



ANADOLU DERMATOLOJİ VE
KOZMETOLOJİ DERNEĞİ

**2. ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA
DERMATOLOJİ VE
KOZMETOLOJİ KONGRESİ
4 - 8 EYLÜL 2024**

Dedeman Hotel & Convention Center *Konya*

www.adkd.org

**BİLDİRİ ÖZETLERİ
KİTABI**



**2. ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA
DERMATOLOJİ VE
KOZMETOLOJİ KONGRESİ**



SÖZLÜ BİLDİRİLER



SS-001

Kronik Spontan Ürtiker Hastalarında Akdeniz Diyeti ve Serum I-FABP Düzeylerinin İlişkisi

Ege Aykaş¹, İjlal Erturan¹, Fevziye Burcu Şirin², Mehmet Yıldırım¹, Gül Baysal², Hikmet Orhan³

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişimi Ana Bilim Dalı

Özet: Ürtiker, kaşıntılı ve ödemli papül ve plaklarla karakterize bir hastalıktır. Klinik olarak; altı hafta veya daha uzun sürüyorsa kronik ürtiker olarak tanımlanır. Histamin, PAF ve aktif hale gelmiş olan mast hücrelerinden salınan sitokinler gibi mediyatörler; duyuşal sinir aktivasyonuna, plazma ekştravazasyonuna ve ürtikeryal lezyonlara neden olur. Akdeniz diyetinde, yüksek düzeyde sebze, meyve, kabuklu yemiş, tahıl, zeytinyağı tüketimi, orta düzeyde balık ve kümes hayvanı tüketimi; düşük düzeyde şeker, kırmızı et, süt ürünü tüketimi vardır. İnce bağırsak epitelinde üretilen I-FABP, FABP2 olarak da bilinmektedir. Yağ asitlerinin hücre içi taşınmasında rol oynadıkları düşünölmektedir. Serum I-FABP düzeyinin, bağırsak geçirgenliğiyle ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda, kronik spontan ürtiker (KSÜ) hastaları ve sağlıklı katılımcıların serum I-FABP düzeylerinin karşılaştırılması; bu düzeylerin hastalık şiddeti, Akdeniz diyet uyumu ve metabolik, biyokimyasal ve inflamatuvar parametrelerle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamıza 54 KSÜ hastası ve 54 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Katılımcıların açlık glukozu, kreatinin, ALT, lipit parametreleri, tam kan hemogram, ESR ve hs-CRP parametreleri ölçöldü. Serum I-FABP düzeyleri ELISA yöntemi ile çalışıldı. Katılımcıların fiziksel özellikleri, tansiyon, nabız ölçömleri, alışkanlıkları ve sosyodemografik verileri kaydedildi. Çalışmanın verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 29 programı kullanılarak analiz edildi. Çalışmamızda; kontrol grubunun ortalama serum I-FABP düzeyi ($1,27\pm 1,02$ ng/mL), hasta grubundan ($0,80\pm 0,71$ ng/mL) anlamlı olarak yüksek bulundu. KSÜ hastalarında serum I-FABP düzeyinin yaş, vücut kitle indeksi, bel çevresi ve ESR düzeyiyle korele olduğu göröldü. Kontrol grubunda Akdeniz diyetine sıkı düzeyde uyumlu katılımcıların serum glukoz düzeyleri anlamlı olarak düşük saptandı. Her iki grupta da Akdeniz diyeti uyumuyla hiçbir parametre arasında anlamlı bir ilişki kurulamadı. Serum I-FABP düzeyleri, Akdeniz diyeti bağıllık ölçeği skoru ve ÜAS7 skoru arasında herhangi bir korelasyon gözlenmedi. Çalışmamızın KSÜ tedavisine yönelik literatüre katkı sağlayabileceği ve I-FABP'nin KSÜ ile ilişkisi üzerine yapılacak diğer çalışmalara öncülük edebileceğini düşünöyoruz. KSÜ hastalarında Akdeniz diyetinin faydası ve serum I-FABP düzeylerindeki değişimlere yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz diyeti, diyet uyumu, I-FABP, kronik spontan ürtiker, ÜAS7

SS-002

Klinik Tanıya Dönüşmüş Histopatolojik Tanı: Inverted Foliküler Keratoz, Olgu Sunumu

Gamze Gökçaya¹, Ömer Erkam Pektaş², Murat Çelik², Cahit Yavuz¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: Inverted foliküler keratoz foliküler infundibulumda endofitik büyüme ile karakterize nadir görülen benign bir tümördür . Genellikle orta ve ileri yaş erkeklerde, %90 oranda yüz ve boyunda yerleşen, asemptomatik, soliter, beyaz-pembe nodüler ve 1 cm'den küçük verrüköz bir lezyon olarak ortaya çıkar. Kliniğimizde verruka vulgaris ve keratoakantom öntanısıyla incelenen ve histopatolojik inceleme ile inverted foliküler keratoz tanısı alan hastamızı bildirmek istiyoruz.

Hızlı gelişen hiperkeratotik papül



Sol malar bölge medialinde yerleşen keskin sınırlı papül

Anahtar Kelimeler: İverted foliküler keratoz, Keratoakantoma



SS-003

Üçüncü Basamak Bir Hastanede Apremilast Tedavisi Verilen Hastaların Değerlendirilmesi

Abdullah Çelik¹, Emirhan Öztürk¹, Enes Çevikçelik¹, Karani Erdoğan Çetin¹, Gülhan Gürel¹, Çağrı Turan¹

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Özet: Apremilast, fosfodiesteraz 4 (PDE4) inhibitörü olarak sınıflandırılan bir moleküldür. Apremilast PDE4 enzimini seçici olarak inhibe ederek hücre içi cAMP birikimini artırır ve inflamatuvar yanıtı azaltarak antiinflamatuvar bir etki gösteren immunsüpresan olmayan, immunmodulatuvar bir moleküldür. PDE4 inhibisyonu, doğal bağışıklık yanıtını seçici olarak baskılar. Bu da CX-CL9, CX-CL10, IFN- γ , TNF- α , IL-2, IL-8, IL-12 ve IL-23 gibi inflamatuvar mediatörlerin üretimini azaltır. Apremilast FDA tarafından 2014 yılında, psoriasis, psoriyatik artrit ve Behçet Hastalığının oral aftlarının tedavisinde onaylanmıştır. Ülkemizde ise 2022 yılında psoriasis ve psoriyatik artrit tedavisinde endikasyon onayını almıştır. Apremilast ayrıca geleneksel tedaviye (sistemik kortikosteroidler veya immünosüpresif ajanlar) yanıt vermeyen veya etkisiz olan çeşitli dermatolojik hastalıkların tedavisinde off-label (endikasyon dışı) olarak da kullanılmaktadır. Bunlar arasında Behçet hastalığı, atopik dermatit, alopesi areata, hidradenitis süpurativa, liken planus, sarkoidoz ve diskoid lupus gibi hastalıklar sayılabilir. En sık bildirilen yan etkiler gastrointestinal sistemle ilişkilidir: İshal, bulantı şeklinde olup bu yan etkiler, tedavinin ilk 14 günü içinde ortaya çıkar ve genellikle 28 gün içinde düzelir. Klinik çalışmalarda, tedavi sırasında depresyon ve intihar düşünceleri/davranışları da bildirilmiştir. Bu nedenle hastalar bu tarz yan etkiler açısından yakından takip edilmelidir. Burada üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda, endikasyon dahilinde ve off-label (endikasyon dışı) apremilast tedavisi kullanılan hastaları vaka serisi şeklinde sunmaktayız. Altısı erkek altısı kadın olmak üzere toplam on iki hastamız vardı. Bu hastaların 8'i psoriasis vulgaris, 1'i Behçet hastalığı, 1'i piyoderma gangrenozum, 1'i oral liken planus, 1'i rekürren eritema multiforme tanılı hastaydı. Hastaların tedavi süreleri 1-8 ay arasında değişmekteydi. Bu vaka serisi kliniğimizdeki ilk apremilast tedavi deneyimi edindiğimiz hastalardan oluşmaktadır. Hastaların çoğunda ciddi bir yan etki izlenmedi. Dermatolojide apremilast kullanımının etkinliğini ve güvenliğini gösteren geniş hasta popülasyonları ile yapılmış prospektif kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Apremilast sadece psoriasis ve psoriyatik artrit değil birçok kronik inflamatuvar hastalıkta umut vaat eden güvenli, immünsüpresif olmayan bir ajan gibi görünmektedir. Biz de bu vaka serisi ile hasta sayısı az olmasına rağmen bu konuda bir farkındalık yaratmak istedik.



2. ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

4 - 8 Eylül 2024 / Dedeman Hotel & Convention Center, Konya

Kliniğimizde apremilast tedavisi verilen hastaların bulguları

Vaka	Yaş	Cinsiyet	Tanı	Komorbidite	Geçmiş Tedaviler	İlaç	Tedavi Süresi/Etkinlik	Yan Etkiler
1	48	E	Psoriasis Vulgaris	DM, Hepatosteatoz Grade 1	Topikal KS, MTX	Apremilast	3 ay/Etkili	İzlenmedi
2	44	K	Psoriasis Vulgaris	Yok	Topikal KS, MTX	Apremilast	2.5 ay/Etkili	İzlenmedi
3	19	K	Psoriasis Vulgaris	Yok	MTX	Apremilast	1 ay/Etkili	İzlenmedi
4	49	E	Psoriasis Vulgaris	Ankilozan Spondilit	MTX, İnfliksimab, Golimumab, Guselkumab, Sekukinumab, İsekizumab	Apremilast	2 ay/Etkili	İzlenmedi
5	26	K	Psoriasis Vulgaris	Yok	Topikal KS	Apremilast	6 ay/Etkili	İzlenmedi
6	23	K	Psoriasis Vulgaris	Yok	Topikal KS	Apremilast	2.5 ay/Tedavi sonlandırıldı	Kilo kaybı, ishal, hafif depresif bulgular
7	32	E	Psoriasis Vulgaris	Yok	Topikal KS, MTX	Apremilast	2 ay/Etkili	İzlenmedi
8	23	E	Psoriasis Vulgaris	Yok	Topikal KS, Asitretin, Siklosporin	Apremilast	3 ay/Etkili	İzlenmedi
9	37	K	Behçet Hastalığı	Endometriozis	Pentoksifilin, Siklosporin, Dapson, Sertolizumab, Kolşisin	Apremilast	6 ay/Etkili	İzlenmedi
10	64	E	Piyoderma Gangrenozum	DM, HT, Astım, Hepatit B, Brucella öyküsü	Topikal KS, Sistemik KS, Adalimumab, İnfliksimab, IVIG	Apremilast	2 ay/Etkili	İzlenmedi
11	46	K	Oral Liken Planus	Behçet hastalığı	Topikal KS, Sistemik KS, Mikofenolat Mofetil, Kolşisin	Apremilast	7 ay/Etkili	İzlenmedi
12	28	E	Rekürren Eritema Multifforme	Yok	Topikal KS, Sistemik KS, Kolşisin, Valasiklovir	Apremilast	8 ay/Etkili	Hafif bulantı kusma

Anahtar Kelimeler: apremilast, Behçet Hastalığı, Liken planus, piyoderma gangrenozum, psoriasis

SS-004

Seboreik Keratoz Tedavisinde Shave Eksizyon ve Er- YAG Lazer Uygulaması

Onur Arda Atalay¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet: Seboreik keratoz tedavisinde shave eksizyon tekniğini gösteren 30 sn'lik bir video ardından yine seboreik keratoz tedavisinde Er- YAG lazer uygulamasını gösteren 40 sn'lik bir video içeren; videoların da sayıya dahil olduğu toplam 6 slayt içeren yaklaşık 3 dk sunum süresine sahip olan powerpoint sunumudur.

