran ve primer olarak melanom tanısı alan 98 hasta değerlendirildi. Hastalar tanı zamanlarına göre pandemi öncesi (01.01.17-15.03-20, Grup 1; n=41, %41.8), pandemi dönemi (15.03.20-15.03.22, Grup 2; n=23, %23.5) ve pandemi sonrası (15.03.22-01.07.24, Grup 3; n=34, %34.7) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi, melanom alt tipleri, lezyonların yerleşim bölgeleri ve histopatolojik özellikleri incelendi. Gruplar arası analizler için Ki-kare testi ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı.

Bulgular

Toplam 98 hastanın 50'si erkek, 48'i kadın olup yaşları 23-102 yıl arasında değişmektedir (ortalama: 63.9±16.5 yıl). Hastalık süresi 0.5-180 ay aralığında olup, medyan 18 ay olarak hesaplandı.

Melanom alt tipleri; nodüler (%72.4, n=71), yüzeysel yayılan (%9.2, n=9), akral (%9.2, n=9), lentigo maligna (%8.2, n=8) ve desmoplastik (%1, n=1) olarak saptandı. Lezyonların en sık yerleşim bölgeleri gövde (%28.6), baş-boyun (%26.5), akral bölge (%21.5), ekstremiteler (%15.3) ve tırnak (%4.1) idi.

Gruplar arasında cinsiyet, yaş, hastalık süresi, melanom alt tipi ve lezyon lokalizasyonu açısından fark bulunmadı (p>0.05). Breslow kalınlığı sırasıyla Grup 1: 5.57±7.58 mm (medyan: 2.20 mm), Grup 2: 3.19±3.89 mm (medyan: 2.00 mm), Grup 3: 4.05±3.85 mm (medyan: 2.61 mm) olarak hesaplandı ve gruplar arasında fark bulunmadı (p=0.247). Clark evresi, ülserasyon, mitoz, mikrosatellit, lenfovasküler ve nöronal invazyon ile lenf nodu metastazı açısından gruplar arasında fark bulunmadı (p=0.870, p=0.693, p=0.640, p=0.576, p=0.070, p=0.316, p=0.925). Ki-67 ortalaması pandemi sonrası dönemde anlamlı şekilde daha yüksek bulundu (p=0.012).

Sonuç

COVID-19 pandemisinin kliniğimize başvuran melanom hastaları göz önüne alındığında, pandemi döneminde melanom tanısında gecikmeler yaşandığını bildiren literatür verilerine rağmen tanıda belirgin bir gecikmeye veya Ki-67 ortalaması dışında yaş, cinsiyet, hastalık süresi, melanom alt tipleri, lezyonların yerleşim bölgeleri, Breslow kalınlığı, Clark evresi, ülserasyon, mitoz, mikrosatellit, lenfovasküler ve nöronal invazyon, lenf nodu metastazı gibi prognostik faktörler açısından olumsuz bir etkisi olmadığını göstermektedir. Bu durum, pandemiye rağmen melanom tanı ve tedavi hizmetinde olumsuzluk yaşanmadığını düşündürmektedir. Ancak bu çalışmamızın çok merkezli ve daha geniş bir hasta popülasyonu ile yapılması, pandeminin melanom tanısı üzerinde etkisinin daha kapsamlı şekilde yorumlanmasını sağlayacaktır.

Kaynakça :

- 1-Kalay Yıldızhan İ, Akay BN. COVID-19 Pandemi Sürecinde Deri Kanseri. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Dergisi. 2021;31(3):125-132. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-covid-19-pandemi-surecinde-deri-kanserleri-95125.html>
- 2- Zenginkinet T, Olgun ZC, Bakkaloğlu İG, Özkanlı Ş, Çobanoğlu Şimşek B. COVID-19 Pandemisinin Deri Kanseri Tanısına Etkisi: Tek Merkezli Çalışma. DergiPark. 2022;15(2):78-85. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2864918>
- 3-Andrew TW, Alrawi M, Lovat P. Reduction in skin cancer diagnoses in the UK during the COVID-19 pandemic. British Journal of Dermatology. 2021;184(3):561-562. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8447214/>
- 4- Marson JW, Maner BS, Harding TP, et al. The magnitude of COVID-19's effect on the timely management of melanoma and nonmelanoma skin cancers. Journal of the American Academy of Dermatology. 2021;85(2):420-421. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8447214/>

Anahtar Kelimeler : COVID-19, Melanom, Deri Kanseri, Tanı Gecikmesi, Retrospektif Çalışmalar, Pandemi

SB-08: PSÖRİYAZİSTE BİYOLOJİK VE KONVANSİYONEL TEDAVİ: KLİNİK YANIT VE İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERİN 28 HAFTALIK TAKİBİ

Harbiye Dilek Canat¹, Sümeyra Aldemir¹, İbrahim Halil Yavuz¹, Zafer Türkoğlu¹
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Psöriyazis, sistemik inflamasyonun önemli rol oynadığı ve çeşitli komorbiditelerle ilişkili kronik bir hastalıktır. Hem biyolojik hem de konvansiyonel sistemik ajanlar, inflamasyonu azaltarak etkili tedavi sağlamaktadır. Ancak hastalık aktivitesini ve tedavi yanıtını izlemeye yönelik güvenilir biyobelirteçler henüz netlik kazanmamıştır. Son yıllarda geliştirilen çeşitli inflamatuvar belirteçlerin psöriyazis hastalarının takibinde kullanılabileceği bildirilmiş olsa da güncel tanımlanan belirteçlerle ilgili veri bulunmamaktadır. Bu çalışma, biyolojik ve konvansiyonel tedavi alan hastaların demografik özelliklerini, klinik skorlarını ve çeşitli inflamatuvar belirteçlerini 28 haftalık takip sonrası karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM: 1 Haziran 2020 - 30 Mayıs 2024 tarihleri arasında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği Psöriyazis Polikliniğine başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışma kriterlerine uygun hastalar (Tablo 1), sistemik konvansiyonel tedavi alan (n=37) ve biyolojik tedavi alan (n=35) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Her iki grupta yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara kullanımı, eşlik eden komorbiditeler, psöriyazis alt tipi ve uygulanan tedaviler kaydedildi. Tedavi öncesi ve 28. haftada Psöriyazis Alan ve Şiddet İndeksi (PAŞİ), Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), Kaşıntı Vizüel Analog Skoru (VAS), tam kan sayımı parametreleri ve C-reaktif protein (CRP) düzeyleri değerlendirildi. Ayrıca nötrofil-lenfosit oranı (NLR), platelet-lenfosit oranı (PLR), sistemik immün inflamasyon indeksi (Sİİ) ve pan-immün inflamasyon değeri (PİV) hesaplandı (Tablo 1). İstatistiksel analizler IBM SPSS 21.0 programı ile yapıldı.

BULGULAR: Her iki grupta yaş, cinsiyet, VKİ, sigara kullanımı, eşlik eden komorbiditeler, ailede psöriyazis öyküsü, psöriyatik artrit varlığı ve psöriyazis alt tipi dağılımı benzerdi (Tablo 2). Özel bölge tutulumu açısından biyolojik tedavi grubunda tırnak tutulumu konvansiyonel tedavi grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0.028), diğer özel bölge tutulumları açısından fark görülmedi. PAŞİ skorları tedavi öncesinde benzerdi. Tedavi sonrasında her iki grupta da anlamlı düşüş izlendi (p < 0.001), ancak biyolojik tedavi grubunda düşüş daha belirgindi (p=0.002). CRP, NLR, PLR, Sİİ ve PİV değerleri tedavi öncesinde gruplar arasında benzerdi. Tedavi sonrası konvansiyonel tedavi grubunda inflamatuvar belirteçlerde değişiklik olmazken, biyolojik tedavi grubunda NLR, PLR, Sİİ ve PİV değerlerinde anlamlı azalma görüldü (Şekil 1). Tedavi sonrası iki grup karşılaştırıldığında ise NLR, Sİİ ve PİV düzeyleri biyolojik tedavi grubunda anlamlı olarak daha düşük bulundu (p değerleri sırasıyla; 0.004, 0.022 ve 0.001) (Tablo 3).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sistemik inflamasyon, psöriyazis patogenezinde kritik bir rol oynar. Hastalığın seyrini izlemek ve inflamasyonun şiddetini değerlendirmek için objektif biyobelirteçlere ihtiyaç duyulmaktadır. Kan sayımına dayalı inflamatuvar belirteçler erişilebilir, düşük maliyetli ve pratik yöntemlerdir. Psöriyazis hastalarında en kapsamlı incelenen belirteçler NLR ve PLR olup, literatürde bu parametrelerin PAŞİ skorları ile pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir. Daha güncel belirteçlerden Sİİ'nin inflamatuvar yanıtı yansıttığı ve psöriyazis hastalarında tedaviyle azaldığı gösterilmiştir. PİV'in ise çeşitli romatolojik hastalıklarda hastalık aktivitesi ve tedavi yanıtı ile ilişkili olduğu bildirilse de, psöriyazisteki rolüne dair veri bulunmamaktadır. Çalışmamızda, 28 haftalık takipte biyolojik tedavinin konvansiyonel tedaviye kıyasla inflamatuvar belirteçlerde, özellikle PİV dahil, anlamlı bir azalma sağladığı gösterilmiştir. Sonuç olarak, inflamatuvar biyobelirteçler psöriyaziste sistemik inflamasyonu değerlendirmede, tedavi seçiminde ve tedavi yanıtını izlemede pratik ve maliyet-etkin yöntemler olabilir. Yaygın kullanım için, daha geniş popülasyonlarda çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynakça :

1. Sugimoto E, Matsuda H, Shibata S, et al. Impact of Pretreatment Systemic Inflammatory Markers on Treatment Persistence with Biologics and Conventional Systemic Therapy: A Retrospective Study of Patients with Psoriasis Vulgaris and Psoriatic Arthritis. J Clin Med. 2023 Apr 21;12(8):3046
2. Şener G, İnan Yuksel E, Gökdeniz O, et al. The Relationship of Hematological Parameters and C-reactive Protein (CRP) With Disease Presence, Severity, and Response to Systemic Therapy in Patients With Psoriasis. Cureus. 2023 Aug 20;15(8):e43790.
3. Başaran PÖ, Dogan M. The relationship between disease activity with pan-immune-inflammatory value and systemic immune-inflammation index in rheumatoid arthritis. Medicine (Baltimore). 2024 Mar 1;103(9):e37230
4. Dincer Rota D, Tanacan E. The utility of systemic-immune inflammation index for predicting the disease activation in patients with psoriasis. Int J Clin Pract. 2021 Jun;75(6):e14101.
5. Albayrak H. Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio, Neutrophil-to-Monocyte Ratio, Platelet-to-Lymphocyte Ratio, and Systemic Immune-Inflammation Index in Psoriasis Patients: Response to Treatment with Biological Drugs. J

Anahtar Kelimeler : Psöriyazis, Biyolojik tedavi, Konvansiyonel tedavi, İnflamatuvar belirteçler, Pan-immün inflamatuvar değer

Resimler

Resim Açıklaması: Tablo 1

Tablo 1: Çalışma dışlama kriterleri ve inflamatuvar belirteçlerin hesaplanma formülleri

Dışlama Kriterleri:	
• <18 yaş , > 70 yaş olmak • Gebelik • Tam kan sayımını etkileyebilecek hematolojik veya psoriasis dışı kronik inflamatuvar hastalığı olmak • Akut/Kronik enfeksiyonu olmak • Psoriasis vulgaris dışında dermatolojik hastalığı olmak • İmmün yetersizliği olmak • Aktif malignite tanısı olması • Son altı ay içerisinde sistemik psoriasis tedavisi almış olmak • Son altı ay içerisinde herhangi bir hastalıktan dolayı immünsüpresif tedavi almış olmak	
<u>Inflamatuvar Belirteç</u>	<u>Hesaplanma formülü</u>
PIV	(Nötrofil sayısı x Trombosit sayısı x Monosit sayısı) / Lenfosit sayısı
SII	(Nötrofil sayısı x Trombosit sayısı) / Lenfosit sayısı
NLR	Nötrofil sayısı / Lenfosit sayısı
PLR	Trombosit sayısı / Lenfosit sayısı

PIV; Pan-immün inflamatuvar değer, SII; Sistemik immün inflamatuvar indeks, NLR; Nötrofil lenfosit oranı, PLR; Platelet lenfosit oranı, Hücre sayısı birimi; hücre/ μ L

Resim Açıklaması: Tablo 2

Tablo 2: Grupların demografik özellikleri ve eşlik eden komorbiditelerinin karşılaştırılması

		Konvansiyonel tedavi				Biyolojik tedavi				p değeri
		Ort.	SD	n	%	Ort.	SD	n	%	
Yaş		42,86	17,33			42,29	12,13			0,869
VKİ		26,71	4,44			27,72	5,06			0,372
Cinsiyet	Kadın			18	52,9			16	47,1	0,803
	Erkek			19	50,0			19	50,0	
Aktif sigara kullanımı	Yok			21	52,5			19	47,5	0,833
	Var			16	50,0			16	50,0	
Diyabet	Yok			34	52,3			31	47,7	0,938
	Var			3	42,9			4	57,1	
Dislipidemi	Yok			33	52,4			30	47,6	0,929
	Var			4	44,4			5	55,6	
Hipertansiyon	Yok			34	50,7			33	49,3	1,000
	Var			3	60,0			2	40,0	
Koroner Arter Hastalığı	Yok			37	52,1			34	47,9	0,978
	Var			0	0,0			1	100,0	
Hepatosteatoz	Yok			34	55,7			27	44,3	0,082
	Var			3	27,3			8	72,7	
	Var			0	0,0			0	0,0	
Psikiyatrik hastalık	Yok			36	52,2			33	47,8	0,961
	Var			1	33,3			2	66,7	
Tiroid hastalığı	Yok			36	50,7			35	49,3	1,000
	Var			1	100,0			0	0,0	
İnflamatuvar bağırsak hastalığı	Yok			37	51,4			35	48,6	-
	Var			0	0,0			0	0,0	
Ailede psöriyazis öyküsü	Yok			29	53,7			25	46,3	0,878
	1. derece			5	45,5			6	54,5	
	2. derece			3	50,0			3	50,0	

Ort., ortalama, SD; standart sapma, n; sayı, VKİ; vücut kitle indeksi

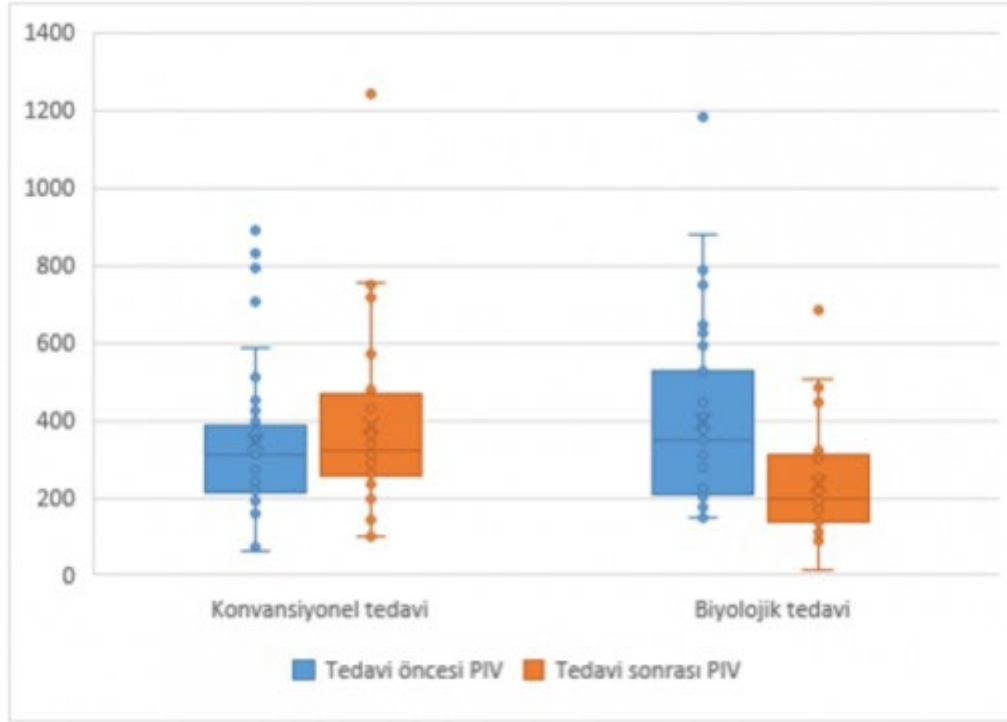
Resim Açıklaması: Tablo 3

Tablo 3: Grupların klinik skor ve inflamatuvar belirteçlerinin tedaviyle değişimlerinin karşılaştırılması

	Konvansiyonel tedavi grubu		Biyolojik tedavi grubu		p değeri
	Ort.	SD	Ort.	SD	
Başlangıç PAŞİ	15,47	4,16	16,11	4,71	0,547
Güncel PAŞİ	2,30	1,37	1,10	1,70	0,002
p değeri	<0,001		<0,001		
DYKİ başlangıç değeri	10,35	4,45	13,20	4,28	0,007
DYKİ güncel	1,46	1,12	0,89	1,11	0,032
p değeri	<0,001		<0,001		
Kaşıntı VAS başlangıç değeri	5,32	2,00	6,37	1,42	0,012
Kaşıntı VAS güncel değeri	0,89	0,84	0,49	0,82	0,042
p değeri	<0,001		<0,001		
Başlangıç CRP	4,34	6,09	5,01	5,00	0,612
28. hafta CRP	3,11	3,31	3,59	4,57	0,605
p değeri	0,118		0,192		
Başlangıç NLR	1,95	0,91	2,33	1,06	0,112
28. hafta NLR	2,13	0,86	1,57	0,73	0,004
p değeri	0,270		<0,001		
Başlangıç PLR	110,95	37,40	131,45	70,81	0,126
28. hafta PLR	118,35	35,51	102,00	36,01	0,057
p değeri	0,074		0,007		
Başlangıç SII	531,33	223,09	659,12	380,59	0,085
28. hafta SII	565,65	221,01	425,37	285,59	0,022
p değeri	0,420		<0,001		
Başlangıç PIV	345,73	195,46	399,65	237,31	0,295
28. hafta PIV	386,44	225,54	236,31	140,12	0,001
p değeri	0,316		<0,001		

Ort.; ortalama, SD; standart sapma, PAŞİ; psoriasis alan şiddet indeksi, DYKİ; dermatoloji yaşam kalite indeksi, VAS; vizüel analog skor, CRP; C reaktif protein, NLR; nötrofil lenfosit oranı, PLR; trombosit lenfosit oranı, SII; sistemik immün inflamatuvar indeks, PIV; pan-immün inflamatuvar değer

Şekil 1: PIV düzeylerinin tedavi ile değişimlerinin gruplar arasında karşılaştırılması



SB-09: DERİ TÜBERKÜLOZU TANILI HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ YANITLARININ RETROSPEKTİF OLARAK ARAŞTIRILMASI

Sevim Baysak¹, Yasemin Aksu¹, Gülbüz Şen Alvaç¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹
¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Giriş ve Amaç: Deri tüberkülozu; “Mycobacterium tuberculosis”, “M.bovis” ve belirli durumlarda “Calmette-Guérin”’in attenüe basilinin (BCG) neden olduğu bir deri enfeksiyonudur(1). Etken endojen veya ekzojen yolla kazanılabilir(1). Kişinin immunitesine ve çevresel faktörlere bağlı olarak papül, plak, nodül, ülser ve papillomatöz lezyonlar gibi çeşitli klinik morfolojilere neden olabilmektedir(2). En sık karşılaşılan klinik formlar lupus vulgaris, skrofuloderma ve tüberkülozis verrükoza kutistir(3). 20.yüzyılın ikinci yarısında deri tüberkülozu enfeksiyonunun sıklığı etkin tedavi ile azalmış olup son yıllarda ilaca dirençli suşların görülmeye başlanması, bağışıklığı baskılayıcı tedavilerin artması, HIV enfeksiyonu sıklığının artması, nüfus artışı ve göçler nedeniyle yeniden artış göstermiştir(4). Deri tüberkülozu günümüzde Türkiye’de önemini koruyan bir deri enfeksiyonudur.

Bu çalışmada deri tüberkülozu tanısı alan hastaların demografik özelliklerinin; lezyonların klinik ve histopatolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ağustos 2019 ile Ağustos 2024 tarihleri arasında SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar kliniğinde takip edilen, deri tüberkülozu tanısı klinik ve histopatolojik olarak doğrulanan 18-70 yaş arasındaki hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastane tıbbi kayıtları, patoloji verileri ve fotoğraf arşivi geriye dönük incelenerek deri tüberkülozu tanısı hastaların demografik, klinik ve histopatolojik özellikleri ile birlikte tedavi yanıtları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 27 hastanın yaşları 18-70 arasında değişmekte idi, ortalama tanı yaşı 43.7 ± 17.8 olarak saptandı. Hastaların 15’i (%55.6) kadın, 12’si (%44.4) erkek idi (K/E oranı 1.25). Deri tüberküloz tanısı almış olan hastaların %66.7’nde (18 hasta) BCG aşısı mevcuttu, %33.3’ü (9 hasta) ise aşısızdı. 7 hastada (%25.9) tüberküloz tanısı olan bir bireyle temas öyküsü mevcuttu. Hastaların şikayetlerinin başlangıcından tanılarına kadar geçen süre ortalama 41.8 ay idi.

Çalışmadaki toplam 27 hastanın 12’si (%44.4) lupus vulgaris, 7’si (%25.9) tüberkülozis verrükoza kutis, 6’sı (%22.2) skrofuloderma ve 2’si (%7.4) eritema induratum (Bazin) tanısı aldı. Lupus vulgaris tanısı hastalarda

lezyonun en sık yerleşim yeri baş-boyun bölgesi (9 hasta, %75) olarak saptandı. Tüberkülozis verrükoza kutis tanılı hastalarda lezyon en sık ellerdeydi (5 hasta, %71.4). Skrofulodermada lezyon en sık baş-boyun bölgesinde (5 hasta, %83.3) saptandı. Eritema induratum lezyonları ise bacaklardaydı (2 hasta, %100).

Tüm hastalar etkin antitüberküloz tedavi almış olup, takiplerinde 22 hastada (%81.5) deri lezyonlarında tam iyileşme sağlandı. 5 hastada (% 18.5) ise lezyonlarda kısmi gerileme görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda deri tüberkülozunun kadınlarda daha sık olduğu ve her yaşta görülebilmekle birlikte ortalama yaşın 43.7 olduğu tespit edildi. En sık görülen klinik tip lupus vulgaris idi. İkinci sıklıkta tüberkülozis verrükoza kutis ve üçüncü olarak skrofuloderma tipleri görüldü. Lupus vulgaris ve skrofuloderma tanılı hastalarda lezyon en sık baş-boyunda görüldü. Tüberkülozis verrükoza kutiste lezyon en sık ellerde, eritema induratumda (Bazin) bacaklardaydı.

Şikayetlerin başlangıcından tanıya kadar geçen sürenin ortalama 41.8 ay olması lezyonlarının tanınmasında gecikmeler yaşandığını ve bu nedenle tedavinin de geciktiğini göstermekteydi.

Her ne kadar deri tüberkülozu sıklığı azalmış olsa da günümüzde önemini korumaktadır. Uzun süre tedavisiz kaldığında skar ve kalıcı şekil bozukluklarına neden olabilmektedir. Bu nedenle kronik seyirli deri lezyonlarında deri tüberkülozu mutlaka akla getirilmelidir.

Kaynakça :

1. Khadka, P., Koirala, S., & Thapaliya, J. (2018). Cutaneous Tuberculosis: Clinicopathologic Arrays and Diagnostic Challenges. *Dermatology research and practice*, 2018, 7201973.
2. Kaul, S., Kaur, I., Mehta, S., & Singal, A. (2023). Cutaneous tuberculosis. Part I: Pathogenesis, classification, and clinical features. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 89(6), 1091–1103.
3. Ünal İ., Özdemir F., Kazandı A. C., Alper S., Yazkan F. (2003). Deri tüberkülozu: 18 yıllık retrospektif değerlendirme.
4. Brito, A. C., Oliveira, C. M., Unger, D. A.-A., & Bittencourt, M. de. (2022). Cutaneous tuberculosis: Epidemiological, clinical, Diagnostic and therapeutic update. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 97(2), 129–144.

Anahtar Kelimeler : deri tüberkülozu, lupus vulgaris, tüberkülozis verrükoza kutis, skrofuloderma

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1: Aurikular yerleşimli lupus vulgaris



SB-10: PROLİFERE TRİKİLEMMAL TÜMÖR: GENİŞ BİR SERİDE KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mücahit Ergün¹, Can Baykal¹, Nesimi Büyükbabani², Tuğba Atıcı¹, Şule Öztürk Sarı³

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

²Koç Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Prolifere trikilemmal tümör, kıl folikülünün dış kök kılıfından köken aldığı düşünülen ve çoğunlukla saçlı deride büyük kitlelere yol açan, oldukça nadir görülen düşük dereceli bir malign tümördür. Trikilemmal kist ile birlikte olabilir ve bu kistin duvarından da gelişebilir. Histopatolojik olarak farklılaşma düzeyi oldukça değişkendir. Ülkemizden daha önce proliferate trikilemmal tümör ile ilgili geniş bir seri bildirilmemiştir. Bu çalışmada proliferate trikilemmal tümör tanısı alan görece geniş bir hasta serisinde hastalığın klinik ve histopatolojik bulgularının ayrıntılı olarak gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Üçüncü basamak bir dermatoloji merkezinde 2008 ve 2023 yılları arasında proliferate trikilemmal tümör tanısı konulmuş olan ardışık hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ait demografik ve klinik bulgular gözden geçirildi. Prolifere trikilemmal tümör tanısı konulan lezyonun lokalizasyonu ve büyüklüğünün yanı sıra lezyon ile aynı bölgede eşlik eden trikilemmal kist ile uyumlu lezyon olup olmadığı kaydedildi. Ayrıca proliferate trikilemmal tümörün total eksizyonuna ait histopatolojik özellikler değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma sürecinde toplam 9 hastaya (6 kadın, 3 erkek) proliferate trikilemmal tümör tanısı konuldu. Hastaların yaş ortalaması $67,2 \pm 10,8$ (46-80) yıl olarak belirlendi. Lezyonların sekizi (%88,9) saçlı deri bölgesinde yer almakta iken, bir hastada ense ortasında lokalizeydi. Hastaların ikisinde (%22,2) proliferate trikilemmal tümör ile multipl trikilemmal kist birlikteliği mevcuttu. Hastalarda proliferate trikilemmal tümör tanısı konulan lezyonların ortalama büyüklüğü 8,5 (5-20) cm olarak saptandı. Total eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesi altı hastada proliferate trikilemmal tümör, üç hastada ise malign proliferate trikilemmal tümör ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hiçbir olguda metastaz saptanmadı. Prolifere trikilemmal tümör tanısı konulan bir hastada altı yıl sonra eksizyon bölgesinde klinik ve histopatolojik olarak aynı tümörün nüksü olarak değerlendirilen lezyon gelişti.

Sonuç: Çalışmamızda literatürde olduğu gibi proliferate trikilemmal tümör tanısı en sık ileri yaştaki kadın hastalarda konuldu. Hastalarımızda proliferate trikilemmal tümör klinik olarak sıklıkla büyük boyutlara ulaşmış saçlı deri lezyonları şeklindeydi. Hastaların sadece %22,2'sinde trikilemmal kist birlikteliği mevcut olması dikkat çeken bir bulguydu. Prolifere trikilemmal tümör farklı histopatolojik özellikler gösterebilen spektruma sahip bir antite olup bizim serimizde de üç hastada malign proliferate trikilemmal tümör tanısı konulmuştu. Bu nedenle proliferate trikilemmal tümör hastalarında klinik ve histopatolojik bulguların iyi değerlendirilmesi, erken tanı ve uygun cerrahi sınırlarla eksizyon açısından kritik önem taşımaktadır.

Kaynakça :

1-Hanson N, Farmer W, Andres M, Franko J, Le V: Clinical Characteristics and Genomic Profile of Malignant Proliferating Trichilemmal Tumor: A Systematic Review of the Literature, Journal of Surgical Oncology, 2024
Nov 13

Anahtar Kelimeler : Malign proliferate trikilemmal tümör, deri kanseri, trikilemmal kist

EP-01: ORAL İSOTRETİNOİN TEDAVİSİ SIRASINDA YÜZDE YAYGIN HERPES SİMPEKS ENFEKSİYONU GELİŞEN HASTA

ERİŞCAN MELİH KIRSOY¹, BAŞAK ŞİŞDAĞ¹, ZAFER TÜRKOĞLU¹

¹SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ

Herpes simpleks virüsleri insan enfeksiyonlarının en yaygın olanlarından. Gelişmekte olan ülkelerde, HSV-1 (Herpes Simpleks Virüs Tip 1) neredeyse evrensel ve genellikle erken çocukluk döneminde aile ile yakın temas yoluyla edinilir. Çocukluktan sonra, HSV-1 yaygınlık oranları yaşla birlikte minimal olarak artar. Klinik ve deneysel veriler, herpes simpleks virüsünün genellikle insanlarda trigeminal ganglionlarda bulunduğunu ve burada tekrarlayan ağız ve dudak lezyonlarından sorumlu olabileceğini göstermiştir.¹

Etkinliğine rağmen, isotretinoinin bazıları ciddi olabilen bir dizi yan etkiye neden olduğu bilinmektedir. En sık bildirilen yan etkiler arasında keilit, kseroz, kserostomi, epistaksis, pruritus, doğurganlık çağındaki kadınlarda teratojenite, hipertrigliseridemi, hiperkolesterolemi, yükselmiş karaciğer transaminazı, lökopeni ve trombositopeni bulunur.²

Bu olgu sunumunda, oral isotretinoin tedavisi sırasında yüzde yaygın şekilde herpes simpleks virüs enfeksiyonu gelişen 19 yaşında bir kadın hastanın durumu sunulacaktır.

OLGU SUNUMU

On dokuz yaşında kadın hasta acil servise yüzünde döküntü şikayeti ile başvurmuş. Hasta acilden tarafımıza varicella şüphesi ile konsülte edildi. Hastanın anamnezinde döküntülerin 2 gün önce başladığı ve giderek yayıldığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde hastanın yüzünde, dudak çevresinde, bukkal mukozada, yanaklarda ağrılı veziküler lezyonlar mevcuttu (Şekil: 1). Anatomik olarak trigeminal sinirin dağılım alanları, hastanın yüzündeki lezyonların tutulum alanları ile örtüşmekteydi (Şekil: 2).³ Hastanın öyküsünde iki ay önce papülopüstüler akne şikayeti ile dış merkezde dermatoloji polikliniğine başvurduğu ve hastaya 0,5 mg/kg/gün oral isotretinoin tedavisi başlandığı öğrenildi. Hastada ön planda Herpes Simpleks enfeksiyonu, Eritema Multiforme ve İmpetigo düşünüldü. Lezyonların polimorfik olmayışı, şiddetli kaşıntının eşlik etmemesi, hastanın suçiçeği aşısı yaptırmış olması, temas öyküsünün bulunmaması, veziküllerin gruplaşma eğiliminde olmaması, serolojik testinin de negatif olması ile suçiçeği dışlandı. Alınan yara sürüntüsünde ve kültüründe bakteri ürememesi ile impetigo dışlandı. Hastanın lezyonlarının Eritema Multiforme için tipik görünümde ve yerleşimde olmaması sebebiyle ön tanıda herpes simpleks enfeksiyonu düşünüldü. Tanıyı desteklemek amacıyla hastanın taze veziküler bir lezyonun tabanından örnek alınarak viral kültür ve PCR (Polimeraz zincir reaksiyonu) testleri yapıldı. Test sonuçları HSV-1 ile uyumlu bulundu. Hastanın isotretinoin tedavisine ara verildi. Hastaya sistemik valasiklovir 2 gr/gün ve günde 2 kez topikal asiklovir %5 krem tedavisi başlandı, 1 hafta sonra kontrolünde mevcut lezyonlarda regresyon izlendi (Şekil: 3). Hastanın yeni lezyon çıkışının olmaması ve klinik durumu göz önüne alınarak isotretinoin tedavisine devam edilmesine karar verildi.

SONUÇ

Oral isotretinoin, şiddetli akne tedavisinde etkili bir ilaç olmasına rağmen, vakamızda olduğu gibi herpes enfeksiyonu açısından dikkatli olunmalıdır. Bu nedenle, isotretinoin tedavisine başlamadan önce hastaların ayrıntılı öyküsünün alınması ve tedavi sırasında sıkı bir takip yapılması önemlidir. İsoetretinoinin bağışıklık sistemi üzerinde baskılayıcı etkiler yaratabileceği ve herpes enfeksiyonu risk faktörü olabileceği ihtimalleri ileri değerlendirme ve araştırmalara açıktır.

Kaynakça :

- 1- Baringer J. R. (1976). The biology of herpes simplex virus infection in humans. Survey of ophthalmology, 21(2), 171–174.
- 2- Alrasheed, A. A., Alsadhan, K. F., Alfawzan, N. F., AbuDujain, N. M., Alnasser, A. H., & Almousa, H. (2024). Impact of Isotretinoin on Blood Lipids and Liver Enzymes: A Retrospective Cohort Study in Saudi Arabia. Therapeutics and clinical risk management, 20, 567–575.
- 3- Huff, T., Weisbrod, L. J., & Daly, D. T. (2024). Neuroanatomy, Cranial Nerve 5 (Trigeminal). In StatPearls.

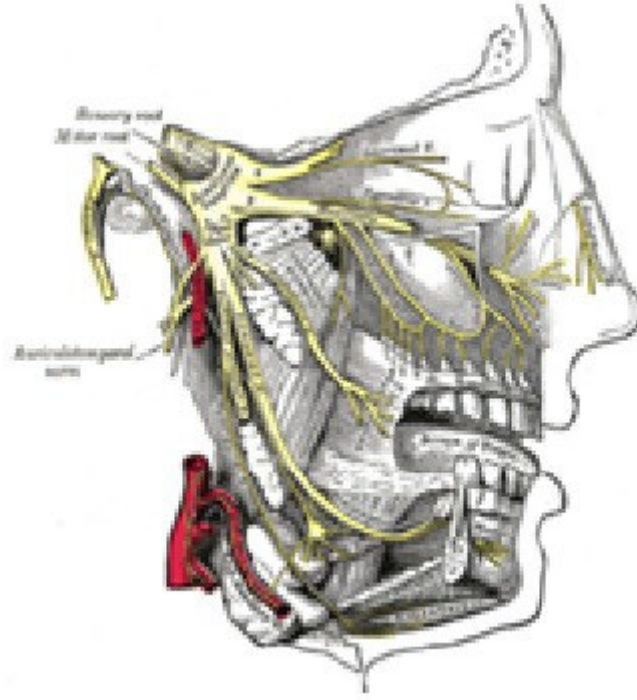
Anahtar Kelimeler : Herpes, İsoetretinoin, Akne, İmmünsupresyon

Resimler

Resim Açıklaması: Yüzde, yanaklarda, dudakta ağrılı, sulantılı bazıları krutlanmış veziküller



Resim Açıklaması: Anatomik olarak trigmenial sinir bölümleri



Resim Açıklaması: 2 gr/gün 1 hafta valasiklovir tedavisinden sonra yüzdeki postinflamatuar lezyonlar



EP-02: OLGU SUNUMU: AKCİĞER ADENOKARSİNOMU NEDENİYLE ERLOTİNİB KULLANAN BİR HASTADA GÖRÜLEN DERMATOLOJİK KOMPLİKASYONLAR

İrem Nur Durusu Türkoğlu¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş:Epidermal büyüme faktörü reseptör inhibitörleri, birçok solid organ malignitesinin tedavisinde kullanılan bir grup ilaçlardır. Bu ilaçlar, epidermal büyüme faktörü reseptörü overekspresyonu gösteren tümör hücrelerinde klasik kemoterapi rejimleriyle birlikte veya yalnız başına kullanılabilir. Başlıca; baş-boyun, akciğer, kolon, meme, over, prostat tümörlerinin tedavisinde kullanılmaktadırlar.¹ Bu ajanların yan etkileri arasında dermatolojik belirtiler, yorgunluk, iştahsızlık ve ishal bulunur.²Hastaların çoğunda görülen cilt toksisitesi, erlotinib ile ilişkili en yaygın yan etkidir.Olgu:75 yaşında erkek hasta 5 yıl önce küçük hücreli dışı akciğer adenokarsinomu nedeniyle opere olduktan sonra erlotinib tedavisi almaya başlamış olup doz artışları sonrasında ciltte kuruluk, yoğun kaşıntı ve yaralar çıkması nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiştir. Hasta şiddetli kaşıntıdan ve yaralardan oldukça rahatsızdı.Muayenede oksipital bölgede hemorajik krutlarla kaplı ekskorye papüller, kirpiklerde alopesik alanlar, bazı kısımlarda trikomegali, göz kapaklarında, kaşlarda, burun kenarında ve sakal bölgesinde eritem ve deskuamasyon, dudaklarda keilit görüldü. Gövdede yoğun kserozis, eritemli skuamli papüller, bilateral jinekoma ve bilateral kollarda üzeri kalın sarı-kahverengi krutlarla kaplı ekskorye papül ve plaklar görüldü. Hastanın bilateral el dorsumlarında eritem, deskuamasyon ve parmak kıvrımlarında çok sayıda fissür ve ragadlar vardı. Hastaya 100 mg/gün oral doksiklin, 10 mg/gün setirizin, skalp bölgesine ketokonazol şampuan, klindamisin losyon, kollara, gövdeye ve ellere klobetazol 17-propiyonat, vaselin, gliserin ve lanolinli majistral, %10 ure, triticum vulgare sulu ekstresi ile hamamelis virginiana distilat ve çinko oksit içeren kremler verildi.