Sunum Özet



Sunum Özet



Sunum Özet



Sunum Özet



Anahtar Kelimeler: seboreik keratoz, shave eksizyon, Er- YAG Lazer



SS-005

Morfeahlı Hastalarda Klinik Özellikler ve Demografik Dağılım Üzerine Tek Merkezli Retrospektif İnceleme

Oğuzhan Karadeniz¹, Mustafa Tosun¹, Rukiye Yasak Güner¹, Melih Akyol¹

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Özet: Giriş: Morfea (lokalize skleroderma), etiyoloji net olmayan kutanöz sklerotik bozuklukları içeren deri hastalığıdır. Morfea'nın birçok sınıflandırması olsa da en yaygın kullanılanı Laxer ve Zulian'dır ve bu sınıflandırmada 5 ayrı alt tip arasında ayırım yapılır. Bunlar: lokalize (en sık), lineer, generalize, pansklerotik ve mikst tiplerdir. Morfea nadir bir hastalık olup genellikle erişkin dönemde 20-40 yaş aralığında ve kadınlarda daha sık görülür. Bu hastalığın tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaçlar, kombinasyon halinde uygulanan metotreksat ve sistemik glukokortikoidlerdir. Gerçekleştirmiş olduğumuz bu çalışmada kliniğimizde takipli morfea tanılı hastaların klinik özelliklerinin, laboratuvar bulgularının, eşlik eden diğer deri hastalıklarının ve tercih edilen tedavilerinin üzerine bir değerlendirme amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada kliniğimize 2005-2024 yılları arasında başvuran morfea tanılı 66 hasta dahil edilmiştir. Hastalara ait olan yaş, cinsiyet, lokalizasyon, morfea tipi, eşlik eden deri bulgusu, hemogram, sedimentasyon, immünolojik antikorlar, eozinofili, topikal tedavi, fototerapi ve sistemik tedavi verileri üzerine retrospektif olarak inceleme gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 66 hastanın 48'i (%72.7) kadın, 18'i (%27.3) erkek olarak gözlendi. Yaş ortalaması 43.1±19.96 idi. Hastalardan 48(%72.7) kişide lokalize plak, 9(%13.6) kişide Jeneralize plak, 9(%13.6) kişide de Lineer-en coup de sabre tipleri görüldü. Lezyonların lokalizasyonu incelendiğinde 34(%51.4) hasta ile en çok gövde yerleşimli olduğu sonrasında 12 (%18.2) hastada baş-boyun, 14(%21.2) hastada alt ekstremitte, 6(%9) hastada üst ekstremitte yerleşimli olduğu görüldü. Çalışmamızdaki morfea hastalarında eşlik eden deri bulguları incelendiğinde 22 (%33)hastada atrofi, 16 (%24.2) hastada hiperpigmentasyon, 15(%22.7) hastada eritem, 10(%15.2) hastada endurasyon ve 3(%4.3) hastada lezyon yerinde kıl kaybı olduğu gözlendi. Kliniğimizde takip edilen 66 hastadan 5(%7.5) kişide alopesi areata, 2(%3) kişide vitiligo, 2(%3) kişide psoriasis vulgaris gibi eşlik eden deri hastalıkları görüldü. Hastaların Laboratuvar tetkikleri incelendiğinde 18(%27.3) hastada hemogram parametrelerinde değişiklik, 10 (%15.1) hastada sedimentasyon yüksekliği, 9(%13.6) hastada eozinofili, 9(%13.6) hastada CRP değerinde yükseklik, 11(%16.6) hastada LDH'da artış, 6(%9.1) hastada RF pozitifliği, 8(%12.2) hastada ANA pozitifliği, 3(%4.6) hastada Anti-dsDNA pozitifliği, 48(%72.8) hastada D vitamini düşüklüğü, 2 hastada Borrelia Antikor pozitifliği olduğu görüldü. Hastalara kliniğimizde uygulanan tedavilere bakıldığında 66 hastanın 5(%7.6) ine fototerapi uygulandığı görüldü. Topikal tedavi alan 50 hastanın 42(%84) sinde kortikosteroid, 8 (%16) inde kalsinörin inhibitörleri tercih edildiği gözlendi. Sistemik Tedavi alan hastalarımızdan 22(%33.3) hasta ile en çok uygulanan tedavinin metotreksat ve sistemik steroid kombinasyonu olduğu görüldü. 15(%22.7) hastada metotreksat, 2(%3) hastada yalnızca steroid, 1(%1.5) hastada kolşisin, 2 (%3) hastada hidroklorokin, 1(%1.5) hastada mikofenolat mofetil' in tedavi yöntemi olarak tercih edildiği, 23(%34.8) hastada ise sistemik tedavi uygulanmadığı görüldü.

Sonuç: Morfea, bilinmeyen etiyolojisiyle bir dizi kutanöz sklerotik bozuklukları içeren bir deri hastalığıdır. Kozmetik ve fonksiyonel komplikasyonlardan kaçınılması için iyi tanınması ve tedaviye erken başlanması gereken bir hastalıktır.

Kliniğimizdeki morfea hastalarını daha yakından incelediğimiz bu çalışmamızda incelemeye aldığımız parametrelerde literatürdeki bilgileri destekler nitelikte bulgulara ulaştık. Hastalardaki tedavi rejimleri incelendiğinde topikal tedavide steroidler (%84), kalsinörin inhibitörlerinin (%16) tercih edildiği, sistemik tedavi verilen hastalarda metotreksat ve sistemik kortikosteroid kombinasyonunun (%33.3) ön planda olduğu görülmüştür.

Şekil 1. Kliniğimizde takip edilen morfea hastasına ait görüntüler



Şekil 2. Kliniğimizde takip edilen morfea hastasına ait görüntüler





Tablo 1.Morfea hastalarının sosyodemografik özellikleri

Demografik ve Klinik Özellikler	Sayısal Veriler
Yaş	43.15 (S.D: 19.96)
Cinsiyet	
-Erkek	%27.3(18)
-Kadın	%72.7(48)
Morfea Tipi	Jeneralize Plak %13.6(9) Lokelize Plak %72.7(48) Lineer Plak %13.6(9)
Lokalizasyon	Baş-Boyun %18.2(12) Gövde Ön %39.3(26) Gövde Arka %12.1(8) Üst Ekstremitte Sağ %4.5(3) Üst Ekstremitte Sol %4.5(3) Alt Ekstremitte Sağ %9.1(6) Alt Ekstremitte Sol %12.1(8)
Eşlik Eden Deri Bulgusu	Eritem %22.7(15) Endurasyon %15.2(10) Atrofi %33.3(22) Hiperpigmentasyon%24.2(16) Kıl Kaybı %4.3(3)
Eşlik Eden Deri Hastalıkları	Psoriasis Vulgaris %3(2) Vitiligo %3(2) Alopesi Areata %7.5(5) Diğer %4.5 (3)

Tablo 2. Morfea hastalarının lab bulguları ve tedavi yöntemleri

Laboratuvar Parametreleri ve Tedavi Yöntemleri	Sayısal Veriler
Hemogram Parametreleri	Değişiklik Var %27.3(18) Değişiklik Yok %72.7(48)
Sedim	Normal Aralıkta %84.8(56) Artış %15.1(10)
Eozinofili	Normal Aralıkta %86.4(57) Artış %13.6(9)
CRP	Normal Aralıkta %86.4(57) Artış %13.6(9)
LDH	Normal Aralıkta %83.3(55) Artış %16.6(11)
RF	Normal Aralıkta %90.6(60) Pozitif %9.1(6)
ANA	Negatif %87.8(58) Pozitif %12.2(8)
Anti-dsDNA	Negatif %95.4(63) Pozitif %4.6(3)
Vitamin D Seviyesi	Düşük %72.8(48) Normal %27.2(18)
Fototerapi Uygulaması	Evet %7.6(5) Hayır %92.4(61)
Topikal Tedavi	Steroid %84(42) Kalsinörin İnhibitörleri %16(8)
Sistemik Tedavi	Steroid %3(2) Kolşisin %1.5(1) Hidroksiklorokin %3(2) Mikofenolat Mofetil %1.5(1) Metotreksat+Sistemik Steroid %33.3(22) Metotreksat %22.7(15) Sistemik Tedavi Almayan %34.8(23)

Anahtar Kelimeler: Morfea, Sosyodemografi, Klinik, Laboratuvar, Tedavi

SS-006

Herpes Zosterli Hastada Brivudin Tedavisi İle Gelişen Jeneralize Fix İlaç Erüpsiyonu

Damla Gök¹, Zuhal Metin¹

¹Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet: Herpes zoster, varicella-zoster virüsünün neden olduğu ağrılı, döküntülü bir enfeksiyondur. Fix ilaç erüpsiyonu ise belirli bir ilaca maruz kalma sonucunda aynı bölgede tekrarlayan, bazen büllöz formda görülen bir deri reaksiyonudur. Bu vaka, herpes zoster enfeksiyonu sırasında brivudin tedavisi alan bir hastada gelişen jeneralize büllöz fix ilaç erüpsiyonunu rapor etmektedir. Tedavi, brivudin yerine valasiklovir ile değiştirilmiş ve hastada tam iyileşme sağlanmıştır.

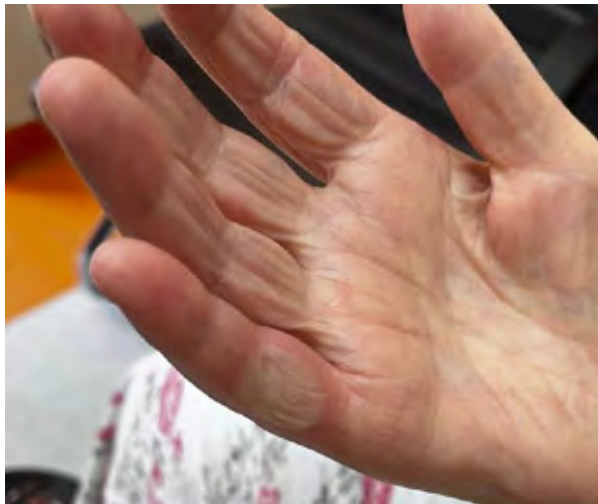
herpes zoster



fix ilaç



fix ilaç



fix ilaç



Anahtar Kelimeler: herpes zoster, jeneralize büllöz fix ilaç, valasiklovir, brivudin



SS-007

Okülokutanöz albinizmlili bir hastada pigmente melanom ve kutanöz nevüslerin dermoskopik özellikleri

Ahmet Tecik¹, Gülşen Akoğlu¹, Ertuğrul Çelik²

¹S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

²S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji

Özet: Okülokutanöz albinizmlili hastalar non-melanom deri kanserleri geliştirmeye oldukça yatkın olsalar da bu hasta grubunda melanom nadiren bildirilmiştir. Pigmente melanom tanısında birçok dermoskopik ipucu mevcuttur; ancak hipopigmente veya non-pigmente kutanöz nevüsleri melanomdan ayırt etmek genellikle zordur. Bu bildiriye, okülokutanöz albinizmlili bir hastanın pigmente melanomunun ve kutanöz nevüslerinin histopatolojik ve dermoskopik özellikleri sunulmuştur. 50 yaşında, bilinen okülokutanöz albinizmlili bir erkek hasta, yüzünde ve ellerinde aktinik keratozla uyumlu olarak değerlendirilen multipl, pürüzlü yüzeyli elevasyonlar ile başvurdu. Tüm vücut deri muayenesi yapıldığında yüz, boyun, gövde ve ekstremitelerde multipl pigmente maküller ve hipo/non-pigmente papüller görüldü. Hastanın adolesan dönemde geçirilmiş şiddetli güneş yanığı ve düzensiz güneşten koruyucu kullanımı öyküsü mevcuttu. Deri rengindeki papüllerin dermoskopik incelemesinde; yer yer düzenli, yer yer düzensiz dağılımlı virgül benzeri ve/veya noktasal damarlar izlenen non-pigmente veya homojen hafif açık kahverengi-sarımsı patern görüldü. Bunlardan altısı eksize edildi ve histopatolojik olarak intradermal nevüs tanısı konuldu. Beş adet pigmente makül eksize edildi, üçü retiküler paterndeydi ve lentijinöz nevüs tanısı konuldu. Birinde santral hipopigmentasyon ile periferik retiküler patern mevcuttu ve bileşik nevüs tanısı konuldu. Yaklaşık 1,5 cm çapında ve düzensiz sınırları olan pigmente bir makülde, iki eksende asimetri, dört renk, düzensiz kalın ışınal yapılar ve sütlü kırmızı alanlar mevcuttu ve Breslow indeksi 0,25 mm olan yüzeysel yayılan melanom tanısı konuldu. Okülokutanöz albinizmlili hastalarda düzenli aralıklarla tüm vücut deri muayenesi ve dermoskopik inceleme yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Okülokutanöz albinizm, Melanom, Kutanöz nevüs, Dermoskopi

SS-008

Roküronyum Bromür Maruziyeti ile Gelişen Postoperatif Bromoderma

Emre Sünbüloğlu¹, Cahit Yavuz¹, Fatma Tunçez Akyürek¹, Gülcan Saylam Kurtipek¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Özet: Bromoderma, bromür içeren ajanların enteral yolla alınması, inhalasyonu ve/veya doğrudan temas edilmesiyle oluşan deri döküntüleriyle karakterizedir. Ülkemizde piyasada çok sayıda brom içeren ilaç bulunmakla birlikte nadir gelişen bir klinik tablodur. Kliniğimize başvuran Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi bölümünde dekübit yaralarının operasyonu sırasında kullanılan anesteziik maddeye sekonder gelişen bromoderma tanılı olgumuzu bildirmek istiyoruz. Postoperatif dönemde infiltrate papül ve plaklarla başvuran hastalarda anesteziik maruziyetine bağlı gelişebilecek bromoderma açısından olgumuzun önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Resim-1



Bilateral tibia ön yüzde distal 2/3'lük alanda multipl dağınık yerleşimli etrafı eritemli, yer yer intakt büllelerin eşlik ettiği vejetatif plaklar ve 2-3 alanda eroziv plaklar

Resim-2



Bilateral tibia ön yüzde multipl, postinflamatuvar hiperpigmentasyonla uyumlu olan yamalar

Anahtar Kelimeler: Bromoderma, Roküronyum bromür, Postoperatif döküntü



SS-009

Bazal Hücreli Karsinom Olgularının Sistemik İmmün- İnflamatuar Yanıtlarının Değerlendirilmesi

Nihal Sarı¹, Şeyda Arslan²

¹Giresun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim dalı, Giresun, Türkiye

²Bulancak Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Giresun, Türkiye

Özet: Bazal Hücreli Karsinom Olgularının Sistemik İmmün- İnflamatuar Yanıtlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bazal hücreli karsinom(BCC); dünya çapında görülme sıklığı sürekli artmakta olan açık tenli erişkin bireylerde en sık görülen deri kanseridir. Bilinen başlıca nedeni ultraviyole toksisitesi olmakla beraber güncel etyopatogenez inflamasyon ile deri tümörogenezini birbirine bağlayan mekanizmalara odaklanmaktadır. Hemogram parametreleriyle pratik hesaplanabilen sistemik inflamatuvar indeksler; inceleme maliyeti düşük, kullanımı kolay ve non invaziv değerlendirme araçlarıdır. Biz de çalışmamızda BCC'li hastalarda sistemik immün- inflamatuvar yanıtlarının değerlendirilmesini amaçladık.