Tartışma:EGFR inhibitörleriyle ilişkili sık görülen dermatolojik yan etkiler akneiform döküntü (%47-100), kseroz (%10-49), pruritus (%8-57), paronişi (%3-25), saç anormallikleri (%0-13) ve mukozit (%0-44).³ Akneiform (papülopüstüler) döküntü en erken ve en sık bildirilen advers olaydır.VYA tutulumuna göre 4 evreye ayrılır.VYA'nın <%10 tutulumu evre 1, %10-30 arası tutulumu evre 2,>%30 evre 3 iken VYA'dan bağımsız olarak iv tedavi gerektirecek kadar şiddetli superenfeksiyon gelişimi evre 4 tür. Evre 2 hastalıkta 4-6 hafta oral antibiyotik ile topikal steroid veya topikal antibiyotik verilmelidir.Evre 3'te ilaveten sistemik kortikosteroid de önerilir.^{5,6}EGFR-TKI'lerle tedavi edilen hastalarda kseroz insidansı %7,7 ile %54 arasında değişmektedir.⁴ Kseroz genellikle geç ortaya çıkar ve genellikle tedaviden 15 ila 60 gün sonra gözlemlenir.³

⁴Durum ilerledikçe fissürler ortaya çıkar ve cilt kaşıntılı hale gelir. Fissürler şiddetli ağrıya, sekonder bakteriyel ve viral enfeksiyonlara neden olabilir. Derin ağrılı fissürler en sık parmak uçları, topuklar, periungual bölgede ve interfalangeal eklemlerin dorsal yüzeyinde görülür. ⁵Pruritus genellikle kseroz (%50) ve papülopüstüler döküntü (%62) ile birlikte görülür.³ Pruritus ve kseroderma şiddetine göre 3 evreye ayrılır. Kserosis VYA'nın <10 dan azındaysa ve kaşıntı eşlik etmiyorsa evre 1,%10-30 arasında ve kaşıntı eşlik ediyorsa evre 2, >%30 ve kaşıntı eşlik ediyorsa evre 3 olarak sınıflandırılır. Evre 1'de emolyentler (heparinoidler, vazelin, üre preparatları) tek başına kullanılabilirken evre 2 ve 3'te güçlü etkili topikal kortikosteroidler eklenmelidir.^{5,6}Kaşıntı hafif ve lokalize ise evre 1 olup emolyent ve güçlü etkili topikal kortikosteroid tedavisi yeterlidir.Yoğun veya yaygın kaşıntıya sekonder bulgular olduğunda evre 2 olup, evre1 tedavi yanında oral antihistaminik tedavisi eklenmelidir. Evre 3 kaşıntı yoğun,sürekli; kişisel bakım veya uykuyu sınırlayan kaşıntıdır bu hastalarda oral kortikosteroidler veya immünoşüpresanlar endikedir.^{3,5,6}Tedavide asıl amaç ilacın kullanımına devam edebilmek bu esnada hastanın yaşam kalitesini olabildiğince yüksek tutabilmektir.

Kaynakça :

- 1)DeWitt CA, Siroy AE, Stone SP. Acneiform eruptions associated with epidermal growth factor receptor-targeted chemotherapy. J Am Acad Dermatol. 2007;56(3):500-5.
- 2) Tsimboulis S, Merikas I, Karapanagiotou EM, Saif MW, Syrigos KN. Erlotinib-Induced Skin Rash in Patients with Non-Small-Cell Lung Cancer: Pathogenesis, Clinical Significance, and Management. Clinical Lung Cancer. 2009;10(2), 106-111.
- 3) Peng Y, Li Q, Zhang J, Shen W, Zhang X, Sun C. Update review of skin adverse events during treatment of lung cancer and colorectal carcinoma with epidermal growth receptor factor inhibitors. BioSci Trends. 2018, 12.6: 537-552.
- 4) Chu CY, Chen KY, Chang JW, Wei YF, Lee CH, Wang WM. Taiwanese Dermatological Association consensus for the prevention and management of epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor-related skin toxicities. J Formos Med Assoc. 2017;116(6):413-423.
- 5) Fuggetta MP, Migliorino MR, Ricciardi S, et al. Prophylactic Dermatologic Treatment of Afatinib-Induced Skin Toxicities in Patients with Metastatic Lung Cancer: a Pilot Study. Scientifica. 2019;31:9136249.
- 6) Kiyohara Y, Yamazaki N, Kishi A.Erlotinib-related skin toxicities: treatment strategies in patients with

metastatic non-small cell lung cancer. Journal of the American Academy of Dermatology. 2013;69(3), 463-472.

Anahtar Kelimeler : erlotinib,akne,kserosis,pruritus

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1a.Saçlı deride oksipital bölgede eritemli papül ve püstüller 1b.Kirpiklerde alopesi ve trikomegali,kaşlarda ve burun çevresinde eritem ve deskuamasyon,dudaklarda keilitis,1c.Gövdede kserosis,bilateral kollarda üzeri kurtlanmış ekskorye papül ve plaklar 1d.Bilateral ellerde eritemli skuamli plaklar,kıvrım yerlerinde fissür ve ragadlar



EP-03: BACAK TİPİ B HÜCRELİ LENFOMA: OLGU BİLDİRİMİ

Sema Nur Alpaslan¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, Seda Mazmanoğlu Atılman², İlkin Zindancı¹, Emrah Ergin¹
¹Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar
Kliniği

²Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği

GİRİŞ:

Primer kutanöz lenfomalar, öncelikli olarak deriyi tutan ve teşhis anında ekstrakutanöz yayılım göstermeyen bir non-Hodgkin lenfoma grubudur.¹ B hücreli lenfoma, bacak tipi, kutanöz lenfomaların nadir görülen bir alt türüdür. Genellikle ileri yaştaki kadın hastaları etkiler ve diğer kutanöz lenfomalardan farklı olarak agresif seyirlidir.² Burada genç yaşta bir erkek hasta sunulmaktadır.

OLGU:

Kırk yaşında erkek hasta, yaklaşık dört ay önce sol bacak ön yüzünde ortaya çıkan, zaman zaman kaşınan, üç-dört adet kızarıklık, deriden kabarık lezyonlarla polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde, sol tibia medial yüzeyinde yaklaşık 3 cm çapında, eritemli zemin üzerinde ortası ülser, sarı-kahverengi nekrotik krutlu infiltratif nodüler bir lezyon ve bu lezyonun etrafında dağınık yerleşimli, yaklaşık 1 cm çapında papülonodüler lezyonlar tespit edildi. Bilinen ek hastalığı veya düzenli kullandığı bir ilacı yoktu. Sol tibia üzerindeki lezyondan, B hücreli lenfoma, bacak tipi ön tanısıyla punch biyopsi alındı.

Histopatolojik incelemede, yüzeysel ve derin dermiste diffüz infiltrasyon gösteren lenfoid neoplazm izlendi.

Diffüz lenfoid infiltrasyon içinde, az sayıda, normal bir lenfositin iki katı büyüklüğünde lenfoid hücreler mevcuttu. İmmünohistokimyasal incelemede CD20 ile diffüz pozitif boyanma gözlemlendi. Ki-67 proliferasyon indeksi ise %95 olarak saptandı. Klinik, patolojik ve immünohistokimyasal incelemeler sonucunda hastamıza B hücreli lenfoma, bacak tipi tanısı konuldu. Hematoloji servisine devredilen hastaya R-CHOP tedavisi başlandı.

Takip ve tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ:

Bizim olgumuzda sunduğumuz gibi, B hücreli lenfoma, bacak tipi nadiren de olsa genç erkek hastalarda görülebilir. Agresif seyri nedeniyle erken tanı ve tedavi, prognoz açısından büyük önem taşımaktadır.

Kaynakça :

- Ciolfi C, Tartaglia J, Sernicola A, Alaibac M. Clinician's perspective on the diagnosis of primary cutaneous B-cell lymphoma. *Dermatol Reports*. 2023 Jun 14;16(Suppl 2):9723.
- Pinheiro CG, Cruz LCB, Paz ARD, Trindade LC. Primary cutaneous B-cell lymphoma leg type: good response with the RADHAP 21 protocol. *An Bras Dermatol*. 2022 Mar-Apr;97(2):179-183

Anahtar Kelimeler : Lenfoma, b hücreli lenfoma, non-Hodgkin lenfoma, neoplazi, lenfosit, immünohistokimya, patoloji, medikal onkoloji

Resimler

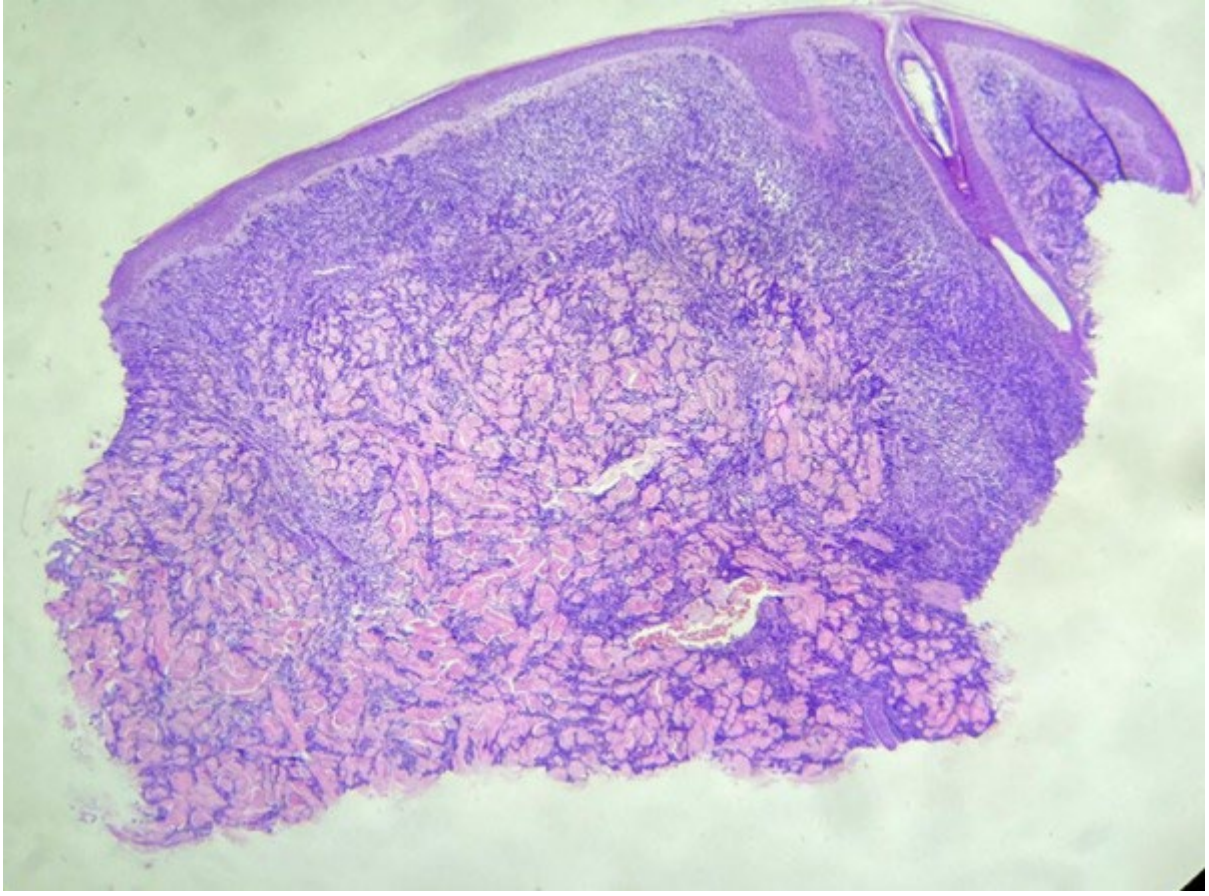
Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 2



Resim Açıklaması: Resim 3



EP-04: ÇOCUK OLGUDA PURPURİK PİTRİAZİS ROSEA

Elif Selin YÜKSEL ERGÜN¹, Meltem AKGÜN¹, Sevim BAYSAK¹, Şirin YAŞAR¹, İlkin ZİNDANCI¹, Emrah ERGİN¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Giriş

Pitriazis rosea (PR), idiopatik ve genellikle adolesan ve genç yetişkinlerde (10-35 yaş) görülen, gövde ve proksimal ekstremitelerde eritematöz, skuamlı maküller, papüller ve plaklarla karakterize, akut inflamatuvar bir deri hastalığıdır. İnsan herpes virüsü 6 (HHV6) ve HHV7, üst solunum yolu enfeksiyonları, isotretinoin, D-penisillamin ve terbinafin gibi ilaçların, pitriazis rosea ile ilişkilendirilebileceği öne sürülmüştür. Hastalık, tipik klinik özelliklerine ek olarak nadiren atipik lezyonlarla da kendini gösterebilir.

Olgu

Dört yaşında erkek hasta , kliniğimize 2 ay önce bacaklardan başlayıp gövdeye doğru ilerleyen döküntüyle başvurdu. Aileden alınan bilgiye göre ateş, halsizlik vb sistemik semptomlar döküntüye eşlik etmiyordu. Dermatolojik muayenesinde bilateral alt ekstremiteden başlayıp gövdeye ilerleyen yer yer purpurik , makulopapüler döküntüler mevcuttu. Hastadan tam kan sayımı, üre-kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, total immunoglobulin E, Anti-streptolizin O (ASO), tam idrar tahlili istendi. Punch biyopsi ve Direkt İmmüno Floresan (DİF) örnekleme planlandı. Ön tanılarımız 1-Atipik pitriazis rosea 2-Henoch Schönlein Purpurası 3-Kapillerit 4-Ürtikeryal Vaskülit. Histopatolojik incelemede "Kesitlerde epidermis olağan görünümde izlendi. Yüzeyel dermiste **eritrosit ekstrasvazasyonu** dışında belirgin patolojik bulgu saptanmadı. Vaskülit bulgusu görülmedi.

DİF incelemede IgA, IgG, IgM ve C3 ile boyanma saptanmadı.”şeklinde purpurik pitriazis roseayı desteklemekteydi.Hasta klinik ve histopatolojik değerlendirme sonucu “purpurik pitriazis rosea” olarak kabul edildi.

Kan tahlillerinde ASO yüksekliği olan (495IU/ml N:<200IU/ml) hastaya pediatri hekiminin önerisiyle amoksisilin-klavulanik asit başlandı.Semptomatik olarak tedaviye setrizin ve topikal metilprednizolon asetonat eklendi.İki hafta sonra kontrolde lezyonlarda minimal gerileme mevcuttu,ek semptom gelişmedi.

Sonuç

Purpurik Pitriazis Rosea(PPR), klasik PR'ın nadir, atipik bir formudur ve genellikle purpurik lezyonlarla kendini gösterir. Tüm rapor edilen purpurik pitriazis rosea vakalarında benzer klinik ve histopatolojik morfoloji gözlemlenmiştir. Genellikle gövde ve ekstremitelerde yerleşen maküler purpurik lezyonlarla başlar. Palatal peteşi, deri lezyonlarına eşlik edebileceği bildirilmiş olsa da, rapor edilen vakaların hiçbirinde mukoza lezyonları bulunmamıştır. Hiçbir vakada sistemik semptom da gözlemlenmemiştir. PPR'ın klinik seyri, tipik PR ile aynıdır. Rapor edilen tüm vakalarda paylaşılan tipik histolojik bulgular; fokal parakeratoz, spongiyoz, yüzeysel lenfositik perivasküler infiltrasyon ve vaskülit olmadan eritrosit ekstrasvazasyonu olmuştur.Vaskülitten ayırımında histopatolojik değerlendirme önemlidir. Biz bu olguyu nadir görülen bir PR alt tipi olması sebebiyle paylaşmaya değer gördük.

Kaynakça :

Tamer F, Sarifakioglu E, Orenay OM, Yildirim U. Persistent and Generalized Purpuric Lesions in an Adolescent: A Rare Atypical Form of Pityriasis Rosea. Indian Dermatol Online J. 2017 May-Jun;8(3):217-218. doi: 10.4103/2229-5178.206112. PMID: 28584764; PMCID: PMC5447347.

PURPURİK PİTRİYAZİS ROZEA Cihangir ALİAĞAOĞLUa, Mustafa ATASOYb, İlhami KİKİc, Aysun TOKERd, Teoman ERDEMa

aDepartment of Dermatology, Numune State Hospital bDepartment of Dermatology, Atatürk University, Faculty of Medicine cDepartment of Internal Medicine, Atatürk University, Faculty of Medicine dDepartment of Biochemistry, Numune State Hospital, ERZURUM Türkiye Klinikleri J Dermatol. 2006;16(1):23-5

Anahtar Kelimeler : purpurik , pitriazis rosea , kapillerit

EP-05: RENAL HÜCRE KARSİNOMUNA SEKONDER GELİŞEN LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİTLİ BİR OLGU

Deniz İlgin Çelik¹,Sevim Baysak¹,Şirin Yaşar¹,İlkin Zindancı¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Lökositoklastik vaskülit, primer deri tutulumu ile seyreden, esas olarak post kapiller venülleri etkileyen bir küçük damar vaskülit formudur. Hastalık, böbrekler, santral sinir sistemi, kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem gibi birden fazla organı etkileyebilir ya da sadece cilt tutulumu ile sınırlı kalabilir. Etiyolojide ilaçlar, enfeksiyonlar, maligniteler, sistemik inflamatuvar hastalıklar gibi çeşitli nedenler yer almaktadır. Renal hücreli karsinom (RHK) ile ilişkili lökositoklastik vaskülit olgusu ise literatürde az sayıda bildirilmiştir.

Olgumuz, 52 yaş erkek hasta 3 haftadır mevcut bacak ve ayak üstünde morumsu döküntüler ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde kaşektik görünüm dikkat çekmekteydi ve hastanın kilo kaybı şikayeti mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde hastanın alt ekstremitesinde özellikle bilateral pretibial bölge ve ayak dorsumlarında belirgin basmakla solmayan palpabl purpuralar görüldü. Hemogram ve biyokimyasında inflamatuvar belirteçlerinde hafif yükseklik dışında anormal bulgu

saptanmadı. Tam idrar tetkikinde mikrohematüri tespit edilen hastaya yapılan radyolojik görüntülemeler sonucu böbrekte solid kitle tespit edildi. Üroloji tarafından alınan böbrek biyopsisi ile renal hücreli karsinom tanısı kondu. Hastanın sağ bacak distali ve sol ayaktan alınan punch biyopsi sonucu, damar duvarı etrafında fibrinoid deposit birikimi, kutanöz postkapiller venüllerde perivasküler nötrofil infiltrasyonları, endotel ödemi ve eritrosit ekstrasvazasyonu ile uyumlu gelerek lökositoplastik vaskülit tanısı kondu.

Bu olguyu lökositoklasik vaskülitlerde hastanın altta yatan maligniteler açısından araştırılmasının önemini vurgulamak için bildirmeye değer bulduk.

Kaynakça :

- 1.Podjasek JO, Wetter DA, Pittelkow MR, Wada DA. Cutaneous small-vessel vasculitis associated with solid organ malignancies: the Mayo Clinic experience, 1996 to 2009. J Am Acad Dermatol 2012;66:e55–65
- 2.Demographic, etiological and clinical characteristics of patients with leukocytoclastic vasculitis single center experience, doi 10.16899/jcm.572537 J Contemp Med 2019;9(4):395-399
- 3.Fain O, Hamidou M, Cacoub P, Godeau B, Wechsler B, Pariès J, et al. Vasculitides associated with malignancies: analysis of sixty patients. Arthritis Rheum 2007;57:1473–80
- 4.Greer JM, Longley S, Edwards NL, Elfenbein GJ, Panush RS. Vasculitis associated with malignancy. Experience with 13 patients and literature review. Medicine (Baltimore) 1988;67:220–30
- 5.Jessop SJ. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis: a clinical and aetiological study. Br J Rheumatol 1995;34:942–5

Anahtar Kelimeler : Paraneoplastik sendrom, Palpabl purpura, Mikrohematüri, Fibrinoid nekroz

Resimler

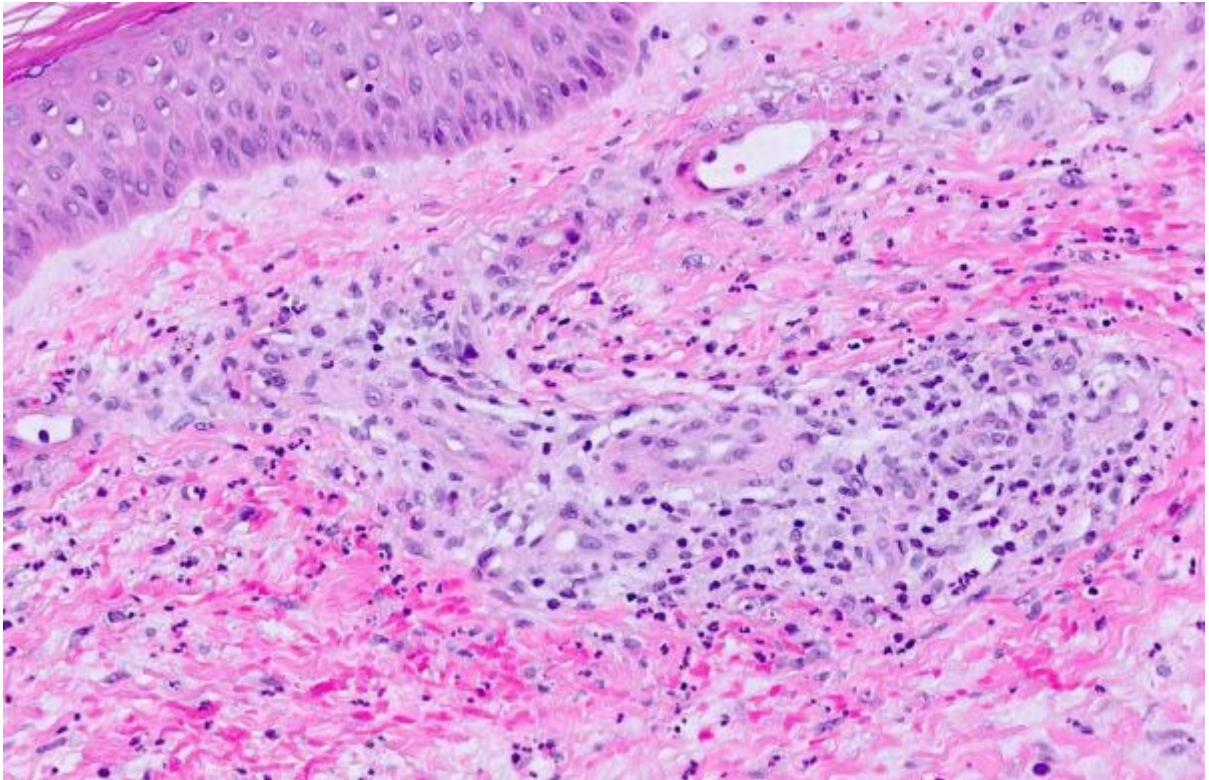
Resim Açıklaması: Dermatolojik muayenede görülen bilateral alt ekstremitelerde belirgin basmakla solmayan palpabl purpura



Resim Açıklaması: Dermatolojik muayenede görülen bilateral alt ekstremitelerde belirgin basmakla solmayan palpabl purpura



Resim Açıklaması: Fibrinoid depositleri, nötrofil infiltrasyonlarını içeren perivasküler inflamasyon



EP-06: ERİTEMA MULTIFORME Mİ? MİKOPLAZMA İLİŞKİLİ REAKTİF MUKOZİT Mİ?: GÜNCEL BİR TARTIŞMANIN PEDIATRİK BİR OLGUDA İNCELENMESİ

Erhan Topal¹, Ahmet Atas¹, Gülşen Akkoç², Ayşe Deniz Yücelten¹, Dilek Seçkin¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

GİRİŞ

Eritema multiforme(EM), ekstremitelerde yerleşen hedef lezyonlarla karakterize, sıklıkla oral, genital veya oküler mukozayı tutan akut, immün aracılı bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Etyolojisinde en sık herpes virüs ve mikoplazma enfeksiyonları suçlanmaktadır. Son yıllarda mikoplazma ilişkili EM olgularının kendine has klinik özelliklere sahip olması nedeniyle, mikoplazma ilişkili reaktif mukozit(MİRM) isminde ayrı bir hastalık olarak sınıflandırılması önerilmiştir. Burada, şiddetli mukozal tutulum ve targetoid lezyonlar ile prezente olan bir pediatrik olgu sunulmakta, hastalığın ayırıcı tanısına dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır.

OLGU

Bilinen fenilketonüri tanılı 9 yaş erkek hasta, 5 gündür olan dudak ve genital mukoza, 3 gündür olan deri lezyonları nedeniyle tarafımıza Stevens-Johnson Sendromu/Toksik epidermal nekroliz (SJS/TEN) ön tanısıyla danışıldı. Döküntülerden 5 gün önce başlayan ve 40 dereceyi bulan ateş, kusma ve ishal öyküsü mevcuttu. Ampirik IV antibiyoterapi başlanan hastanın ateşinin devam etmesi ve mukokutanöz lezyonların ortaya çıkması üzerine atipik Kawasaki sendromu ön tanısıyla 2 gr/kg IV immunglobulin; dudak mukozasındaki lezyonların vezikülobüllöz karakter kazanması nedeniyle herpes labialis ön tanısıyla IV asiklovir kullanım öyküsü mevcuttu. Toraks BT’de bilateral akciğer periferinde buzlu cam nodülleri ve enfeksiyöz süreçlerle uyumlu lenfadenopatiler izlenmişti. Fizik muayenesinde karında, kolları ve uylukta, 5-10 adet, etrafı eritemli, ortası vezikülobüllöz karakterde lezyonlar görüldü. Üretral meatus etrafında hemorajik krutlu alan, dudakta yaygın hemorajik krutlar ve oral mukozada yaygın erozyonlar izlendi. Göz muayenesinde konjonktivit saptandı. Boyunda birkaç santimetre boyutunda lenfadenopatiler palpe edildi. Şiddetli mukozal tutulum nedeniyle beslenme güçlüğü olan hasta, çocuk hastalıkları tarafından hospitalize edildi. Hafif anemi, CRP’de belirgin yükseklik(187 mg/L) mevcuttu. Viral serolojik ve geniş solunum panelinde herhangi bir patoloji görülmeydi. Ancak klinik şüphenin yüksek olması nedeniyle istenen *Mycoplasma pneumoniae* IgM ve IgG antikorları pozitif saptandı. Bu bulgularla hastaya *M.pneumoniae* ile ilişkili atipik pnömoni ve buna sekonder eritema multiforme tanısı konuldu. Şiddetli mukozal tutulumu olan hastaya 1 mg/kg dozunda prednol ile birlikte oral ve genital mukoza için lokal tedavi başlandı. Lezyonlarında gerileme izlenen hasta yatışının 10. gününde 0.5 mg/kg prednol ile taburcu edildi. 1.ay kontrolünde tüm lezyonların skar bırakmadan gerilediği görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

EM, mukozal tutulumun yaygınlığına göre minör ve majör olarak sınıflandırılır. EM minörde mukozal tutulum hafif veya yokken, EM majörde belirgindir. Geçmişte EM’nin SJS/TEN spektrumunun hafif formu olduğu düşünülse de, artık ayrı klinik durumlar olduğu kabul edilmektedir. Bunun temel sebebi, EM’nin enfeksiyonlarla, SJS/TEN’in ise ilaçlarla ilişkili olması ve farklı prognoz göstermesidir. MİRM, 2015’te Canavan ve ark.

tarafından, *M.pneumoniae* ilişkili EM’nin klasik EM ve SJS/TEN’den farklı olduğu gerekçesiyle tanımlanmıştır. Çocuk veya genç yaşta görülmesi, şiddetli mukozal tutulum, özellikle akral yerleşimli az sayıda atipik targetoid lezyon, klinik/serolojik olarak doğrulanmış *M.pneumoniae* enfeksiyonu, hafif seyir ve iyi prognoz gibi özellikler

MİRM için ayırt edicidir. Ancak, bu özellikler herpes veya mikoplazmaya bağlı EM majör içinde de değerlendirilebilir. Bu nedenle, son yıllarda tanımlanan reaktif enfeksiyöz mukokutanöz erüpsiyon, bu tabloları kapsayan “şemsiye terim” olarak görülebilir. MİRM, SJS/TEN ve atipik Kawasaki sendromuna benzer klinik özellikler gösterebilir ve bu nedenle gereğinden agresif tedaviye yol açabilir. Ancak, oral beslenmeyi engelleyen şiddetli mukoza tutulumu olan vakalarda sistemik steroid tedavisi genellikle gereklidir. EM klinik spektrumunda yer alan bu tablonun dermatologlar ve pediatristler tarafından tanınması, hastalara uygun tedavi yaklaşımında bulunulmasını sağlayacaktır.

Kaynakça :

- 1) Canavan TN et al, Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis as a syndrome distinct from Stevens-Johnson syndrome and erythema multiforme: a systematic review. J Am Acad Dermatol. 2015;72(2):239-245. doi:10.1016/j.jaad.2014.06.026
- 2) Goyal A et al, Two pediatric cases of influenza B-induced rash and mucositis: Stevens-Johnson syndrome or

expansion of the Mycoplasma pneumoniae-induced rash with mucositis (MIRM) spectrum?. *Pediatr Dermatol.* 2019;36(6):929-931. doi:10.1111/pde.13921

Anahtar Kelimeler : eritema multiforme, mikoplazma enfeksiyonu, mukozal inflamasyon, hipersensitivite reaksiyonları, steven johnson sendromu

Resimler

Resim Açıklaması: Solda, başvuru anında alt ve üst dudakta ödem; vezikülobüllöz lezyonlara eşlik eden hemorajik krutlu alanlar. Sağda, 1 ay kontrolünde tama yakın gerileme.



Resim Açıklaması: Üretral meatus çevresinde görülen eritemli zeminde hemorajik krut.



Resim Açıklaması: Gövdede yerleşen eritemli haloya sahip vezikülobüllöz karakterdeki lezyonlar.



EP-07: BÜYÜK TAKLİTÇİ SİFİLİZ: SİFİLİTİK PALMOPLANTAR KERATODERMA

Müge EMEKSİZ¹, Şirin YAŞAR¹, Sevim BAYSAK¹, Nermin KOÇ²

¹SBÜ HAYDARPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİĞİ

²SBÜ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PATOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş-Amaç: Sifiliz, Treponema pallidum'un neden olduğu ve son yıllarda dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olarak yeniden ortaya çıkan cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır. Çeşitli görünüşleri nedeniyle “büyük taklitçi” olarak kabul edilmektedir. Primer enfeksiyon uygun şekilde teşhis ve tedavi edilmezse, 4-10 hafta sonra hastalık sistemik belirtilerle karakterize sekonder sifilize dönüşür. Farklı klinik ve histopatolojik tablolar nedeniyle, sekonder sifilizin teşhisi zaman zaman zor olabilir. Büyük bir taklitçi olarak, klinisyenler sifilizin tüm potansiyel klinik formlarına aşina olmalıdır. Sekonder sifilizin nadir bir belirtisi olan palmoplantar keratoderma, genodermatozlarla, palmoplantar psoriasisle karışabilir ve bu durum tanısız zorluklara yol açabilir.

Olgu: Yirmi yedi yaşındaki kadın hasta palmoplantar bölgede numuler ve guttat plaklarla karakterize, eritemli skuamli keratoderma tablosu ile tarafımıza başvurdu. Hastanın lezyonları bize başvurmadan 4 ay önce başlamış ve çeşitli dış merkezlerde tinea pedis et manum, kronik egzema tanıları ile hastaya yüksek potanste topikal steroid ve topikal antimikotik tedaviler başlanmış fakat lezyonlarda iyileşme gözlenmemiştir. Hastanın dermatolojik muayenesinde her iki palmar ve plantar bölgede guttat ve numuler eritemli skuamli çok sayıda keratodermik plaklar saptandı (Resim 1, 2). Hastadan palmoplantar psoriasis, tinea enfeksiyonu ve sifilitik keratoderma ön tanıları ile biyopsi yapıldı. Hastanın bakılan tetkiklerinde TPHA pozitif ve VDRL 1/16 sulandırmada pozitif tespit edilip diğer tetkikleri ve serolojisi normal izlenmiştir. Histopatolojisi de keratoderma ile uyumlu bulunmuştur. Hastaya “sifilitik keratoderma” tanısı ile 1 hafta ara ile 3 kez intramüsküler benzatin penisilin 2.4 milyon ünite yapılmıştır. Hastanın 1 ay sonraki kontrolünde palmoplantar keratodermanın tamamen düzeldiği ve VDRL nin 1/8 sulandırmada pozitive gerilediği izlenmiştir (Resim 3, 4).

Sonuç: Sifiliz, genellikle psoriasis benzeri lezyonlar, güve yeniği tarzında alopesik yamalar, makulopapüler döküntüler, oral-genital mukoza tutulumu ile karakterize olmakla birlikte, tek deri bulgusu “palmoplantar keratoderma” olarak karşımıza çıkabilir. Bu olgu ile özellikle tedaviye dirençli palmoplantar keratoderma ayırıcı tanısında sifilizin de akla gelmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Kaynakça :

1. Dourmishev LA, Dourmishev AL. Syphilis: uncommon presentations in adults. Clin Dermatol. 2005 Nov-Dec;23(6):555-64. doi: 10.1016/j.clindermatol.2005.01.015. PMID: 16325063.
2. Balagula, Y., Mattei, P.L., Wisco, O.J., Erdag, G. and Chien, A.L. (2014), The great imitator revisited: the spectrum of atypical cutaneous manifestations of secondary syphilis. Int J Dermatol, 53: 1434-1441. <https://doi.org/10.1111/ijd.12518>
3. Baughn RE, Musher DM. Secondary syphilitic lesions. Clin Microbiol Rev. 2005 Jan;18(1):205-16. doi: 10.1128/CMR.18.1.205-216.2005. PMID: 15653827; PMCID: PMC544174.

Anahtar Kelimeler : Sifiliz, Palmoplantar keratoderma

Resimler

Resim Açıklaması: Resim-1: Her iki ayak tabanında palmoplantar keratoderma ile uyumlu görünüm



Resim Açıklaması: Resim-2: Avuç içinde palmoplantar keratoderma ile uyumlu bulgular.



Resim Açıklaması: Resim-3: Tedavi sonrası avuç içindeki lezyonların tamamen düzelmesi



Resim Açıklaması: Resim-4: Tedavi sonrası ayak tabanındaki lezyonların tamamem düzelmesi



**EP-08: NADİR GÖRÜLMESİ NEDENİYLE TANISI GECİKEN PEDIATRİK KUTANÖZ
POLİARTERİTİS NODOSA OLGUSU**

Hakan POLAT¹, Zafer TÜRKOĞLU¹, Harbiye Dilek CANAT¹, Gökür ÖZAYDIN YAVUZ¹, İbrahim Halil YAVUZ¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ:

Kutanöz poliarteritis nodosa (cPAN), poliarteritis nodosanın (PAN) bir türü olarak kabul edilen ve visseral tutulumun olmamasıyla klasik PAN'dan ayrılan nadir bir vaskülit türüdür. cPAN temel olarak dermo-subkutan bileşkedeki arterioller ve küçük arterleri etkiler. cPAN etiyolojisi genellikle idiyopatik olup yapılan çalışmalarda enfeksiyonlar, aşılarda, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve ADA-2 gen mutasyonu ile ilişkisi olduğu

düşünülmektedir. cPAN'ın nadir görülmesi ve belirli tanı kriterlerinin olmaması geç tanı almasına sebep olabilir.Üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası el ve ayaklarda tekrarlayıcı kızarıklık ve ödem şikayeti ile takip edilen çocuk hastada tanı aşamasındaki sorunların, pediatri ve dermatoloji uzmanlarının multidisipliner yaklaşımı sonucu cPAN tanısı alma sürecininin paylaşılmısı amacıyla sunulmaktadır.