Metot: Çalışmaya hem klinik hem histopatolojik olarak BCC tanısı konulmuş olan 55 hasta ile deri kanseri öyküsü olmayan yaş ve cinsiyeti hasta grubuyla uyumlu 55 kontrol hastası dahil edildi. Hastalar ve kontrol grubundaki bireylerin nötrofil lenfosit oranı(NLO), platelet lenfosit oranı(PLO), monosit lenfosit oranı(MLO), sistemik inflamatuvar yanıt indexi(SIRI) ve sistemik immün inflamasyon indexi (SII) parametreleri retrospektif olarak incelenmiştir.Çalışmaya başlamadan önce Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı(onay tarihi ve numarası:23.10.2023/12).

Bulgular: Çalışmada yaş ve cinsiyet açısından hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel fark saptanmadı. İnflamatuar parametrelerden NLO, PLO, MLO, SIRI ve SII indeksleri açısından BCC' li hastalarda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0,228 ; p=0,208; p=0,964; p=0,552; p=0,652).

Sonuç: Bu çalışma sonucunda BCC' li hastalarda inflamatuvar patogenezi açıklayacak derecede baskın bir inflamasyonun olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızın sonucu inflamatuvar deri hastalıkları(psöriazis vb.) ve malignitelerde (skvamöz hücreli karsinom vb.) inflamatuvar yanıt endekslerinin arttığını gösteren literatürlerden farklılık göstermektedir. BCC, metastaz riski son derece düşük ve çoğunlukla lokalize bir deri kanseridir. Sistemik immün ve inflamatuvar yanıt ölçümlerinin kontrol grubuna göre belirleyiciliğinin saptanmaması, BCC'nin doğasında yer alan bu özelliklerle açıklanabilir. Konunun daha iyi aydınlatılabilmesi için daha fazla sayıda hasta içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: bazal hücreli karsinom, sistemik inflamatuvar yanıt indexi, sistemik immün inflamasyon indexi



SS-010

Tanjansiyel Işık Kullanımının ve Video Görüntülemenin Akne Skar Şiddetini Değerlendirme Üzerine Etkisi

Esra Düzdemir¹, Gülşen Akoğlu¹

¹SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Akne skarları, tedavisi hekim ve hasta için zorlayıcı olabilen ve zaman alan önemli kozmetik sorunlar arasında yer alır. Dolayısıyla, akne skarı tedavilerine başlamadan önce ve tedavi sürecinde belli aralıklarla skar bölgelerinin uygun teknik kullanılarak görüntülenmesi hem hasta hem hekimin objektif olarak değerlendirmesini sağlayacaktır. Skarlı alanı aydınlatan ışığın yönü özellikle deri rengine yakın çeşitli şekillerdeki atrofik ve hipertrofik skarların değerlendirilmesinde farklılıklar yaratabilmektedir. Literatürde akne skarlarının görüntülenmesi için fotoğraf çekim tekniği hakkında az sayıda çalışma bulunmakta olup tanjansiyel ışık kullanımı üzerinde durulmaktadır. Bu bildiride tanjansiyel ışık kullanımının ve video görüntülemenin akne skarlarının şiddetinin skorlanması üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal Metod: Kliniğimize başvuran akne skarı olan 20- 35 yaş arası 10 hastanın tanjansiyel ışık altında ve normal oda ışığında fotoğrafları kaydedilmiş, ayrıca 8 hastanın video görüntüleri alınarak hesaplanan akne şiddet skorları karşılaştırılmıştır. Akne skarlarının yaygınlığının derecelendirilmesinde 'Derinin Genel Değerlendirmesi', deri pürüzlüğünün değerlendirilmesinde 'Hekimin Deri Pürüzlüğünü Değerlendirilmesi' akne skarının skorlamasında 'Goodman ve Baron'un global akne skar evreleme sistemi ve ECCA evreleme skalaması kullanılmıştır.

Bulgular: Akne skar skorları normal oda ışığında, tanjansiyel ışık altında ve video görüntülemeye değerlendirildiğinde ölçeklerle yapılan skorlamalarda tanjansiyel ışık altında ve video görüntüleme skorları anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Akne skarlarının yapısal özelliklerini ve skar şiddetini değerlendirmede tanjansiyel ışık kullanarak fotoğraf çekimi yapılması ve mümkünse ek olarak video kaydının alınması önerilir.



2. ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ

4 - 8 Eylül 2024 / Dedeman Hotel & Convention Center, Konya

Akne skarları hastalarının görüntülerinin değerlendirilmesinde farklı metodların karşılaştırılması

Hasta No	DERİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ (SAĞ/ SOL YÜZ)			DERİ PÜRÜZLÜLÜĞÜ			ECCA EVRELEMESİ		
	<i>Oda Işığı Altında</i>	<i>Tanjansiyel Işık İle</i>	<i>Video Kaydı</i>	<i>Oda Işığı Altında</i>	<i>Tanjansiyel Işık İle</i>	<i>Video Kaydı</i>	<i>Oda Işığı Altında</i>	<i>Tanjansiyel Işık İle</i>	<i>Video Kaydı</i>
1	2/3	3/4	4/4	2	4	4	95	110	150
2	3/3	4/3	4/4	2	3	4	130	165	180
3	1/1	2/1	2/2	2	3	3	130	130	130
4	2/2	2/2	2/2	2	3	3	90	110	130
5	3/3	4/3	-	2	4	-	100	180	-
6	1/1	2/2	2/3	2	2	3	75	95	155
7	3/2	3/3	3/3	2	3	3	105	130	130
8	3/3	4/4	4/4	3	4	4	115	135	135
9	4/3	4/4	4/4	3	4	4	195	250	270
10	4/4	4/4	4/4	3	4	4	150	150	180
11	1/1	2/2	-	1	2	-	45	90	-
12	1/2	2/3	-	2	3	-	70	95	-

Anahtar Kelimeler: akne skarları görüntüleme, tanjansiyel ışık, akne skarları skorum



SS-011

Otoimmün Büllü Hastalıklarda Yıllara Göre Tanı Ve Etkileyen Faktörler: 35 Yıllık Deneyim

Rıfkiye Küçüköğlü¹, Tuğba Atıcı¹, Ayşe Çamgören¹, Yıldız Yeşim Aydoğan¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Özet: Otoimmün büllü hastalıklarda yıllara göre tanı ve etkileyen faktörler: 35 yıllık deneyim

Rıfkiye Küçüköğlü, Tuğba Atıcı, Ayşe Çamgören, Yıldız Yeşim Aydoğan

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

Giriş ve Amaç: Önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olabilen otoimmün büllü hastalıkların epidemiyolojisi ile ilgili bilgiler henüz yeterli olmamakla birlikte bu konuda belirgin coğrafi ve etnik farklılıklar olduğu bilinmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda birçok Avrupa ülkesinin aksine en sık görülen otoimmün büllü hastalık pemfigus vulgaris olarak bildirilmektedir. Ancak son yıllarda yaşam süresinin uzaması ve tanı yöntemlerindeki gelişmeler, ülkemizde de otoimmün büllü hastalıkların dağılımını etkilemiş olabilir hipotezinden yola çıkarak üçüncü basamak bir dermatoloji merkezi olarak 35 yıllık sürede otoimmün büllü hastalıkların tanı sıklığındaki değişimini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Otoimmün büllü hastalıklar polikliniğinde 1989-2023 yılları arasındaki hastaların demografik özellikleri, tanıları ve semptom başlangıcından tanıya kadar geçen süreleri kaydedildi. Elde edilen verilerin yıllara göre ve beşer yıllık dönemlerde değişkenliği istatistiksel yöntemlerle incelendi. Bulgular: Çalışma sürecinde otoimmün büllü hastalık tanısı konulan toplam 1021 (ortalama yaş: 52,3±18,2 yıl, E/K: 0.7/1) hasta mevcuttu. En sık görülen hastalıklar pemfigus vulgarisi (%47,4) takiben büllöz pemfigoid (%26,4) idi. İlk 25 yıllık dönemde tanı konulan hastaların büyük çoğunluğunu (%51,1 - %71,9) pemfigus vulgaris hastaları oluşturmaktaydı. Ancak 2014-2018 yılları arasında bu oranın %38,1 ve takiben 2019-2023 yılları arasında %31,8'e gerilediği saptandı. Büllöz pemfigoid sıklığı ise ilk 25 yıllık dönemde %16,7- %23,3 arasında değişen oranlarda iken 2014-2018 yılları arasında %27,2 ve 2019-2023 yılları arasında ise %41,8'e yükselmişti. Ayrıca büllöz pemfigoid ortalama tanı yaşı 1989-1993 arasında 62,4 yıl iken yıllar içinde artış göstererek 2019-2023 yılları arasında 71 yıla yükseldi (p<0,05). Semptom başlangıcından tanıya kadar geçen ortalama süre ise pemfigus vulgaris (2019-2023 yılları arasında 297 gün) hastalarına göre büllöz pemfigoid (2019-2023 yılları arasında 210 gün) hastalarında belirgin olarak azalmıştı (p<0,05).

Tartışma: Çalışmamızda saptadığımız büllöz pemfigoid sıklığının otoimmün büllü hastalıklar içinde görece artışı, zaman içinde yaşlı nüfusun artmasına ve tedavi seçeneklerinin çoğalmasına bağlı olabilir. Ayrıca büllöz pemfigoid hastalarında tanı süresinin kısalması hekimlerin farkındalığının artması ve tanı yöntemlerinin gelişmesi ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Otoimmün Büllü Hastalıklar, Büllöz pemfigoid, Pemfigus vulgaris, İnsidans, Prevalans



SS-012

Teledermatolojinin Benign ve Malign Deri Lezyonlarını Tanımadaki Doğruluğu

Esranur Ünal¹, Bengü Nisa Akay², Özlem Su Küçük³, Bengü Çevirgen Cemil⁴, Muhammed Burak Yücel¹, Kübra Özoğul², Saadet Nurşah Güneş¹, Ragıp Ertaş¹, Sinem Ayşe Örnek Özdemir⁴

¹S.B.Ü. Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴S.B.Ü. Etilik Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet: Giriş: Teledermatoloji, hastalardaki cilt lezyonlarını uzaktan değerlendirmek ve tedavi etmek için güncel iletişim teknolojilerinden yararlanmayı içerir. Bu uygulamanın popülaritesi son birkaç yılda hızla artmıştır. Bu çalışmada, benign ve malign deri lezyonlarının belirlenmesinde teledermatolojinin doğruluğunu yüz yüze görüşmelerle karşılaştırmayı amaçladık. Ayrıca, Fotofinder® cihazı ve el tipi dermatoskop olarak iki aracın tanısal doğruluğunu da karşılaştırdık.

Materyal ve Metod: Çalışmaya, tanıları histopatolojik inceleme ile doğrulanmış benign veya malign deri lezyonları olan 57 hasta dahil edildi. 27 hastanın fotoğrafları Fotofinder® cihazı kullanılarak çekilirken, 30 hastanın lezyonları telefon kamerası ve el dermatoskopu kullanılarak fotoğraflandı. Görüntüler altı teledermatolog tarafından incelenmiştir. Bunların geçici tanıları daha sonra hastaları bizzat gören doktor tarafından konulan tanılarla ve histopatolojik kesin tanılarla karşılaştırılmıştır. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya, bazal hücreli karsinom en sık (%31,6) olmak üzere toplam 24 farklı deri lezyonu dahil edilmiştir. Yüz yüze görüşmeler sırasında hastaların %84,2'sinde görsel muayene ve dermatoskopik değerlendirmeye dayalı olarak doğru tanı, ilk ayırıcı tanı olarak kabul edilmiştir. Teledermatologlar aynı lezyonları incelemek için makro ve mikrofotoğrafları kullandıklarında, ayırıcı tanıda doğru tanıyı ilk sırada düşünme oranı %70,8'iken, teledermatolojik değerlendirme yalnızca makrofotolara odaklandığında bu oran %63,7'de kalmıştır. Teledermatoloji, yüz yüze görüşmelere kıyasla daha düşük bir tanı doğruluğu göstermiş olsa da, fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır (%84,2'ye karşı %70,8, %84,2'ye karşı %63,7, her ikisi için de $p>0,05$). Teledermatolojide, değerlendirmede yalnızca makrofotoğraflar yerine mikrofotoğraflar kullanıldığında doğru tanı oranı artmıştır (%70,8'e karşı %63,7, $p=0,004$). Makro ve mikro fotoğraf çekmek için telefon kamerası veya Fotofinder cihazı kullanmak teledermatolojinin tanısal doğruluk oranlarını etkilememiştir (%60,5 vs %66,7, %67,9 vs %73,3, her ikisi için de $p>0,05$). Değerlendiriciler arası güvenilirlik orta düzeyde bulunmuştur (ICC:0.696). Mesleki deneyim süresi ile tanısal doğruluk oranları arasında zayıf bir korelasyon bulunmuştur ($Rho=0,128$, $p=0,018$).