VAKA:

5 yaşında çocuk hasta; ellerde, ayaklarda şişlik ve kızarıklık şikâyeti ile pediatri servisinden konsülte edildi. Hastanın 1 ay öncesinde sağ ayakta şişlik, krutlu yara, ateş ve eklem ağrısı şikayetleri nedeniyle juvenil romatoid artrit, septik artrit ve akut romatizmal ateş ön tanıları ile pediatri servisine yatırılıp yapılmış olduğu, 3 haftalık yatışında sistemik antibiyotik tedavisi ile şikayetlerinin gerilemesi ve yapılan geniş çaplı tetkiklerinde primer nedenin bulunamaması nedeniyle taburcu olduğu öğrenildi.Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu.Hastanın bilinen bir alışkanlığı, alerjisi ve düzenli kullandığı ilacı yoktu. Dermatolojik muayenesinde el ve ayaklarda yoğun olmak üzere her iki kol ve bacakta eritemli zeminde palpasyonla hassasiyeti olan sınırları yer yer düzensiz multiple kırmızı-lividi renkte nodül ve plakları mevcuttu.Kas-iskelet sistemi muayenesinde her iki diz ve dirsek bölgesinde hareketle ağrı ve ödem;elde ve ayakta küçük eklemlerde ağrı ve ödemi mevcuttu.Diğer sistem muayeneleri doğaldı.Labaratuvarında C-reaktif protein artmış;viral ve bakteriyel kültür testleri doğal, romatolojik panelinde p-ANCA pozitif. Sistemik tarama için yapılan tüm vücut görüntülemelerinde eklem ve subkutan dokuda minimal sıvı artışı dışında ek sistem tutulumu görülmedi.Hastanın sol kolundaki 2 adet eritemli lividi renkli plak lezyonundan yapılan punch biyopsinin histopatolojik ve direk immünfloresan(DİF) incelemesi sonucu, subkutan yağ doku ve damar çevresinde nötrofilden zengin lenfosit ve eozinofil içeren iltihabi hücreler ile fibrinoid nekroz alanları; DİF ile orta çaplı vasküler yapıda granüler C3 birikim alanları tespit edildi. Literatürde sağlıklı insalarda da ANCA pozitifliğinin %3 ila %15 arasında görülebilmesi ve ANCA pozitif vaskülitler açısından gerekli tanı kriterlerinin karşılamaması nedeniyle klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulguları ile hasta cPAN tanısı aldı.Sistemik steroid ve azatioprin başlandı, lezyonların gerilemeye başlaması ile sistemik steroid tedavisi 3 ay içinde kademli olarak azaltıldı ve monoterapi olarak azatioprin ile devam edildi. Hasta takiplerine devam etmekte ve hastalık remisyonundadır.

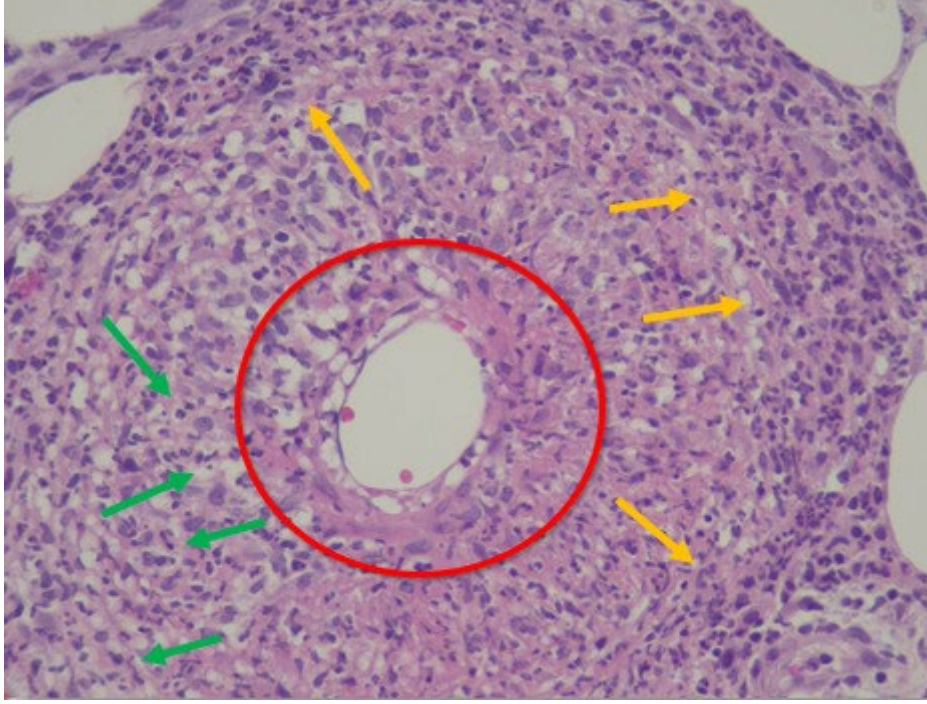
TARTIŞMA VE SONUÇ:

cPAN çocuklarda nadir görülen kronik ve tekrarlayıcı bir PAN türüdür.Hastalık genellikle ciltte subkutan nodüller, livedo retikularis, ülserler, retiform purpura şeklinde ortaya çıkar ve sistemik tutulum olmaksızın ciltte sınırlı kalır.Lezyonlar her zaman klasik belirtileri göstermeyerek vakamızda olduğu gibi tanısız karmaşıklığa yol açabilir.Vakamızın başlangıçtaki klinik görünümü ve antibiyotik tedavisi ile şikayetlerinin gerilemesi nedeniyle tanısı gecikmiş olup mevcut klinik bulguları histopatolojisi ile beraber değerlendirildiğinde cPAN tanısı kesinleşmiştir.Vakamız, atipik özelliklerle başvursa bile çocuklarda cPAN için yüksek bir şüphe indeksinin sürdürülmesinin önemini vurgulamaktadır.Sonuç olarak ateş, deri döküntüsü, artralji gibi bulguları olan çocuklar cPAN açısından değerlendirilmelidir. Özellikle pediatri ve dermatoloji uzmanlarının multidisipliner yaklaşımı, hastalığın tanı sürecinin hızlanmasında oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler : Kutanöz Poliarteritis Nodosa, Vaskülit, Livedo Retikularis, Streptokok, Azatioprin

Resimler

Resim Açıklaması: Sarı oklar lenfosit ve nötrofil infiltrasyonunu, yeşil oklar nükleer kırıntıları, kırmızı daire fibrinoid nekroz alanını göstermektedir



Resim Açıklaması: Yer yer bacak ön yüzeyine de yayılan hassas kırmızı-lividi renkte nodül ve plaklar



Resim Açıklaması: Ayaklardakine benzer şekilde ellerde hassas kırmızı-lividi renkte nodül ve plaklar



Resim Açıklaması: Ayaklarda hassas kırmızı-lividi renkte nodül ve plaklar



EP-09: YENİ BİR RASA1 MUTASYONU GÖSTEREN KAPİLLER MALFORMASYON- ARTERİOVENÖZ MALFORMASYON SENDROMLU BİR AİLE

Mustafa Cırakoğlu¹, Ayşe Deniz Yücelten¹, Kıymet Nur İskender¹, Serdar Ceylaner²

¹Marmara Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²İTERGEN Genetik Hastalıklar Araştırma Merkezi

Amaç

Kapiller malformasyon-arteriovenöz malformasyon (CM-AVM) sendromu, otozomal dominant kalıtılan ve RASA1 (CM-AVM1-en sık) veya EPHB4 (CM-AVM2) genlerindeki mutasyonlarla ilişkili bir vasküler anomalidir. RASA1 geni, MAPK sinyal yolunun negatif düzenleyicisidir. RASA1 eksikliği, vasküler sistemdeki endotel hücrelerinde artmış hücresel proliferasyona neden olur. CM-AVM sendromunun nadir olması ve sistemik tutulumuna dikkat çekmek üzere yeni bir RASA1 mutasyonu gösteren iki erkek çocuğu ve anneden oluşan bu aile sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem

2,5 ve 4,5 yaşında erkek kardeşler dermatoloji polikliniğine deride lekeler nedeniyle başvurdu. Bu lezyonların büyük kardeşte 1,5, küçük kardeşte 1 yaşında fark edildiği öğrenildi. Annenin sırtında zamanı net bilinmeyen bir şişliği ve kolunda bir lekesi mevcuttu. Anne-baba akraba değildi ve babanın şikâyeti yoktu. Kardeşler normal doğumla dünyaya gelmişti. Perinatal ve postnatal komplikasyon görülmemiş, takiplerinde nöro-gelişimsel bir anomali saptanmamıştı. Annenin ise anemi dışında bilinen bir hastalığı yoktu. Fizik muayenelerinde kardeşlerde ekstremiteler, gövde ve yüzde dağınık soluk kahverengi-kırmızımsı, basmakla solmayan, ısı artışının izlenmediği,

birkaç mm'den birkaç cm çapa değişen makül-yama lezyonlar ve bazı lezyonların periferinde beyaz anemik bir halo görüldü. Annede sağ skapular alanda yüzeyinde telanjiektaziler olan deriden kabarık, ısı artışı gösteren vasküler lezyon gözlemlendi. Yama lezyonlar klinik olarak kapiller malformasyon ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Annenin sırt lezyonu ise MR ile AVM olarak değerlendirildi. Anneden ve kardeşlerden genetik inceleme amacıyla punch biyopsi alındı. Anne ve iki kardeşte RASA1 geninde heterozigot mutasyon tespit edildi. Bu mutasyon literatürde daha önce tanımlanmamış (novel) bir mutasyon olup Amerikan Tıbbi Genetik ve Genomik Koleji kriterlerine göre "yüksek olasılıkla patojenik" olarak sınıflandırılmıştır. Klinik bulgular ve genetik inceleme sonucunda CM-AVM sendromu tanısı kondu. İç organ tutulumunu araştırmak için anneye yapılan toraks BT, BT anjiyografi ve beyin MRI'da vasküler patoloji saptanmadı. Çocuklar için gerekli tetkikler takip devamsızlığı nedeniyle yapılamadı.

Sonuç:

CM-AVM sendromunun en tipik özelliği genellikle kırmızı-kahverengi arasında değişen, yuvarlak ve küçük boyutlu multifokal kapiller malformasyonlar bulunmasıdır. En sık yüz ve ekstremitelerde bulunur. Ancak, deride, kaslarda, kemiklerde, beyinde ve omurilikte arteriovenöz malformasyonlar (AVM) ve/veya arteriovenöz fistüller (AVF) görülebilir. Çalışmalarda MSS'yi etkileyen AVM ve/veya AVF gelişme riski, CM-AVM1 sendromunda (%10), CM-AVM2'ye (%1) göre daha yüksektir. Bu nedenle CM-AVM1 hastalarında nörolojik komplikasyonlar daha sık görülmektedir ve hastaların %7'sinde nörolojik semptomlar izlenmektedir. Ayrıca AVM-AVF'ye ek olarak, arteriyal anevrizma, venöz anomaliler, lenfatik malformasyon ve hamartom tespit edilen olgular da bildirilmiştir. Moleküler açıdan, CM-AVM sendromu, RASopati hastalıkları ile RAS-MAPK sinyal yolundaki artış bakımından ortak özellikler taşır. Ancak, RASopatilerde görülen sistemik çoklu organ tutulumu genellikle CM-AVM sendromunda gözlenmez. Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda, CM-AVM sendromunun "sistemik olmayan RASopatiler" grubunda değerlendirilmesi gerektiği öne sürülmüştür. CM-AVM sendromu otozomal dominant kalıtılmasına rağmen penetransı değişkendir. Annede nispeten hafif semptomlar varken, çocuklarda lezyonların daha yaygın olması fenotipik değişkenliği göstermektedir. Bu ailede saptanan mutasyon daha önce tanımlanmamış bir RASA1 mutasyonu olması nedeniyle önemlidir. Mutasyonun fenotip üzerindeki etkisinin anlaşılması için daha fazla vaka ve uzun süreli takip gereklidir. Tanı konan hastalar, beyin MRI/MRA, ekokardiyografi gibi görüntüleme yöntemleri ile taranmalı ve takip edilmelidir. Aile bireyleri, özellikle birinci derece akrabalar, CM-AVM sendromu açısından değerlendirilmelidir.

Kaynakça :

1. Happle R. Capillary malformations: a classification using specific names for specific skin disorders. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(12):2295-2305. doi:10.1111/jdv.13147
2. Cai R, Liu F, Liu Y, Chen H, Lin X. RASA-1 somatic "second hit" mutation in capillary malformation-arteriovenous malformation. J Dermatol. 2018;45(12):1478-1480. doi:10.1111/1346-8138.14676
3. Moreno-Estébanez A, Losada Domingo JM, Catalli C, et al. A novel mutation of RASA1 in capillary malformation-arteriovenous malformation syndrome in a case with spinal cord involvement. Clin Neurol Neurosurg. 2020;195:105965. doi:10.1016/j.clineuro.2020.105965
4. Guimaraes MJ, Gomes J, Lopes G, Caldas R, Brito C. Capillary malformation-arteriovenous malformation syndrome associated with basilar artery aneurysm. Pediatr Dermatol. 2022;39(4):662-663. doi:10.1111/pde.15001
5. Coccia E, Valeri L, Zuntini R, et al. Prenatal Clinical Findings in RASA1-Related Capillary Malformation-Arteriovenous Malformation Syndrome. Genes (Basel). 2023;14(3):549. Published 2023 Feb 22. doi:10.3390/genes14030549
6. Mologousis MA, Ostertag-Hill CA, Haimes H, Fishman SJ, Mulliken JB, Liang MG. Spectrum of lymphatic anomalies in patients with RASA1-related CM-AVM. Pediatr Dermatol. 2023;40(6):1028-1034. doi:10.1111/pde.15443

Anahtar Kelimeler : Vasküler Malformasyonlar, Kapiller Malformasyonlar, Arteriovenöz Malformasyonlar, RASA1 Geni, Otozomal Dominant Kalıtım

Resimler

Resim Açıklaması: Küçük kardeşin alt ekstremitedeki değişken boyutlu kahverengi makül-yama lezyonları



Resim Açıklaması: Annenin sağ skapular alanda, yüzeyinde telenjektaziler izlenen deriden kabarık vasküler lezyonu. Bu lezyon MRI ile AVM olarak değerlendirildi. Annenin kolundaki soluk pembe yama lezyonu (kapiller malformasyon)



Resim Açıklaması: Büyük kardeşin gövde ve el üzerindeki kahverengi makül-yama lezyonları



Resim Açıklaması: Küçük kardeşin gövde önünde ve yüzünde soluk morumsu maküler lezyon



EP-10: CROHN HASTALIĞININ ENDER GÖRÜLEN DERİ MANİFESTASYONU :METASTATİK CROHN HASTALIĞI OLGU BİLDİRİMİ

AYÇA YAĞAR¹,EMİNE KANATSIZ²,FATIMA GÜRSOY³,SEVİM BAYSAK¹,İLKİN ZİNDANCI¹,ŞİRİN YAŞAR¹

¹SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİĞİ

²SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL ÜMRANİYE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI VE GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ

³SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL ÜMRANİYE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ PATOLOJİ KLİNİĞİ

GİRİŞ-AMAÇ

Crohn hastalığı, kronik inflamatuvar bir bağırsak hastalığıdır.Ağızdan anüse kadar sindirim sisteminin herhangi bir bölümünde ya da aynı anda birkaç farklı bölümünde segmenter granülatöz lezyonlar ile kendini gösterir.

Metastatik Crohn hastalığı gastrointestinal Crohn hastalığının görüldüğü alanlardan anatomik olarak farklı yerlerde,deride,non-kazeifiye granülatöz infiltrasyonların bulunmasıyla karakterizedir.

Crohn hastalığının en sık ekstraintestinal bulguları deride ortaya çıkar. Oral mukozada aftöz ülserler, kaldırım taşı görünümü, jinjival nodüller; genital bölgede eritemli ve ödemli lezyonlar, perianal fissür ve fistül oluşumu Crohn hastalığı için spesifiktir.Crohn hastalığı deride reaktif olarak ise piyoderma gangrenosum ,eritema nodosum ,poliarteritis nodosa ile kendini gösterebilir.

Metastatik Crohn hastalığında ise T lenfosit aracılı tip 4 aşırı duyarlılık reaksiyonu ile deride granülomlar oluşur ve ekstraintestinal bulgular içinde nadir görülür.

OLGU

Altı yıldır Crohn hastalığı tanısı olan 34 yaşındaki erkek hastanın, yaklaşık üç aydır sağ kol medial yüzden sağ ön kola ve parmaklara kadar sporotrikoid yayılım gösteren, sıkmakla hemopürülen akıntı gelen multipl subkutan ağrılı nodülleri mevcuttu.Hastanın iç hastalıkları polikliniğine başvurusuyla lezyonlarından alınan doku kültürü ve tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu negatif olarak sonuçlanmıştı. Sonrasında hastanın sağ ön koldaki lezyonlarından alınan punch biyopsi sonucunda ;papiller ve retiküler dermiste perivasküler alanda yoğunlaşan, interstisyel alanda da izlenen eosinofil, epitelioid histiyosit ve polimorf nüveli lökositlerden zengin lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu mevcuttu. Papiller dermiste ise bir mikroskobik odakta multinükleer dev hücre içeren, nekroz izlenmeyen düzensiz granülom yapısı tespit edildi.

Gastrointestinal açıdan remisyonda olan ve yaklaşık 6 yıldır infliximab tedavisi alan hasta klinik bulgular ışığında değerlendirildiğinde lezyonları metastatik Crohn ile uyumlu bulundu.

Hastaya prednol ve metronidazol tedavisi oral olarak başlandı. Hafta içi takrolimus hafta sonu potent steroid içeren merhemle topikal tedavisi düzenlendi. Hastanın lezyon boyutlarında gerileme görülmüş olup takibi devam etmektedir.

SONUÇ

Metastatik Crohn hastalığı, nadir görülmesi ve geniş klinik spektrumu nedeniyle tanıda zorluklara yol açabilir. Bu olgu, klinik farkındalığı artırmak amacıyla sunulmuştur.

Kaynakça :

1. I Palamaras, J El-Jabbour, N Pietropaolo, P Thomson, S Mann, W Robles, HP Stevens
18 August 2008, Metastatic Crohn's disease: a review, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology
doi /10.1111/j.1468-3083.2008.02741.x
2. Franziska Ickrath 1, Johanna Stoevesandt 1, Lena Schulmeyer 1, Caroline Glatzel 1, Matthias Goebeler 1, Andreas Kerstan 1 Metastatic Crohn's disease: an underestimated entity, Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft
DOI: 10.1111/ddg.14447

Anahtar Kelimeler : crohn hastalığı,granülom,granülamatöz enterit,ileit,infliximab

Resimler

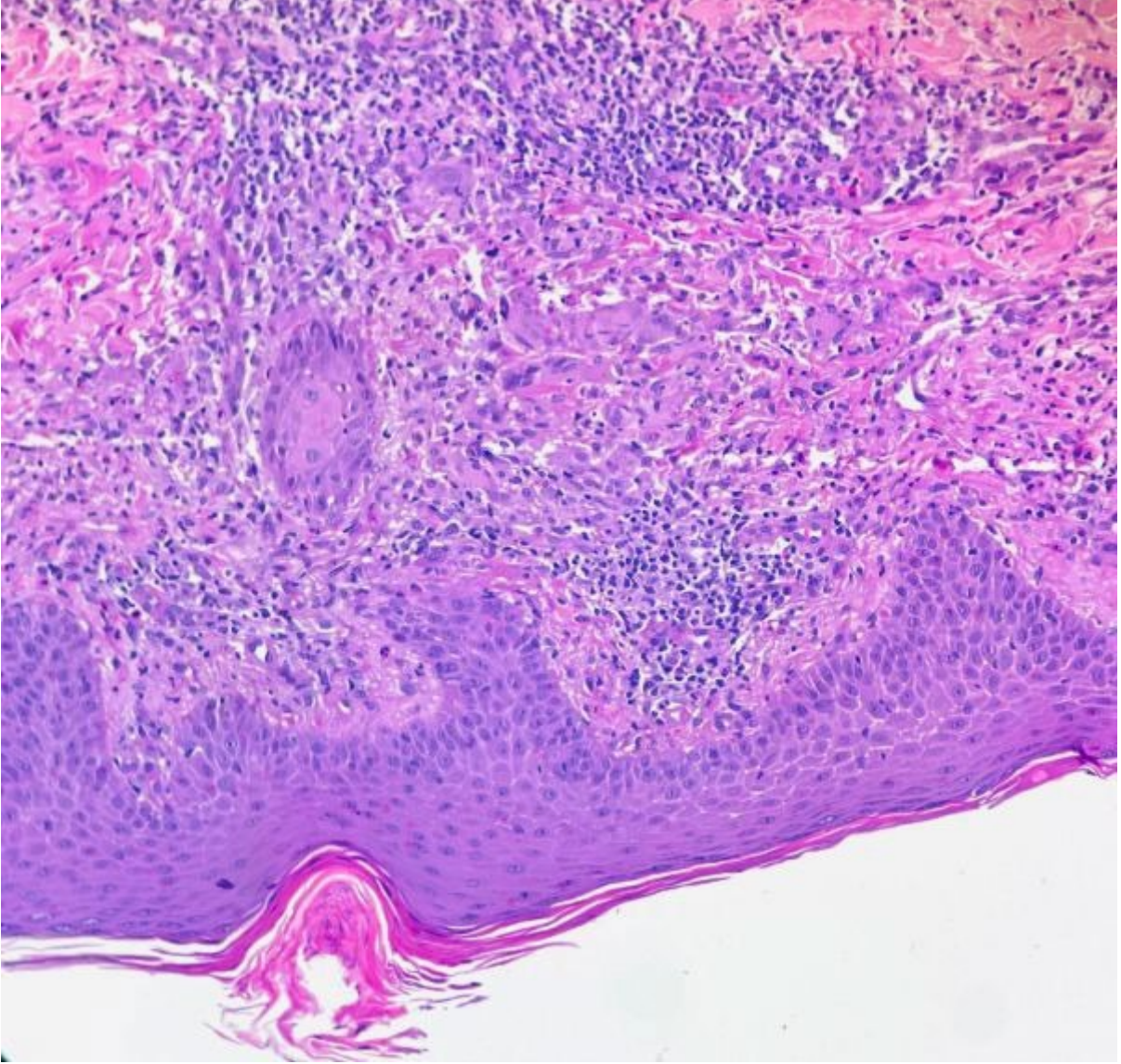
Resim Açıklaması: Tedavi sonrası(sağ ön kol ve sağ el dorsumu)



Resim Açıklaması: Tedavi öncesi(sağ el dorsal yüz)



Resim Açıklaması: Multinükleer dev hücreler içeren granülom yapısı



EP-11: NADİR BİR PSİKODERMATOLOJİK BOZUKLUK: PSİKOJENİK PURPURA

Ece Yılmaz¹, Sueda Turan¹, Harbiye Dilek Canat¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

GİRİŞ

Psikojenik purpura (Gardner-Diamond sendromu, otoeritrosit sensitizasyonu, PP) hastaların stres zamanlarında çoğunlukla ekstremitelerde ve/veya yüzde, altta yatan bir kanama bozukluğu veya travma olmaksızın, bir veya daha fazla purpura atağı ile seyreden, nadir ve iyi anlaşılmamış bir klinik tablodur. Stresin bu lezyonları hangi mekanizma ile tetiklediği belirsizdir. Her iki uyluk ön yüzlerde, 4 aydır tekrarlayan purpura atakları ile başvuran 22 yaşında kadın hasta, klinik özellikler ve tanısıl basamakların paylaşılması amacıyla sunulmuştur.

OLGU

22 yaşında kadın hasta bacaklarda 2 gündür olan döküntü ve yanma hissi nedeniyle acil kliniğine başvuru sonrası tarafımıza vaskülit ön tanısıyla danışıldı. Hastanın bilinen talesemi öyküsü mevcut olup düzenli kullandığı ilaç bulunmamaktaydı. Hasta sorgulandığında döküntülerinin dört aydır, ayda bir kez olup, 4-5 günde geçtiği öğrenildi. Dermatolojik muayenede her iki uyluk ön ve lateral yüzlerde daha yoğun olarak yerleşim gösteren, çoğunluğu lineer, bazıları rastgele dağılımlı, boyutları 0.5-4 mm arasında değişen lividi renkli peteşi ve purpuralar mevcuttu (Resim 1) Ateş ve artralji eşlik etmemekteydi. Lezyonların öncesinde enfeksiyon ve travma öyküsü yoktu. Laboratuvar değerlerinde tam kan sayımında kırmızı kan hücrelerinde (RBC) minimal yükseklik ve ortalama korpusküler volümde (MCV) azalma dışında koagülasyon parametreleri, c-reaktif protein, tam idrar tetkiki normaldi. Hepatit B, hepatit C, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ve sifiliz için istenen serolojileri negatifti. Hematolojik bozukluklar açısından yapılan değerlendirmede patolojik bulgu saptanmadı. Hematolojik bozukluklar açısından yapılan değerlendirmede patolojik bulgu saptanmadı. Lezyonların öykü ve klinik görünümü nedeniyle vaskülit düşünülmüdü.

Hastaya PP ön tanısıyla otoeritrosit sensitizasyon testi (OEST) yapıldı. Sağ kol volar yüze hastadan alınan kan santrifüj edilerek 0.1 ml subkutan enjekte edildi. Negatif kontrol amaçlı sağ ve sol kol volar yüze aynı miktarda serum fizyolojik enjekte edildi. 1., 24., 48. Saatte ve 1 hafta sonra enjeksiyon alanları yeniden değerlendirildi. 1. saatte hafif ekimotik yama izlendi (Resim 2) ve uyluklara ek olarak göğüs ön yüzünde de yanma hissinin eşlik ettiği yeni purpuraların oluştuğu gözlemlendi. Test yapılan alanda ekimotik yamanın belirginleştiği görüldü. (Resim 3) 1. hafta değerlendirmesinde ekimotik yamanın genişlediği görüldü. (Resim 4) Hasta psikiyatriye konsülte edildi. Yabancı uyruklu, göçmen olan hasta 12 senedir Türkiye'de yaşamakta gece uykuda bölünmeler tariflemekteydi. Aile içi çatışma yaşadığı da tespit edilerek ılımlı depresif olarak değerlendirilip sertralin 25 mg başlandı. Hastanın şikayetleri gerilemekle birlikte takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Psikojenik Purpura (PP) genellikle fiziksel veya psikososyal bir stresin ardından tekrarlayan morarmalarla karakterize, etiyolojisi bilinmeyen nadir bir klinik sendromdur. En sık 19-72 yaş arası kadınlarda görülür. Bizim olgumuz da genç kadın hastaydı. Bununla birlikte, erkeklerde ve çocuklarda da birçok vaka bildirilmiştir. Şikâyetlerin süresi 1 hafta ile 1 yıl arasında değişmekte olup, hastamızda dört aylık bir süre vardı. OEST, otolog venöz kanın intradermal enjeksiyonuyla uygulanan bir yöntemdir. PP tanısında spesifik bir test yoktur. OEST' nin pozitif olması hastalık tanısını destekler, fakat negatif olması reddettirmez. Vakamızda OEST pozitifliği saptanmış, tanı kesinleştirilmiştir. PP' nin patogenezinin netlike kazanmaması sonucu, araştırmacılar psikiyatrik komorbiditeleri, hastalılık gelişimi için önemli bir faktör olarak önermişlerdir. Olgumuzda ılımlı depresyon tanısına ulaşılması tanıyı destekleyen bir diğer faktör olmuştur. Herhangi bir travma veya kanama bozukluğu öyküsü olmadan ağırlı morluklarla başvuran ve hematolojik bulguları normal olan hastalar uygun psikiyatrik değerlendirme için sevk edilmelidir. Bu hastalarda erken tanıya yardımcı olmak için OEST yapılması önemlidir.

Kaynakça :

KAYNAKLAR

1. Ivanov, OL, ve diğerleri. "Otoeritrosit duyarlılık sendromu (Gardner-Diamond sendromu): literatür taraması**." Avrupa Dermatoloji ve Venereoloji Akademisi Dergisi 23.5 (2009).
2. Thokchom, Nandakishore Singh ve diğerleri. "Otoeritrosit duyarlılık sendromunun klinik spektrumu: beş vakadan oluşan bir seri." Indian Dermatology Online Journal 9.2 (2018): 110-113.
3. Vivekanandh, K., Gaurav Dash ve Prasenjeet Mohanty. "Gardner diamond sendromu: Psikojenik bir purpura." Indian Dermatology Online Journal 8.6 (2017):521-522.

Anahtar Kelimeler : Gardner-Diamond sendromu, Psikojenik purpura

Resimler

Resim Açıklaması: resim 1



Resim Açıklaması: resim 2



Resim Açıklaması: resim 3





EP-12: SEGMENTAL NÖROFİBROMATOZİSLİ BİR OLGU

Zeynep Diri Er¹

¹SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ

Nörofibromatozis (NF), tüm dünyada en sık görülen fakomatoz olup, klinik özelliklerine ve kromozom defektine göre başlıca NF tip 1 ve NF tip 2 olmak üzere iki alt gruba ayrılmaktadır(1,2). NF1 insidansı 1:2600 ila 1:3000 kişi arasında değişmektedir. Vakaların yaklaşık yarısı kalıtsaldır(1). Segmental NF1 insidansı bilinmemektedir, ancak insidansının 1:36.000 ile 1:40.000 aralığında olduğu tahmin edilmektedir. Multipl cafe-au-lait makülleri, nörofibromlar, intertrijnoz çillenme ve Lisch nodülleri NF1’de görülen karakteristik bulgulardır. Segmental NF (SNF) ise NF1 geninin postzigotik somatik mozaizmi sonucu oluşan, vücudun belli bir bölgesine sınırlı cafe-au-lait makülleri, çillenme ve/veya nörofibromlar ile karakterize NF’nin nadir görülen bir tipidir(1,2).

OLGU

44 yaşında erkek hasta, vücudundaki et benlerini aldırarak istediğini belirterek kliniğimize başvurdu. Muayenesinde sağ torakal alanda, boyutları değişkenlik gösteren, belli bir dermatomal alanda bulunan yumuşak kıvamlı, pembe ve deri renginde papül ve nodüller izlendi. Aynı dermatomal alanın altında "cafe au lait" makülü izlendi (resim 1). Hastanın aksiller ve inguinal çillenmesi yoktu, diğer vücut bölgeleri normal görünümdeydi. Nodüler lezyonlardan bir tanesi eksize edildi. Lezyonun histopatolojik incelemesinde mikroid ve selüler alanlar içeren kapsülsüz tümör ile elonge nükleuslu iğsi hücreler saptandı (resim2). Histopatolojik incelemesi nörofibrom ile uyumlu olan lezyonun, immünhistokimyasal incelemesinde ise S100 ile (+) boyanma saptandı. Aile öyküsü bulunmayan ve sağlıklı iki çocuğu olan hastanın, yapılan göz, nörolojik ve kas iskelet sistemi muayenesi normaldi. Ek herhangi bir şikayeti olmayan hastaya, segmental nörofibromatozis tanısı konuldu.

TARTIŞMA

"Segmental nörofibromatozis" terimi 1977’de Miller ve Sparkes tarafından ortaya atılmıştır (3). NF’nin klinik belirtilerinin değişkenliği nedeniyle Riccardi 1982’de NF’yi sekiz kategoriye ayırmıştır (4). Tip V, SN için ayrılmıştır. 1987’de Roth ve arkadaşları NF’yi dört alt türe ayırmıştır: gerçek segmental, derin tutulumlu lokalize, kalıtsal ve bilateral (5). Hastamız gerçek segmental nörofibromatozise uymaktadır. SN’de mutasyon, embriyonik

gelişim sırasında geç meydana gelir ve bu da lokalize hastalığı tetikler (6). Çoğu hastanın NF aile öyküsü yoktur, bu nedenle kalıtsal olmayan bir bozukluk olarak kabul edilir (6,7). Hastalık 10 ile 30 yaş ve 50 ile 70 yaş aralıklarında 2 kez pik yapar. SN'nin en yaygın belirtisi nörofibromlar ve daha az sıklıkla, cafe-au-lait makülleri ve aksiller çillerdir. Klinik olarak hastalar dört gruba ayrılabilir: sadece pigmenter lezyonlar, sadece nörofibromlar, hem pigmenter lezyonlar hem de nörofibromlar ve izole pleksiform nörofibromlar. Çoğu vakada lezyonlar Blaschko çizgilerini takip eder. Lezyonlar genellikle tek taraflıdır (vakaların yaklaşık %6'sı iki taraflıdır) ve tek bir dermatomu tutar (7-10). NF I ve NF II'nin aksine, SN'de sistemik tutulum, pleksiform nörofibromlu hastalar hariç, nadir görünmektedir (7,8). NF I'li hastalarda belirli malignitelerin riski artmıştır. Bu fenomen SN hastalarında da görülür. Bu maligniteler arasında periferik sinir kılıfı tümörü, malign melanom, meme kanseri, kolon kanseri, akciğer kanseri ve Hodgkin lenfoma bulunur. En yaygını ise nöral krest hücrelerinden köken alan malign periferik sinir kılıfı tümörü ve malign melanomdur (11).

SONUÇ

Segmental NF, tanı koyması güç olan ve farklı klinik şekillerde prezente olan bir hastalık olduğu için klinikte pratikte gözden kaçabilen bir hastalıktır. Hastanın geliş şikayeti çoğu zaman kozmetik sebeplerle olsa da, sadece kozmetik bir sorun değildir. Özellikle sistemik tutulum olduğunda genetik danışmanlık önerilmektedir ve bu riskin özellikle lisch nodülü tespit edilen hastalarda arttığı bilinmektedir. Bu sebeple tanı konulan tüm hastaların sistemik bulgular açısından taranması ve artmış malignite riski sebebiyle takip edilmesi gerekmektedir.

Kaynakça :

KAYNAKLAR

- 1) Kaymak Y, Yüksel N, Karabulut A, Ekşioğlu M. [Neurofibromatosis: a case report]. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2004;24(6):702-6.
- 2) Özcan H, Kandi B, Doğan G, Hazneci E. [Neurofibromatosis]. Journal of İnönü University Medical Faculty 2002;9(4):273-6.
- 3) Miller RM, Sparkes RS. Segmental neurofibromatosis. Arch Dermatol 1977; 123: 837-8.
- 4) Riccardi VM. Neurofibromatosis: clinical heterogeneity. Curr Probl Cancer 1982; 7: 1-34.
- 5) Roth RR, Martines R, James WD. Segmental neurofibromatosis. Arch Dermatol 1987; 123: 917-20.
- 6) Tinschert S, Naumann I, Stegmann E, et al. Segmental neurofibromatosis is caused by somatic mutation of the neurofibromatosis type 1 (NF1) gene. Eur J Hum Genet 2000;8: 455-9.
- 7) Morais P, Ferreira O, Bettencourt H, Azevedo F. Segmental neurofibromatosis: a rare variant of a common genodermatosis. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat 2010; 19:27-9.
- 8) Hager CM, Cohen PR, Tschen JA. Segmental neurofibromatosis: case reports and review. Am J Acad Dermatol 1997;37: 864-9.
- 9) Gabhane SK, Kotwal MN, Bobhate SK. Segmental neurofibromatosis: a report of 3 cases. Indian J Dermatol 2010; 55:105-8.
- 10) Gonzalez G, Russi ME, Lodeiros A. Bilateral segmental neurofibromatosis: a case report and review. Pediatr Neurol 2007;36: 51-3.
- 11) Dang JD, Cohen PR. Segmental neurofibromatosis and malignancy. Skinmed 2010; 8: 156-9.

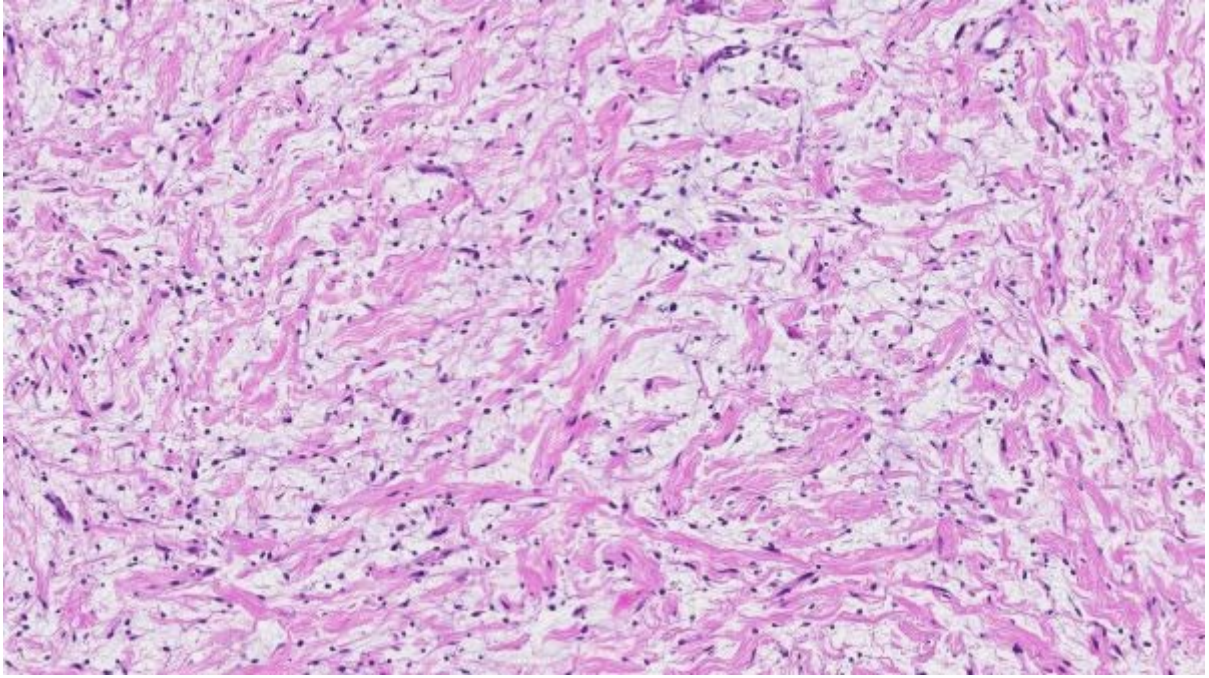
Anahtar Kelimeler : nörofibrom, nörofibromatozis tip 5

Resimler

Resim Açıklaması: resim 1: pembe ve deri renkli papül ile nodüller ve cafe au lait makülü



Resim Açıklaması: resim 2: Elonge nükleuslu iğsi hücreler yakın plan



EP-13: SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS'UN NADİR BİR PREZENTASYONU: BÜLLÖZ SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS

Başak Şişdağ¹, Begüm Günday¹, Erişcan Melih Kırsoy¹, Gökür Özeydin Yavuz¹, Dilek Canat¹, Zafer Türkoğlu¹, Ali Kubilay Kolik²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Büllöz Sistemik Lupus Eritematozus (BSLE), SLE tanısı olan özellikle genç kadınlarda ani olarak gelişen ve nadir görülen tip VII kolajene antikor gelişmesi sonucu oluşan bir otoimmün subepidermal vezikülobüllöz hastalıktır. Özellikle yüz, boyun, üst ekstremiteler ve gövde olmak üzere tüm vücutta büller olabilir, mukoza tutulumu eşlik edebilir. SLE hastalarında gözlenen büllöz lezyonlar her zaman BSLE belirtisi değildir, diğer büllöz hastalıklar ile ayrımı yapılmalıdır. Biz burada 34 yaşında tüm vücutta ani başlangıçlı hemorajik büller ile prezente olan büllöz SLE tanısı konulan ve dapsona dramatik yanıt veren bir olguyu bildiriyoruz.

Olgu: Otuz dört yaşında arap kadın hasta, tüm vücutta ani başlangıçlı yaralar ile acil servise başvurdu ve tarafımıza TEN şüphesiyle konsülte edildi. Öyküsünde 5 gün önce dış merkezde ÜSYE için sefuroksim başladığı, ilaç alımından 3 gün sonra döküntülerin başladığı öğrenildi. Hastanın 4 sağlıklı C/S öyküsü olduğu öğrenildi. Bilinen bir hastalığı, düzenli kullandığı ilacı, bilinen alerjisi ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde yüzde daha az olmakla birlikte üst ekstremitelerde, gövde ön ve arka yüzde, alt ekstremitelerde yaygın hemorajik büller, yer yer erode krutlu alanlar mevcuttu. Nikolsky belirtisi pozitif. Oral ve genital mukozada erode alanlar mevcuttu. Sistemik muayenesinde artralji ve myalji mevcuttu. Hastada ön planda TEN düşünüldü, 80mg prednol ve 250mg siklosporin başlandı. Hastanın direkt coombs testi pozitif, periferik yayması kronik hastalık anemisi ile uyumluydu. ANA benekli 1/1000 pozitif, anti-ds DNA, anti-sm, nükleosom pozitif. ANCA paneli, anti-histon ve antifosfolipid antikorları negatif. C3 ve C4 kompleman düzeyleri düşüktü. Desmoglein 1 ve 3 negatif. TİT, KCFT, BFT, koagülasyon paneli normal aralıktaydı.

Hastaya Amerikan Romatoloji Derneği kriterlerinden 22 puan alması üzerine SLE tanısı konuldu. Hastaya hidrosiklorokin ve mikofenolat mofetil başlandı, siklosporin stoplandı. Yatışının 1. ayında aktif bül çıkışı devam etmekteydi. Histopatolojisinde tam kat subepidermal ayrışma ve epidermiste tek tük diskeratozlar, subepidermal alanda bol miktarda nötrofil izlendi. Direkt immunfloresan incelemede bazal laminada granüler ve lineer IgG ve C3 birikimi görüldü. Hastanın klinik sunumu ve histopatolojik özellikleri ile büllöz lupus tanısı konuldu. Dapson

50mg/gün tedavisine başlandı. Birinci haftanın sonunda aktif bül çıkışı durdu. Dapson 2.haftada 100mg/gün'e çıkıldı. Skar oluşumu olmadan 3.haftanın sonunda hipo ve hiperpigmentasyon ile tüm lezyonlar geriledi. Hasta servis yatışında serebral enfarkt geçirdi, Libman-Sacks Endokarditi ve mitral yetmezlik saptanması üzerine KVC'ye devredildi.

Tartışma: SLE sırasındaki ana büllöz döküntülerin klinik ve patolojik özellikleri literatürde iyi tanımlanmıştır. Hastanın yakın zamanda ilaç kullanım öyküsü, akut başlangıçlı lezyonları, nikolsky pozitifliği ve birden fazla mukoza tutulumu varlığı nedeniyle ön planda TEN düşündük, ancak hastada SLE varlığı, yeni bül çıkışlarının tedaviye rağmen devam etmesi ile TEN tanısından uzaklaştık. Hastada SLE tespit etmemiz üzerine büllöz SLE/ASAP ve Rowell'ı ön tanılarına aldık. Ayrıca büllöz SLE, subepidermal büllöz hastalıklarla da ayırıcı tanıya girer. Hastalar eş zamanlı organ tutulumu açısından değerlendirilmelidir. Günümüzde dapson %90'a varan etkinlik ile tedavide ilk seçenektir, hastalar genellikle tedaviye hızlı yanıt verir ve 12 ay içinde tam iyileşme elde edilir.

Sonuç: Büllöz SLE, SLE'nin nadir görülen bir formu olup genellikle kadınlarda akut olarak ortaya çıkar. Özellikle SLE tanısı olan veya şüphelenilen hastalarda, büllöz lezyonların ayırıcı tanısında düşünülmelidir, diğer büllöz hastalıklar ile ayırıcı klinik ve histopatolojik olarak yapılmalıdır. Diğer kutanöz SLE formlarının aksine Dapson, temel tedavidir. Bizim vakamız 34 yaş kadın hasta oluşu, ayırıcı tanı zorluğu ve dapson tedavisiyle lezyonların gerilemesiyle literatüre paralel bir örnekti.

Kaynakça :

- 1.Shirahama, S et al. "Bullous systemic lupus erythematosus: detection of antibodies against noncollagenous domain of type VII collagen." Journal of the American Academy of Dermatology vol.38,5 Pt 2(1998)
- 2.Padrão EMH, Teixeira LF et al. Bullous systemic lupus erythematosus – a case report. Autops Case Rep.2019;9
- 3.Pons-Estel, G J et al. "A 12-year retrospective review of bullous systemic lupus erythematosus in cutaneous and systemic lupus erythematosus patients."Lupus vol.27,10(2018)
- 4.Camisa et al "Vesiculobullous systemic lupus erythematosus. Report of two cases and a review of the literature." Journal of the American Academy of Dermatology vol.9,6(1983)
- 5.Duan, Lihua et al. "Treatment of Bullous Systemic Lupus Erythematosus." Journal of immunology research vol.(2015)
- 6.Romero, Laura S et al."Toxic epidermal necrolysis-like acute cutaneous lupus erythematosus: report of a case and review of the literature."Dermatology online journal vol.24,5.
- 7.Bhandari, Samikchhya et al. "A case of bullous systemic lupus erythematosus: Diagnostic challenges and clinical implications."Clinical case reports vol. 11,11
- 8.Sebaratnam, Deshan F et al. "Bullous systemic lupus erythematosus."Dermatologic clinics vol. 29,4(2011)
- 9.de Risi-Pugliese, Tullia et al. "Clinical, histological, immunological presentations and outcomes of bullous systemic lupus erythematosus: 10 New cases and a literature review of 118 cases." Seminars in arthritis and rheumatism vol. 48,1(2018): 83-89.

Anahtar Kelimeler : Büllöz Sistemik Lupus Eritematozus, Otoimmün Büllöz Hastalık, Dapson

Resimler

Resim Açıklaması: Şekil 1 :Yüzde daha az olmakla birlikte üst ekstremitelerde, gövde ön ve arka yüzde, alt ekstremitelerde yaygın hemorajik büller



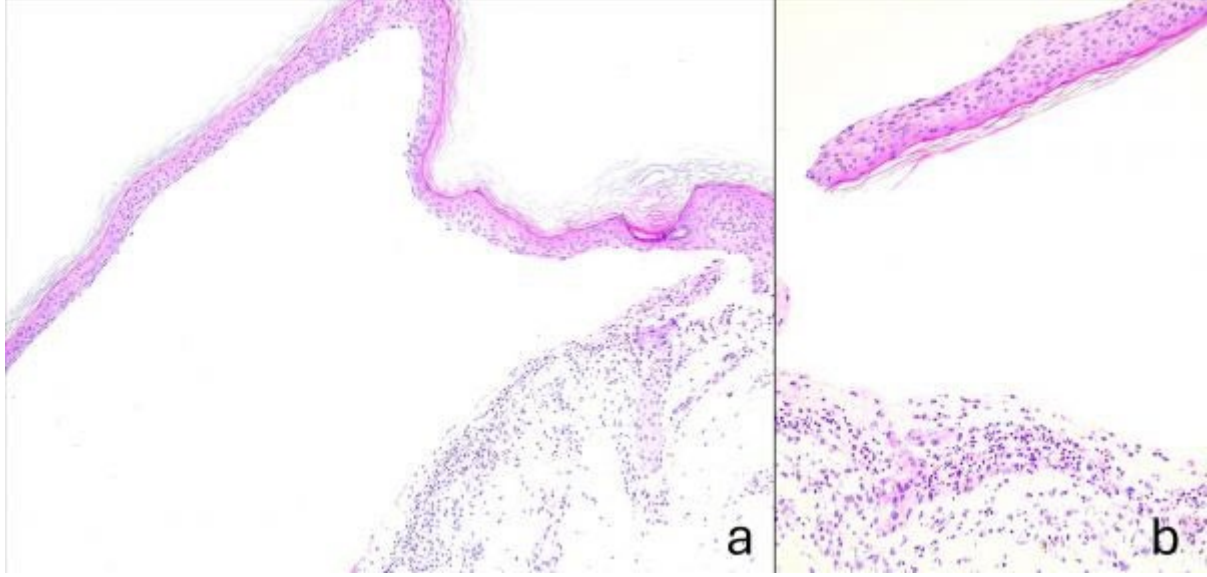
Resim Açıklaması: Şekil 4: Hipo ve hiperpigmentasyon ile tüm lezyonlar da gerileme



Resim Açıklaması: Şekil 2: Sırtta hemorajik büller ve erode krutlu alanlar



Resim Açıklaması: Şekil 3 : Punch biyopsi materyalinde tam kat subepidermal ayrışma mevcuttur. (a, HE, 10x). Ayrışmış epidermiste tek tük diskleratozlar, subepidermal alanda bol miktarda nötrofil ve hücre kırıntıları izlenmektedir (b, HE, 20x).



Tablolar

BÜLLÖZ SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS İLE AYIRICI TANILAR

TANI	KLİNİK	HİSTOPATOLOJİ	DİREKT İMMUNFLORESAN
Toksik Epidermal Nekroliz (TEN)	Grip benzeri prodrom ve ardından birleşen koyu renkli maküller Çoğu vakada nedensel bir ilaçla ilişkilidir. Şiddetli mukoza tutulumu Vücudun %30'undan fazlasında erozyon ve/veya büller	Seyrek veya hiç lenfositik infiltrat bulunmayan tam kalınlıkta epidermal nekroz	Negatif
TEN benzeri akut kutanöz lupus eritematozus	Lupusun önceden veya akut tanısı Nikolsky pozitif/negatif Fotovurgulu epidermal ayrışma ile birlikte vücut yüzey alanının %30'undan fazla vezikülobüllöz lezyonlar Oral mukoza minimal tutulumu	Adnekslere doğru uzanan belirgin diskleratozla birlikte tam kalınlıkta epidermal nekroz Arayüz ve dermal inflamasyon ve mukus	Dermoepidermal bileşkede granüler IgG,IgM ve/veya C3 birikimi
Rowell Sendromu	Major kriterler : EM benzeri lezyonlar, Lupus varlığı ANA benekli deseni Minör kriterler:pozitif RF Anti-RO/Anti-LA:pozitif Chillbain lezyonlar	Subepidermal büller,orta lenfositik infiltrat eşliğinde nekrotik keratinositler	Negatif
Edinilmiş Epidermolizis Bülloza	Tip VII Kollajene karşı gelişen IgG ve nadiren IgA tipi antikorların olduğu Travma sonrası bül oluşumu ve skar gelişimi	Subepidermal ayrışmaya eşlik eden nötrofil ve eozinofillerden oluşan nötrofilik infiltrat	Bazal membran boyunca lineer IgG, C3, bazen IgA birikimi testere dişi şeklinde görülür U tipi depolanma
Büllöz Pemfigoid	Orta ila şiddetli pruritus prodromu +/- ürtikerli, papüler lezyonlar; kortikosteroidlere yanıt iyi 6.Dekaddan sonra görülmeye başlar Serumda anti-BP180,anti-BP230 IgG antikorları saptanır. Nörolojik hastalıklar ve bazı ilaçlar ile ilişkilidir	Subepidermal ayrışma ve papiller dermiste lenfosit,eozinofil ve nötrofillerden oluşan infiltrasyon	Bazal membran boyunca lineer C3 ve IgG birikimi
Dermatitis Herpetiformis	Diz, dirsek, gluteal bölge gibi ekstansör yüzeylerde kaşıntılı grube veziküller Epidermal transglutaminaza karşı gelişen IgA antikorlar	Papiller dermiste nötrofillerden zengin mikroapseler ve dermal ödem	Bazal membranda granüler IgA birikimiBazal membranda granüler IgA birikimi

EP-14: KRONİK AKTİNİK DERMATİTTE TOFASİTİNİB DENEYİMİ

Begüm Günday¹, Dilek Canat¹, İbrahim Halil Yavuz¹, Zafer Türkoğlu¹, Ebru Zemheri²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ:

Kronik Aktinik Dermatit(KAD) genellikle 50 yaş üstü erkekleri etkileyen, nedeni bilinmeyen, nadir bir fotosensitif dermatozdur. Döküntü özellikle güneş gören alanlarda gelişir. En sık yüz, boyun, göğüste v şeklinde ve el sırtlarında görülür. Kaşıntılı, eritemli, skuamli likenifiye plaklarla seyredir. Burada KAD tanısı almış 62 yaşında erkek hasta sunulmaktadır.

OLGU:

62 yaş erkek hasta kliniğimize fotosensitif alanlardan başlayan ve tüm vücuda yayılan kaşıntı ve kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Hastanın eskiden boyacılık yaptığı öğrenildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Sigara/alkol kullanımı yoktu. Dermatolojik muayenesinde yüzden göğüs ön bölgesine yayılan eritemli skuamli likenifiye plaklar, dudaklarda üzeri hiperkeratotik krutlu fissürler, kollarla direktten başlayan ve el sırtına yayılan eritemli skuamli plakları tespit edildi. (Resim1,2) Yapılan punch biyopsi sonucu histopatolojik değerlendirmede spongiotik dermatit ile uyumlu geldi. Bu süreçte Allerjik kontakt dermatit(AKD) olarak değerlendirilerek topikal+sistemik steroid tedavileri ve antihistaminik tedavileri ile servisimizde takip edildi. Oral metilprednizolon 16 mg/gün ile taburculuk sonrası steroid altında alevlenmesi olması üzerine metotreksat tedavisi başlandı. Yanıt alınması üzerine tedavi kesildi. Bu aşamada ilk histopatolojide mikozis fungoides(MF) açısından destekleyici bulgu olmamasına rağmen, klinik şüphenin devam etmesi üzerine yeniden biyopsi ve ileri inceleme yapıldı. Yapılan ileri incelemelerin sonucu KAD olarak değerlendirildi. Periferik yayma ve flow sitometride atipik hücre görülmedi. Ultrasonografik incelemede sağ inguinal bölgede 13x17 mm boyutunda lobüle konturlü kortikal kalınlasmaya sahip lap bulundu. Inguinal lap eksizyonunda lenfoma lehine bulgu saptanmadı. Topikal steroid tedavisine ek olarak 40mg/gün metilprednizolon ve azatiopürin 150 mg/gün tedavisi başlandı. Kontrollerinde yanıt alınmaması üzerine tüm tedavileri kesilerek bir ay süreyle topikal tedavi ile takip edildi. Hastaya fototest uygulanamamış olup fotoyama testi yapılmış, test negatif bulundu. Hastanın lezyonlarının güneş gören bölgelerde olması, mevsimsel değişkenlik göstermesi, güneşin etkisiyle arttığını ifade etmesi sonucu, histopatolojik bulguların da desteklemesiyle kronik aktinik dermatit tanısı konulmuştur. Geleneksel konvansiyonel tedavilerin ve güneş koruyucuların hastanın kliniğinde düzelme sağlamaması üzerine tofasitinib 5mg/gün başlandı. Yaklaşık bir ay sonrasında tofasitinib 10mg/gün dozuna çıkıldı. Tedavinin üçüncü ayında kaşıntı tamamen geriledi, cilt lezyonları silindi. (Resim3,4) Hasta yaklaşık 7 aydır tofasitinib 10mg/gün ile remisyonda olup herhangi bir yan etki görülmemiştir.

TARTIŞMA-SONUÇ:

KAD genellikle orta ve ileri yaş erkekleri etkileyen kaşıntılı, eritemli likenifiye plaklar ile karakterize bir fotodermatozudur. Tedavisinde sıkı fotokoruma, topikal steroidler, topikal kalsinörin inhibitörleri, sistemik steroid, siklosporin, azatiopürin, mikofenolat mofetil gibi immunsupresif ajanlar belli etkinlikte kullanılabilir. Olgumuz geleneksel immunsupresif tedavilere dirençliydi. Kronik aktinik dermatitin T hücreleri tarafından gecikmiş tip duyarlılık reaksiyonu ile ilişkili olduğu düşünülerek literatür araştırması sonucu Janus kinaz 1-3 inhibitörü olan tofasitinib tedavisi verilmiştir. Tofasitinib tedavisi ile hastanın hem kaşıntı şikayeti hem cilt lezyonları mükemmel yakın gerilemiştir. Literatürde KAD tedavisinde tofasitinibin etkinliği ile ilgili olgu bulunmaktadır. Tofasitinibin dirençli KAD tedavisinde başarılı olduğu bildirilmiştir. Olgumuzda sistemik immunsupresiflerle yanıt alınmayarak tofasitinib ile erken dönemden başlayan olumlu yanıtlar elde edilmesi de bunu desteklemektedir. Sonuç olarak oral tofasitinib dirençli KAD vakalarında etkili bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir.

Kaynakça :

- 1-Paek SY, Lim HW. Chronic actinic dermatitis. Dermatol Clin. 2014 Jul;32(3):355-61, viii-ix. doi: 10.1016/j.det.2014.03.007. PMID: 24891057.
- 2-Lin N, Huang X, Ma C, Han J. Clinical and pathological findings of chronic actinic dermatitis. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2021;37(4):313-320. doi:10
- 3-Burfield L, Rutter KJ, Thompson B, Marjanovic EJ, Neale RE, Rhodes LE. Systematic review of the prevalence and incidence of the photodermatoses with meta-analysis of the prevalence of polymorphic light eruption. J Eur Acad Dermatol

Venereol. 2023;37(3):511–520.

doi:10.1111/jdv.18772

4-Dawe RS, Ferguson J. Diagnosis and treatment of chronic actinic dermatitis. *Dermatol Ther* 2003;16:45–51.

5-Vesely MD, Imaeda S, King BA. Tofacitinib citrate for the treatment of refractory, severe chronic actinic dermatitis. *JAAD Case Rep* 2017;3:4–6

Anahtar Kelimeler : KAD,steroid,azotiopürin,metotreksat,konvansiyonel,dirençli,tofasitinib,

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 3



Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 4



Resim Açıklaması: Resim 2



EP-15: EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA NADİR GÖRÜLEN FORMU ‘EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA PRURİGİNOZA’: 2 OLGU BİLDİRİMİ

KÜBRA BUDAK¹,ŞİRİN YAŞAR¹,İLKİN ZİNDANCI¹,SEVİM BAYSAK¹,GÜLİSTAN GÜMRÜKÇÜ²,PEMBE GÜL GÜNEŞ²

¹SBÜ HAMİDİYE TIP FAKÜLTESİ HAYDARPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANA BİLİM DALI

²SBÜ HAMİDİYE TIP FAKÜLTESİ HAYDARPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ PATOLOJİ ANA BİLİM DALI

GİRİŞ

Epidermolizis bülloza pruriginoza(EBP), COL7A1 genindeki mutasyonlardan kaynaklanan nadir bir distrofik epidermolizis bülloza klinik alt tipidir. EBP, ciltteki fragilitate, büller, yoğun kaşıntı, prurigo benzeri likenifiye lezyonlar ve çoğunlukla ekzansör ekstremitelerde dağılım gösteren hipertrofik skarlarla karakterizedir.¹ Çoğu vaka sporadiktir, ancak bazıları otozomal dominant veya otozomal resesif kalıtıma sahiptir.² EBP, ya doğumda hafif akral bül ve erozyonlarla ya da bebeklik veya çocukluk döneminde ortaya çıkar. Yetişkinlerde ise lezyonlar genellikle likenifiye plaklar şeklindedir.³

OLGU 1:

Elli altı yaşında erkek hasta, tarafımıza alt ekstremitelerde daha yoğun olmak üzere tüm vücutta kaşıntılı lezyonlar nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede alt ekstremitelerde daha yaygın, kollar ve daha seyrek gövdede kaşıntılı livedi renkli yer yer erode papül ve noduller, yer yer likenifiye plaklar ve yer yer hipertrofik skarlar mevcuttu. Aile öyküsü pozitif. Aldığımız deri biyopsisi ve direkt immunflorasan(DIF) incelemede; subepidermal bül görüldü. DIF negatifti. Mevcut histopatolojik ve klinik bulgular ile hastamıza epidermolizis bülloza pruriginoza tanısı koyduk. Tedavide topikal kortikosteroid ve dapson başlandı. Hastamız tedaviden bir

miktar fayda görürken takiplerinde nüks görülmeye başlanınca siklosporin eklendi. Takiplerinde dapson+siklosporin kullanan hastanın şikayetlerinde gerileme olurken tekrardan kaşıntılar ve nodüler lezyonlar nüks etti. Total IgE:1424 olması nedeniyle omalizumab 300 mg/ay tedaviye eklendi. Hasta dapson temin edemediği için siklosporin ve omalizumab tedavisine devam edildi. Kısmi fayda gördü. Geçirilmiş kolon kanseri nedeniyle siklosporini kestığımız hastanın tedavisine dupilumab eklendi ve hasta takiplerine devam etmektedir.

OLGU 2:

Kırk yedi yaşında kadın hasta, tarafımıza çocukluktan beri olan yara şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde alt ekstremitelerde yaygın likenifiye plaklar ve yer yer erode büller, kollarda eritemli zeminde papüler lezyonlar ve yer yer erode büller mevcuttu. Aldığımız deri biyopsisi ve DIF incelemede; subepidermal bül görüldü. DIF negatifti. Mevcut histopatolojik ve klinik bulgular ile hastamıza epidermolizis bülloza pruriginosa tanısı koyduk. Hastamıza dapson ve salazoprin başlandı ancak hasta her iki ilacı da yan etkilerinden dolayı tolere edemedi. Hipertansiyon ve aort dilatasyonu nedeniyle siklosporin başlanamadı. Dupilumab başlanması planlandı. Hasta takiplerine devam etmektedir.

TARTIŞMA:

Epidermolizis bülloza pruriginozada semptomlar sıklıkla erişkin dönemde başlar. Bu nedenle akkiz birçok hastalıkla karışabilir. Dermatitis artefakta, psikojenik pruritus, hipertrofik liken planus, amiloidoz, keratozis likenoides kronika, prurigo nodularis, pemfigoid nodularis ve diğer immünobülloz hastalıkların ayırıcı tanısında epidermolizis bülloza pruriginosa düşünülmelidir. Tedavide amaç hastanın kaşıntısını rahatlatmak, skar gelişimini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Antihistaminik, topikal veya sistemik steroidler, dapson, takrolimus, siklosporin ve kriyoterapi tedavide kullanılmıştır. Dupilumab ve Janus kinaz inhibitörleri yeni tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Epidermolizis bülloza pruriginosa, distrofik epidermolizis büllozanın nadir görülen bir alt formu olduğu için kliniğimizde takip ettiğimiz iki olguyu tedavi seçenekleriyle birlikte paylaşmak istedik.

Kaynakça :

- 1) Zeqiao Zhang, MD; Zhimiao Lin, MD. Epidermolysis Bullosa Pruriginosa Treated With Upadacitinib. JAMA Dermatol. 2024;160(10):1124-1125. doi:10.1001/jamadermatol.2024.2787
- 2) Varadraj Vasant Pai, Tukaram Sori , Kikkeri Narayanshetty Naveen, Sharatchandra Bhimrao Athanikar, Vijetha Rai, Dinesh Udupi Shastry. Epidermolysis bullosa pruriginosa: A report of two cases. Indian Dermatol Online J. 2014 Jan-Mar;5(1):44-47. doi: 10.4103/2229-5178.126030
- 3) Fine JD, Burge SM. Genetic Blistering Diseases. In: Burn T, Breathnach SM, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's Textbook of Dermatology. 8th ed. Oxford: Blackwell Science; 2010. p. 39. (22-3).

Anahtar Kelimeler : Epidermolizis bülloza, Prurigo, Hipertrofik skar

Resimler

Resim Açıklaması: Olgu 1: Bacaklarda yaygın yer yer livedi renkli, hiperpigmente, yer yer hipertrofik nodül ve plaklar



Resim Açıklaması: Olgu 1: Kollarda kaşıntılı eritemli, livedi renkli, hiperpigmente papül ve nodüller



Resim Açıklaması: Olgu 2: Alt ekstremit  ön yüzde likenifiye plaklar ve yer yer erode büller



Resim Açıklaması: Olgu 2: Alt ekstremit e arka yüzde likenifiye plaklar ve yer yer erode büller



EP-16: ASİTRETİN TEDAVİSİNE YANIT VEREN DİSSEMİNE SÜPERFİSYEL AKTİNİK POROKERATOZ: OLGU BİLDİRİMİ

Ayşe Aysima Çücen Kahraman¹, Sevim Baysak¹, Beyza Betül Şenay², Nermin Koç², Hazar Erdoğan¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹

¹SBÜ, Hamidiye Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji ABD, İstanbul

²SBÜ, Hamidiye Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji ABD, İstanbul

GİRİŞ: Porokeratozlar epidermal keratinizasyon bozukluğuyla karakterizedir ve tipik olarak ortası atrofik, çevresinde yaka görünümü olan plaklar mevcuttur. Dissemine süperfisyel aktinik porokeratoz(DSAP), punktat porokeratoz, dissemine palmoplantar porokeratoz, lineer porokeratoz ve porokeratozis Mibelli olmak üzere 5 farklı tipi bulunmaktadır. DSAP, çoğunlukla 3-4. dekadlarda ortaya çıkan, çok sayıda yuvarlak poligonal papüllerden oluşan, genelde güneşe maruz kalan bölgelerde görülen klinik tiptir. DSAP için çeşitli tedavi yaklaşımları mevcuttur. Bu olgumuzda ise asitretin tedavisinden kısmi fayda gören DSAP tanılı erkek olgu sunulmaktadır.

OLGU:Yirmi yedi yaşında erkek hasta, 11 yaşından beri olan tüm yüzünde yaygın kaşıntısız, koyu renkli leke şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Sistemik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Sistemik muayenede ve laboratuvar değerlerinde anormallik saptanmadı. Dermatolojik muayenesinde tüm yüzünde yaygın olmakla beraber malar bölgesinde belirgin, kahverengi, anüler, multiple 3-8 mm boyutlarında, asemptomatik, kenarları hiperkeratotik plak tarzı lezyonlar saptandı. Punch biyopsi sonucu epidermiste ortokeratoz, fokal alanlarda epitelde ve folikül epitelinde 45 derece açıyla oluşmuş dikey parakeratoz kolonları ve granüler tabaka kaybı izlendi. Hastaya DSAP tanısı konulup gerekli tahliller yapıldıktan sonra 25 mg asitretin tedavisi başlandı ve 3 ay sonraki kontrolde lezyonlarda gerileme gözlemlendi.

TARTIŞMA: Porokeratozlar; keratotik kenarlı, anüler, kahverengi lezyonlarla karakterize bir grup keratinizasyon bozukluğudur. Alt tiplerinden olan DSAP ise 3-4. dekadlarda görülen özellikle güneşe maruz kalan alanlarda oluşan, OD geçişli, 1-20 mm boyutlarında lezyonlarla karakterizedir. Genelde ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde görülmekle beraber nadiren gövde ve yüzde de görülebilmektedir. Bizim vakamızda da nadir bir tutulum yeri olan yüz tutulumu mevcuttu. Tüm varyantlarda benzer histopatolojik bulgular görülür. Patognomonik olmasa da porokeratoz için özgün bir özellik olan kornoid lamella, granüler tabakanın olmadığı, epiderminin çöküntü yaptığı bölgede parakeratotik hücrelerin oluşturduğu kolonu tanımlamaktadır. Bizim vakamızda da biyopside görülen porokeratoz kolonları tanı koymamıza yardımcı oldu.

Porokeratozların tedavisinde topikal kalsipotriol, imiquimod, kriyoterapi, dermabrazyon, CO2 lazer, 585-nm pulsed dye lazer, Nd:YAG lazer, sistemik olarak oral isotretinoin ve asitretin kullanılmaktadır. Asitretin porokeratozdaki etki mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber çeşitli keratinizasyon hastalıklarında epidermal hücrelerin yenilenme hızını azaltarak etkili olduğu düşünülmektedir. Biz de asitretin tedavisini 3 ay kullanıp fayda gören olgumuzu bu nedenle paylaşmak istedik.

Kaynakça :

- 1-Freedberg IM EA, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editors. Fitzpatrick's dermatology and general medicine. New York: McGraw Hill, 2003.
- 2-Skupsky H, Skupsky J, Goldenberg G. Disseminated superficial actinic porokeratosis: a treatment review. J Dermatolog Treat 2012;23(1):52-6.
- 3-Anderson DE, Chernosky ME. Disseminated superficial actinic porokeratosis. Arch Dermatol 1969;99:408-412.
- 4-Jurecka W, Neumann RA, Knobler RM. Porokeratoses: immunohistochemical, light and electron microscopic evaluation. J Am Acad Dermatol 1991;24(1):96-101
- 5-Cohen JA, Skidmore RA, Woosley JT. Multiple chronic lesions with peripheral scale. Arch Dermatol 1998;134(6):743-4, 746-7.
- 6-Hong JB, Hsiao CH, Chu CY: Systematized linear porokeratosis: a rare variant of diffuse porokeratosis with good response to systemic acitretin. J Am Acad Dermatol 2009;60:713-5.

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1: Sırasıyla ilk geliş ve 3. ay



EP-17: NİVOLUMAB VE CABOZANTİNİB TEDAVİSİNİN TETİKLEDİĞİ PARADOKSAL HİDRADENİTİS SUPPURATİVA: BİR OLGU SUNUMU

İsmail Şahin¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, Emrah Ergin¹, İlkin Zindancı¹

¹SBÜ, Hamidiye Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji ABD, İstanbul/Türkiye

GİRİŞ: Hidradenitis suppurativa (HS) genetik yatkınlık, sigara kullanımı ve obezite gibi faktörlerle tetiklenebilen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Son yıllarda, immün checkpoint inhibitörleri (ICI) ve tirozin kinaz inhibitörleri (TKI) gibi hedefe yönelik tedavilerin kanser tedavisinde kullanımı artmıştır. Ancak bu tedaviler, immün sistemi modüle ederek paradoksal immün aracılı yan etkilere neden olabilmektedir [1]. Biz burada, nivolumab ve cabozantinib tedavisi sırasında paradoksal HS gelişen bir olgu sunuyoruz.

OLGU: Onkoloji kliniği tarafından yönlendirilen 61 yaşında erkek hasta, kasık ve kalça bölgelerinde ağrılı, akıntılı şişlik ve yaralar şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Öyküsünde yaklaşık 35 yıldır inguinal ve aksiller bölgelerde yılda 2-3 kez tekrarlayan ağrılı, akıntılı şişlik şeklinde lezyonlar tarifleyen hastanın son 5 ayda semptomlarında belirgin artış olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve 40 yıl boyunca 2 paket/gün sigara kullanımı bulunan hasta, Mayıs 2024'te metastatik RCC tanısı almış olup akciğer ve kemik metastazları saptanmıştı. Hastaya 6 aydır 15 günde bir intravenöz nivolumab ve günlük oral cabozantinib tedavisi uygulanmaktaydı. Bu sistemik tedavi başladıktan sonra dermatolojik lezyonlarında belirgin progresyon geliştiği öğrenildi. Dermatolojik muayenede bilateral inguinal ve perianal bölgelerde ağrılı, eritemli inflamatuvar nodüller, fistüliye sinüs traktları; alt abdominal deride açık uçlu komedonlar ve sol aksillada geçirilmiş sinüs traktına bağlı skar dokusu tespit edildi. Klinik ve anamnez bulguları doğrultusunda hastaya Hidradenitis Suppurativa tanısı konuldu. Onkoloji kliniği tarafından başlanan 3 günlük intramüsküler seftriakson tedavisinin ardından, hastaya tarafımızca oral doksisisiklin (100 mg/gün) tedavisi başlandı. Hastanın takibi ve tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA: HS, özellikle intertriginöz bölgelerde tekrarlayan ağrılı nodüller, abseler ve sinüs traktları ile karakterize kronik inflamatuvar bir dermatozdur. HS patogeneğinde immün aracılı mekanizmalar, genetik yatkınlık ve çevresel faktörler önemli rol oynar. Nivolumab, programlı ölüm-1 (PD-1) reseptörünü inhibe eden bir ICI'dir. Cabozantinib ise MET, AXL ve VEGF reseptör tirozin kinazlarını inhibe eden bir TKI'dir. Her iki ilaç da immün sistemi aktive ederek çeşitli malignitelerde tümör kontrolü sağlarken, immün aracılı dermatolojik yan etkilere de yol açabilir [2]. Bu olguda, hastamız uzun yıllardır senede birkaç kez olan inflamatuvar nodüller tariflemekteydi. Hastanın metastatik RCC tanısı nedeniyle 6 aydır nivolumab ve cabozantinib tedavisi alması, lezyonların belirgin progresyonu ile bir ilişki göstermektedir. Bu da tedaviye bağlı paradoksal bir HS alevlenmesini düşündürmektedir.

Literatürde, ICI'lerle ilişkili HS vakaları bildirilmiş olsa da, cabozantinib ile ilişkili HS nadirdir [3]. Nivolumabın yaygın kutanöz yan etkileri arasında pruritus, makülopapüler döküntüler, likenoid reaksiyonlar ve vitiligo bulunurken, HS ile ilişkisi çok nadiren rapor edilmiştir. Cabozantinibin immünomodülatör etkileri, HS patogeneğinde rol oynayan sitokinlerin (örn., TNF- α , IL-17) düzensiz salınımına neden olabilir [4]. Bu durum, cabozantinibin HS alevlenmesindeki rolünü destekleyebilir.

Bu olguyu, nivolumab ve cabozantinib tedavisine bağlı tetiklenen paradoksal hidradenitis suppurativanın nadir bir örneğini oluşturması sebebiyle sunmaya değer bulduk.

Kaynakça :

1. Naidoo J, et al. Toxicities of the anti-PD-1 and anti-PD-L1 immune checkpoint antibodies. *Ann Oncol.* 2015;26(12):2375-2391.
2. Lacouture ME, et al. Dermatologic adverse events associated with immune checkpoint inhibitors. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(1):142-152.
3. Tison A, et al. Immune-related adverse events associated with anti-PD-1/PD-L1 treatment: A systematic review. *Clin Cancer Res.* 2019;25(6):1551-1560.
4. Frew JW, et al. Hidradenitis suppurativa: A systematic review of immunomodulatory therapies. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19(1):1-13.

Anahtar Kelimeler : paradoksal, Hidradenitis Suppurativa, Nivolumab, Cabozantinib, Immune Checkpoint Inhibitors,

Resimler

Resim Açıklaması: Sol inguinal bölgedeki ağırlı inflamatuvar nodüller, fistülize sinüs traktları ve ülserasyon



Resim Açıklaması: Sağ inguinal bölgedeki ağrılı inflamatuvar nodüller ve fistülize sinüs traktı



Resim Açıklaması: Kalçada perianal bölgede eritemli inflamatuvar nodüller



Resim Açıklaması: Alt abdominal derideki açık uçlu komedonlar



EP-18: DERMATOLOJİ PRATİĞİNDE NADİR BİR OLGU: ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI ATİPİK STILL HASTALIĞI

Gülbüz ŞEN ALVAC¹, Sevim BAYSAK¹, Kaan Batuhan TÖLE¹, Fatih SARITAŞ², Şirin YAŞAR¹, İlkin ZİNDANCI¹

¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

²SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Giriş: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, nadir görülen akut başlangıçlı sistemik otoinflamatuar bir hastalıktır. Hastalığın patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Hastalığın klasik triadı; uzamış ateş, artrit ve tipik somon rengi makülopapüler döküntülerdir. Tanı büyük oranda klinik bulgularla konulur.