Sonuç: Bu çalışma, teledermatolojinin iyi huylu ve kötü huylu deri lezyonlarının teşhisinde yüz yüze görüşmeler kadar etkili olabileceğini göstermiştir. Lezyonların makroskopik görüntülerine dermatoskopik görüntülerin eklenmesi tanısal doğruluğu artırmıştır. Tanısal doğruluk oranları kullanılan fotografik cihazlardan etkilenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Teledermatoloji, Dermoskopi, Bilgisayarlı Dermoskopi, Deri Tümörleri



SS-013

Guillain-Barre Sendromu Gelişen Bir Herpes Zoster Olgusu

Gülcan Saylam Kurtipek¹, Şeyma Bay¹, Fatma Tunçez Akyürek¹, Cahit Yavuz¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

Özet: Amaç: Herpes zoster, latent varicella-zoster virüsünün (VZV) reaktivasyonundan kaynaklanan dermatomal yayımlı, genellikle ağrılı, vezikülobüllöz erüpsiyonla karakterize sekonder bir enfeksiyondur. Guillain-Barre sendromu (GBS) ise enfeksiyöz bir etkenle tetiklenen akut, immun aracılı bir poliradikulonöropatidir. En sık saptanan etken campylobacter jejunidir. Diğer GBS ilişkili patojenler cytomegalovirus, epstein-barr virüsü, mycoplasma pneumonia, haemophilus influenza, influenza A virüsüdür. Varicella zoster ile GBS ilişkisi ise oldukça nadir bildirilmiştir. Burada ilerleyici kas güçsüzlüğü gelişen herpes zoster takipli hastada elektromyografi (EMG) ile doğruladığımız Guillain-Barre olgusu sunulmaktadır. Olgu: 84 yaşında kadın hasta göğüs ve sırtında ağrılı, yanma eşlik eden kızarıklık ve su dolu kabarcık şikayeti ile acil servisten tarafımıza danışıldı. Hastanın şikayeti 1 hafta önce başlamıştı. Özgeçmişinde diabetes mellitus ve hipertansiyon mevcuttu. Ateşi olmayan ve vital bulguları stabil olan hastanın sistemik muayenesi doğaldı. Dermatolojik muayenesinde sağ sternum ortasından başlayıp sağ sırt orta hatta uzanan T4 dermatomuna uyumlu bölgede, eritemli zeminde grube veziküller, yer yer hemorajik yer yer seröz içerikli büller ve erozyonlar izlendi. Mukozalar doğaldı. Laboratuvar incelemede C-reaktif protein (38.3) ve kreatinin (1.24) yüksekliği, glomerüler filtrasyon hızı (53) düşüklüğü mevcuttu. Hastaya herpes zoster tanısı koyuldu ve servisimize yatırılı yapıldı. İntravenöz 3x10 mg/kg asiklovir, intravenöz 4x2 gr ampisilin/sulbactam tedavisi ve günlük kreatinin takibi başlandı. Tedavisinin 2. gününde hastanın ayaklarında uyuşma şikayeti başladı. 1 gün sonra alt ekstremitede güçsüzlük ve idrar kaçırma şikayeti eklenen hastada en son yutma güçlüğü gelişti. Yatağa bağımlı hale geldi. Nörolojik muayenesinde bilinci açık, pupiller izokorik, üst ekstremitede kas gücü 5/5, bilateral alt ekstremitede flexör/extensör kas gücü 2/5'ti. Derin tendon refleksleri hipoaktif, patolojik refleks ve seviye veren duyu defisiti yoktu. Yapılan görüntülemelerde abloyu açıklayabilecek patoloji saptanmadı. EMG'de yaygın demyelinizan ağırlıklı mixt tip periferik nöropati ile uyumlu bulgular görülen hastaya Guillan Barre sendromu tanısı koyularak nöroloji servisine devri yapıldı. 5 gün 0.4 gr/kg/gün intravenöz immünglobulin (İVİG) tedavisi ve 14 gün fizyoterapi aldı. Şikayetleri büyük ölçüde gerileyen hasta, egzersiz programı verilerek önerilerle taburcu edildi. Sonuç: Herpes Zosterin en sık görülen komplikasyonu postherpetik nevraljidir. Sekonder bakteriyel enfeksiyon, meningoensefalit, pnömoni, hepatit, kraniyal ve motor sinir kaybı diğer komplikasyonları arasındadır. Guillain-Barre sendromu gelişimi ise daha az sıklıkta görülmektedir. Herpes Zoster genellikle kendi kendini sınırlayan bir hastalık olsa da özellikle yaşlı, immunsupresif hastalarda ciddi sekellere ve mortaliteye sebep olabilecek komplikasyonlara yol açabilir. Takip edilen hastalarda gelişebilecek komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. Bu vaka herpes zosterde erken tanı ve tedavi kadar komplikasyon yönetiminin de son derece önemli olduğuna dikkat çekmek, Guillain-Barre ilişkisine yönelik literatüre katkıda bulunmak amacıyla bildirilmiştir.

Resim 1



sağ sternum ortasından başlayan eritemli zeminde grube veziküller ve seröz büller

Resim 2



sağ sırt orta hatta uzanan t4 dermatomuyla uyumlu bölgede yer yer hemorajik yer yer seröz bül ve erozyonlar

Anahtar Kelimeler: guillain-barre sendromu, herpes zoster, komplikasyonlar, varicella zoster virüsü



**2. ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA
DERMATOLOJİ VE
KOZMETOLOJİ KONGRESİ**



POSTER BİLDİRİLER



PS-001

Komplike Cilt Yumuşak Doku Enfeksiyonlu Bir Olgu Sunumu

Esmâ Keçenek Kurt¹, Rûmeysa Özel Gök¹, İlkey Özer², Ali Acar³, Bekir Turgut⁴

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı

Özet: Amaç; Selülit, ciltte eritem, ödem ve sıcaklık alanı olarak kendini gösterir. Şiddetli sepsis, septik şok veya immün sistemi baskılayan durumu olan hastalarda selülit şiddetli ve komplike seyredebilir. Bu yazıda 30 gün önce batın içi operasyon öyküsü olan komplike cilt yumuşak doku enfeksiyon olgusu sunulmaktadır. Dirençli olgularda multidisipliner yaklaşımın ve parenteral antibiyotik tedavisinin önemi vurgulanmaktadır. Olgu; Bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon, hipotiroidi, geçirilmiş derin ven trombozu öyküleri olan 72 yaşındaki hasta acil servisine her iki bacakta ısı artışı, kızarıklık, şişlik şikayeti ile başvurdu. Şikayetleri yaklaşık 1 aydır olan hastaya idrar çıkışında azalma, karında şişlik de eklenmiş. Bacaklardaki kızarıklık hattının ilerlemesi üzerine intaniye servisine yatırıldı. Yakın zamanlı endometrial malignite ön tanısı ile Total Abdominal Histerektomi, Bilateral Salpingooferektomi ve beraberinde inguinal lenf nodu diseksiyon operasyonu olan hastanın aynı dönemde üriner sistem enfeksiyonu ile yatışı mevcuttu. Yine selülit için siprofloksasin, fusidik asit, amoksisilin-klavunat kullanımları mevcuttu. Genel durumu orta-kötü olan hastanın vitalleri stabildi. Solunum seslerinde bazallerde bilateral raller mevcuttu. Batın distandüydü. Vulvada ve bacaklarda bilateral gode bırakmayan +3 ödemeleri vardı. Her iki bacakta diz kapağı üzerine kadar uzanan şişlik, kızarıklık, ısı artışı mevcuttu (Figüre 1). Yapılan tetkiklerinde WBC:10.260u/dL, Hg:8.6g/dL, Trombosit:506.000u/dL ,Kreatinin;1,7mg/dl, CRP:160mg/L, Prokalsitonin:0,2ug/L olarak sonuçlandı. Diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Çekilen batın tomografisinde ve batın ultrasonografisi "Batın içini tamamen kaplayan lenfösel ve beraberinde 8*4 cm boyutlarında kistik lezyonlar ve böbreklerde grade 1-2 ektazi" olarak raporlandı. Bilateral alt ekstremite arteriyel ve venöz doppler ultrasonografisinde trombüs saptanmadı. Hastanın kültürleri alındıktan sonra meropenem ve teikoplanin tedavisi başlandı. Alınan kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Akut böbrek yetmezliği tablosunda olan hastada mevcut ödemli tablo batın içindeki kitlelere sekonder düşünüldü. Batın içi kist ve lenfösel drenajı için girişimsel radyoloji tarafından boşaltıcı drenaj kateteri takıldı. Kontrol görüntülemelerinde batın içindeki kistik lezyonda gerileme olan hastada akut böbrek yetmezliği tablosu takipte geriledi. Sistemik tedavisine ek olarak borik asit (bacakta lezyonlar üzerine 4*15 dk) , fusidik asit hidrokortizon kombinasyonu krem (2*1 lezyonlara) , naftifin hidroklorür krem (1*1 ayak tabanına ve parmak aralarına), ve Sertakonazol nitrat krem (1*1 ayak üzerine) ve bacak elevasyonu uygulandı. Batın içi katater ile sıvı boşaltılması ve antibiyoterapi altında selülit hattı gerileyen enfeksiyon parametreleri normale dönen hasta 21 gün tedavi sonrası şifa ile taburcu edildi. Sonuç: Bu olguda altta yatan komorbiditeleri olan hastada parenteral antibiyotik tedavisi verilmiştir. Batındaki lenf nodlarının alınması sonrası gelişen yaygın ödemden dolayı enfeksiyon tablosu komplike seyretmiş ve sıvı boşaltılması açısından batına katater konulduktan sonra bacaklardaki ödem de gerileyince hasta düzelmiştir.

Figure 1



Hastanın bacakdaki lezyonları

Anahtar Kelimeler: Selülit, Multidisipliner yaklaşım, Kaynak kontrolü

PS-002

Beklenmedik Bir İkili: AGEP ve TEN Örtüşmesi

Kübra Karataş¹, Sibel Yıldız¹, Selami Aykut Temiz¹, Rümeysa Kıratlı², Sıdıka Fındık², Recep Dursun¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

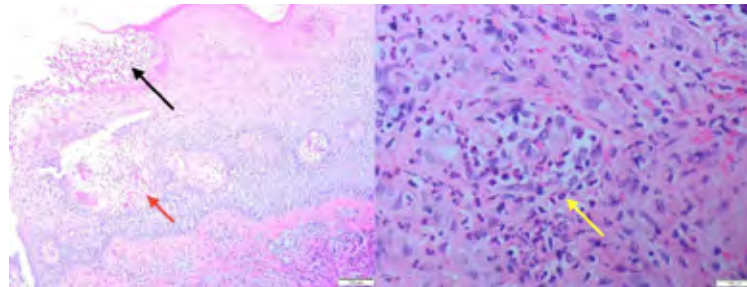
Özet: Giriş ve Amaç Ciltteki advers ilaç reaksiyonları hastanede yatan hastalar için önemli bir endişe kaynağıdır. Bu reaksiyonlar genellikle hafif ve geçici olabilirken, nadir durumlarda ciddi ve yaşamı tehdit edici komplikasyonlara yol açabilir. Akut generalize ekzantematöz püstüloz (AGEP) ve toksik epidermal nekroliz (TEN) ciddi kutanöz ilaç reaksiyonlarıdır. AGEP, ani gelişen eritemli zeminde steril püstüllerle karakterize bir ilaç reaksiyonu iken; TEN daha ciddi ve yaygın cilt, mukoza tutulumu ve sistemik semptomlarla seyreden bir reaksiyondur. Burada AGEP tanısıyla başvuran ve tedavi sürecinde TEN geliştiren nadir bir olguyu sunmaktayız. Bu durum, tedavi planının ve klinik yaklaşımın revize edilmesini gerektirmiştir. Olgu AGEP ve TEN arasındaki ilişkiyi vurgulayarak, bu tür vakalara karşı klinik farkındalığı artırmayı amaçlamaktadır. Olgu 66 yaşındaki erkek hasta, ciltte son 2 gündür giderek artan döküntüler şikayeti nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın tıbbi geçmişinde hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hemorajik serebrovasküler olay bulunmaktaydı. Bir ay önce serebrovasküler hastalık nedeniyle levitirasetam tedavisi başlanan hasta, iki hafta önce kendi isteğiyle ilacı bırakmıştı. Dermatolojik muayenesinde kıvrım alanlarında daha yoğun olmak üzere gövdede yer yer birleşmeye eğilimli eritemli zeminde nonfoliküler püstüller mevcuttu (Figür 1). Başvurusunda lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesi AGEP ile uyumlu bulundu. EuroSCAR kriterlerine göre skoru 10 olarak belirlenerek ‘kesin AGEP’ tanısı kondu ve tedaviye 0,50 mg/kg’den sistemik metilprednizolon ile başlandı. Ancak kliniğimizde takibindeki 4. günde püstüllerin gerileyerek koyu eritemli zeminde bül ve erozyonların geliştiği görüldü (Figür 2). Epidermal ayrışma hızla ilerleyerek vücut yüzey alanının %30 undan fazlasını kaplayan, Nikolsky pozitif alanlar içeren ve şiddetli mukozal tutulumun izlendiği olguya TEN tanısı kondu ve tedavisi revize edildi. SCORTEN skoru 4 olarak belirlenen olguda metilprednizolon dozu 0,75 mg/kg şeklinde düzenlenerek 2 gr/kg IVIG tedavisi uygulandı. Takipte iyileşme gözlemlendi. Sonuç Advers kutanöz ilaç reaksiyonları, hastanede yatan hastaların %2-3’ünü etkiler ve çok azı ciddi kutanöz advers reaksiyonlara dönüşür. AGEP ve TEN, nadir ancak ciddi ilaç reaksiyonlarıdır. AGEP ve TEN’ in temel tedavisi öncelikle suçlanan ilacın kesilmesidir. AGEP genellikle kendi kendini sınırlayan bir reaksiyon olup semptomatik tedavi yeterlidir. TEN ise multidisipliner yaklaşım ve dikkatli yönetim gerektirir. Şiddetli AGEP ve TEN ayrımı prognoz, tedavi seçimi ve yönetimi açısından farklılıklar göstermesi nedeniyle önemlidir. Kutanoz advers ilaç reaksiyonları farklı histopatolojik ve klinik özellikler göstermesine rağmen örtüşen olgular nadirdir. Literatürde AGEP ve TEN örtüşmesi vakaları sınırlı sayıda rapor edilmiş olup birbirine dönüşme mekanizmaları tam olarak anlaşılammıştır. Bu rapor, AGEP ve TEN arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Aradaki ilişkinin ortaya konması için daha fazla vaka raporu ve klinik çalışmaya ihtiyaç vardır