Uzamış ateş, döküntü, artrit ve artalji gibi bulgular; enfeksiyöz, romatizmal, malign hastalıkların seyrinde de görülebildiğinden tanıda öncelikle bu hastalıkların dışlanması gerekir.

Olgu: Kliniğimize başvuran 39 yaşındaki erkek hastada dental girişim sonrası gelişen yüzün sol yarısında ödem ve hassasiyet şikayeti mevcuttu. Hastamızın dermatolojik ve sistemik muayenesinde 39°C ateş, sol submandibuler bölgede yaklaşık 2 cm çapında lenfadenopati, gövde ön yüzünde 2 aydır olan kaşıntısız endüre ürtikeryal plaklar, bilateral el bileklerinde ve sol dizinde artalji saptandı.

Gövdedeki eritemli plaklardan yapılan punch biyopsi sonucu pannikülit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Yapılan ileri tetkiklerinde hepatosplenomegali, bisitiopeni, hiperferritinemi (ferritin :1641 µL/L) ve akut faz reaktanları yüksekliği saptandı. Hasta enfeksiyöz, malign ve sistemik diğer hastalıkların dışlanması amacıyla enfeksiyon hastalıkları, hematoloji ve romatoloji kliniklerine konsültte edildi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından EBV, CMV, Toksoplazma ve Brucella serolojileri istendi. Tetkik sonuçları latent EBV enfeksiyonu lehine değerlendirildi. Hematolojik malignitelerin dışlanması amacıyla yapılan lenf nodu eksizyonel biyopsisi reaktif lenf nodu ile uyumlu bulundu. Bisitopenisi sebat eden hastaya kemik iliği biyopsisi planlandı ve biyopsi sonucu normosellüler kemik iliği olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde ANA, ENA, romatoid faktör (RF) değerleri negatifti.

Hastanın takipleri sırasında, ateş yüksekliğiyle eş zamanlı olarak yüzündeki ödemde de artış gözlemlendi. Ödem özellikle saçlı deriye yayılmakta ve gode bırakmaktaydı. Enfeksiyöz hastalıklar, maligniteler ve sistemik bağ doku hastalıkları dışlanan hasta romatoloji kliniğine otoinflamatuar sendromlar açısından danışıldı. Hiperferritinemi, hepatosplenomegali, lenfadenopati, cilt döküntüsü, gün içerisinde 39°C ‘yi geçen ateşi mevcut olan; romatoid faktör ve ANA negatifliği saptanan olguda Yamaguchi kriterlerine uygun olarak 2 majör 4 minör kriter varlığı ile “erişkin başlangıçlı atipik Still hastalığı” tanısı konuldu. Tarafımızca başlanan 60 mg/gün sistemik prednisolon ve metotreksat 15 mg/hafta subkutan tedavisi sonrası hastanın yüzdeki ödemi, gövdedeki lezyonları ve ateşinde dramatik gerileme gözlemlendi.

Tartışma ve Sonuç: Bu olguyu “erişkin başlangıçlı Still hastalığı”nın atipik kutanöz bulgularla da seyredebileceğini paylaşmak için sunduk. Hastalık her zaman tipik somon rengi makülopapüler döküntü ile karşımıza çıkmamaktadır. Erişkin başlangıçlı Still hastalığında ürtikeryal plaklar, el ve ayaklarda vezikülobüllöz lezyonlar, fasiyal ödem, kalıcı jeneralize eritem gibi atipik bulgularla başvuran vaka örnekleri literatürde artmaktadır. Bu nedenle hastalığın tanısında ayrıntılı sistemik muayene, ileri tetkikler ve multidisipliner yaklaşım oldukça önemlidir. Erken tedavi, hastalığın sistemik komplikasyonlarını önleyebileceğinden bu atipik bulgular tanınmalıdır.

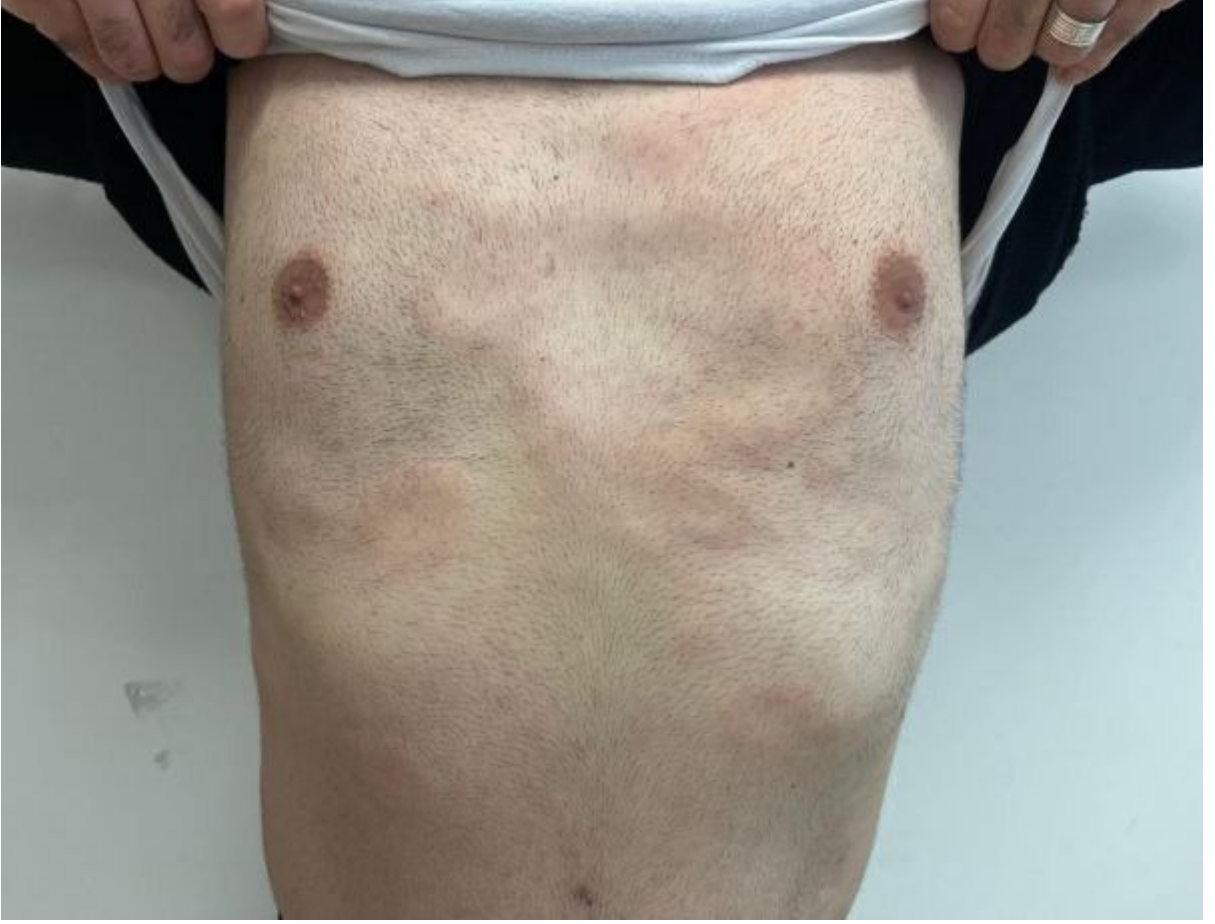
Kaynakça :

1. Bywaters, E. G. (1971). Still's disease in the adult. Annals of the Rheumatic Diseases, 30, 121-133.
2. Colina, M., Zucchini, W., Ciancio, G., Orzincolo, C., Trotta, F., & Govoni, M. (2011). The evolution of adult-onset Still's disease: An observational and comparative study of a cohort of 76 Italian patients. Seminars in Arthritis and Rheumatism, 41, 279-285.
3. Affleck, A. G., & Littlewood, S. M. (2005). Adult-onset Still's disease with atypical cutaneous features. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 19, 360-363.
4. Yamaguchi, M., Ohta, A., Tsunematsu, T., Kasukawa, R., Mizushima, Y., Kashiwagi, H., et al. (1992). Preliminary criteria for classification of adult Still's disease. The Journal of Rheumatology, 19, 424-430.

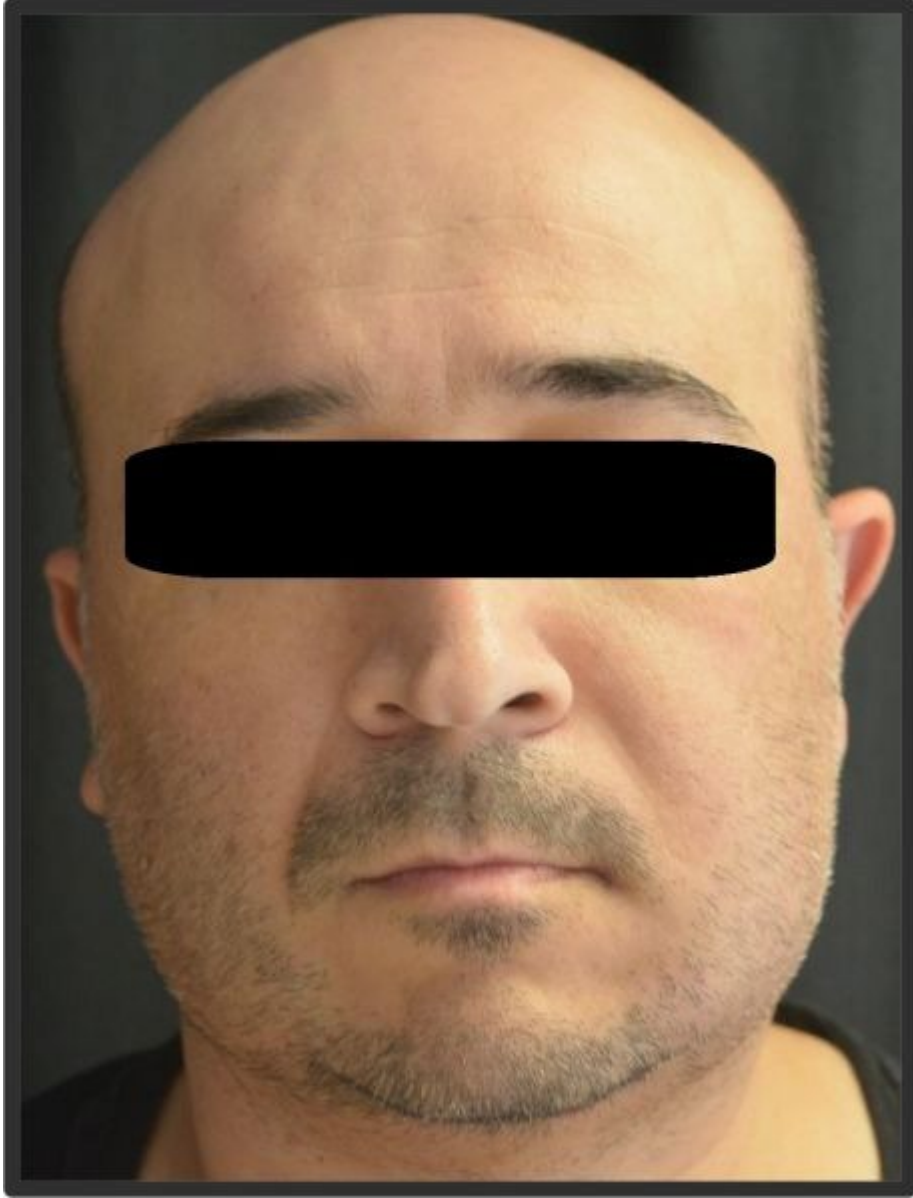
Anahtar Kelimeler : Still Hastalığı, Erişkin başlangıçlı, Otoinflamatuar, Ferritin, Atipik, Yamaguchi kriterleri

Resimler

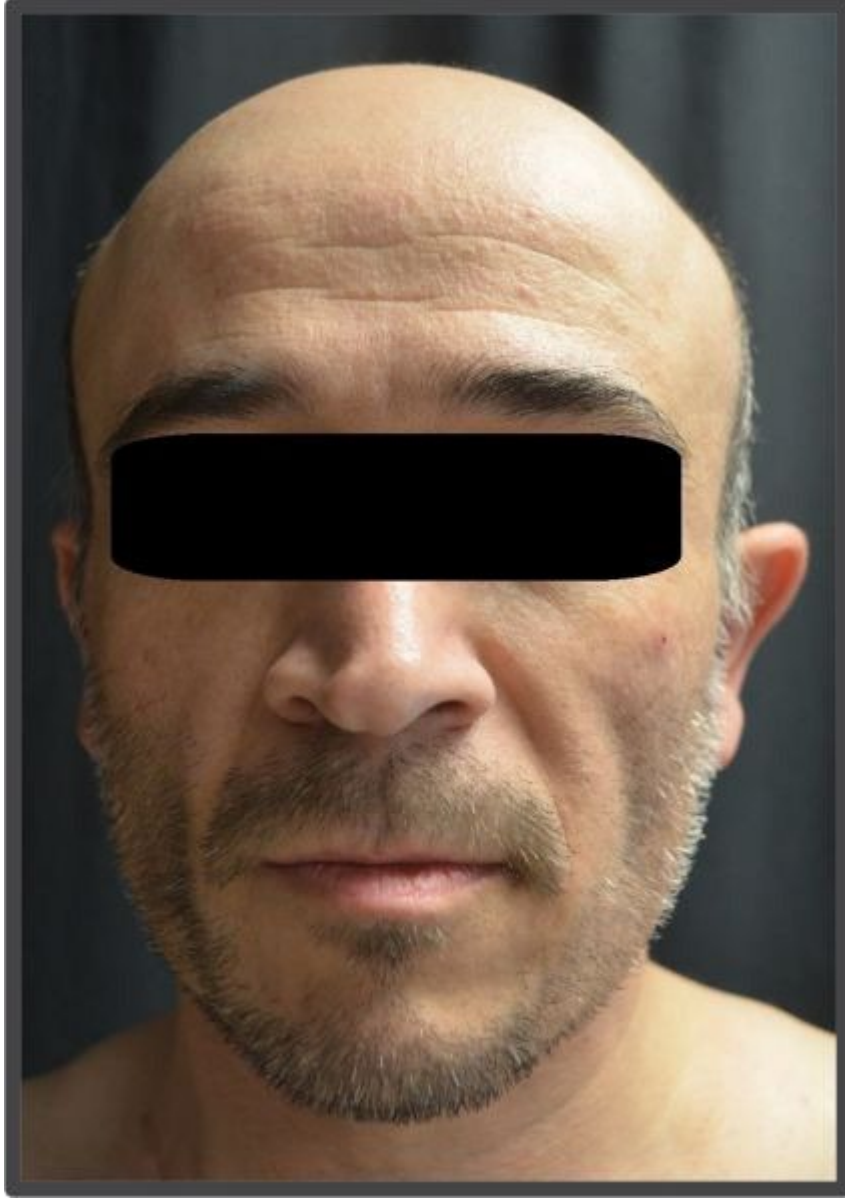
Resim Açıklaması: Gövdedeki endure ürtikeryal plaklar



Resim Açıklaması: Başvuru sırasındaki yüzde belirgin ödem



Resim Açıklaması: Taburculuk sonrası 1. ay kontrolü



EP-19: ANTİFUNGAL İLAÇLARA DİRENÇLİ BİR DERMATOFİT TÜRÜ OLAN TRICOPHYTON İNDOTİNEA TEDAVİSİNDE SİSTEMİK İSOTRETİNOİN KULLANIMI

Emir Aziz¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹, Sevim Baysak¹, Emrah Ergin¹

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

ÖZET

Dermatofitoz, esas olarak cilt ve/veya eklerinin etkilendiği, mantarların neden olduğu yaygın bir enfeksiyondur. Son yıllarda, standart antifungal tedavilere karşı dirençli mikotik suşlarda dikkat çekici bir artış olmuştur. Bunlardan biri de Trichophyton mentagrophytes kompleksine ait bir dermatofit olan Trichophyton indotineae'dir. Bu durum, dermatofitoz tedavisini daha zor hale getirmekte ve alternatif tedavi seçeneklerinin araştırılmasını gerekli kılmaktadır.

Olgu:

Altmış beş yaşında kadın hasta, yaklaşık iki yıldır vücudunun çeşitli bölgelerinde kaşıntılı lezyonlar şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde, koltuk altında, ön kolda, karın, kasık, uyluk ve ayak bölgelerinde eritemli, hafif skuamli, keskin sınırlı plaklar görüldü. Hastanın herhangi bir ek hastalığı yoktu.

Hasta topikal antifungal, sistemik terbinafin, sistemik itraconazol ve sistemik flukonazol tedavilerinden fayda görmemişti. Hastadan deri biyopsisi alınması ve mantar kültürü yapılması planlandı. Yapılan biyopsi sonucunda Periyodik Asit-Schiff (PAS) ile pozitif boyanan mantar spor ve hifleri görüldü. Hastaya yapılan mantar kültüründe Trichophyton spp. üredi.

Kan tetkikleri normal bulunan hastaya, haftanın 6 günü sistemik isotretinoin 20 mg/gün ve haftada bir gün sistemik flukonazol 200 mg/gün tedavisi başlandı. Topikal tedavi olarak lulikonazol krem tedavisine eklendi. Üç ay boyunca tedaviye devam edilen hastada, belirgin bir iyileşme gözlemlendi.

Retinoidler hücre proliferasyonunu artırır. Bu durum epidermal hücre dönüşümünü artırarak devam eden dermatofitlerin yayılmasını engelleyebilir ve proliferasyon gösteren dermatofitleri deriden uzaklaştırarak tinea enfeksiyonunun temizlenmesini hızlandırabilir ve nüks oranını azaltabilir. Ayrıca retinoidler, cilt pH'ını yükseltir. Dermatofit proteolitik enzimleri için optimal ortam asidik pH'dır. Bu durum da dermatofit büyümesini engelleyebilir.

Retinoidlerin ve antifungal ilaçların kombinasyonu ile ilgili veriler şu an için hala sınırlı olsa da, sistemik antifungal ve düşük doz isotretinoin kombinasyonunun, inatçı tinea vakalarında olumlu bir etkisi olabileceği, daha erken tam iyileşme sağladığı ve nüks oranlarını önemli ölçüde azalttığı görülmektedir.

Olgumuzda sistemik antifungal tedavisine yanıtı olmayan bir tür olan trichophyton indotineae ürettiği ve olgumuz yeni bir tedavi yöntemi olan sistemik isotretinoin tedavisine olumlu yanıt verdiği için sunmaya değer bulduk.

Kaynakça :

- 1-Benedetta Sonogo , Andrea Corio , Vanessa Mazzeletti , Verena Zerbato , Alessandro Benini, Nicola di Meo , Iris Zalaudek , Giuseppe Stinco , Enzo Errichetti , Enrico Zelin . Trichophyton indotineae, an Emerging Drug-Resistant Dermatophyte: A Review of the Treatment Options. J. Clin. Med. 2024, 13, 3558.
- 2-Alhamdi, D.K.; Alhamdi, K.I. Efficacy and Safety of Adding Low-Dose Isotretinoin to Itraconazole in the Treatment of Chronic Recurrent Dermatophytosis among Sample of Iraqi Patients: An Open-Labelled Therapeutic Clinical Comparative Study. Indian J. Dermatol. 2022, 67, 624.

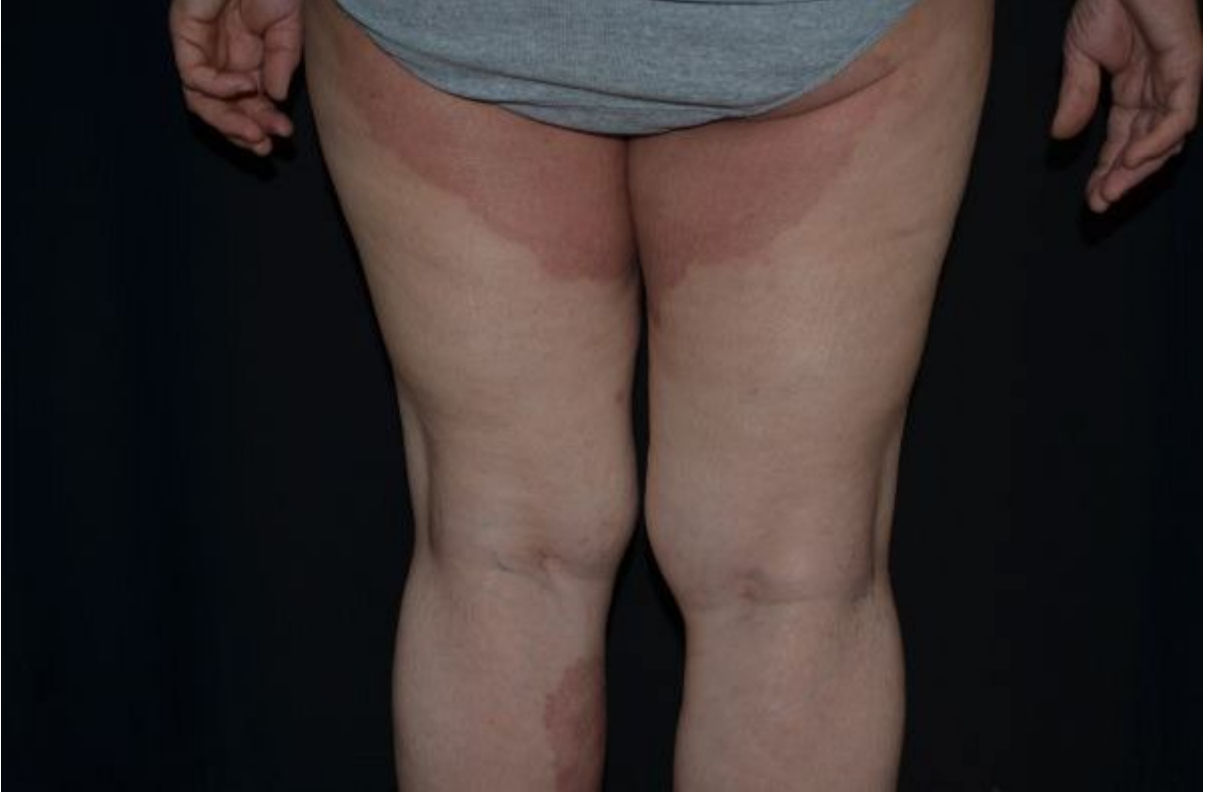
Anahtar Kelimeler : tinea corporis, dermatophytosis, trichophyton mentagrophytes infection, isotretinoin, flucanazole, drug resistance, antifungal agents, terbinafine, itraconazole, retinoid

Resimler

Resim Açıklaması: Tedavi öncesi (vücut önden görünüm))



Resim Açıklaması: Tedavi öncesi (alt ekstremite arkadan görünüm)



Resim Açıklaması: 3 ay tedavi sonrası (vücut önden görünüm))



Resim Açıklaması: 3 ay tedavi sonrası (alt ekstremit  arkadan görünüm)



EP-20: İMATİNİB MESİLATA BAĞLI LİKENOİD İLAÇ ERÜPSİYONU VE PALMOPLANTAR HİPERKERATOZ İLE SEYREDEN KRONİK MİYELOİD LÖSEMİ OLGUSU

İzem Asya Erdoğan¹, Burçe Can Kuru¹

¹Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları

GİRİŞ: İmatinib Mesilat (İM), kronik miyeloid lösemi (KML) ve gastrointestinal stromal tümörlerin tedavisinde kullanılan birinci nesil çok hedefli bir tirozin kinaz inhibitörüdür. Makülopapüler döküntü, pigmentasyon bozuklukları, Stevens-Johnson sendromu/toksik epidermal nekroliz (SJS/TEN) sendromu gibi çeşitli kutanöz yan etkilere neden olduğu bildirilmiştir. İM tedavisi gören hastalarda psoriasiform döküntülerin indüklenmesi ve psoriazisin alevlenmesi görülmüştür.(1) İmatinibe bağlı likenoid döküntüler ise literatürde az sayıda bildirilmiştir.(2) Burada KML tedavisi için İM kullanırken gövdesinde, ekstremitelerinde likenoid lezyonlar ve palmoplantar hiperkeratoz gelişen 62 yaşında bir erkek hasta sunuyoruz.

OLGU: 62 yaşında erkek hasta, Eylül 2022'de KML tanısı almış. Aralık 2022'de İM tedavisine başlanmış. KML dışında herhangi bir kronik hastalığı yoktu. İM tedavisi altında olduğu iki aylık süreçte, vücudunda döküntü ortaya çıkan hasta polikliniğe başvurdu. Fizik muayenesinde gövde, ekstremiteler ve saçlı deride eritematöz ve likenoid papüller gözlemlendi (Şekil 1A-B). Bilateral palmoplantar hiperkeratoz mevcuttu (Şekil 2). Mukoza membranları salimdi. Tüm tırnaklarda subungual hiperkeratoz, sarımsı-kahverengi renk değişikliği vardı. Palmoplantar hiperkeratoz, saçlı deride pullanma ve tırnak tutulumu ile yer yer psoriasiform, likenoid papül ve plaklarıyla yer yer likenoid dermatiti taklit eden bulguları nedeniyle biyopsi yapılmasına karar verildi. Lomber bölgede bulunan likenoid plaklardan punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede düzensiz parakeratoz, minimal akantoz, spongiöz, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon ve dermiste minimal lenfositik infiltrasyon görüldü (Şekil 3). Klinik ve histopatolojik bulgulara dayanarak İM ile ilişkili kutanöz likenoid ilaç erüpsiyonu tanısı konuldu. İmatinib tedavisinin kesilmesinin ardından kutanöz bulgular geriledi, ancak İM tedavisi yeniden başlandığında nüks etti. İlaçın yeniden uygulanması topikal kortikosteroidlere dirençli benzer kutanöz lezyonlara neden oldu. Oral metilprednizolon tedavisi 0,5 mg/kg olarak başlandı ve İM tedavisi kesildi. Hasta sistemik steroid tedavisini iyi tolere etti. Gövdedeki likenoid plaklara topikal betametazon dipropionat, palmoplantar bölgedeki hiperkeratotik plaklara ise %20 üre topikal tedavisi verildi. İki haftalık tedavi sonrasında gövdedeki lezyonlar kayboldu ve saçlı derideki papül ve plaklar geriledi.

SONUÇ: İM, özellikle KML ve gastrointestinal stromal tümörlerin tedavisinde kullanılan bir ajandır. Kutanöz yan etkileri çeşitlidir, ancak tırnak değişiklikleri ile görülen mukokutanöz likenoid erüpsiyon oldukça nadirdir.(3) Çoğunlukla İM kaynaklı likenoid erüpsiyonlar iyi kontrol edilir, az sayıda olgu geçici olarak imatinib tedavisinin kesilmesini ve sistemik steroid tedavisini gerektirebilir. Topikal kortikosteroidler, İM tedavisinin kesilmesi ve dirençli olgularda sistemik kortikosteroidler tedavi seçenekleridir. J Dalmou ve ark. tarafından bildirilen palmoplantar hiperkeratozlu benzer bir olgu serisinde, dört hastadan ikisi acitretin tedavisi ile iyileşme göstermiştir.(4) Literatürde İM'ye bağlı palmoplantar hiperkeratoz bildirimi oldukça azdır. Bir olguda liken planus benzeri lezyonlarla beraber palmoplantar hiperkeratoz bildirilmiştir (5). Bir olguda invers liken planusla birlikte palmoplantar hiperkeratoz gelişmiştir (6). Bu olgu sunumunda, İM kullanan bir hastada aynı anda gelişen palmoplantar hiperkeratoz ve likenoid döküntü birlikteliği sunulmaktadır.

Hastamızda gelişen bu iki nadir yan etki, İM'nin deri üzerindeki kompleks etkilerini ve bireysel hasta faktörlerinin yan etki profili üzerindeki rolünü vurgulamaktadır. Bu olgu, literatürdeki bilgi birikimine katkı sağlamakta ve benzer yan etkilerle karşılaşan klinisyenler için yol gösterici olabilecek önemli bir örnek teşkil etmektedir. Biz dermatologlar olarak, İM gibi antineoplastik ajanların kutanöz yan etkilerinin her zaman farkında olmalıyız.

Kaynakça :

1. Valeyrie L, Bastuji-Garin S, Revuz J, Bachot N, Wechsler J, Berthaud P, Tulliez M, Giraudier S. Adverse cutaneous reactions to imatinib in Philadelphia chromosome-positive leukemias: a prospective study of 54 patients. J Am Acad Dermatol. Şubat 2003 ;48(2):201-6.
2. Almheirat Y, Bouabdalla S, Daflaoui H, Zizi N, Dikhaye S. Imatinib-induced lichen planus and lichenoid drug eruption: A report of three cases. J Cutan Pathol. Mayıs 2023 ;50(5):415-419.
3. Wahiduzzaman, M., & Pubalan, M. Oral and cutaneous lichenoid reaction with nail changes secondary to imatinib: Report of a case and literature review. Dermatology Online Journal, 2008, 14(12).
4. J. Dalmou, Imatinib-associated lichenoid eruption: acitretin treatment allows maintained antineoplastic effect, British Journal of Dermatology, Sayı 154, Konu 6, Haziran 2006, 1213–1216.
5. Kuraishi Natsuki, Lichenoid Drug Eruption with Palmoplantar Hyperkeratosis due to Imatinib Mesylate: A

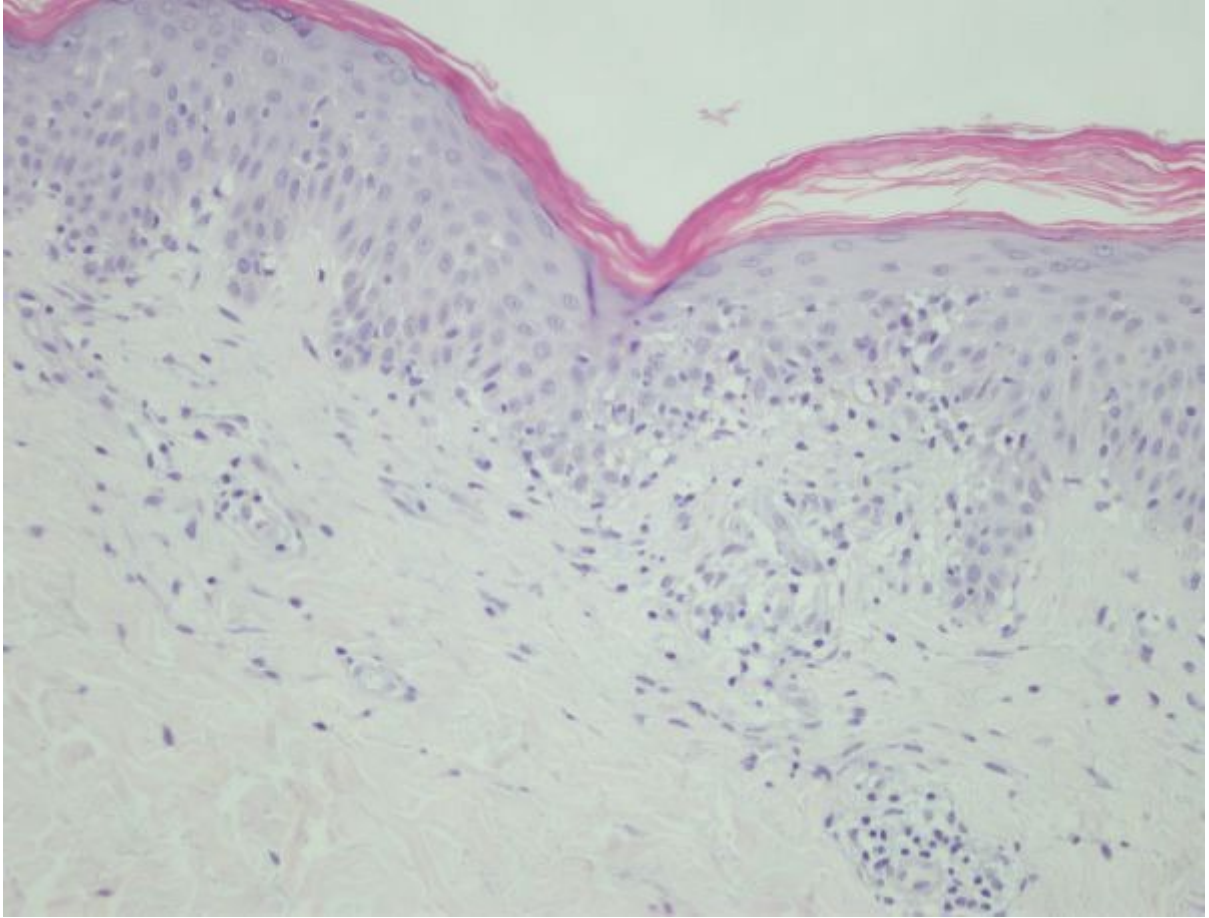
Case Report and a Review of the Literature, Acta Derm Venereol 2010; 90: 73–76.

6. Frioui R, Mokni S, Tabka M, Ounallah A, Ouni NEI, Fetoui N, Fejji Y, Sriha B, Belajouza C, Denguezli M. Inverse lichen planus and palmoplantar keratoderma induced by imatinib mesylate. Int J Dermatol. Ocak 2023;62(1):e44-e45.
7. Tamihiro Kawakami, Cutaneous Lichenoid Eruption Caused by Imatinib Mesylate in a Japanese Patient with Chronic Myeloid Leukaemia, 2009 Acta Dermato-Venereologica., 325.

Anahtar Kelimeler : imatinib mesilat, kronik myeloid lösemi, kutanöz liken planus

Resimler

Resim Açıklaması: Şekil 3: Histopatolojik incelemede, irregüler parakeratoz, minimal akantoz ve minimal sponigoz, bazal tabakada vakuolar dejenerasyon, dermiste minimal lenfohistiositik infiltrasyon



Resim Açıklaması: Şekil 1A



Resim Açıklaması: Şekil 1B:Gövdede çok sayıda likenoid papül ve plaklar



Resim Açıklaması: Şekil 2: Plantar hiperkeratoz



EP-21: ÇOCUKLUK ÇAĞININ NADİR GÖRÜLEN BİR ALOPESİ NEDENİ: PAPÜLER LEZYONLU KONJENİTAL ATRİŞİ

Kıymet Nur İskender¹, Sena Nur Dinçer¹, Ayşe Deniz Yücelten¹, Esra Dirimtekin², Bilge Geçkinli²

¹Marmara Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

GİRİŞ

Papüler lezyonlu konjenital atriş HR gen mutasyonu sonucu saç, kaş ve kirpiklerdeki foliküllerin apopitozu ile sonuçlanan nadir görülen otozomal resesif bir genodermatozudur. İlk iki yılda ortaya çıkan vücutta papüler lezyon ile karakterize keratin dolu kistlerin varlığı ayırt edici özelliğidir. Burada 2 yaşındaki kız çocuğunda nadir görülen konjenital alopesi olgusu sunulmaktadır.

OLGU

Normal spontan doğum ile 38.haftada doğan 20 günlük kız bebek tarafımıza saç, kaş ve kirpiklerinin yokluğu nedeni ile yönlendirildi. Soy geçmişinde anne baba arasında 1.derece akrabalık mevcut olup ailede alopesi öyküsü yoktu. Doğumdan sonra yoğun bakım ihtiyacı ve epilepsi öyküsü yoktu.Fizik muayenesinde saç, kaşlar ve kirpikler izlenmedi ve trikoskopide folikülosentrik sarı dotlar görüldü. Tırnaklar ve terleme normaldi. Yapılan tam kan sayımı,karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri , 25-OH vitamin D düzeyi normaldi. Görme ve işitme fonksiyon testleri normal olarak değerlendirildi. İki yaşındaki takibinde mevcut kliniğine ek olarak bilateral alt ve üst ekstremitelerde, yanaklarda, skalpte ve kaşlarda deri renginde asemptomatik 1-2 mm boyutunda papüller izlendi.Ektodermal yapılar önceki kliniği ile benzerdi.Kas-iskelet sistemi muayenesinde patoloji saptanmadı. Büyüme ve gelişme yaşına göre uygundu.Yapılan genetik çalışmada HR geninde homozigot mutasyon saptandı. Genetik test sonucu ve hastanın kliniği birlikte değerlendirildiğinde papüler lezyonlu konjenital atriş tanısı konuldu.Hastaya papüler lezyonlar için topikal tretinoin %0,025 başlandı.

TARTIŞMA VE AMAÇ

Papüler lezyonlu konjenital atrişi, çocukluk çağında görülen konjenital alopesi kliniği gösteren bir genodermatozdur. Doğumda saçlar nadiren görülür ancak ilk yıl içerisinde dökülerek kalıcı alopesi gelişir. Vücudunda diğer bölgelerdeki kıl folikülleri de hastalıktan genellikle etkilenir. Ancak aksillalar ve pubik bölgede kıllanma nadiren görülebilmektedir. Yaklaşık ilk 2 yaşta ortaya çıkan vücudunun herhangi bölgesinde yaygın 1-3 mm boyutunda papüller şeklinde görülen keratin dolu kistler hastalığın ayırt edici özelliğidir. Tırnaklar, dişler ve ter bezleri gibi ektodermal yapılar normaldir. Hastalıktan sorumlu olan HR geni 8p21 kromozomunda yer alır. Homozigot mutasyon gen fonksiyonunda azalmaya, infundibular ve istmik bölgelerde dış kök kılıfı hücrelerinde erken intrafoliküler apoptoza neden olmaktadır.

Heterozigot bireyler normal bireylerden ayırt edilemez iken son dönemde sporadik heterozigot mutasyon sonucu oluşan APL olguları literatürde bildirilmiştir. Hastalığın ayırıcı tanısında yer alan konjenital alopesi universalis, keratin kistlerinin olmaması ile papüler lezyonlu konjenital atrişiden ayrılır. Diğer ayırıcı tanılar arasında çocukluk çağında konjenital alopesiye neden olabilen konjenital hipotrikozis, hidrotik ektodermal displazi, vitamin D bağımlı rikets tip 2A ve Moynahan hastalığı yer alır. Tanıda genetik test altın standarttır. Literatürde tedavi vücuttaki papüler lezyonlar ile sınırlıdır. Topikal retinoidler kullanılabilir de tedavi yanıtları değişkendir. Bu olgu ile konjenital alopesi kliniği ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıları gözden geçirmek ve doğru tanı ile gereksiz tedavilerden kaçınılabileceğini vurgulamayı amaçladık.

Kaynakça :

- So N, Yip L, Orchard D. Paediatric Hypotrichosis: A Clinical and Algorithmic Approach to Diagnosis. *Australas J Dermatol*. Published online February 24, 2025. doi:10.1111/ajd.14429
- Arif T, Adil M, Amin SS. Congenital atrichia with papular lesions: a rare cause of irreversible childhood alopecia. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat*. 2018;27(1):35-36.
- Curry L, Cullingham K. Atrichia with papular lesions: A case report. *SAGE Open Med Case Rep*. 2020;8:2050313X19900752. Published 2020 Jan 11. doi:10.1177/2050313X19900752
- Ibrahim A, Buket Basmanav F, Bohelay G, Lévy A, Betz RC, Caux F. Atrichia with papular lesions: a differential diagnosis of alopecia universalis not to be missed. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(11):e801-e803. doi:10.1111/jdv.17479

Anahtar Kelimeler : alopesi, konjenital, papül, atrişi

Resimler

Resim Açıklaması: 20 günlük kız bebekte saç, kaşlar ve kirpiklerin yokluğu



Resim Açıklaması: 2 yaşındaki kız bebekte sol kolda 1-2 mm boyutunda monomorf papüller



Resim Açıklaması: 2 yaşındaki kız bebekte bilateral malar bölgesinde, kaşlarda ve alında monomorf papüller ile birlikte alopesi universalis



Resim Açıklaması: 2 yaşındaki kız bebekte alopesi universalis ve monomorf papüller



EP-22: MİKOZİS FUNGOİDES'İN NADİR GÖRÜLEN BİR FORMU: VERRÜKÖZ MİKOZİS FUNGOİDES

Sevim Baysak¹, Sinem Gürel¹, Kübra Budak¹, Meryem Tuğçe Karataş¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹, Fügen Aker², Erva Bengü Balaban²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

Mikozis Fungoides (MF), derinin en sık görülen primer lenfoması olup CD4(+) T lenfositlerden köken almaktadır. Deri lezyonları yama, plak, tümör veya eritrodermik fazda olabilirken farklı klinik formlara da rastlanabilmektedir. Verrüköz MF, klinik varyantlar arasında en nadir görülen formlardan biridir. Dermatolojinin büyük taklitçisi olarak anılan bu hastalık, farklı dermatozların arkasına gizlenip zaman içinde kan, lenf nodu ve iç organ tutulumu da yapabilir.

Kırk yaşında erkek hasta, yaklaşık sekiz yıldır olan karın ve bel bölgesinde kaşıntılı, karnabahar benzeri yaralar şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Dermatolojik muayenesinde gövde ve ekstremiteler proksimallerinde çok sayıda pembe plak, umblikus çevresi ve uyluk sol lateralinde 4x4 cm ve 6x6 cm'lik verrüköz tümöral lezyonlar saptandı. Gövde ve aksilladaki lezyonlardan insizyonel biyopsi alındı. Histopatolojide görülen psödoepitelyamatöz hiperplazi, atipik lenfositlerin epidermotrofizmi, CD4/CD8:20, CD7'de %90 ekspresyon kaybı bulguları ile hastaya "Verrüköz MF" tanısı konuldu. TNM evrelemesi yapıldı, Evre IIB olarak değerlendirildi. Hastaya beksaroten jel, asitretin, haftada 3 gün fototerapi ve 10 kürpegile interferon beta 1a başlandı. Ardından hasta 1 yıl süreyle takipten çıktı. İkinci başvurusunda, periumblikal ve iliak bölgedeki verrüköz tümöral lezyonları progresse idi. Ayrıca yüzünde yeni gelişen eritemli nodüler ve saçlı deride dev verrüköz tümöral lezyonlar izlendi. Gövdedeki plakların yayılmış olduğu, aksilla ve saçlı derideki plakların da verrüköz tümöral kitle haline geldiği görüldü. Oksipital, preaurikular ve servikal bölgede çok sayıda LAP mevcuttu. Büyük hücre transformasyonu şüphesi ile insizyonel deri biyopsisi tekrarlandı. Histopatolojide seyrek epidermotropizm gösteren iri, atipik lenfositler raporlandı. CD4/CD8:20, CD30 ile daha iri hücrelerde %30

oranında boyanma ve CD7'de %90-95 kayıp izlendi. Hasta "Büyük hücre transforme MF" tanısı aldı. Periferik yayması yapıp hematolojiye danışılan hasta "Sezary Sendromu Evre B2" olarak değerlendirildi. Hastaya "Büyük hücre transforme MF" ve "Sezary Sendromu" tanıları ile CD30>%5 pozitiflik olduğundan brentuksimab vedotin 16 kür planlandı. Tümöral lezyonlara palyatif radyoterapi başlandı. Hasta, plaklar ve lezyonsuz derideki olası tutulumlar için asitretin 25 mg/gün ve haftada 3 gün fototerapi almaktadır.

Literatürde "Verrüköz MF" tanısı ile bildirilen çok az olgu olup bunların çoğu alt ekstremitelerde ve küçük lezyonlardı. Bu olguların bir kısmı lenfödem ile ilişkilendirilmiştir. Bizim olgumuz literatürdeki olgulardan farklı olarak gövde ağırlıklı tutulum ve dev tümöral kitleler şeklinde prezente olmuştur. Olgumuzu; literatürde nadir görülmesi, benzer olgulara göre çok daha büyük boyutlara sahip olması ve klasik MF'e göre daha agresif seyretmesinden ötürü paylaşmaya değer bulduk.

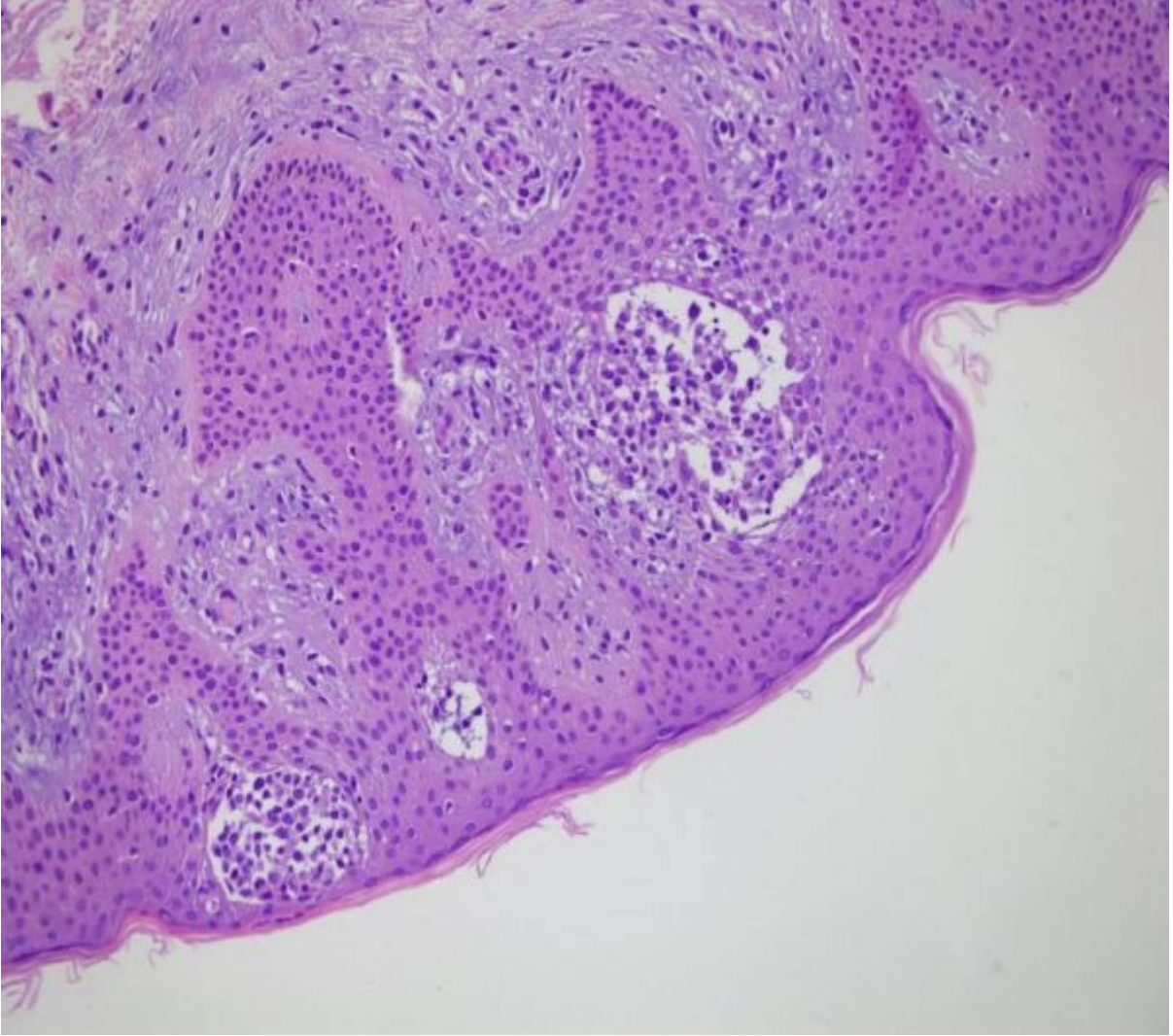
Kaynakça :

- 1) A verrucous presentation of mycosis fungoides. Kristin Bunata, Richard Reza Jahan-Tigh MD, Jonathon Curry MD, Madeleine Duvic MD. Dermatology Online Journal 20 (8): 3
- 2)Verrucous presentation in patients with mycosis fungoides. Megan J. Schlichte, BS, Rakhshandra Talpur, MD, Sangeetha Venkatarajan, MD, Jonathan L. Curyy, MD, Priyadharsini Nagarajan, MD, PHD and Madeleine Duvic, MD. Internal Journal of Dermatology.
- 3)Lee, H. (2023). Mycosis fungoides and Sézary syndrome. Blood Research, 58(S1), S66–S82. <https://doi.org/10.5045/br.2023.2023023>
- 4)Willemze, R. (2005). WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. Blood, 105(10), 3768–3785. <https://doi.org/10.1182/blood-2004-09-3502>
- 5)Kim, Y. H., Liu, H. L., Mraz-Gernhard, S., Varghese, A., & Hoppe, R. T. (2003). Long-term Outcome of 525 Patients With Mycosis Fungoides and Sézary Syndrome. Archives of Dermatology, 139(7). <https://doi.org/10.1001/archderm.139.7.857>

Anahtar Kelimeler : verrucous, mycosis fungoides, brentuximab vedotin, sezary syndrome

Resimler

Resim Açıklaması: H&E boyası x200 büyütmede atipik lenfositlerin epidermotrofizmi görülmekte



Resim Açıklaması: Umbilikus çevresindeki verrüköz lezyonun yakından görünümü.



Resim Açıklaması: sağ lomber bölgedeki verrüköz lezyonun yakından görünümü.



Resim Açıklaması: Hastanın gövde yerleşimli plaklarının lateral görünümü.



EP-23: TOPIKAL STEROİD TEDAVİSİ ALAN BEBEK HASTADA KRUTLU SKABİYES VE İYATROJENİK CUSHİNG BİRLİKTELİĞİ

ömer faruk MARANGOZ¹, Mehmet akif AKBENİZ¹, Harbiye Dilek CANAT¹, Zafer TÜRKOĞLU¹

¹Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Deri Ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç:Skabiyez, zorunlu insan paraziti *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* tarafından oluşturulan kaşıntı ile seyreden bir enfestasyondur.Doğrudan temas yoluyla ya da fomitler yoluyla bulaşabilir.Başlıca yatkınlık yaratan durumlar yoğun nüfuslu bölgelerde yaşamak, yoksulluk, yetersiz beslenme, bağışıklık sisteminin zayıfladığı durumlar, ağır fiziksel ve zihinsel engellilik durumu olarak sayılabilir.Skabiyez tanısı klinik tablonun değişkenliğine bağlı olarak bazen zor olabilir.Krutlu skabiyez (KS) ise uyuzun çok daha ağır ve ilerlemiş,bulaştırıcılığı artmış bir formudur ve genelde bağışıklık sistemi zayıf kişilerde görülür.Uyuzun tanınmaması,dermatit olarak değerlendirilerek steroidli kremlerin uzun süre kullanımı sonrası iyatrojenik Cushing Sendromu (CS) gelişen KS vakası, takip ve tedavi aşamaları ile birlikte sunulmaktadır.

Vaka:4 aylık kız bebek son 3 gündür olan ateş şikayeti, beslenememe ve bir aydır olan döküntü ile kliniğimize konsülte edildi.Hastanın döküntüsü nedeniyle tekrarlayan başvuruları olduğu tespit edildi.Yaklaşık 3 hafta önce aynı şikayetler ile dış merkeze başvurduğu gövde ve ekstremitelere 3 gün kadar uygulanmak üzere Metilprednizolon aseponat krem tedavisi reçete edildiği fakat hasta yakınlarının yanlış anlamasına bağlı olarak 3 haftadır her gün uygulandığı tespit edildi.Hastanın miadında vajinal doğum ile dünyaya geldiği,herhangi bir kronik hastalık tanısı almadığı,anne sütü ile beslendiği, daha önceden geçirdiği ciddi enfeksiyon olmadığı,sık enfeksiyon geçirme öyküsü olmadığı ve ailede bilinen kalıtsal bir hastalık olmadığı öğrenildi.Dermatolojik muayenesinde gövde ve ekstremitelerde ekzantem yüzeylerde daha yoğun olmak üzere eritemli zeminde yaygın akıntılı,yer yer hiperkeratozik, krutlu plaklar izlendi (Resim 1-2). Lezyonların dermoskopik muayenesinde silionlar tespit edildi (Resim-3). Anamnez, dermatolojik muayene ve dermoskopik bulgular eşliğinde KS tanısı konularak, Permetrin krem 1-2-3. günlerde yüz boyun saçlı deri ve kulaklar dahil olmak üzere tüm vücuda uygulanması, 7 ve 21. günlerde aynı işlemin 3 gün aynı şekilde gerçekleştirilmesi, akıntılı olan vücut kısımlarına Fusidik asit krem uygulanması ve sistemik antibiyotik olarak da Ampisilin-Sulbaktam eklenmesi şeklinde uygulanmıştır.Yüz bölgesinin, özellikle yanaklarda daha belirgin olmak üzere ödemli bir görünümde olduğu fark edilerek,uzun süredir topikal steroid kullanım öyküsü olması nedeniyle iyatrojenik CS açısından endokrinolojik değerlendirme önerildi. Pediatrik endokrinoloji değerlendirmesinde hastadan sabah 06.00’da alınan kan tetkiklerinde ACTH seviyesi 4,01 ng/L, Kortizol seviyesi 0,119 µg/dl olarak ölçülmüş olup iyatrojenik CS tanısı konularak 10mg/m2/gün’den hidrokortizon tedavisi başlandı.Hastanın 1 ay sonra yapılan kontrolünde lezyonların tama yakın gerilediği, ödemli görünümün azaldığı izlenmiştir (Resim 4-5).

Tartışma ve sonuç:Skabiyez tanısı çoğunlukla tipik döküntü ve aile öyküsü,dermoskopik muayenede silionların izlenmesi ile konulmaktadır.Skabieze her ne kadar sık görülse de atipik prezentasyon ve mikrobiyolojik tanının güç olması sebebiyle sık atlanabilmektedir.Şiddetli kaşıntı ve deri bariyerinin bozulmasına bağlı olarak sekonder bakteriyel cilt enfeksiyonlarına da yol açmaktadır.Krutlu skabiyez (KS) ise oldukça bulaşıcı olan genelde bağışıklık sistemi baskılanmış ve düşkün kişilerde görülen uyuz formudur.Vakamızda KS gelişimi için predispozisyon oluşturan faktörün, uzun süreli topikal kortikosteroid tedavisi alması sonucu gelişen iyatrojenik CS olduğu düşünülmüştür. Olgumuzun hem iyatrojenik CS hem de KS tablosuna yönelik tedaviler sonucunda lezyonları tama yakın gerilemiş, genel durumu iyileşmiştir. Sonuç olarak özellikle bebeklik döneminde atopik yada seboreik dermatitle karıştırılarak topikal steroidli kremler ile tedavi edilmeye çalışıldığında şiddetli KS vakaları görülebilmektedir,Uzun süreli topikal steroid kullanımı sonucu çocuklarda iyatrojenik CS gelişim riski artmakta ve immünsüpresyona sebep olabilmektedir.

Kaynakça :

<https://www.cdc.gov/scabies/hcp/clinical-overview/index.html>
Türk Dermatoloji Derneği Uyuz Tanı ve Tedavi Rehberi

Anahtar Kelimeler : krutlu skabiyez,Cushing sendromu,Topikal steroid

Resimler

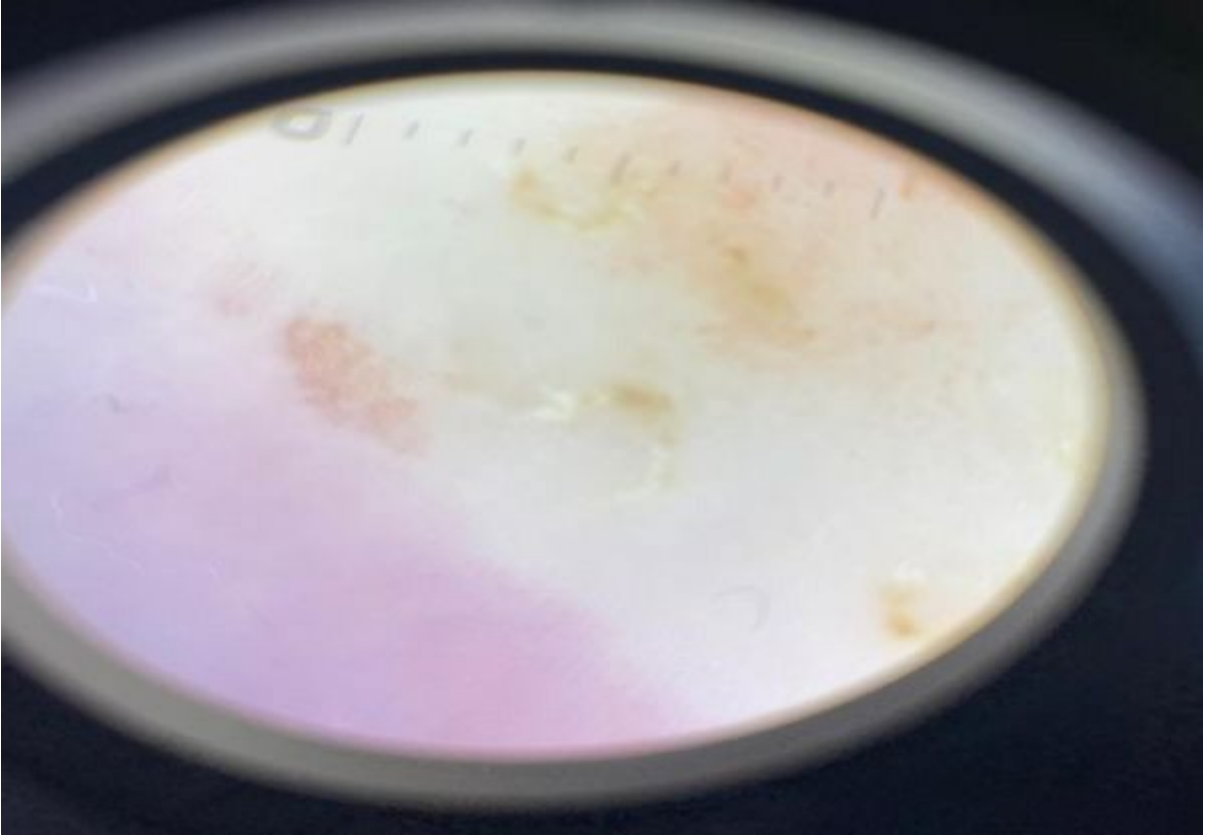
Resim Açıklaması: resim 1



Resim Açıklaması: resim 2



Resim Açıklaması: resim 3





EP-24: HAILEY HAILEY HASTALIĞI: OLGU BİLDİRİMİ

FURKAN AKTEMUR¹, İSMAİL ŞAHİN¹, İLKİN ZİNDANCI¹, ŞİRİN YAŞAR¹, SEVİM BAYSAK¹, NERMİN KOÇ², BEYZA BETÜL ŞENAY²

¹SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİĞİ, İSTANBUL/TÜRKİYE

²SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TIBBİ PATOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL/TÜRKİYE

ÖZET

Hailey-Hailey hastalığı (HHH); iyi huylu ailesel pemfigus olarak da bilinen, Golgi aparatında kalsiyum pompasını kodlayan ATP2C1 genindeki mutasyonlar nedeniyle ortaya çıkan nadir bir otozomal dominant genodermatozudur. Bu mutasyonlar, hastalarda keratinosit adezyonunun bozulmasına ve yaygın intraepidermal akantolize neden olur. Genellikle ikinci veya üçüncü dekatta başlayan hastalık klinik olarak boyun, koltuk altı ve kasık gibi kıvrım bölgelerinde; veziküller, büller ve ağrılı erozyonlarla kendini gösterir. Hastalık, tekrarlayan alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden kronik bir durumdur. Sekonder enfeksiyonlar ve nadiren malign transformasyon (özellikle skuamöz hücreli karsinom) potansiyel komplikasyonlardır.

Tedavisinde topikal ve sistemik tedaviler ve cerrahi yöntemler değişen başarı yüzdeleri ile kullanılmaktadır. Hastalar tetikleyicilerden kaçınmalı, uygun hijyen sağlamalı ve enfeksiyon belirtilerini erken fark etmelidir. Hastalığın ilerlemesini izlemek ve komplikasyonları önlemek için düzenli takip gereklidir. Otozomal dominant kalıtım modeli nedeniyle genetik danışmanlık önerilir.

OLGU

Uzun yıllardır bilinen çölyak hastalığı olan otuz yaşında kadın hasta yaklaşık on yıldır ayak bileği çevrelerinde bulunan kaşıntılı, eritemli ve krutlu birkaç plak ve üç aydır sırtta interskapular alanda var olan yer yer ekskoriyasyonlar izlenen boyutları 1*1 cm ile 2*4 cm arasında değişen 6-7 adet plak lezyonla tarafımıza başvurdu. Çölyak hastalığı için yalnızca diyet tedavisi almaktaydı ve hastalığı remisyonda idi. Hastadan ön planda dermatitis herpetiformis düşünülerek sol skapula komşuluğundan punch biyopsi alınarak histopatolojik ve direkt immunfloresan inceleme yapıldı, ardından hastaya kortikosteroid ve antibiyotik içerikli topikal ilaç reçete edildi. Hastanın patoloji tetkiki “Psoriasis Vulgaris, Hailey-Hailey, Darier ve Groover” gibi intraepidermal suprabazal ayrışma ile giden hastalıklar lehine yorumlandı. Hastanın direkt immunfloresan inceleme sonucu negatif olduğundan Psoriasis Vulgaris ön tanısından uzaklaşıldı. Hastanın abisinin Hailey-Hailey tanılı olması, otozomal dominant kalıtım modeline sahip Hailey-Hailey tanısını ön planda tutmaktaydı. İnterskapular alan tutulumu dolayısıyla Darier Hastalığı ayırıcı tanısı ayrıntılı olarak gözden geçirilen hastanın hiçbir akrabasının Darier tanısı almadığı öğrenildi. Bu bilgiler ışığında hastaya Hailey-Hailey teşhisi konuldu. Sistemik antibiyotik ve topikal dönüşümlü kortikosteroid/takrolimus tedavisi verilen hasta iki ay sonra kontrolde görüldü. Lezyonları önemli miktarda gerilemiş olan hastanın tedavisine aynı şekilde devam edildi, ayrıca hastaya nemlendirici reçete edildi.

SONUÇ

Hailey-Hailey Hastalığı’nın benzer dermatolojik alanları tutan farklı hastalıklardan ayrımı oldukça zor olabilir ve detaylı anamnez, yeterli klinikopatolojik korelasyon son derece önemlidir. Bu hastalık küratif tedavisi olmayan zorlu bir durumdur ancak yaşam tarzı değişiklikleri, topikal ve sistemik tedaviler ile girişimsel yöntemlerin bir kombinasyonu semptomları yönetmeye ve hastaların yaşam kalitesini artırmaya yardımcı olabilir. Alevlenmelerin ve sekonder enfeksiyonlar gibi komplikasyonların erken tanınması ile kapsamlı bir disiplinlerarası yaklaşım, etkili uzun vadeli yönetim için anahtardır.

Anahtar Kelimeler : Akantoliz, ATP2C1, Benign Familial Kronik Pemfigus, Bül, Genodermatoz, Hailey-Hailey Hastalığı, Keratinosit Adezyon Defekti, Vezikül

Resimler

Resim Açıklaması: Ayak bileği lezyonu-önceki hali



Resim Açıklaması: Sırt lezyonu-sonraki hali



Resim Açıklaması: Sırt lezyonu-önceki hali



Resim Açıklaması: Ayak bileği lezyonu-sonraki hali



EP-25: EDİNSEL İMMÜN YETMEZLİĞİ OLAN HASTADA YAYGIN DERMATOFİTOZ OLGUSU

Ömer Faruk MARANGOZ¹, Hakan POLAT¹, Harbiye Dilek CANAT¹, Zafer TÜRKOĞLU¹

¹Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Deri Ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:

İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu; bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojini ve klinik seyrini değiştirme, atipik klinik belirtiler üretebilme kapasitesine sahiptir. Güncel çalışmalar HIV (+) hastaların yaklaşık %75'inin muko-kutanöz hastalıklara sahip olduğunu göstermektedir. Bu dermatozlardan özellikle seboreik dermatit ve yüzeysel mantar enfeksiyonları HIV ile enfekte hastalarda daha yaygındır ve sağlıklı insanlara göre daha şiddetli seyreder. Hastalarda ortaya çıkan atipik deri bulguları ve tedaviye dirençli klinik yanıt, HIV enfekte hastalara tanı koyulması ve doğru tedavi uygulama sürecinin planlanması açısından önemli bir göstergedir. 2 aydır tüm vücutta kaşıntı ve kızarıklık nedeniyle dermatoloji kliniğine başvurarak şiddetli tinea corporis tanısı

alan, lezyonun şiddetli seyretmesinden yola çıkılarak aynı zamanda HIV tanısı almış olan hasta, tanı sürecinin paylaşılması amacıyla sunulmaktadır.

VAKA:

64 yaş erkek hasta 2 ay önce bacak ve gövde ön yüzeyinde başlayıp sonrasında tüm vücuduna yayılan yaygın kaşıntı ve kızarıklık şikâyeti nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta daha önce tedavi amacıyla tüm vücuduna izokonazol nitrat ve diflukortolon valerat etken maddeli kremleri kullandığını ifade etmekteydi. Hastanın evde benzer şikâyeti olan başka bir yakını yoktu. Özgeçmişinde bilinen diabetes mellitus ve hipertansiyon mevcuttu, soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın devamlı kullandığı ilaçların aspirin, edoksaban, amlodipin, metformin olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde gövdede daha yoğun olmak üzere ekstremitelerde eritemli ince skuamli plak lezyonlarından potasyum hidroksit (KOH) ile hif incelemesi ve mantar kültürü tetkiki açısından deri kazıntı örnekleri alındı. Hastanın deri kazıntı örneklerinin KOH inceleme sonucunda mantar hifleri görüldü ve mantar kültüründe trichophyton üremesi saptandı. Lezyonların şiddetli olması nedeniyle altta yatabilecek immünsüpresyon açısından tetkikler istenen hastada HIV pozitifliği saptandı. Enfeksiyon hastalıkları kliniğine konsülte edildi. Dermatofitoz tedavisi amacıyla sistemik terbinafin, ketokonazol etken maddeli şampuan, topikal lulikonazol ve naftifin etken maddeli kremler verildi. 1 hafta sonraki kontrol muayenesinde hastanın lezyonlarında belirgin gerileme izlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

HIV enfekte bireylerde dermatofitozise bağlı dermatozlar atipik, çoklu veya yaygın lezyonlar ile daha sık belirti vermekte ve tedavilere dirençli klinik seyir göstermektedir. Bazı olgular nadir de olsa anerjikler adı verilen az inflamasyonlu klinik olarak da kendini gösterebilir. Ayrıca HIV enfekte dermatofitozis hastalarında klasik enfeksiyöz ajanların dışında daha nadir görülen diğer enfeksiyöz ajanların da olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Yaygın ve tedaviye dirençli dermatofitozis olgularında trichophyton indotineae etken olarak akılda tutulmalıdır. Olgumuzun öncesinde tinea tanısı almamış ve hiçbir antifungal tedavi almamış olması, oral terbinafin tedavisine yanıtın iyi olması nedeni ile T. İndotineae ön planda düşünülmemiştir. Hem yaygın ve tedaviye dirençli, hem de HIV (+) dermatofitozis hastalarından KOH örneklemesi ve mantar kültürleri yapılması doğru tanı koymada yardımcı olduğu gibi, doğru tedavilerin uygulanması açısından da değerlidir. HIV ile enfekte hastalarda mukokutanöz bulgular hastalığın tanı alma sürecinde oldukça önemli yer tutmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi şiddetli dermatofitoz enfeksiyonu sonrası HIV tanısı konulmuş ve her iki enfeksiyona yönelik tedavilerle hastalık kontrol altına alınabilmektedir.

Sonuç olarak HIV ile ilişkili deri değişikliklerinin tanınması, HIV enfeksiyonunun erken evrelerde teşhis edilmesine ve uygun antiretroviral tedavinin başlatılmasına olanak tanıyabilir. Olgumuz, HIV enfeksiyonu olan bireylerde dermatofitoz kliniğinin atipik, yaygın ve daha şiddetli klinik tablolarının olduğu hipotezini doğrulamaktadır.

Kaynakça :

1. Mustafayev K, Mete B, Kutlubay Z, Tanakol A, Şahin Özdemir M, Garashova D, et al. Dermatological lesions among people living with HIV in Turkey. Int J STD AIDS. 2022 Jan;33(1):55-62.
2. Costa JE, Neves RP, Delgado MM, Lima-Neto RG, Morais VM, Coêlho MR. Dermatophytosis in patients with human immunodeficiency virus infection: clinical aspects and etiologic agents. Acta Trop. 2015 Oct;150:111-5.
3. da Silva BC, Paula CR, Auler ME, Ruiz Lda S, Dos Santos JI, Yoshioka MC, et al. Dermatophytosis and immunovirological status of HIV-infected and AIDS patients from Sao Paulo city, Brazil. Mycoses. 2014 Jun;57(6):371-6.
4. Uhrlaß S, Verma SB, Gräser Y, Rezaei-Matchkolaei A, Hatami M, Schaller M, Nenoff P. Trichophyton indotineae-An Emerging Pathogen Causing Recalcitrant Dermatophytoses in India and Worldwide-A Multidimensional Perspective. J Fungi (Basel). 2022 Jul 21;8(7):757.

Anahtar Kelimeler : Dermatofitoz,HIV,KOH inceleme,Mantar kültürü

Resimler

Resim Açıklaması: resim 1



Resim Açıklaması: resim 2



Resim Açıklaması: resim 3



Resim Açıklaması: resim 4



EP-26: OLGU BİLDİRİMİ: KUTANÖZ METASTAZI OLAN KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KARSİNOMU

Uğur Sadık¹, Sevim Baysak¹, İlkin Zindancı¹, Şirin Yaşar¹, Makbule Çıkrıkçıoğlu²
¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
² SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

ÖZET

Küçük hücreli akciğer karsinomu, genellikle agresif ve hızlı yayılan bir karsinomdur. Akciğer kanserlerinin %13-15'ini oluşturur ve genellikle sigara içenlerde görülür. Küçük hücreli akciğer karsinomunun deri metastazları nadir olsa da kanserin ileri evresinde görülebilir. Deri metastazları klinik olarak genellikle ülsere nodüler lezyon şeklinde olup çeşitli deri hastalıkları ile benzerlik gösterebilir.

OLGU

Yaklaşık 1 yıl önce metastatik küçük hücreli akciğer karsinomu tanısı almış 72 yaşında erkek hasta, 3 ay önce başlayan sol 7.kosta anterolateralinde ağrılı 4x5cm boyutlarında oval şekilli, merkezi hafif ülsere, pembe renkte infiltrate nodül ile taramıza başvurdu. Lezyondan kutane metastaz, morfea profunda, radyasyon geri çağırma dermatiti ve lenfoma ön tanılarıyla insizyonel biyopsi planlandı. Hastanın biyopsi sonucu küçük hücreli akciğer karsinomu metastazı olarak değerlendirildi. Hasta takipli olduğu onkoloji hekimine konsülte edildi. Kontrol PET-BT çekildi ve nodüler lezyon hizasında artmış FDG metabolizması izlendi (SUVm: 10.9). Hastaya palyatif radyoterapi tedavisi planlandı.

Kaynakça :

1. Zsolt Megyesfalvi, Gay, C. M., Popper, H., Pirker, R., Gyula Ostoros, Heeke, S., Lang, C., Konrad Hoetzenecker, Schwendenwein, A., Boeger, K., Bunn, P. A., F Renyi-Vamos, Schelch, K., Prosch, H., Byers, L. A., Hirsch, F. R., & Dome, B. (2023). Clinical insights into small cell lung cancer: Tumor heterogeneity, diagnosis, therapy, and future directions. <https://doi.org/10.3322/caac.21785>
2. Simsek, G., Karadag, A., & Turksen, Z. (2011). Cutaneous metastasis of the small cell lung cancer. Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology, 77(4), 537. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.82430>
3. Hu, S., Chen, G., Lu, Y., Wu, C., & Lan, C. (2008). Cutaneous metastases from different internal malignancies: a clinical and prognosis appraisal. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 22(6), 735–740. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2008.02590>

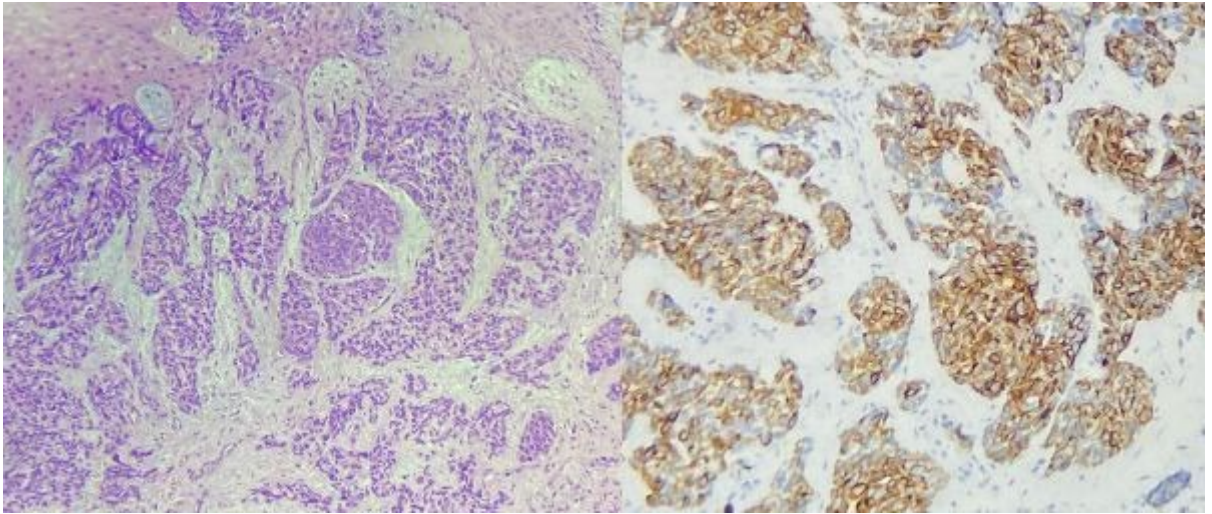
Anahtar Kelimeler : Küçük Hücreli Akciğer Karsinomu, Neoplazmlar, Neoplazm Metastazı, Pathology, Biopsy

Resimler

Resim Açıklaması: sol 7.kosta anterolateralinde 4x5cm boyutlarında oval şekilli, merkezi hafif ülser, pembe renkte infiltrate nodül



Resim Açıklaması: H&E ve Sitokeratin(CK)7 ile boyanmış epidermis ve dermis



EP-27: SETUKSİMABA BAĞLI AKNEİFORM ERÜPSİYON OLGUSU

İpek Bulut¹,İbrahim Halil Yavuz¹,Zafer Türkoğlu¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Setuksimab, metastatik kolon kanserlerinin tedavisinde kullanılan, epidermal büyüme faktör reseptörü (EGFR)’ne karşı geliştirilen bir monoklonal antikordur. EGFR inhibitörlerine bağlı dermatolojik yan etkiler içinde akneiform döküntü en sık ve en erken görülen reaksiyondur. Erüpsiyon eritematöz, foliküler papüller ve püstüllerden oluşur ve tipik olarak komedon içermez. Akneiform döküntü sıklıkla doza bağımlıdır ve tipik olarak tedavinin başlamasından sonraki iki hafta içinde başlar . Burada setuksimaba bağlı akneiform erüpsiyon gelişen metastatik kolon kanserli 53 yaşında bir erkek hastayı sunuyoruz.