Figür 1



Birleşmeye eğilimli eritemli zeminde nonfoliküler püstüller

Figür 2



Siyah ok: subkorneal püstül Kırmızı ok: intrakorneal püstül Sarı ok: perivasküler nötrofil infiltrasyona eşlik eden eozinofiller

Figür 3



Deride koyu eritemli zeminde ayrılmış alanlar

Anahtar Kelimeler: akut jeneralize ekzantematöz püstüloz, toksik epidermal nekroliz, şiddetli kütanöz advers ilaç reaksiyonu, ilaç reaksiyonu



PS-003

Hutchinson Plağından Tanı Alan Sistemik Sarkoidoz Olgusu

Saliha Aslan¹, Selami Aykut Temiz¹, İpek Gürel², Pembe Oltulu², Celalettin Korkmaz³, Recep Dursun¹

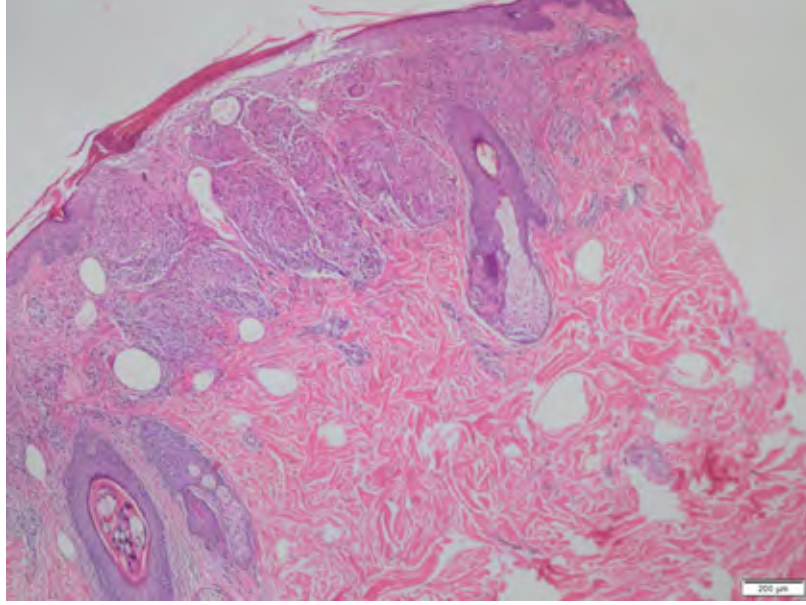
¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

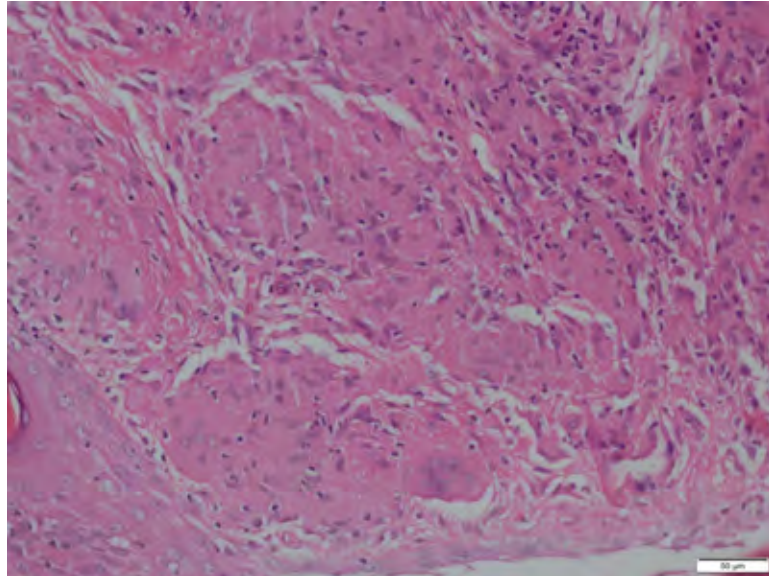
Özet: Sarkoidoz, akciğer, lenf bezi, cilt başta olmak üzere kardiyovasküler sistem, nörolojik sistem ve öküler sistem gibi çok sayıda organ ve sistem tutulumu yapabilen ve tutulum yaptığı organlarda nonkazefiye granülomlarla seyreden, etyolojisi multifaktöryel olan kronik seyirli inflamatuvar, granülomatöz bir hastalıktır. Klinik spektrumun genişliği ve birçok hastalıkla ayırıcı tanıya girebilmesinden dolayı sarkoidoz tanısı koyulurken epidemiyolojik ve klinik verilerin yanı sıra radyografik görüntüleme, laboratuvar tetkikleri ve histopatolojik inceleme ve multidisipliner bir inceleme gerekebilmektedir. Özellikle kutanöz sarkoidoz, çok çeşitli cilt bulgusu morfolojisine sahip olmasından dolayı dermatolojinin 'taklitçi' hastalıklarından sayılmaktadır. Biz de yaklaşık bir yıldır etyolojisi aydınlatılamayan üveit ile takip edilmekteyken rutin kontrolleri sırasında ortaya çıkan cilt lezyonlarının biyopsi sonrası lezyonun hutchinson plağı olarak tanımlanması üzerine sistemik sarkoidoz tanısı alan, bilinen diabetes mellitus ve geçirilmiş inferior miyokard infarktüsü sonrası koroner girişim ve stent öyküsü olan 52 yaşında erkek hasta olgumuzu farkındalık yaratmak amacıyla sunmaktayız. Diğer organ tutulumlarının histopatolojik olarak kanıtlanmasının daha zor olması sebebiyle sarkoidoz tanısı koymak adına lezyonlu ciltten yapılan biyopsisiyle tanıya daha kısa sürede kolayca ulaşılabilir. Hızlı teşhis tedavi sürecini ve prognozu olumlu yönde etkilemekte hatta bazı kutanöz lezyonların varlığı sayesinde sistemik tutulumun prognozu çok önceden öngörülebilmektedir. Biz de hastamızdan aldığımız cilt biyopsisi sayesinde hem üveit etyolojisini aydınlatmış hem de sistemik sarkoidoz tablosunun varlığını ortaya koymuş olduk. Sonuç olarak sistemik tutulum olsun veya olmasın kutanöz bulguların varlığında sarkoidoza ait olabilecek bulguların gözden kaçırılmaması için ayrıntılı bir dermatolojik muayene yapılması ve herhangi bir aşamada sistemik sarkoidoz gelişebileceği için uzun süreli takip ile sistemik taramaların ihmal edilmemesi büyük önem arz etmektedir.

Non kazefiye granülom yapıları



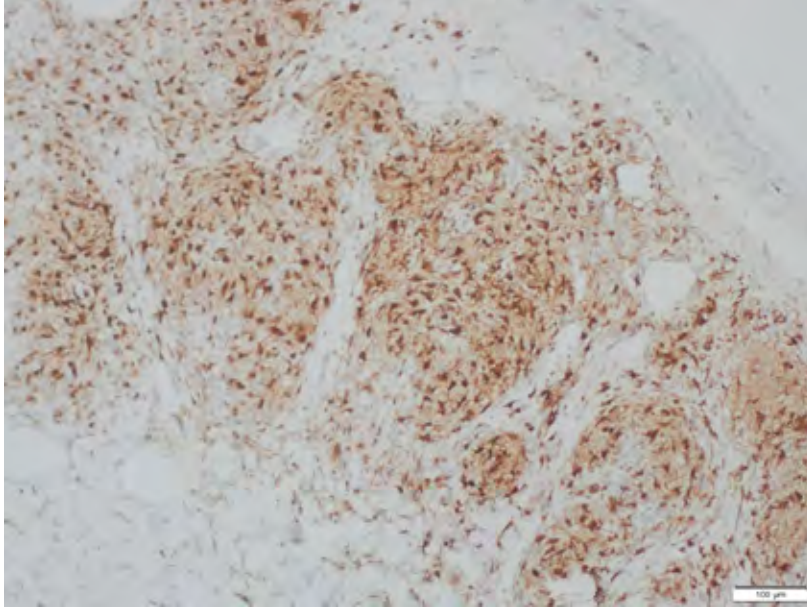
Sırttan alınan 1 adet 0,4 çapında 0,3 cm derinliğinde punch biyopsi materyalinin mikroskopik incelemesinde; yüzeysel ve papiller dermis yerleşimli non-nekrotik granülomatöz reaksiyon mevcuttur. CD68 pozitif çok sayıda dev hücre ve granülom yapısı mevcuttur. Bu alanlarda histokimyasal EZN, PAS ve GMS boyamada mikroorganizma izlenmedi.

Non kazeifiye granülom yapıları



Non kazeifiye granülomatöz inflamasyon, dev hücre yapıları

Non kazeifiye granülom yapıları



İmmunhistokimyasal CD68 ile granülom yapıları

Sırtta 'Hutchinson plağı' uyumlu eritemli skuamlı geniş plak



Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, hutchinson plağı, idiyomatik üveit, non kazeifiye granülom



PS-004

Hızlı İlerleyen Cilt Yumuşak Doku Enfeksiyonlu Bir Olgu Sunumu

Esmâ Keçenek Kurt¹, Kader Akın¹, İlçay Özer²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Bölümü

Özet: Amaç : Selülit, derin dermis ve subkutan yağ dokusunu tutan ve sistemik belirtilere de yol açabilen enfeksiyöz bir hastalıktır. Bölgesel eritem, ısı artışı, şişlik, ağrı ve hassasiyet tipik klinik bulgularını oluşturur. Vücudun her yerinde olan bu lezyonlar genellikle travma veya bir deri lezyonu sonrasında gelişebilir. Streptococcus pyogenes ve Staphylococcus aureus en sık etken olan mikroorganizmalardır. Tedavi edilmediğinde sepsis nedeni olarak karşımıza çıkabilir. Bu yazıda sağ baş parmağını bıçakla kesme sonucu hızlı ilerleyen selülit olgusu sunulmaktadır. OLGU : Bilinen hipertansiyonu, vertigosu olan 47 yaşındaki kadın hasta enfeksiyon polikliniğine başvurmadan 4 gün önce yemek yaparken sağ baş parmağını derin olmayacak şekilde kesmiş. İki gün sonra soğuk terleme, 38° ateş, bir defa senkop geçirme şikayeti ile enfeksiyon polikliniğine başvurdu. Sağ kolunda yaygın ısı artışı, şişlik, kızarıklık, ısı artışı, ağrı olan genel durumu orta olan hasta enfeksiyon servisine yatırıldı. Yattığında fizik muayenesinde vital bulguları normaldi. Sağ el baş parmandan bileğin 4 cm üstüne kadar kızarıklık, ısı artışı, ödem mevcuttu. Bunun dışında fizik muayenesi normaldi. Beyaz küre: $20.79 \cdot 10^3/uL$ nötrofil: $18.2 \cdot 10^3 /uL$ C reaktif protein: 199 mg/L prokalsitonin: 0.9 ug/L diğer hematolojik ve biyokimyasal parametreleri normaldi. Kan kültürü alındıktan sonra seftriakson ve teikoplanin başlandı. Yüzeysel doku ultrasonografisinde ‘‘Sağ el palmar ve dorsal yüzde cilt altı yağ dokusunda ödemli görünüm mevcut olup kalınlık ve inflamatuvar eko artışı izlendi. Belirgin sıvı lokülasyonu izlenmedi’’ şeklinde raporlandı. Eli aşırı ödemli olan ve ağrısı olan hasta kompartman sendromu açısından ortopedi bölümüne danışıldı. Hastada kompartman sendromu düşünülmeydi. Selülit hattı ilerleyen ve şikayetleri devam eden hastada seftriakson kesildi. Piperasalin tazobaktam başlandı. Teikoplanine devam edildi. Şikayetleri geçmeyen selülit hattı ilerleyen hastada en son Meropenem ve Teikoplanine geçildi. Eline her gün soğuk uygulama ve elevasyon yapıldı. Ağrı kesicileri düzenlendi. Hastaya arteriyel ve venöz dopler ultrasonografisinde kan akımı normal saptandı. Daha önce alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Toplamda bir gün seftriakson, bir gün piperasalin tazobaktam, 8 gün meropenem, 10 gün teikoplanin alan hastanın genel durumu takipte düzeldi. Selülit hattı belirgin geriledi. Enfeksiyon parametreleri normale döndü. Elinde çok küçük bir alanda kalınca moksifloksasin 1x1 ve fusidik asit 3x500 mg tb ile taburcu edildi. Bir hafta sonra poliklinik kontrolünde eli tam düzelince antibiyotikler kesildi. Sonraki kontrolde tam düzelme görüldü. Sonuç: El baş parmağını bıçakla kesme sonrası hızlı ilerleyen selülitli olan hastada farklı antimikrobiyallere rağmen enfeksiyon hızla ilerleyip ampirik başlanılan meropenem ve teikoplanin kombinasyon tedavisi ile düzeldi. Hastamızda etken mikroorganizma üretilmedi. Hızlı ilerleyen selülitte sıklıkla toksin üreten patojenlerden kaynaklandığından parenteral uzun süreli antimikrobiyal tedavi gereklidir.