Olgu: 53 yaşında erkek hasta, tarafımıza 3 gündür olan yüzde, gövdede sivilce benzeri döküntü ve kaşıntı şikayeti ile onkoloji polikliniğinden konsülte edildi. Özgeçmişinde 1 yıldır kolon kanseri nedeniyle takip edildiği ve karaciğer metastazı olduğu öğrenildi. Hasta 1 ay önce setuksimab, folinik asit, irinotekan, 5-fluorouracil tedavilerinin başladığını ve bu tedavilerin 2. infüzyonundan yaklaşık 10 gün sonra aniden yüzde döküntülerin başladığını belirtti. Hastanın daha önce benzer bir şikayeti olmamıştı, özgeçmişinde şiddetli akne öyküsü yoktu ve yakın zamanda sistemik steroid kullanmamıştı.Dermatolojik muayenede yüz, boyun, gövde ön yüz üst kısımlarında ve sırtta yerleşim gösteren yaygın, monomorfik eritemli, papül ve püstüller mevcuttu(resim 1,resim 2).Hastaya mevcut klinik bulgular eşliğinde setüksimaba bağlı akneiform erüpsiyon tanısı konularak 200mg/gün oral doksisisiklin ve günde bir kez topikal benzoil peroksit tedavisi başlandı. Hastanın setüksimab tedavisinde herhangi bir değişiklik yapılmadı. İki hafta sonraki kontrolünde lezyonların tamamen gerilediği gözlemlendi.(resim 3). Daha sonraki takiplerinde herhangi bir nüks gözlenmedi.

Sonuç: Setuksimab, EGFR’ye karşı geliştirilen bir monoklonal antikordur. EGFR, epidermin bazal tabakasında bulunan, proliferasyon, farklılaşmamış keratinositlerde ve kıl folikülünde ekspres edilmektedir . Keratinositlerin çoğalması, göçü ve farklılaşmasında EGFR aktivasyonu çok önemlidir. Setüksimabın asıl etkisi EGFR’yi inhibe ederek tümör proliferasyonunu engellemektir, ancak bu etkinin yanında deride bulunan EGFR yolunu da inhibe ederek keratinosit proliferasyonunu, farklılaşmasını, kıl folikülünün farklılaşmasını ve gelişimini bozarak çeşitli dermatolojik yan etkilere neden olur. EGFR inhibitörlerine bağlı görülen bu dermatolojik yan etkiler içinde en sık ve en erken görüleni akneiform erüpsiyondur. EGFR inhibitörünün neden olduğu akneiform döküntünün birincil lezyonu folikülosentrik, eritematöz papül ve püstüldür. Yağ bezleri açısından zengin alanlar en sık etkilenir ve sıklıkla ilaç kullanımının 1-3 haftası içinde başlar.Hastaların %80’den fazlasında hafif-orta şiddetli seyreden bu erüpsiyonda, lezyonların şiddeti doza ve tedavi süresine bağımlı olup, yüksek doz ilaç kullananlarda daha şiddetli olabilir.Hafif reaksiyonların tedavisinde topikal benzoil peroksit, fusidik asit, eritromisin, klindamisin gibi topikal antibiyotikler kullanılır.Bu tedavilere yanıtızsızlık durumunda sistemik tetrakisiklin ve fusidik asit kullanılabilir.

Sonuç olarak setüksimaba bağlı akneiform erüpsiyon iyi seyirli olup ,genel olarak setüksimabın kesilmesine gerek kalmaz.Bu erüpsiyonun iyi tanınması ve doğru yaklaşım, setüksimab tedavisinin kesintiye uğramasını engelleyerek primer hastalığa katkı sağlayacağından çok önemlidir.

Kaynakça :

- 1.)Yazganoğlu KD, Baykal C. Hedefe yönelik kemoterapi ilaçlarına bağlı akneiform döküntü ve eşlik eden diğer dermatolojik yan etkiler: Retrospektif bir değerlendirme. Türkderm 2012;46:84-9.
- 2.)Metin MS, Kızılyel O, Elmas ÖF, Aktaş A. Erlotinibe bağlı gelişen akneiform erüpsiyon: Bir olgu sunumu. Cumhuriyet Tıp Derg 2013;35(Ek sayı):35-37
- 3.)Segaert S, Tabernero J, Chosidow O, et al. The management of skin reactions in cancer patients receiving epidermal growth factor receptor targeted therapies. J Dtsch Dermatol Ges. 2005;3:599-606.
- 4.)Ocvirk J, Cencelj S. Management of cutaneous side effects of

cetuximab therapy in patients with metastatic colorectal cancer.
J Eur Acad Dermatol Venereol 2010;24:453-9.

Anahtar Kelimeler : Akneiform erüpsiyon, Setuksimab,Kolorektal kanser

Resimler

Resim Açıklaması: resim 3



Resim Açıklaması: resim 1





EP-28: ATİPİK LEZYONU VE EŞ ZAMANLI PATOLOJİK AKSİLLER LENF NODLARI OLAN VAKADA YÜZEYEL YAYILAN MALİGN MELANOM

İmran ASLAN¹, Ömer Faruk MARANGOZ¹, Harbiye Dilek CANAT¹, Zafer TÜRKOĞLU¹
¹Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Deri Ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Melanom, melanositlerin malign transformasyonu sonucu oluşan, metastaz potansiyeline sahip, deri kanserine bağlı ölümlerin %90'ından tek başına sorumlu olan malign tümördür. (1) Erken evrelerde teşhis edilirse melanomun hayatta kalma oranı yüksektir, yaklaşık %94'tür. (2) Beş yıl önce benign beyin tümörü nedeniyle opere olan olgumuzun kolundaki şüpheli lezyonundan aldığımız biyopsi sonucu yüzeysel yayılan malign melanom gelmiş olup; malign melanomda şüphe ve erken tanı hayat kurtardığı için sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 63 yaş erkek hasta birkaç senedir sağ kolunda mevcut olan kaşıntılı ve ara ara kanayan yara şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın ayrıca 27.11.2023 tarihinde dış merkezde yapılan sağ aksiller USG'sinde 53*35 mm, 9*8 mm ve 20*17mm boyutlarında lobule konturlu, hiperekojen, hilusu hiç izlenmeyen patolojik lenf nodları mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde 2018 yılında benign beyin tümörü nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Hastanın polikliniğimizde yapılan muayenesinde sağ kol orta 1/3 alanda en büyüğü yaklaşık 3x2 cm boyutlarında ciltten kabarık sınırları düzensiz hemorajik kaşıntılı anüler ve yer yer sirsine hiperpigmente papüller lezyonları mevcuttu. Hastanın ayrıca sağ aksiller muayenesinde ele gelen konglomere 4x3 cm boyutlarında palpasyon ile sert, ağrılı, sınırları düzensiz LAP'ları mevcuttu. Baş ve boyun muayenesi normaldi. Hastanın lezyonundan Malign Melanom, Bowen, Skuamöz Hücreli Karsinom, Kutane metastaz ön tanıları ile biyopsi alındı. Biyopsisi malign melanom süperfisyal yayılan tip olarak yorumlanan hasta Plastik Cerrahiye konsülte edildi ve Plastik Cerrahi tarafından operasyon planlandı. Hastanın patolojik lenf nodlarından alınan biyopsi sonucu da malign melanom metastazı olarak yorumlandı. Hastanın cerrahi tedavisi sağ aksiller geniş disseksiyon ile beraber sağ koldaki lezyonların eksizyonu şeklinde yapıldı. Hasta şuan onkoloji kliniğinde takipli olarak tedavisine devam etmektedir.

TARTIŞMA: Malign melanom her iki cinstede en sık görülen 5. Kanser türüdür. (1) Melanomların yalnızca %30'u edinsel melanositik nevüs üzerinden gelişirken geri kalanı de novo olarak ortaya çıkar. (1) Kutanöz melanomun tanımlanmış klasik 4 ana alt tipi vardır. Bunlar yüzeysel yayılan melanom, nodüler melanom, akrall lentiginöz melanom ve lentigo malign melanomdur. (1) En sık görülen alt tipi yüzeysel yayılan melanomdur, tüm melanomların %70'ini oluşturur. (1) Atipik hücreler epidermiste sınırlı olduğu uzun radyal fazdan sonra aniden vertikal faza geçerler. Uzun süren radyal fazdan dolayı lezyonların yarısından fazlası erken küratif evrede tanı alır. (3) Hastalığa ait tipik histopatolojik görünüm vakamızda da gösterilmiştir. Melanomların klinik değerlendirmesinde en sık kullanılan iki yöntem ABCDE kuralı ve çirkin ördek yavrusu bulgusudur. Çirkin ördek yavrusu bulgusu multipl nevüsü olan hastalarda klinik olarak diğer nevüslere benzemeyen ve ilk bakışta dikkat çeken lezyonları tanımlamak için kullanılır. (1) Bunlara ek olarak dermoskopi, dijital dermoskopi ve histopatoloji ile melanom tanısı konulabilir. (4) Son yıllarda melanom sıklığının giderek artması erken tanının önemini giderek vurgulamaktadır.

SONUÇ: Atipik, ABCDE kriterlerini karşılayan, hızlı büyüyen, kısa süre içinde renk ve şekil farklılığı gösteren lezyonlarda malign melanom akıldan tutulması ve dışlanması gereken bir tanıdır. Olgumuzda patolojik lenf nodlarının varlığı lezyonun malign olabileceği konusundaki ön görüşümüzü kuvvetlendirmiştir. Malign melanomda erken evrede tanı koymak ve tedaviye başlamak morbidite ve mortaliteyi oldukça azaltmaktadır.

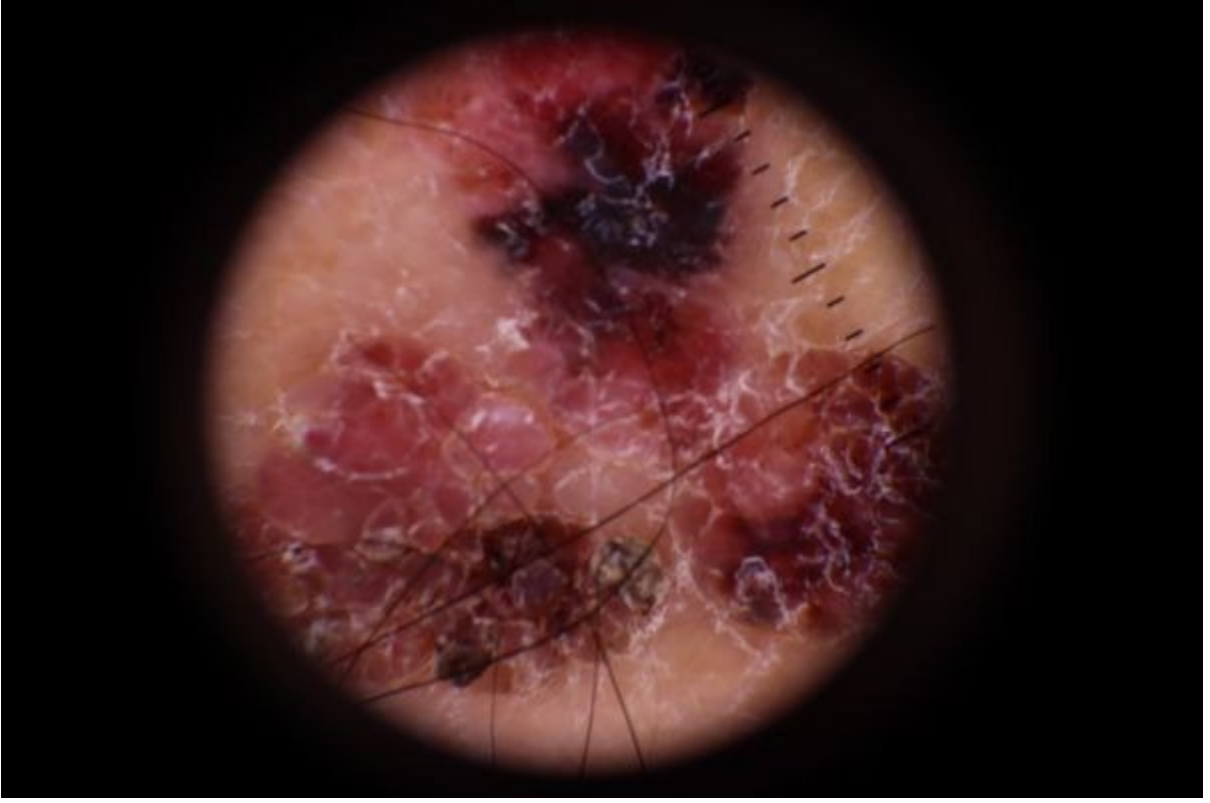
Kaynakça :

1. Temel Dermatoloji, Dr. Mehmet Salih Gürel, Dr. Ayşe Esra Koku Aksu, Dr. Murat Durdu, Dr. Vefa Aslı Turgut Erdemir, Dr. Ayşe Serap Karadağ.
2. Jonathan B. Heistein, Utkarsh Acharya , Shiva Kumar R. Mukkamalla In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. 2024 Feb 17. Malignant Melanoma
3. Malignant Melanoma: Skin Cancer-Diagnosis, Prevention, and Treatment
Bilal Ahmed , Muhammad Imran Qadir , Saba Ghafoor
4. Malignant melanoma: a primary care perspective C A Finley

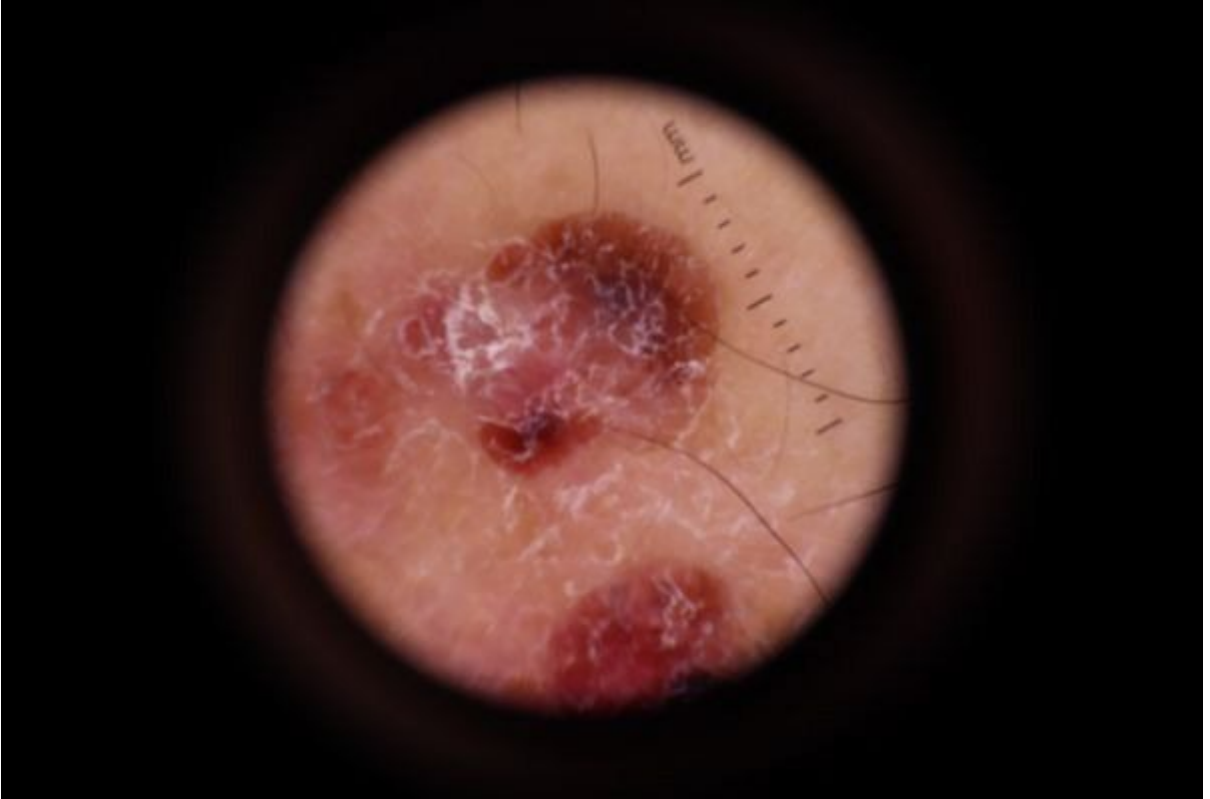
Anahtar Kelimeler : malign melanom, lenf nodu

Resimler

Resim Açıklaması: dermoskopi 1



Resim Açıklaması: dermoskopi 2



Resim Açıklaması: lezyon 1



Resim Açıklaması: lezyon 2



EP-29: NADİR BİR VAKA OLARAK DERMOSKOPİDE GÖKKUŞAĞI PATERNİ İLE KARŞIMIZA ÇIKAN NODÜLER MELANOM'LU OLGU BİLDİRİMİ

Muhammed Fatih Çelik¹,Sevim Baysak¹,Şirin Yaşar¹,Fügen Aker²,Alptuğ Üngör²

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

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

GİRİŞ

Nodüler melanom, melanomun invaziv bir şeklidir. Melanom pigment hücreleri olan melanositlerden kaynaklanan potansiyel olarak tehlikeli bir cilt kanseridir . Nodüler melanomda, melanom hücreleri deriden aşağı doğru çoğalır , buna vertikal büyüme denir. Normal görünen deride veya başka bir türdeki mevcut bir melanomda de novo ortaya çıkabilir. Nodüler melanom, erkeklerde kadınlardan daha yaygındır. Çoğu, teşhis edildiğinde 50 yaşın üzerindedir.Nodüler melanom için başlıca risk faktörleri şunlardır ; ileri yaş , önceki invaziv melanom veya melanom in situ, çok sayıda melanositik nevüs, birden fazla (>5) atipik nevüs ve açık tenli olmak.

Nodüler melanomun en sık görülen dermatoskopik özellikleri şunlardır:

- Düzensiz asimetrik yapı
- Atipik vasküler patern
- Mavi-gri yapılar
- Farklı renklerde multiple pigmentasyon
- Nadiren gökkuşağı(rainbow) paterni

OLGU

Kırk yedi yaşında erkek hasta, yaklaşık 6 aydan beri olduğu ifade edilen sağ omuzda kabarıklık şikayetiyle başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde 2*3 cm boyutunda mavi-siyah renkte nodüler lezyon izlendi.(Resim 1) Yapılan dermoskopik muayenesinde pigment ağı içermeyen, mavi-kırmızı multiple pigmentasyon içeren gökkuşağı(rainbow) paterni polarize ışıktta saptandı.(Resim 2,3) Hastadan anjiosarkom, kaposi sarkomu , nodüler melanom ön tanılarıyla biyopsi alındı. Biyopsi sonucu nodüler tip malign melanom ile uyumlu geldi.(Resim 4) Histopatolojisinde breslow kalınlığı 3 mm saptandı. İnvazyon derinliği incelendiğinde tümörün yüzeysel papiller dermiste mevcut olduğu, papiller dermisi doldurduğu görüldü.(Clark level 3) Geniş eksizyon açısından plastik cerrahiye yönlendirildi. Malignite taraması açısından onkolojiye yönlendirildi.

SONUÇ

Dermoskopide gökkuşağı(rainbow) paterni daha çok kaposi sarkomu, anjiosarkom, piyojenik granülom, bazal hücreli karsinom, blue nevüs, dermatofibrom gibi lezyonlarda karşımıza çıkar .Gökkuşağı (rainbow) paterni nadiren nodüler melanomda görülebilir.Nodüler tip malign melanom dermoskopisinde gökkuşağı(rainbow) paterninin nadir olması nedeniyle vaka olgu bildirimine uygun görüldü.

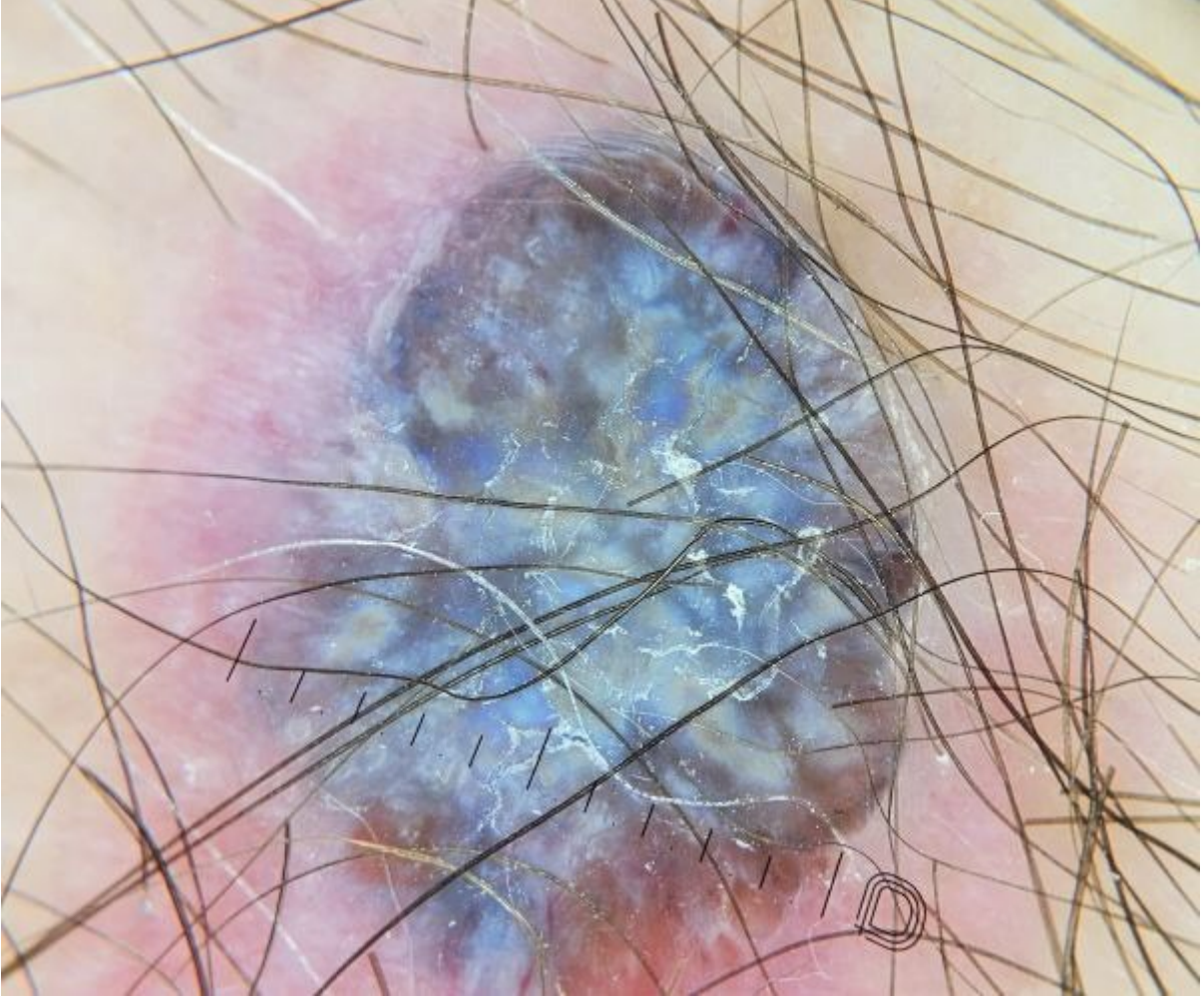
Kaynakça :

- 1)Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand 2008
- 2)Richardson et al. The incidence and thickness of cutaneous malignant melanoma in New Zealand 1994–2004. NZ Med J 2008;121:1279.
- 3)Ministry of Health. 2011. Cancer: New registrations and deaths 2008. Wellington: Ministry of Health
- 4)Balch CM et al. Final Version of 2009 AJCC Melanoma Staging and Classification. J Clin Oncol 27:6199-6206.

Anahtar Kelimeler : melanom, dermoskopi, gökkuşağı(rainbow) paterni

Resimler

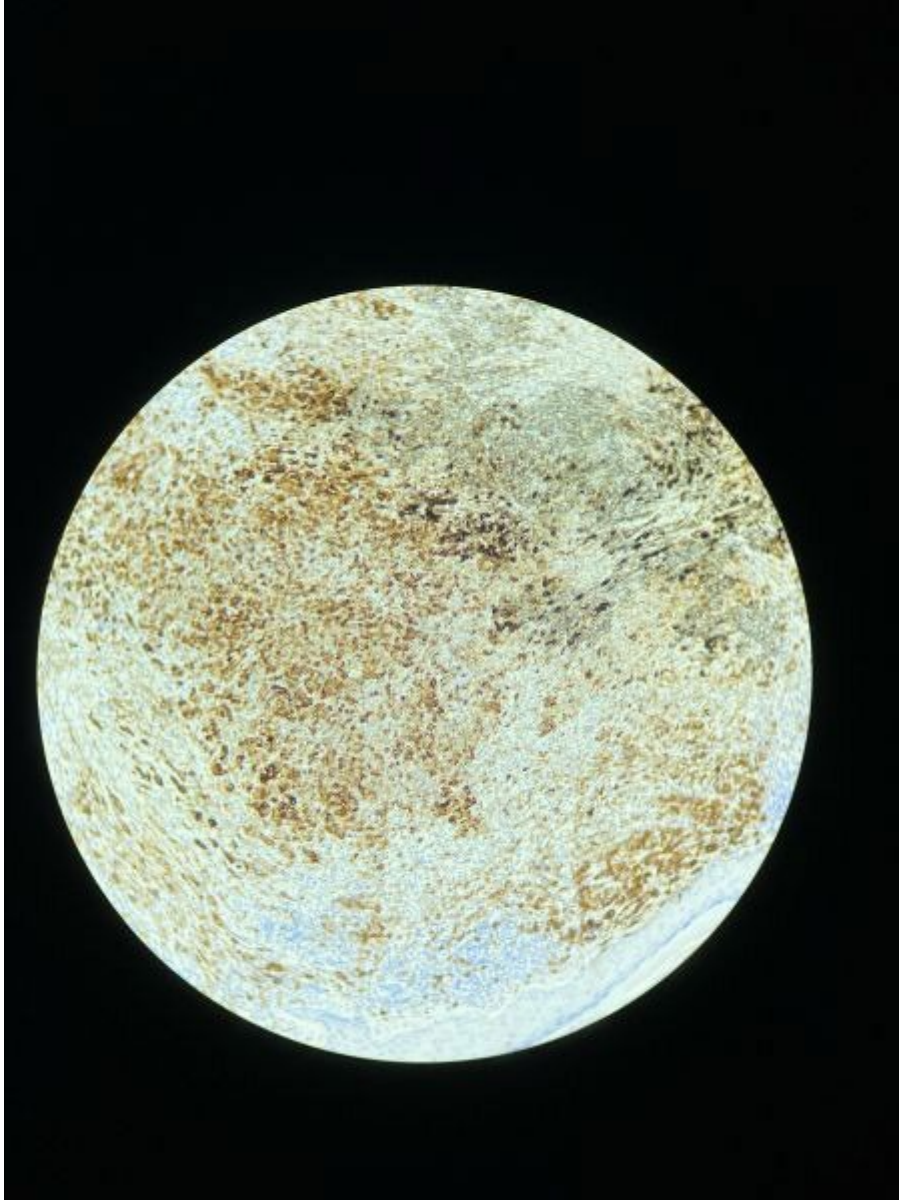
Resim Açıklaması: Resim 2. Dermoskopik muayenede polarize ışıktaki pigment ağı saptanmayan, mavi-kırmızı multiple renk içeren nodüler lezyon



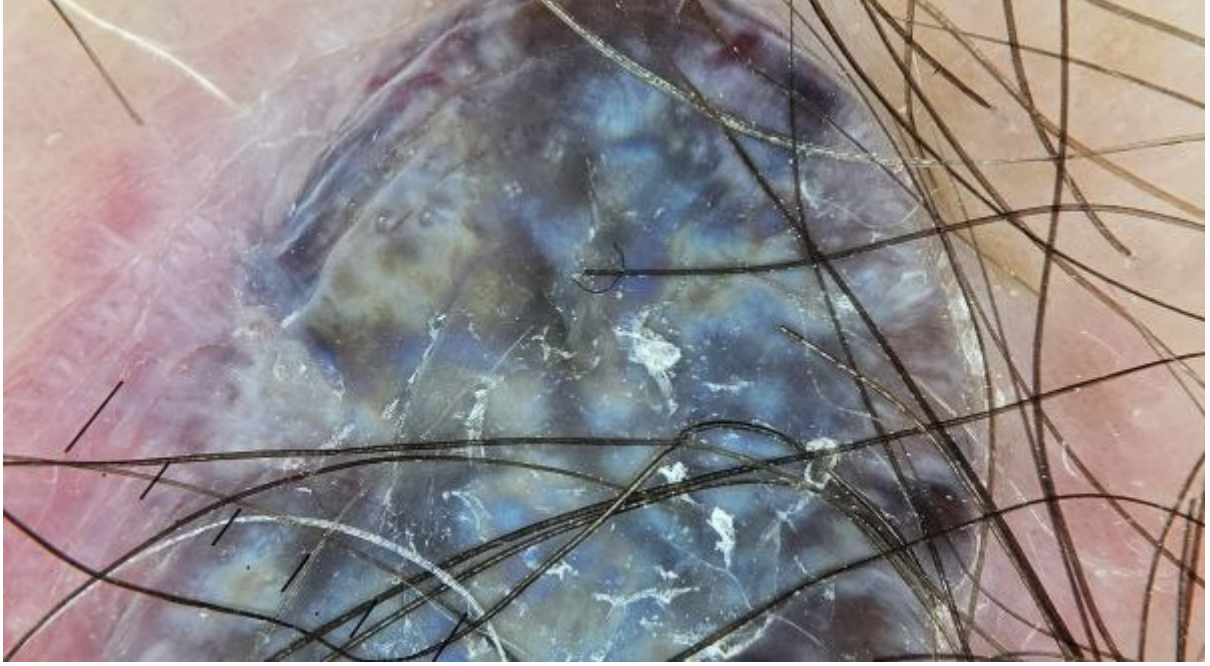
Resim Açıklaması: Resim 1. 2*3 cm boyutunda mavi siyah renkte nodüler lezyon



Resim Açıklaması: Resim 4. SOX-10 immünohistokimyasal boyama ile lezyonun histopatolojik görünümü



Resim Açıklaması: Resim 3. Dermoskopik muayenede polarize ışıktaki pigment ağı saptanmayan, mavi-kırmızı multiple renk içeren nodüler lezyonun daha yakından görünümü



EP-30: EBV ENFEKSİYONUNA SEKONDER GELİŞEN LİVEDO RETİKÜLARİS: PEDIATRİK OLGU SUNUMU

Berfin Dağ¹, İrem Erişir¹, Burçe Can Kuru¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Livedo retikularis(LR) mikrovasküler sistemde kan akımında oluşan değişiklikler sonucu ortaya çıkan ve genellikle alt ekstremitelerde görülen kırmızı-mor renkli ağ benzeri yapı oluşturan makülleri ifade eder. Asemptomatik olabildiği gibi yanma, ağrı, karıncalanma eşlik edebilir. LR, soğuğa karşı fizyolojik bir yüzeyel kutane vasküler sistem yanıtı olabilir. Otoimmün bağ dokusu hastalıkları, hiperkoagülabite yapan hastalıklar, vaskülitler, kalsifilaksi, ilaçlar, enfeksiyonlar, neoplazmlar etyolojide yer alabilen diğer nedenlerdir.

Biz burada kliniğimize başvuran nadir görülen, Epstein-Barr Virüs (EBV) enfeksiyonuna sekonder gelişen bir pediatrik livedo retikularis olgusundan bahsetmek istiyoruz.

Olgu

21 aylık erkek hasta kliniğimize 1 aydır olan döküntü şikayetiyle başvurdu. Hastanın ailesinden 2 ay önce 2 gün süren 37,5 C° ateşi olduğu, ateşle eş zamanlı olarak orta kulak iltihabı tanısı konulduğu, döküntünün son 1 haftada ağsı şekle dönerek patern değiştirdiği öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde atopik dermatit, hidrosetomi operasyonu mevcuttu, hiçbir aşısı yaptırılmamıştı. Aile öyküsünde annede alerjik rinit vardı. Fizik muayenede bilateral bacaklarda, kollarda, gövdede ve sırtta basmakla solmayan, soğukla ilişkisiz, pruritik, lividi renkli retiküler paternde yaygın yama, yanaklarda bilateral eritem (Resim 1,2), servikal ve oksipital bölgede multiple lenfadenomegali mevcuttu. Hasta livedo retikularis olarak değerlendirildi. Etiyolojiye yönelik yapılan laboratuvar testlerinde EBV Viral Kapsid Antijeni (VCA) IgM, EBV VCA IgG pozitif, EBV-DNA PCR testinde 1270 kopya/mL saptandı. Hasta EBV enfeksiyonu olarak değerlendirildi, pediatri ve pediatrik romatolojiye konsülte edildi; ilgili branşlar tarafından herhangi bir ek öneride bulunulmadı. 1 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde lezyonların gerilemiş olduğu görüldü (Resim 3,4).

Sonuç

Livedo retikularis genellikle ektremitelerde ortaya çıkan ağ benzeri görünümü ifade eder. Primer (idiopatik) olabildiği gibi vazospazm, azalmış intravasküler akım, damar duvarı patolojileri ve damar obstrüksiyonu yapan birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Etiyolojiyi aydınlatmaya yönelik anamnez oldukça dikkatli alınmalı ve geniş laboratuvar testleri istemekten kaçınılmamalıdır. Hastamız bildiğimiz kadarıyla EBV enfeksiyonuyla ilişkili livedo retikularis görülen ikinci vakadır, yapılan klinik izlemde akut EBV enfeksiyon döneminin geçmesiyle birlikte ilişkili klinik bulguların gerilediği görülmüştür.

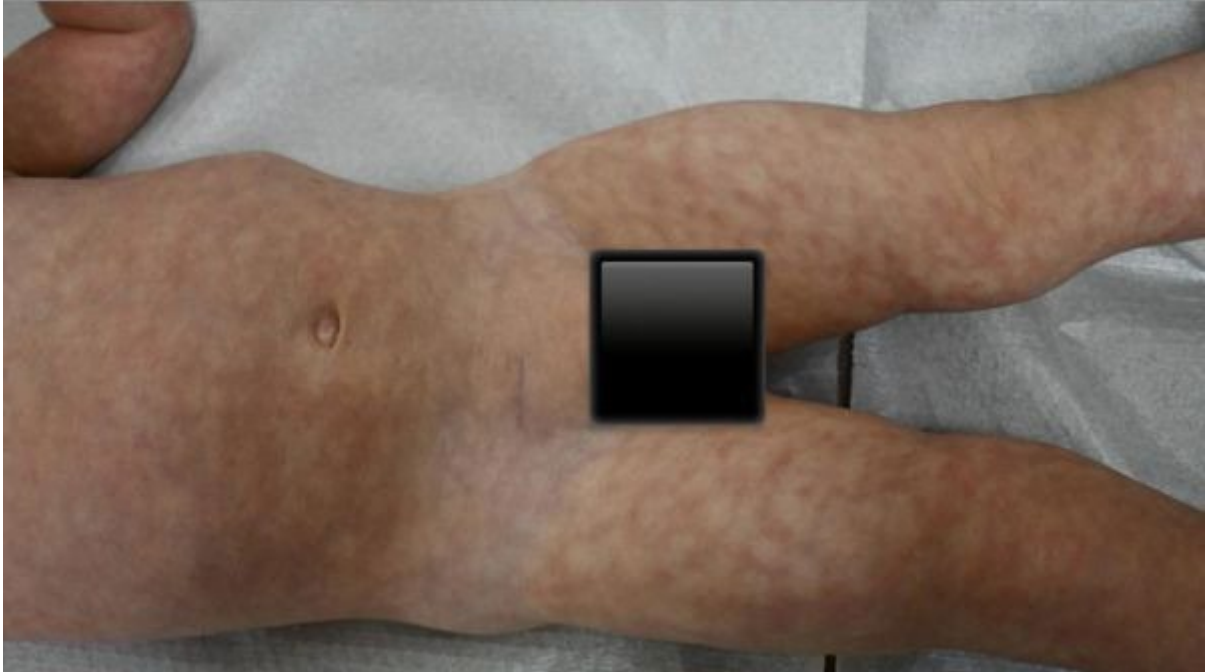
Kaynakça :

- 1)Svalina, G. , Ochsenbein, S. and Smith, J. (2016) Livedo Reticularis in a Patient with EBV Mononucleosis. Case Reports in Clinical Medicine, 5, 33-36.
- 2)Maredia, H. , Link J. Cytomegalovirus infection associated with livedo reticularis, erythromelalgia, and superficial venous thrombosis. JAAD Case Rep. 2024 May 14;50:16–18.
- 3)Dean, S.M. (2011) Livedo Reticularis and Related Disorders. Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine, 13, 179-191.
- 4)Gibbs, M.B., English III, J.C. and Zirwas, M.J. (2005) Livedo Reticularis: An Update. Journal of the American Academy of Dermatology, 52, 1009-1019.
- 5)Yokoyama, A. , Ito, T. , Furue, M. Sudden and transient livedo reticularis as a manifestation of mononucleosis-like disease by cytomegalovirus. Clin Exp Dermatol. 2021 Aug;46(6):1158-1159.

Anahtar Kelimeler : Epstein-Barr Virüs Enfeksiyonları, Livedo Retikularis

Resimler

Resim Açıklaması: Bilateral bacaklarda, gövdede basmakla solmayan lividi renkli retiküler paternde yaygın yama.



Resim Açıklaması: Gövdede basmakla solmayan lividi renkli retiküler paternde yaygın yama, yanaklarda bilateral eritem.



Resim Açıklaması: Kontrol muayenesinde bacaklarda gerilemiş lividi renkli retiküler paternde yama.



Resim Açıklaması: Kontrol muayenesinde gövdede gerilemiş lividi renkli retiküler paternde yama.



EP-31: 54 YAŞ KADIN HASTADA POLİANJİİTİSLİ GRANULOMATOZİS(WEGENER GRANULOMATOZU) OLGUSU

ECENUR ODACI¹,AYŞE ESRA KOKU AKSU¹,DİDEM KAÇAN¹,CEM LEBLEBİCİ²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi,İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Dermatoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi,İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Polianjiitli granulomatozisin klasik olarak tanımlanmış triadı:üst ve alt solunum yollarının granulomatoz inflamasyonu,sistemik nekrotizan vaskülit ve pausiimmün glomerulonefrit şeklinde tanımlanmaktadır.Küçük ve orta damar vaskülit izlenmektedir.Hastalık,tutulum yerine ve sayısına göre oldukça geniş bir prezentasyona sahiptir.Başlangıçta çoklu organ tutulumu olmasa dahi hastalık zamanla ilerleyebilmektedir,bu nedenle yakın gözlem gereklidir.Kutenöz tutulum hastalığın ilk belirtisi olabilir.Bu olguda sistemik ve dermatolojik semptomları olan bir hastada polianjiitli granulomatozis olgusu sunulmaktadır.

OLGU

Bilinen hipertansiyon ve astım tanılı 54 yaşında kadın hasta gece terlemesi,ateş,kilo kaybı,bacaklarda ağrı ve hassas eritemli plakların ortaya çıkması şikayetiyle dış merkezden dermatolojik değerlendirme için kliniğimize başvurdu.Soygeçmişinde özellik yoktu.Dermatolojik muayenede sağ kruris lateralinde lividi eritemli zeminde üzeri yer yer krutlanmış görünümde palpasyonla hassas,boyutları değişken birkaç adet plak (Resim 1) ,sol kruris posteriorunda lividi kahverengi zeminde ortalama 4 cm çaplı palpasyonla sert kıvamlı ortası hemorajik krutlu plak (Resim 2), sol ayak dorsumunda eritemli zeminde, palpasyonla ağrılı ,üzerinde püstül formasyonu izlenen yaklaşık 4 cmlik plak (Resim 3) bulunmaktaydı.

Göğüs hastalıklarına başvurusu olan hastanın akciğer grafilerinde bilateral noduler lezyonlar olması sebebiyle malignite ve tüberküloz ekartasyonu amacıyla akciğer biyopsisi yapılmıştı. Yapılan akciğer biyopsi sonucu nekrotizan granülomatoz iltihap ile uyumlu idi.

Hastanın sağ kruris lateralinden ve sol kruris posteriorundan alınan deri punch biyopsi sonuçları : küçük damarlarda lökositoklastik ve granülomatöz vaskülit lehine sonuçlandı. Vaskülit paneli istendi ve PR3ANCA:pozitif olarak sonuçlandı. Klinik ve laboratuvar bulgularıyla birlikte hasta 'Polianjitisle birlikte granülomatozis'(Wegener granülomatozu) ile uyumlu olarak değerlendirildi. Sistemik steroid tedavisi amacıyla romatoloji servisine interne edildi ve takiplerinde rituksimab tedavisi planlandı. Tedavi sonrasında bilateral bacaklardaki hassas, ağrılı lezyonlarda ve sistemik semptomlarda gerileme izlendi.

SONUÇ: Bu olgu, sistemik semptomlarla başlayan ve tanısı deri punch biyopsisi ile kesinleştirilen bir polianjitisli granülomatozis(wegener granülomatozu) vakasını ortaya koymaktadır. Kutanöz bulgularda en sık palpable purpura görülmekle beraber ağrılı subkutan nodüller, ülserasyonlar, ürtiker, livedo retikularis benzeri lezyonlar ve olgumuzda olduğu gibi plak formasyonları da izlenebilmektedir. Sistemik ve dermatolojik değerlendirmeyle beraber histopatolojik değerlendirme bu vakanın tanı ve tedavi sürecinde yol gösterici olmuştur.

Kaynakça :

BOLOGNIA DERMATOLOJİ 5.BASKI KUTANÖZ VASKÜLİTLER S:522
JAAD Volume 56,issue 2,supplement 2,February 2007
Respirol Case Rep. 2020 Oct 13;8(8):e00674.

Anahtar Kelimeler : vaskülit,polianjiitli granülomatozis,wegener granülomatozu

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 2



Resim Açıklaması: Resim 3



EP-32: ZOSTERİFORM TUTULUMLU KUTANE METASTAZ İLE SEYREDEN İNVAZİV LOBULER MEME KARSİNOMU OLGUSU

Firdevs Turan¹,Şirin Yaşar¹,İlkin Zindancı¹,Sevim Baysak¹,Emrah Ergin¹,Figen Aker²,Enes Selki²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Giriş:

Onkoloji hastalarının yaklaşık %10'unda, persistan bir solid tümörün belirtisi veya nüks eden neoplastik hastalığın habercisi olarak kutane metastazlar görülebilmektedir. Bununla birlikte, kanser öyküsü olmayan bireylerde, beklenmeyen bir viseral malignitenin ilk belirtisi olarak da görülebilir. Meme kanserinden kaynaklanan metastatik kutane lezyonlar, morfolojik açıdan çeşitlilik gösterir. Genellikle sert, deri renginde veya eritemli, düzgün yüzeyli veya ülserleşmiş ya da krutlu nodüller, papüller ve plaklar şeklinde, ipsilateral göğüs duvarı ve meme üzerinde görülür. Bununla birlikte; meme kanserine bağlı kutane metastazların nadir görüldüğü yerler arasında; göz kapakları, inframammarial kıvrımlar, ipsilateral lenfödemli kol, saçlı deri, subungual tırnak yatağı ve umblikus yer alır; kutane metastazları mastektomi skarlarında ve radyoterapi portlarında da görülebilir.

(1)

Burada zosteriform tutulumlu kutane metastazı olan bir meme kanseri olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 66 yaş kadın hasta 2 sene önce invaziv lobuler karsinomu nedeniyle sol total mastektomi opere olmuş ve sonrasında KT ve RT almıştır. Son RT seansında bir sene sonra başlayan sol mastektomi skar alanında ve sol göğüs duvarı ve sol aksillada devam eden eritemli zeminde, ağrılı , palpasyonla sert papülonoduler lezyonları mevcuttu ve lezyonlar zosteriform dağılım göstermekteydi. Hastamız dış merkezde herpes zoster tedavisi almış fakat tedaviye yanıt vermemişti. Biz hastamızdan kutane metastaz,kronik radyodermatit,lupus vulgaris,derin mikoz ön tanılarıyla biyopsi yaptık ve patoloji sonucu kutane metastazla uyumlu olarak geldi. Hastamız klinik ve patolojik olarak değerlendirildiğinde meme kanserinin zosteriform tutulumlu kutane metastazı olarak kabul edildi.

Sonuç:

Meme kanseri en sık noduler karsinom şeklinde deriye metastaz yapmaktadır ,bununla birlikte erizipeloid karsinom, telenjektatik karsinom, sklerodermoid karsinom, zosteriform karsinom, alopesi neoplastika, malign melanom benzeri metastaz vb pek çok metastaz çeşiti bulunmaktadır. (2) Bazen zosteriform görünümdeki kutane metastazlar herpes zosterle karıştırılabilir. Lezyonların mutlaka palpe edilmesi,gerekirse tzanck testi ve biyopsi ile tanının verifiye edilmesi gerekmektedir. Meme kanseri olgularında kutane metastazların olabileceği mutlaka akılda tutulmalı , yeni ve/veya tedaviye yanıt vermeyen bir cilt lezyonu geliştiğinde akla gelmelidir ve bu vakalarda mutlaka histopatolojik inceleme yapma gerekliliğinin önemine vurgu yapmak için olgumuzu sunmayı değerli gördük.

Kaynakça :

- 1.Cohen PR. Pleomorphic Appearance of Breast Cancer Cutaneous Metastases. Cureus. 2021;13(12):e20301. Published 2021 Dec 9. doi:10.7759/cureus.20301
2. De Giorgi V, Grazzini M, Alfaioli B, et al. Cutaneous manifestations of breast carcinoma. Dermatol Ther. 2010;23(6):581-589. doi:10.1111/j.1529-8019.2010.01365.x

Anahtar Kelimeler : meme kanseri,karsinoma,zosteriform

Resimler

Resim Açıklaması: sol göğüs duvarında zosteriform butane metastaz



EP-33: EPULIS FISSURATUM: KÖTÜ UYUMLU PROTEZLERİN BİR SONUCU

Esra Nur Kiraz Cırakoğlu¹, Demet Sezen¹, Berk Emre Yaman², Buket Gedik³, Dilek Seçkin¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Amaç

Epulis fissuratum veya protez diş kaynaklı fibröz hiperplazi, uzun süreli kötü uyumlu protez kullanımı ile oluşan, kronik irritasyon ve travmaya bağlı reaktif doku yanıtıdır. Bu lezyon, hastalarda ağrı, rahatsızlık, protez kullanımında zorluk ve estetik kaygılara neden olabilir. Tedavi edilmediğinde sekonder enfeksiyonlara, ülserasyonlara neden olabilir ve nadiren malign dönüşüm riski vardır. Burada 15 yıldır uygunsuz protez kullanımı olan bir olgunun kliniği, histopatolojisi ve tedavi yaklaşımı ile epulis fissuratumun tanı ve yönetim süreci ele alınmıştır.

Gereç ve Yöntem

Olgu Sunumu: Bilinen diyabet ve hipertansiyonu olan 67 yaşında kadın hasta, 1 yıldır üst dişetinde büyüyen ağrısız, aralıklarla kanama gözlenen kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın 15 yıldır aynı protezi kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde, sağ üst jinvibukkal sulkusta, üzerinde minik erode alanların görüldüğü, mukoza ile örtülü, pembe renkli, sesil kitle görüldü. Lezyon palpasyonda yumuşak-orta sertlikteydi ve çevre dokulardan belirgin şekilde ayrılmıştı. Hastada spontan ağrı olmamakla birlikte protez kullanımı sırasında rahatsızlık bildirildi. Hastanın lezyonundan tanı ve tedavi amaçlı eksizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojisinde epidermiste fokal ülser alanı, psödoepitelyomatöz hiperplazi bulguları ile lenfosit, nötrofil ve lökosit ekzositozu; dermiste belirgin fibroblast ve damar proliferasyonu, lenfoplazmositer hücrelerden baskın orta yoğun iltihabi hücre infiltrasyonu ve fibrozis saptandı. Bu histopatolojik bulgular epulis fissuratum ile uyumlu bulundu. Lezyon cerrahi eksizyon ile tam olarak çıkarıldığı için re-eksizyon planlanmadı. Mevcut proteze bir süre ara verilmesi ve sonrasında uygun protez kullanımı önerildi.

Sonuç

Epulis fissuratum, genellikle uygun olmayan diş protezleri kaynaklı, düşük yoğunluklu kronik irritasyona bağlı gelişen oral mukozal hiperplazidir. Lezyonlar tipik olarak alveolar vestibülde yerleşir ve tek veya birden fazla odakta gelişebilir. Boyutları birkaç milimetreden vestibülün tamamını dolduracak kadar geniş bir aralıktadır değişebilir. Maksillada mandibuladan daha sık gözlenir. Hastalarda genellikle protez kullanımında rahatsızlık, estetik kaygılar ve fonksiyonel problemler ile ortaya çıkar. Tedavi olarak lezyonun cerrahi eksizyon ile çıkarılması, mevcut protezin değiştirilmesi veya uyumunun düzeltilmesi, hastaların düzenli diş hekimi kontrolüne yönlendirilmesi, gelecekte nüksü önlemek için protez bakımına yönelik bilgilendirme yapılması gereklidir. Geleneksel cerrahi eksizyon yöntemi yaygın olarak kullanılmakla birlikte, CO₂ lazer cerrahisi gibi minimal invaziv teknikler ile daha hızlı iyileşme, daha az postoperatif ağrı ve minimal skar oluşumu sağlanabilir. Bu olgu, çoğunlukla diş hekimlerince tanı ve tedavisi yapılan epulis fissuratum dermatolojik farkındalık yaratmak, düzenli protez kontrolü ve erken tanının önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Kaynakça :

1. Mohan RPS, Verma S, Singh U, Agarwal N. Epulis fissuratum: consequence of ill-fitting prosthesis. BMJ Case Rep. 2013;2013:bcr2013200054. doi:10.1136/bcr-2013-200054.
2. Canger EM, Celenk P, Kayipmaz S. Denture-related hyperplasia: a clinical study of a Turkish population group. Braz Dent J. 2009;20(3):243-248. doi:10.1590/s0103-64402009000300013.
3. Paes-Junior TJA, Cavalcanti SCM, Nascimento DFF, et al. CO₂ Laser Surgery and Prosthetic Management for the Treatment of Epulis Fissuratum. ISRN Dent. 2011;2011:282361. doi:10.5402/2011/282361.

Anahtar Kelimeler : epulis fissuratum, protezle ilişkili hiperplazi, oral fibrotik hiperplazi, protez kaynaklı komplikasyonlar

Resimler

Resim Açıklaması: Sağ üst jİnjivobukkal sulkusta epulis fissuratum



EP-34: ALOPESİ AREATA TEDAVİSİNDE HATALI İNTRALEZYONEL KORTİKOSTEROİD ENJEKSİYONUNA BAĞLI GELİŞEN VASKÜLER DİLATASYON

Selin Tambora¹, Filiz Cebeci Kahraman ¹, Zelihanur İlhan², Hediye Pınar Günbey²

¹SBÜ, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı

²SBÜ, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş

Alopesi areata (AA), anagen saç foliküllerini hedef alan ve skatrisyel olmayan saç dökülmesine neden olan kronik otoinflamatuar bir hastalıktır. Klinik görünümü sıklıkla saçlı deride alopesik yama şeklindedir.

Yetişkinlerde ilk tercih edilen tedavi yöntemi; intralezyonel kortikosteroid (İLKS) enjeksiyonudur(1). Bu bildiride intralezyonel kortikosteroidin hatalı enjeksiyonu sonrası atrofi, telenjiyektaziye ilaveten, venöz damar genişlemesi gelişen bir olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu

Kırk bir yaşında kadın hasta, sağ şakak bölgesinde saç dökülmesi nedeniyle yapılan enjeksiyon sonrası, bu alanda gelişen deride çökme ve özellikle oturduğunda belirginleşen şişlik nedeniyle başvurdu. Alopesinin 1 yıldır olduğu, sağ infratemporal bölgedeki alopesik alana 3 ay önce İLKS enjeksiyonu yapıldığı, şikayetlerinin ise enjeksiyondan 2 hafta sonra geliştiği öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde; sağ infratemporal alanda, kıl çıkışlarının da izlendiği, 2 adet alopesik yama ve bu yamanın sınırları içerisinde, eritemli ağrısız atrofik alanlar ve proksimalinde sarı renkli papül olan belirgin damar trasesi izlendi (Figür 1). Dermoskopik muayenesinde eritemli telenjiyektazik zemin, sarı renkli noktasal alan ve distalinde genişlemiş olarak dikkati çeken mavimsi, kıvrıntılı, sağ tarafta unilaterale olarak izlenen damar trasesi görüldü (Figür 2). Hastanın yakın tarihli resimlerinde bu alanda damar genişlemesi olmadığı doğrulandı. Bu trasenin; hasta yatınca kaybolduğu, oturduğunda ve ıkınma gibi basıncın arttığı durumlarda belirginleştiği farkedildi. Radyolojik görüntülemeye; temporal arter ıkınma gibi basıncın arttığı durumlarda belirginleştiği farkedildi. Radyolojik görüntülemeye; temporal arter normal, sağ yüzeyel temporal düzey venöz yapılarında sol tarafa kıyasla dilatasyon ve çap artışı görüldü. Anamnez, klinik ve görüntüleme eşliğinde, enjeksiyonun ven içine yani hatalı uygulamaya bağlı olarak venöz genişlemenin olduğu tanısına varıldı. Damar üzerine denk gelen sarı noktanın enjeksiyon noktası olduğu düşünüldü.

Tartışma

Alopesi Areata tedavisinde özellikle İLKS enjeksiyonları, inflammatuar sürece olan etkileri nedeniyle uzun yıllardır, en yaygın olarak kullanılan ajanlardır (1). Bu enjeksiyonlarının ardından çeşitli lokal ve sistemik yan etkiler bildirilmiştir. Sistemik yan etkiler; allerjik reaksiyonlar ve nadiren emboli, iskemik optik nöropati, hiperglisemi, Cushing sendromu ve Adrenal baskılanmadır. Lokal yan etkiler arasında ; ağrı, hemoraji, ülserasyon, atrofi, telenjiyektazi, psödoanevrizma, damar genişlemeleri, cilt nekrozu, pigment değişiklikleri, sekonder enfeksiyon ve granülom oluşumu sayılabilir (1-2). Yapılan bir çalışmada hastaların bir kısmına hidrokortizon bir kısmına metilprednizolonun intradermal enjeksiyonu sonucu histopatolojik olarak incelenmiş; dermal-epidermal atrofi, telenjiyektazi ve vasküler dilatasyon tespit edilmiş(4). Steroidlerin; damar duvarındaki kollajen yapıyı azalttığı, bu durumun vasküler tonusu etkilediği, uzun vadede damar bütünlüğünü bozduğu ve bizim olgumuzda olduğu gibi damar genişlemesine ve damarın daha belirgin görünmesine sebep olabileceği düşünülmüştür. İlaveten literatürde iatrojenik olarak enjeksiyonlara bağlı arter duvarlarının da etkilenip psödoanevrizmaların gelişebileceğini belirten yayınlar da mevcuttur(3). Bu bildiride intralezyonel hatalı enjeksiyon sonrası damarsal alanlara dikkat edilmesi vurgulanmıştır. Bu invaziv işlemler, alanında deneyimli hekimler tarafından yapıldığında, olası komplikasyonların ve hata payının azalacağını düşünüyoruz. Özellikle temporal bölgede venöz yapıların daha yüzeyel seyrettiği ve bu alanlara işlem yapılırken daha dikkatli olunması gerektiğinin, ilgili branş hekimleri de farkında olmalıdırlar.

Kaynakça :

1. Bakar Dertlioğlu S, Karabulut P, Ağlamış S. Foreign Body Reaction Due To Intralesional Steroid Injection In Treatment Of Alopecia Areata. Dermatol Ther.2020; 33(4):e13703. doi: 10.1111/dth.13703
2. Dong Joon Yang, Jae Taek Hong, Sang Won Lee, Moon Chan Kim. Traumatic Pseudoaneurysm of the

- Superficial Temporal Artery. J Korean Neurosurg Soc 2004; 35: 427-429.
3. Elise D Martin, Stuart Y Wernikoff, Joe D Bernard Junior, Girish S Munavalli. Superficial Temporal Artery Pseudoaneurysm After Botulinum Toxin Injection. Dermatol Surg. 2022 Jan 1;48(1):149-150.
4. Stankler, L., & Ewen, S. W. B. (1972). The effects of corticosteroid injections at sites of skin damage. The Journal of Investigative Dermatology, 59(5): 394-396.

Anahtar Kelimeler : Alopesi, steroid, enjeksiyon, intralezyonel, komplikasyon, vasküler

Resimler

Resim Açıklaması: Sağ infratemporal alanda, kıl çıkışlarının da izlendiği, 2 adet alopesik yama, eritemli ağrısız atrofik alanlar, proksimalinde sarı renki papül olan belirgin kıvrımlı damar trasesi



Resim Açıklaması: Dermoskopisinde; enjeksiyon yapılan bölgede eritemli telenjektazik zemin, sarı renkli noktasal alan, distalinde dilate mavimsi, kıvrımlı, sağ tarafta unilateral olarak izlenen damar trasesi



EP-35: BİR OLGU SUNUMU:ÇOKLU SİSTEMİK TEDAVİYE DİRENÇLİ MORFEA PROFUNDA

Hazar Erdoğan¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹, Sevim Baysak¹
¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Morfea profunda, lokalize sklerodermanın nadir bir formudur ve kaslar, fasiya, deri altı doku ve dermisin derin katmanlarını etkileyen sklerotik lezyonlarla karakterizedir[1]. Enfeksiyonlar, yaralanmalar, radyasyon ya da ilaçlar hastalığın gelişimine yol açabilir[2].

Morfea profunda yavaş progresyon göstermesi nedeniyle tanı süreci önemli ölçüde gecikebilir ve bu da geri dönüşümsüz deformitelere yol açabilir. Bu bildiride 53 yaşında yüzün sağ yarısında ileri derece atrofi ile gelen, geç tanı alan, morfea profundalı bir kadın hasta sunulmaktadır.

Olgu

Elli üç yaşında kadın hastada, 10 yıldır burun bölgesinde başlayan kızarıklık ve sonrasında yüzünde akneiform lezyonlar ve vücudunda çökmeler ile birden fazla kliniğe başvurmuş yapılan deri biyopsisi ile hastaya 'kutane lupus' tanısı konulmuş ve hidroksiklorokin tedavisi başlanmıştır, ancak bu tedavi ile hastanın şikayetlerinde düzelme gözlenmemiştir. Dermatoloji polikliniğimize başvuran hastanın dermatolojik fizik muayenesinde yüz sağ yarısında zigomadan başlayıp mandibular bölgeye uzanan belirgin atrofik görünüm saptandı (Resim 1). Aynı zamanda hastanın sırtında çok sayıda atrofik plak lezyonlar izlendi (Resim 2). Hastadan morfea profunda, lipoatrofi, anetoderma ön tanıları ile biyopsi yapıldı ve histopatolojide subkutan yağlı dokuda kayıp izlendi klinikopatolojik olarak hastaya 'morfea profunda' tanısı konulmuştur. Laboratuvar tetkiklerinde anti

nükleer antikor ve ENA paneli negatif saptandı.Hastanın yaşam kalitesinin kötü etkilenmiş olması ve hastalığın progresyon göstermesi üzerine hastaya sistemik steroid,mikofenolat mofetil,kolşisin tedavisi başlanmış fakat tedaviye yanıt olmaması üzerine hasta 'tedaviye dirençli morfea profunda'olarak değerlendirildi,ritüksimab tedavisi planlandı ilk dozu uygulandı.

Sonuç

Yüzde hemiatrofi ile prezente olan hastalarda morfea profunda akla gelmeli ve vücudun diğer bölgeleri de mutlaka muayene edilmelidir.Erken dönemde hastalık progresyonu medikal tedavilere daha iyi yanıt verirken,geç dönemde tedaviye dirençli ve kalıcı skarlar görülmektedir.

Bu olguda çoklu sistemik tedaviye rağmen tam tedavide zorluk yaşanan bir morfea profunda olgusu sunulmaktadır.Nihai amacımız hastada progresyonun durması ve remisyonun sağlanması ile adipoz doku grefti ile kozmetik iyileşmenin sağlanmasıdır.

Kaynakça :

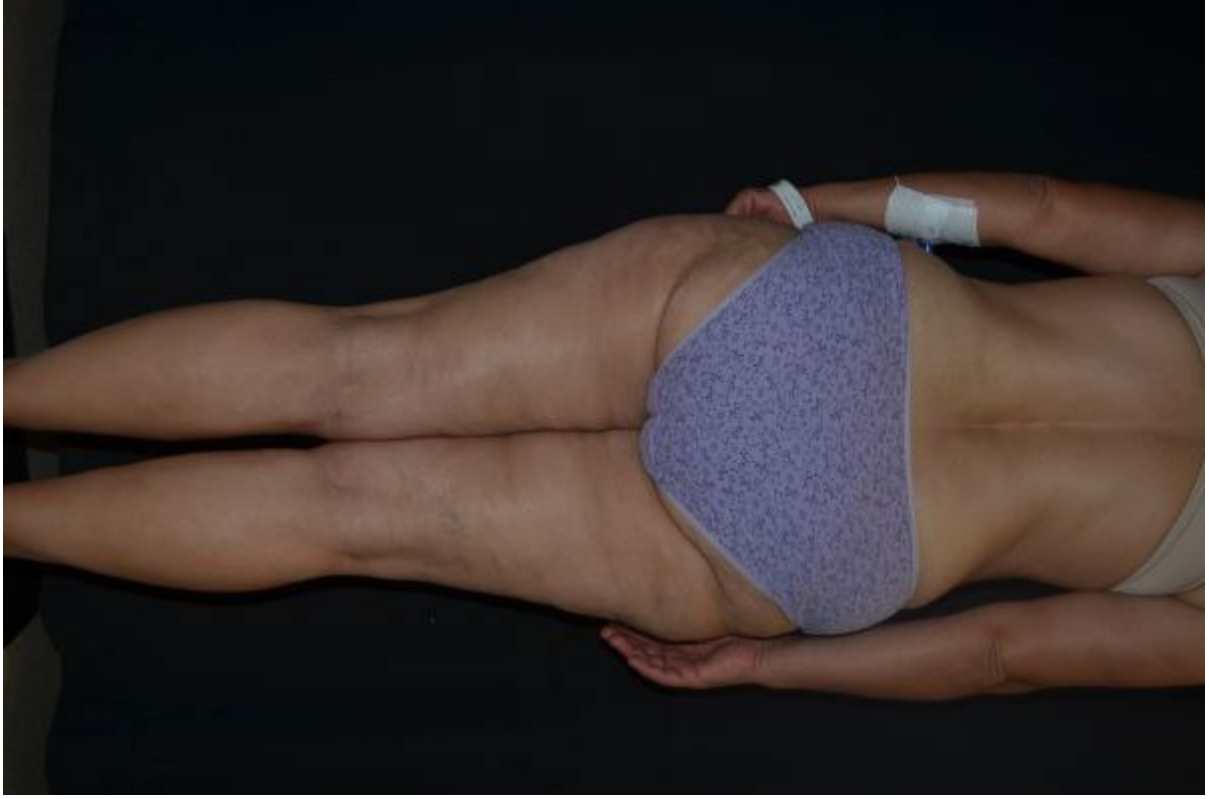
1. Wolska-Gawron K., Krasowska D. Localized scleroderma – classification and tools used for the evaluation of tissue damage and disease activity/severity. Dermatol. Rev./Przegl. Dermatol. 2017; 104(3): 269–289, doi: 10.5114/dr.2017.68775. 2. Cassisa A., Vannucchi M. Morphea profunda with tertiary lymphoid follicles: Description of two cases and review of the literature. Dermatopathology (Basel) 2022; 9(1): 17–22, doi: 10.3390/dermatopathology9010003.

Anahtar Kelimeler : Lokalize Skleroderma,Tedavi Direnci,

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 1





EP-36: NADİR BİR ETİYOLOJİ: YÜKSEK ISI MARUZİYETİNE BAĞLI NÖTROFİLİK EKRİN HİDRADENİT

Mısra Özkurt¹, Harbiye Dilek Canat¹, Zafer Türkoğlu¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

GİRİŞ ve AMAÇ

Nötrofilik Ekrin Hidradenit (NEH) ekrin ter bezlerinin nötrofilik infiltrasyonu ile karakterize, iyi huylu, kendi kendini sınırlayan bir nötrofilik dermatozdur. Klinikte ekstremitelerde, gövdede, yüzde, palmar bölgede, genelde ağrılı, morumsu-kırmızı ödemli plaklar, papüller, nodüller ve püstüllerden oluşan polimorf bir döküntü olarak ortaya çıkar. En sık lenfoproliferatif hastalıklar için uygulanan indüksiyon kemoterapisi ile ilişkilidir. Doğrudan

AML, KLL gibi lösemiler, Hodgkin lenfoma ilişkili de olabilmekle birlikte, Serratia, Enterobacter ve Staphylococcus aureus gibi enfeksiyöz ajanlardan kaynaklanabilir. Yaygın ağrılı polimorf lezyonlarla başvuran, altta yatan malignite veya ilaç öyküsünün tespit edilemediği NEH olgusu, etiyolojisindeki spektrum genişliğinin aktarılması amacıyla sunulmaktadır.

OLGU

Mesleği kaynak işçiliği olan 51 yaş erkek hasta tarafımıza iki hafta içinde boyun çevresinde başlayıp giderek yüze ve üst gövdeye yayılan ağrılı kızarıklıklar şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde, üst gövdede yaygın, boyun bölgesinden başlayan omuzlara uzanan, sınırları keskin, basmakla solmayan canlı eritemli makül ve yamalar ve bunların üzerinde yer yer papül ve püstüller mevcuttu. Bu lezyonlara sağ skapula üst medial kenarında, eritemli makül üstünde bulunan vezikül kümeleri eşlik ediyordu. (Resim 1) Hastada mesleki temasından ötürü ön planda kontakt dermatit düşünüldü, hastaya metilprednizolon 40 mg/gün başlandı. Kontrolde çağırıldığında tedaviye uyumsuz olduğu öğrenildi ve başlangıç lezyonları gerilemekte iken bir hafta içinde üst gövdede yaygın, sınırları keskin basmakla solmayan eritemli zeminde, bazıları püstüler bazıları krutlunmakta olan çok sayıda papüller lezyonlar ve bilateral kol iç yüzlerde eritemli aktif sınırları olan plaklar ve lezyonların sınır bölgesinde deskuamasyonları olan yeni morfolojik yapıda lezyonların ortaya çıktığı görüldü. (Resim 2)

Lezyonlardan, Sweet sendromu, Lenfomatooid papülloz, Derin Mikoz ve Lösemi Kutis ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Derin dermal nötrofilik infiltrasyonun fokal alanda deri eki yapıları ile ilişkisi saptanarak ön planda nötrofilik ekrin hidradenit lehine yorumlandı. (Resim 3) Bu süreçte altta yatan malignite açısından araştırılan hastamızın laboratuvar sonuçlarında lökositoz saptanması üzerine hematoloji ile değerlendirilen periferik yaymasında; eritrositler normokrom normositer, lökosit formülünde: miyeloid seri elemanları sayıca artmıştı, belirgin çomak artışı mevcuttu, yer yer tipik reaktif karakterli lenfo-monositer hücreler (downey like) izlendi, trombosit sayısı yeterli görüldü. Hastadan istenen flow sitometride akut lösemi düşünülmedi. Genetik incelemede moleküler translokasyon analizi t(9;22)(q34;q11.2) BCR-ABL Mbc p190 ve jak2 v617 "NEGATİF" olarak tespit edildi. Etiyoloji net saptanamayan hastamıza metilprednizolon 60 mg/gün başlanarak toplam 20 günlük süre içerisinde doz düşülerek kesildi. Topikal kortikosteroid ve epitelizan kremler ile tedavi desteklendi. Hasta 6. Ay kontrolünde lezyonsuz olarak takip edilmektedir. (Resim 4)

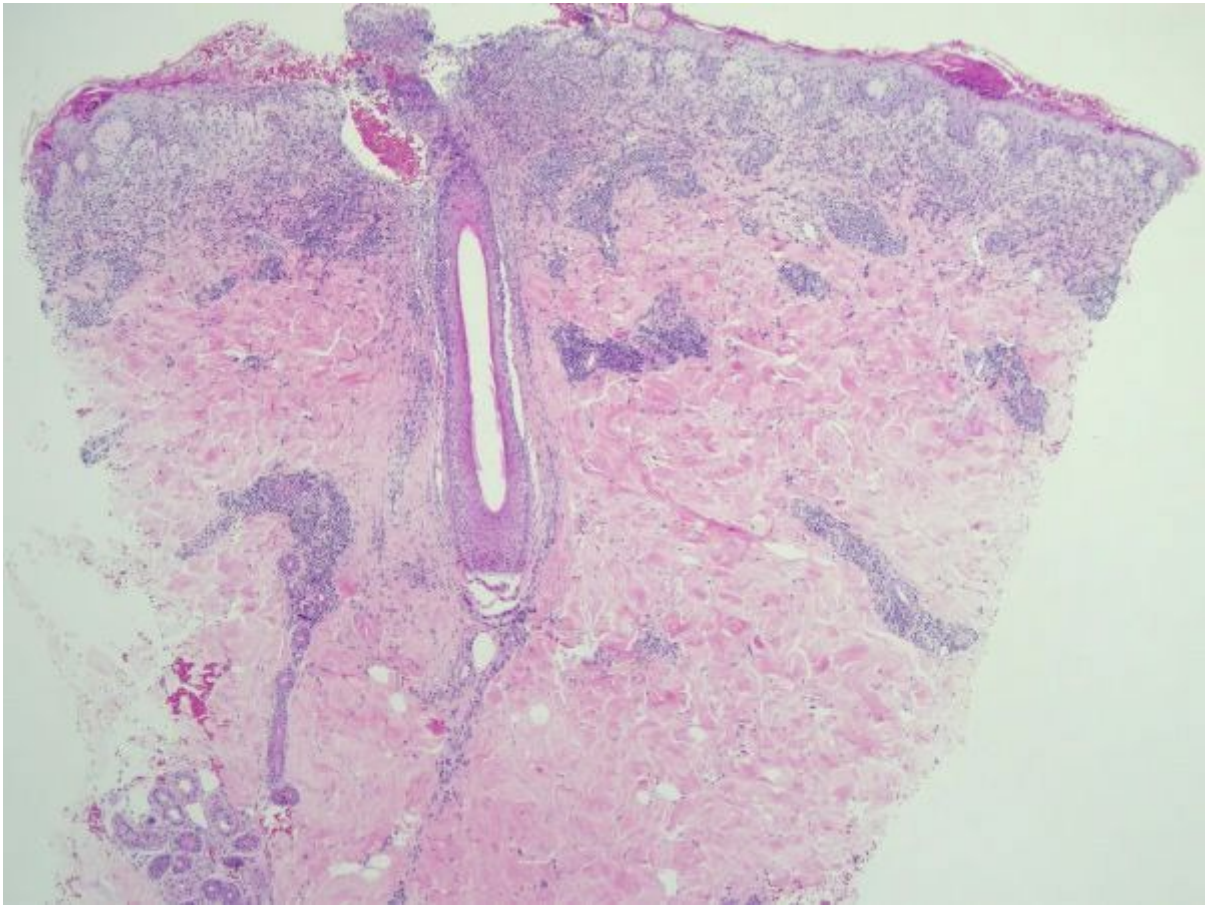
TARTIŞMA ve SONUÇ

Nötrofilik ekrin hidradenit (NEH) patofizyolojisinde terde salgılanan terapötik bir maddenin ekrin bezleri üzerindeki doğrudan sitotoksik etkisine veya bir tür paraneoplastik sendroma ikincil olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Etiyolojisinde lenfoproliferatif hastalıklar için uygulanan indüksiyon kemoterapisi ya da çeşitli enfeksiyöz ajanlar mevcut olsa da literatürde asetaminofen, zidovudin ve minosiklin gibi çeşitli ilaçlara, ayrıca yüksek ısı maruziyetine bağlı NEH gelişen olgular da mevcuttur. Olgumuzun mesleği gereği maruz kaldığı yüksek ısınmın etyolojik faktör olduğu düşünülmüştür. NEH, ağrılı ve polimorf lezyonlarla başvuran hastalarda, her ne kadar kemoterapi ilişkili olsa da enfeksiyöz ya da fiziksel tetikleyicilerle de ortaya çıkabileceği için akılda tutulması gereken bir tanıdır.

Anahtar Kelimeler : Nötrofilik Ekrin Hidradenit, Nötrofilik dermatozlar, Ter bezi hastalıkları, Hidradenit

Resimler

Resim Açıklaması: Resim 3



Resim Açıklaması: Resim 1



Resim Açıklaması: Resim 2



Resim Açıklaması: Resim 4





“ ORD. PROF. DR. HULUSİ BEHÇET 13. DERMATOLOJİ BAHAR SEMPOZYUMU ”

24-27 NİSAN 2025

CORNELIA DIAMOND OTEL / BELEK - ANTALYA



www.baharsempozyumu2025.com