Hastanın ilk yattığındaki görüntüsü



Hastanın ilk yatışı sırasında elinin görüntüsü

Fotoğraf 2



Hastanın elinden yukarı doğru ilerlemiş hali

Fotoğraf 3



Oral antibiyotikle taburcu edilirken

Anahtar Kelimeler: Selülit, Parenteral Antibiyotik



PS-005

Multifokal Primer Kutanöz Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma: Geç Tanı Almış Atipik Bir Prezantasyon

Mehmet Cirit¹, İjlal Erturan¹, Raşit Akdeniz², Mehmet Yıldırım¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta

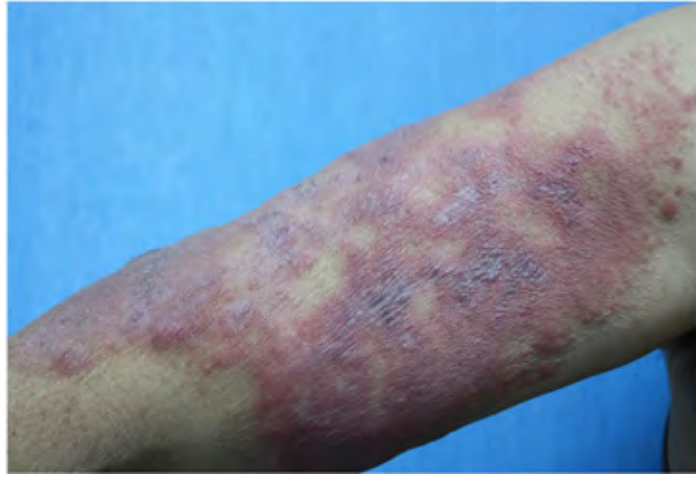
²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

Özet: Primer kutanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma (PK-ABHL), mikozis fungoidesten (MF) sonra en sık görülen ikinci kutanöz T hücreli lenfoma olup kutanöz CD30+ T hücreli lenfoproliferatif bozukluk spektrumuna ait bir antidedir. Burada nadir bir prezantasyona sahip ve geç tanı alan multifokal PK-ABHL tanılı olguyu sunuyoruz. Elli iki yaşında erkek hasta, sağ kolunda 30 yıldır olan fakat son 3-4 aydır daha hızlı büyüyen ve aynı zamanda kalça üzerinde 3-4 aydır olan kızarıklıklar ve sertlikler şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Dış merkezde 2018 yılında alınan biyopsi reaktif dermatoz, lenfomatoid papülozis ve lenfoid malignite ayrımı yapılamamıştır olarak raporlanmıştı. Dermatolojik muayenesinde sağ kolu 360 derece çevreleyen yaklaşık 20 cm boyunca uzanan eritemli papül, plaklar ve yer yer subkutan nodüller, bilateral gluteal ve sakral bölgede dağınık yerleşimli eritemli papüller gözlemlendi. Hastanın sağ kolundaki bir nodül lezyondan lenfomatoid papülozis, MF, PK-ABHL, sarkoidoz, derin mantar enfeksiyonu ön tanılarıyla biyopsi alındı. Histopatolojik ve immünohistokimyasal incelemesinde, dermiste infiltrasyon yapan belirgin pembe nükleoluslu geniş sitoplazmalı düzensiz nükleollü atipik hücrelerde CD3, CD5 ve CD30 ile immünreaktivite, anaplastik lenfoma kinaz (ALK) gen ekspresyonu negatifliği ve CD8 ile boyanmada azalma vardı. Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde PK-ABHL tanısı konuldu. Sistemik tutulum açısından hematolojiye yönlendirilen hastadan kemik iliği biyopsisi ve F-18 FDG PET-BT istendi. Kemik iliği incelemesi normosellülerdi. PET-BT’de sağ aksiller bölgede yaklaşık 14x11 mm boyutlarında metastaz ile uyumlu hipermetabolik lenf nodu izlendi. Hastaya, multifokal lezyonların ve ekstrakutanöz hastalığın olması nedeniyle brentuksimab tedavisi planlandı. PK-ABHL, DSÖ’nün lenfoid neoplazm sınıflandırmasına göre, sessiz klinik davranışı olan bir non-Hodgkin lenfomadır. Genellikle 50-70 yaş arası yetişkinlerde görülür ve erkek/kadın oranı 2:1’dir. Hastalar genellikle haftalar, aylardır olan yüz, gövde veya ekstremitelerde asemptomatik, soliter, grube veya multifokal, kırmızı-kahverengi papül veya nodüllerle başvururlar. Hastaların %50’sinde lezyonlar spontan olarak gerileyebilir ancak nüks siktir. Hastaların %20’sinde ise multifokal lezyonlar görülebilir. 10 yıllık %95’lik sağkalım oranıyla iyi bir prognoza sahiptir. Histopatolojisinde, oval/düzensiz şekilli çekirdekler, belirgin nükleoller ve bol sitoplazmalı tümör hücreleri görülür. Tanım gereği tümör hücrelerinin %75’inden fazlasında CD30 pozitifliği olmalıdır. Vakaların %80’inde CD8 negatifliği görülür. PK-ABHL’de ALK gen ekspresyonu negatifliği izlenir. Tanı için diğer kriter ise MF klinik kanıtının olmamasıdır. Brentuksimab ise multifokal, dirençli lezyonları veya ekstrakutanöz hastalığı olan hastalarda düşünülebilir. Olgumuz, kol ve gluteal bölgede birden fazla lezyonun izlenmesi, sistemik semptomların olmaması ve immünohistokimyasal incelemesinde ALK negatifliği olması nedeniyle multifokal PK-ABHL olarak değerlendirilmiştir. Sistemik tutulum saptanmamış olmasına rağmen ekstrakutanöz hastalık olduğu için olgumuza kemoterapi planlanmıştır. Klinik ve patolojik olarak lenfoma tanısının dışlanamadığı hastalarda yakın takip ve uygun aralıklarla biyopsi tekrarı yapılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

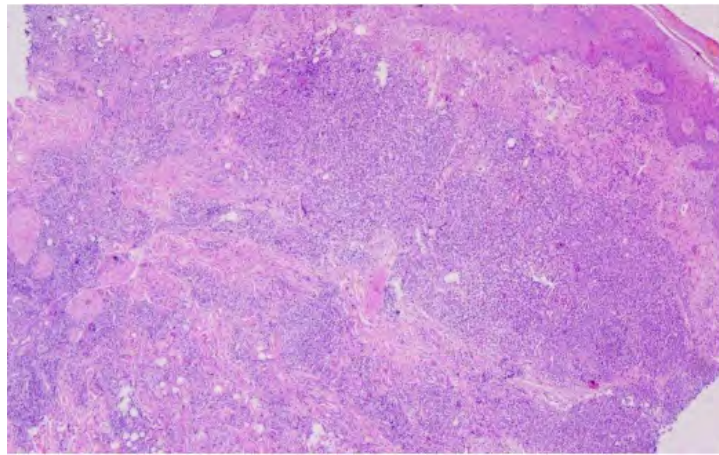
Sağ kol posterolateralinde eritemli papül, plaklar ve yer yer subkutan nodüller



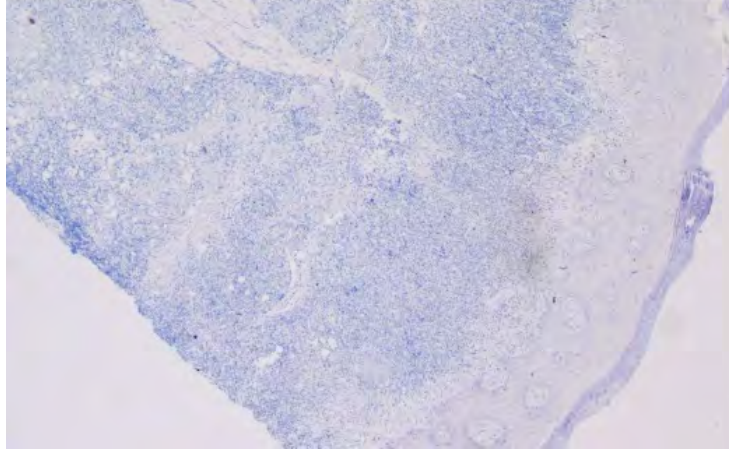
Sağ kol anteriorunda eritemli papül ve plaklar



Dermiste infiltrasyon yapan belirgin pembe nükleoluslu geniş sitoplazmalı düzensiz nükleollü atipik hücreler (H&E boyama, x4)



ALK gen ekspresyonu negatifliği (x4)



Anahtar Kelimeler: kutanöz CD30+ T hücreli lenfoproliferatif bozukluk, multifokal, primer kutanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma



PS-006

Nadir Bir Kutanöz Hamartom Varyantı: İzole Plantar Serebriform Kollajenoma

Ahmet Turan Ünsal¹, Mustafa Tosun¹, Rukiye Yasak Güner¹, Melih Akyol¹, Şeyhmus Kaya²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

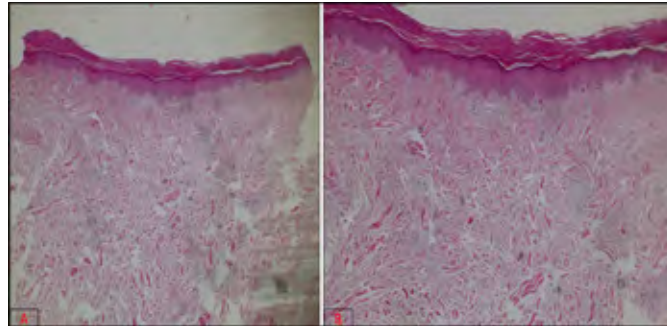
Özet: GİRİŞ Kollajenomalar veya kollajen içerikli bağ dokusu nevusü, dermal hamartomlar olarak tanımlanmıştır. Bu nevuslerde bağ dokusunun baskın olduğu doku içeriği kollajendir (1). Kollajenomalar kalıtsal veya sporadik olabilir. Eşlik edebilen klinik patolojik bir durumun olmadığı kollajenomalar oldukça nadirdir (2 – 5). VAKA SUNUMU 27 yaşında kadın hasta sağ ayak tabanında olan kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Lezyon yaklaşık 9x4.5x3 cm deriden kabarık, lobüle görünümlü kirli-beyaz renkli, tümöral lezyon şeklindeydi. Hastanın travma ya da başka bir hastalık öyküsü yoktu. Aile öyküsü bulunmamaktaydı. Alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste hiperortokeratoz ve hafif akantoz, yüzeysel dermis ve retiküler dermiste kollajende yaygın kabalaşma görülmekteydi. Histopatolojik bulgular, klinik prezentasyon ile birlikte değerlendirildiğinde izole plantar serebriform kollajenoma tanısı konuldu. Hasta eksizyon açısından Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi bölümüne yönlendirildi. SONUÇ Derinin konnektif doku nevusleri, ekstrasellüler matriks elemanlarından olan kollajen, elastin ya da proteoglikanlardan oluşan hamartomatöz lezyonlardır (2). Kollajen tipi konnektif doku nevusleri ya da kollajenomalar, dermiste kollajenin aşırı birikimiyle oluşan bir bağ dokusu nevusudur (1). Genel olarak kalıtsal ve edinsel olarak sınıflandırılır (5). Kalıtsal gruptakiler familial kutanöz kollajenoma, Proteus sendromunda görülen plantar serebriform kollajenoma, tuberosklerozdaki Shagreen yamaları ve Buschke-Ollendorff sendromunda osteopoikilozis ile birlikte olan dissemine lentiküler dermatofibrozis olarak karşımıza çıkarken, edinsel olanlar kendi içinde erüptif ve izole olarak ikiye ayrılır (5). İzole kollajenoma, aile öyküsü olmadan tek lokalizasyonda ortaya çıkar ve yavaş bir progresyon izler. Sıklıkla baş, boyun, gövde ve üst ekstremitelerde yerleşir (4). Avuç içi ve ayak tabanında lokalize olanların üzerindeki deri hiperkeratotik bazen de serebriform bir görünüm alabilmektedir (3). Bizim vakamızda ise sık görülen yerleşim alanları dışında ayak plantar yüzde yerleşmekteydi ve yine nadir bir morfolojik şekil olarak serebriform görünümdeydi. Erüptif kollajenomalar klinik olarak familial kutanöz kollajenomaya benzer (3). Çok sayıda nodül gövde ve ekstremitelerde görülebilmekte ve bazen simetrik olabilmektedir (4). Ama aile öyküsü yoktur (4). Hastalar genellikle sağlıklıdır ve lezyonların oluşumu anidir (6). Olgumuzda da aile öyküsü yoktu ve lezyonlar sağ ayak plantar yüz olmak üzere tek bir bölgede mevcuttu. Yavaş progresyon göstermişti. Hastamızda proteus sendromu ve tuberoskleroz gibi eşlik edebilen hastalıklar yoktu. Ayak tabanında lokalize olmakla beraber serebriform görünüm mevcuttu. Kollajenoma, benign bir hastalıktır ama spontan gerileme söz konusu değildir. Medikal tedavinin yeri yoktur. Kozmetik veya fonksiyonel sorun oluşturan izole lezyonlar cerrahi olarak çıkarılabilir. Bizim bu vakayı sunma amacımız ise , nadir görülen bir konnektif doku nevusü olması ve sık görülen lokalizasyonlar dışında ve morfolojide görülmesidir.

Resim 1:



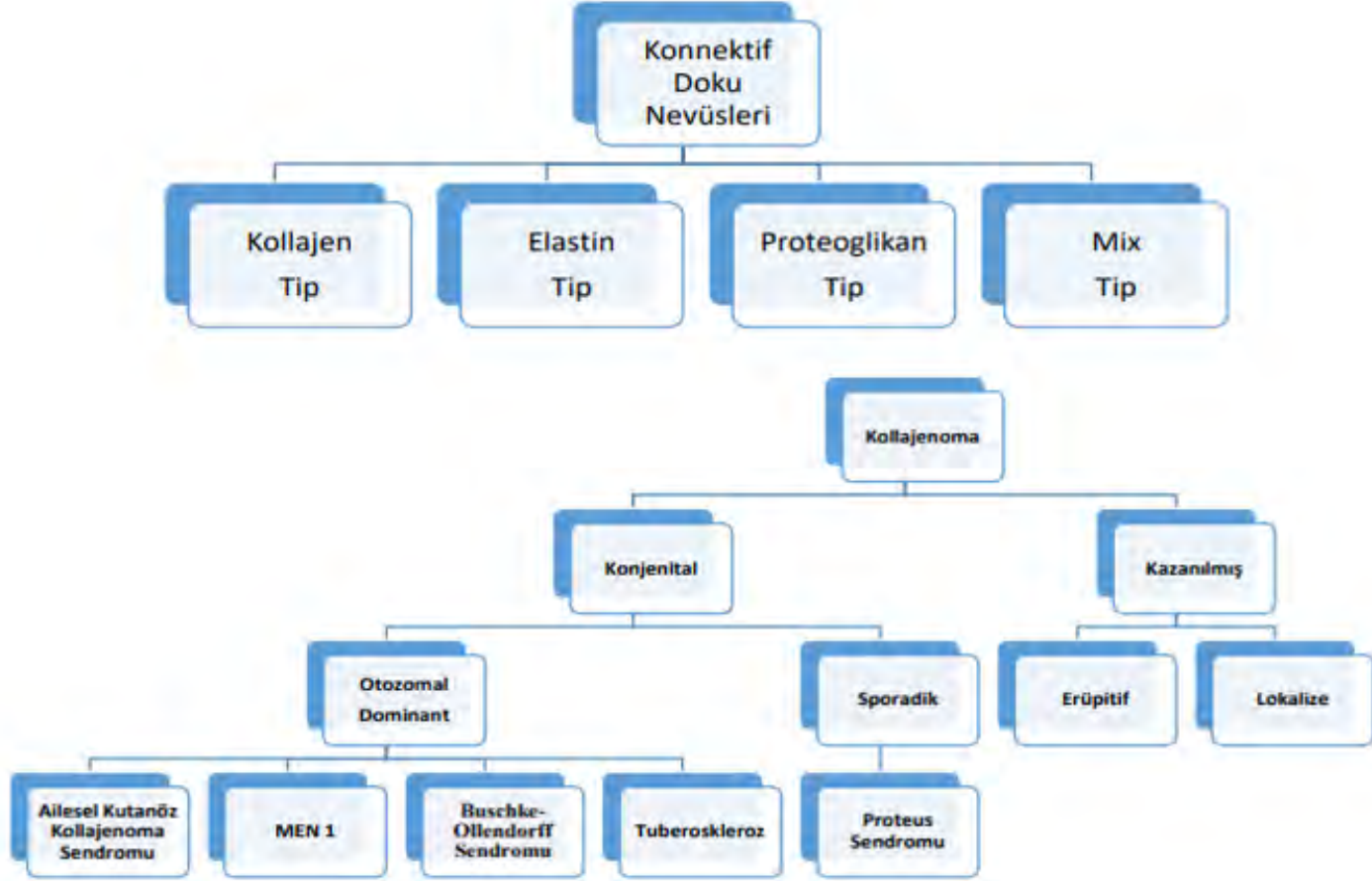
Deriden kabarıklık ,lobüle görünümlü kirli-beyaz renkli,tümöral lezyon

Resim 2:



Deri, punch biyopsi. Epidermiste hiperortokeratoz ve hafif akantoz, yüzeysel dermis , retiküler dermiste, kollojende yaygın kabalaşma(Hematoksilen&Eozin boyama, A:(x25), B(x100) objektive).

Resim 3:



Bağ dokusu nevuslarının sınıflandırılması. Bağ dokusu nevüslerinin sınıflandırılması (a). Konjenital ve edinilmiş kollajenomaların sınıflandırılması (b). Kısaltma: FCC SD, ailesel kutanöz kollajenoma sendromu; MEN 1, çoklu endokrin neoplazi tip 1; SD, sendrom .

Anahtar Kelimeler: kollajenoma, plantar



PS-007

Lipodematöz Skalp ve Lipodematöz Alopesi Tanılı 2 Vaka

Muhammed Ali Gökkaya¹, İjlal Erturan¹, Rabia Kum², Mehmet Yıldırım¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

Özet: Lipodematöz skalp (LS) ilk kez 1935 yılında Cornbleet tarafından tanımlanmıştır. Lipodematöz alopesi (LA) terimi ilk kez 1965 yılında Coskey ve arkadaşları tarafından, subkutan yağ tabakasının artmasına bağlı olarak saçların kısaltıldığı ve saçlı derinin kalınlaştığı iki vakanın raporunda kullanılmıştır (2). LS'nin ve LA'nın kesin patogenezi hala belirsizdir ancak iki hastalığın temel özelliği deri altı yağ tabakasında belirgin bir artıştır. Lezyon görünür olmaktan ziyade hissedilebilir ve kolayca bastırılır ancak hemen normal şekline döner (3). 17 yaşında kadın hasta. 1 yıldır olan saç dökülmesi şikayeti nedeniyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yok. Dermatolojik muayenede saçlı deri frontal bölgede alopesi ve saçlı deri cildinde palpasyon ile yumuşak hissiyat görüldü. Alopesik alana uygulanan saçlı deri dermoskopisinde yer yer yapısız beyaz alanlar, peripilar kahverengi halo, minyatürizasyon ve kıl shaftları arasında belirgin çap farkı izlendi. Yapılan Manyetik Rezonans görüntülemesinde bilateral parietookspital bölgelerde subkutan yağ dokuda diffüz kalınlaşma ve buna bağlı olarak ciltte girintili çıkıntılı görünüm izlendi. Yapılan histopatolojik incelemede subkutan yağ dokusunun kıl foliküllerine kadar uzandığı ve dermise 2mm kadar yaklaştığı dikkat çekmiştir. Klinik bulgular, histopatoloji, dermoskopik bulgular ve görüntüleme bulguları eşliğinde hastaya LS ve LA tanıları koyuldu. Hastaya mezoterapi tabancasıyla intralezyonel steroid tedavisi uygulandı düzenli aralıklarla kontrole çağırıldı. 22 yaşında erkek hasta. Birkaç yıldır olan saç dökülmesi şikayeti vardı. Daha önceden mezoterapi, prp, minoksidil, biyotin tedavileri almış. Özgeçmişte özellik yok. Babasında da saç dökülmesi varmış. Dermatolojik muayenede ön saç çizgisinde gerileme, saçlı deri frontal bölge ve vertekste alopesi izlendi. Saçlı deri cildinde palpasyon ile yumuşak hissiyat görüldü. Yapılan dermoskopide saçlı deri frontal bölge ve vertekste çok sayıda sarı noktalar, yaygın minyatürizasyon ve kıl shaftları arasında belirgin çap farklı izlendi. Hasta biyopsi alınmasını istemedi. Klinik ve dermoskopik bulgular eşliğinde hastaya LS ve LA tanıları koyuldu. Hastaya mezoterapi tabancasıyla intralezyonel steroid tedavisi uygulandı düzenli aralıklarla kontrole çağırıldı. Klinik olarak, LS'de görülen kafa derisi kalınlaşması yumuşak bir kıvam alır ve ağırlıklı olarak tepe ve oksiputta lokalizedir. Şişlik aylar veya yıllar içinde yavaşça ilerleyerek kafa derisinin geri kalanını kaplayabilir ve LA'nın aksine saç anormallikleri bulunmaz. LS vakalarının çoğu LA'nın aksine asemptomatiktir, ancak LS'de irritasyon, kaşıntı, yaygın ağrı veya disestezi tanımlanmıştır (5). Hem Manyetik Rezonans Görüntüleme hem de skalp ultrason taraması artmış kafa derisi kalınlığını tanımlamak ve ölçmek için yararlı olabilir (1). Histolojik olarak inflamasyonun olmadığı, dermise kadar uzanan belirgin şekilde kalınlaşmış yağ dokusu görülmektedir (5). Bu olguyu, saçlı deri değişikliklerine eşlik eden alopesi nedeniyle nadir bir olgu olması nedeniyle sunduk.

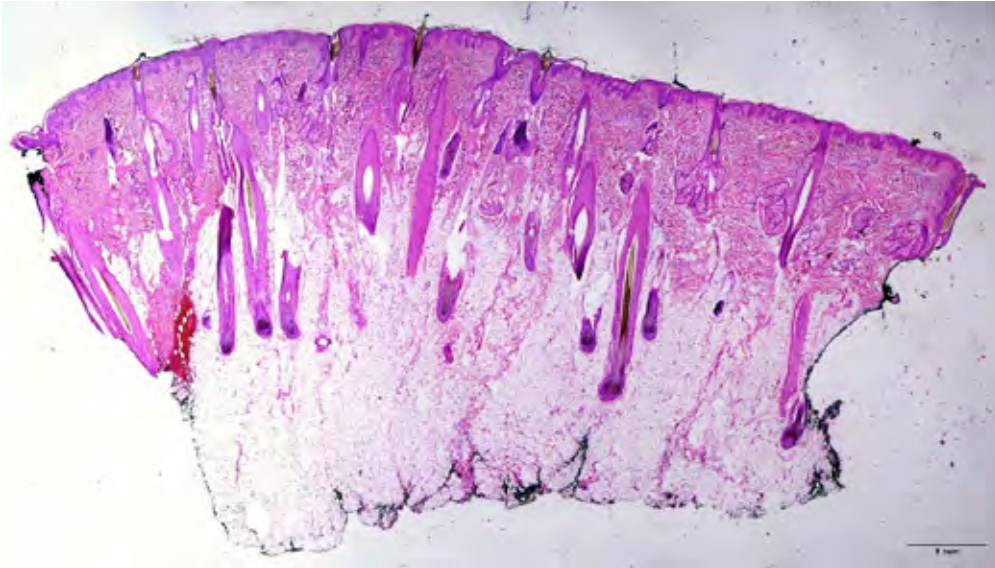
1.vaka alopesik alan ve dermoskopisi



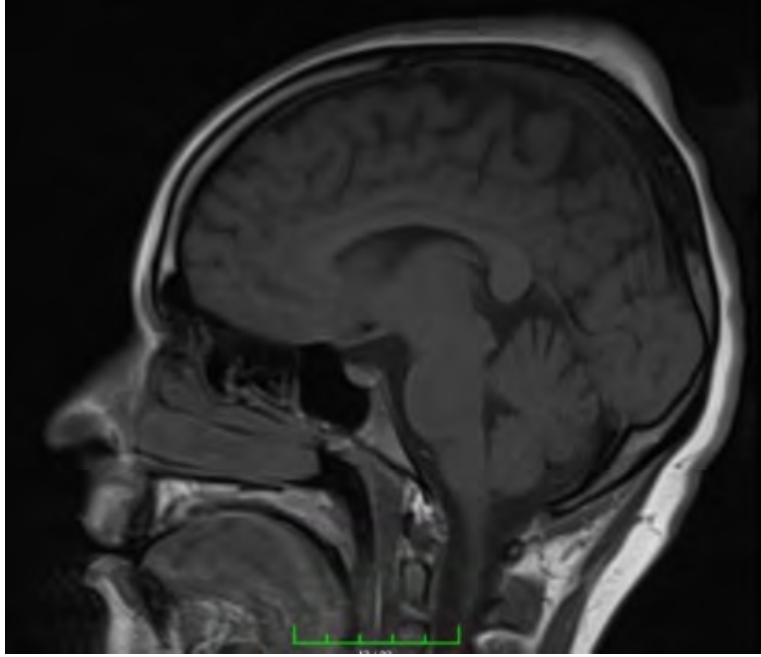
2.vaka alopesik alan ve dermoskopisi



1. vaka histolojik görsel



1. vaka skalp'in MR görünümü



Anahtar Kelimeler: Alopesi, Lipodematöz, Skalp



PS-008

Subkorneal Püstüler Dermatozu Taklit Eden Bir Tinea İncognito Olgusu

Şeyma Demirel¹, Beyza Sevim¹, Atiye Akbayrak¹, Ömer Kutlu¹

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

Giriş: Tinea inkognito (Tİ), steroidlerin veya kalsinörin inhibitörlerinin uygunsuz kullanımıyla klinik görünümü değişmiş olan bir dermatofitik enfeksiyondür. Tinea incognito'nun klinik belirtileri psöriasis, alerjik kontakt dermatit, rozasea, seboreik dermatit ve atopik dermatit gibi birçok dermatozu taklit edebilir (1). Atipik görünüm nedeniyle ayırıcı tanı klinisyen için zorlayıcı olabilir. %20 potasyum hidroksit (KOH) ile mikroskopik inceleme hastalığın tanısında basit ve ucuz bir testtir (2). Burada, püstüller ve deskuamasyonun eşlik ettiği annuler plaklarla başvuran ve KOH incelemesiyle tinea inkognito tanısı alıp sistemik ve topikal antifungal tedaviden fayda gören bir erkek hastayı sunuyoruz.

Olgu: 46 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 yıl önce başlayan, vücutta yaygın dalgalı görünüm oluşturan kepekli kırmızı renkte kabarıklıklar ve yer yer kırmızılıkların üzerine iltihaplı kabarcıklar oluşması şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Dermatolojik muayenede kıvrım alanları dahil olmak üzere tüm vücutta yaygın annuler dağılım gösteren püstül kümeleri saptandı (şekil1). Uzun süreli öykü ve klinik görünüm nedeniyle subkorneal püstüler dermatoz düşünüldü ancak daha kapsamlı bir araştırmaya başlamadan önce olası dermatofit enfeksiyonunu dışlamak amacıyla basit ve ucuz olan KOH incelemesi yapıldı. Mikroskopik incelemede uzun septalı hifler gözlemlendi (şekil2). Bulgularla tinea inkognito tanısı konulan hastaya sistemik ve topikal antifungal (terbinafin) tedavi uygulandı. Bir ayın sonunda lezyonları tamamen iyileşti (şekil3).

Tartışma: Derinin yüzeysel dermatofit enfeksiyonları dünya çapında oldukça yaygındır ve tipik klinik görünümüne göre teşhis edilmesi genellikle kolaydır. Ancak son yıllarda literatürde sıklıkla geç tanı konulan atipik bulgularla seyreden dermatofit vakalarının bildirimi artmaktadır (2). Tinea inkognito, dermatolojik yanlış teşhis veya önceden var olan patolojilerin bir sonucu olarak uygulanan topikal veya sistemik steroidlerin, mantar enfeksiyonunun klinik görünümünü değiştirdiği ve diğer cilt hastalıklarını taklit ettiği dermatofitik bir enfeksiyondür. Bazı olgularda –bizim olgumuzda olduğu gibi- dermatofitozun klinik görünümü, hasta hiç kortikosteroid tedavisi almamış olsa bile başlangıçtan itibaren atipik olabilir. Bunun nedeni dermatofitin invaziv kapasitesi, bireyin fizyolojisi, invazyon bölgesi ve/veya önceden var olan cilt hastalıkları, güneşe maruz kalma ve sık yıkama vb edinilmiş durumlar gibi patolojik süreçteki değişikliklerdir (3). Romano ve ark 200 tinea inkognito vakasının en sık taklit ettiği dermatozları; impetigo, diskoid lupus eritematozus, polimorfik ışık erüpsiyonu, psöriasis, rozasea, seboreik dermatit, liken planus ve eritema migrans olarak bildirmiştir (4). Kore'de 283 tinea inkognito hastasından oluşan çok merkezli bir çalışmada, tinea inkognito hastalarına daha önce konulan yanlış teşhisler; nonspesifik egzema, kontakt dermatit, atopik dermatit, seboreik dermatit, napkin dermatit, intertrigo, numüler dermatit, staz dermatiti, psöriasis vulgaris, lupus eritematozus, ürtiker ve liken simpleks kronikus olarak bildirilmiştir (5).

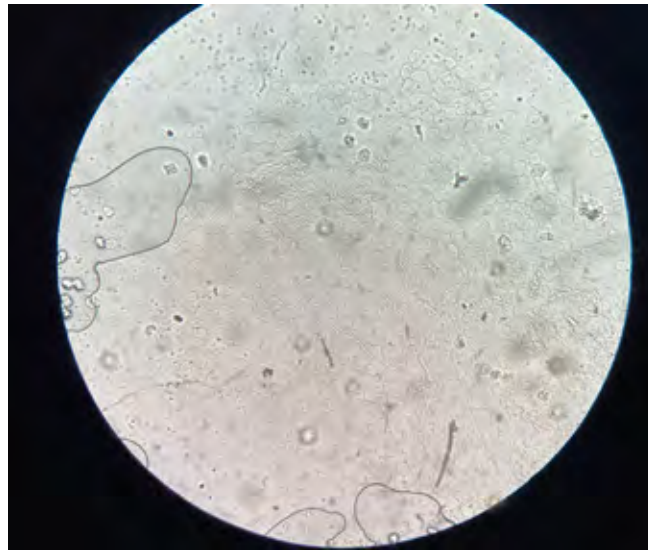
Sonuç: Kronik annuler püstüler lezyonların varlığında tinea inkognito olasılığının da düşünülmesi ve invaziv işlemlerden önce potasyum hidroksitle mikroskopik inceleme yapılması erken tanı ve hızlı tedavi açısından faydalı olabilir.

Şekil 1



püstüller ve deskuamasyonun eşlik ettiği anüler plaklar

şekil 2



direkt mikrosobik incelemede saptanan uzun septalı hifler

şekil 3



Bir aylık sistemik ve topikal terbinafin tedavisinin öncesi hastanın döküntülerinin görünümü

şekil 3



Bir aylık sistemik ve topikal terbinafin tedavisi sonrası hastanın döküntülerinin görünümü

Anahtar Kelimeler: subkorneal püstüler dermatoz, tinea inkognito, terbinafin



PS-009

Polimorf Işık Erüpsiyonunda Profilaktik Fototerapi: Olgu Sunumu

Ege Aykaş¹, İjlal Erturan¹, Mehmet Yıldırım¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

Özet: Polimorf ışık erüpsiyonu (PIE), özellikle sıcak bölgelerde yaşayan genç kadınlarda görülen bir fotodermatozdur. Kadınlarda dört kat daha fazla görülür. Genellikle ilk üç dekat içinde başlar. Profilaktik fototerapi tedavisi, tekrarlayan ve şiddetli seyreden PIE'de, ilk yoğun güneş maruziyeti öncesinde ilkbaharda verilir. Burada tekrarlayan atakları olan ve profilaktik fototerapi tedavisi alan olguyu sunuyoruz. Kırk dört yaşında kadın hasta, güneşe çıktıktan yaklaşık bir saat sonra yüz, boyun, göğüs üst bölge ve kol bölgesinde kızarıklık ve kaşıntı şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Şikayetleri birkaç günde geçip güneş maruziyeti sonrası tekrarlıyormuş. Şikayetleri 30 yıldır varmış, son yıllarda şikayetleri artmış. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık öyküsü yoktu. Tarafımıza başvurduğunda, dermatolojik muayenesi olağandı. Tetkik sonuçları ANA dahil olağandı. PIE ön tanısıyla haftada 3 gün profilaktik dar bant ultraviyole B (UVB) tedavisine başlandı. Dar bant UVB sonrasında hafif eritem dışında fototerapiye bağlı herhangi bir yan etki görülmedi. Eritem geliştiğinde topikal kortikosteroid verilerek fototerapiye devam edildi. Fototerapi başlangıç dozu 70 mJ/cm² idi. Eritem nedeniyle önce 60 mJ/cm², sonrasında 50 mJ/cm² dozuyla tedaviye devam edildi. Hastanın toplam 16 seanslık tedavisi boyunca güneş maruziyetine bağlı şikayeti olmadı. Profilaktik fototerapi tedavisi sonlandırılan hasta takibe alındı. Polimorf ışık erüpsiyonu, sık görülen bir fotodermatozdur. Hastaların günlük hayatını etkileyebilmektedir. Lezyonlar güneş maruziyeti sonrası güneş gören bölgelerde birkaç saat hatta günler sonra ortaya çıkar. Maruziyet sonrası ilk 30 dakika içinde görülmesi beklenmez. Lezyonlar genellikle ilkbaharda veya yaz mevsiminin erken dönemlerinde ortaya çıkar. Lezyonlar; papül, papülovezikül, plak, eritema multiforme benzeri ve böcek ısırığı benzeri formlarda görülebilmeye karşın, aynı hastada lezyonlar genellikle monomorfik karakterdedir. Gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonu olduğu öne sürülmektedir. Ayırıcı tanısında; fotoalerjik egzema, prurigo simpleks, solar ürtiker, eritema multiforme ve lupus eritematozus bulunur. Birinci basamak tedavide; güneşten kaçınma, güneş koruyucular ve topikal kortikosteroidler bulunmaktayken ikinci basamak tedavide; sistemik kortikosteroidler ve profilaktik fototerapi bulunmaktadır. Şiddetli olgularda desensitizasyon tedavisi daha uygun olabilmektedir. Profilaktik tedavi olarak; psöralen ve ultraviyole A (PUVA), dar bant UVB veya geniş bant UVB kullanılmaktadır. Tedavi protokolü olarak 5-6 hafta boyunca fototerapi tedavisi verilmektedir. Yan etkisi daha az olduğu için dar bant UVB tercih edilmelidir. PUVA tedavisi, dar bant UVB tedavisinden fayda görülmezse veya dar bant UVB ile erüpsiyon tetiklenirse düşünülmelidir. Profilaktik fototerapi tedavisi PIE hastalarında fayda sağlayabilmektedir. Bu hastalarda gereklilik halinde profilaktik fototerapi tedavisi verilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Resim 1



Göğüs üst bölgede eritem

Resim 2



Yüzde eritem

Anahtar Kelimeler: polimorf ışık erüpsiyonu, profilaktik fototerapi



PS-010

Sistemik Steroid Tedavisine Dirençli Pemfigus Vejetans Olgusu

Ayşe Avcı¹, İrem Kundakcı¹, İjlal Erturan¹, Mehmet Yıldırım¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

Özet: Pemfigus, vezikülobüllöz otoimmün bir hastalıktır. Çoğunlukla az sayıda bölgeye sınırlı vejetan lezyonlar ile seyreden nadir görülen alt tipi pemfigus vejetanstır. Biz bu olgumuzda aksilla ve kasıkta vejetan plaklarla başvuran 43 yaş erkek hastayı sunmaktayız. Pemfigus vejetans, gevşek bül veya püstül şeklinde başlayan lezyonlar ile karakterize otoimmün büllöz bir hastalıktır. En sık kasık ve koltuk altı olmak üzere kıvrım yerlerinde lokalize hipertrofik granülasyon dokusunu andıran vejetan, sızıntılı lezyonlar görülür. İyileşirken lezyonlar yerini vejetan kitlelere bırakmaktadır. Pemfigus vejetans, tüm pemfigusların %1 ile %2'sini temsil eder. Tedavisinde topikal veya intralezyonel kortikosteroidler ilk basamakta yer almakta olup dirençli vakalarda dapson, azatiopürin, sistemik kortikosteroid ve diğer immünesupresif tedaviler kullanılabilir. 43 yaş erkek hasta 2 ay önce diş çekiminden sonra ağız içerisinde yara, daha sonra karın ve kasıklarda içi su dolu kabarcık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde aksillada, umblikusta ve pubik bölgede annuler tarzda çevresi püstüler, birleşme eğiliminde olan erode vejetatif plakları mevcuttu. Her iki bukkal mukozada ve dil üzerinde serebriform görünüm izlendi. Yapılan hemogram, biyokimya, serolojik testlerde herhangi bir anormallik saptanmadı. Yapılan punch biyopsi sonucunda intraepidermal bül oluşumu ve eozinofilik mikroapselerin görülmesiyle birlikte immünfloresan incelemede epitelde IgG ile bal peteği tarzında boyanma pemfigus vejetans tanısını doğruladı. Sistemik ve topikal kortikosteroidlere kısmi yanıt alınan hastaya tiopürin metil transferaz enzim aktivitesi bakılarak azatiopürin 100 mg/gün başlandı. 1 ay içerisinde azatiopürin ile tam yanıt elde edildi. Pemfigus vejetans, pemfigus vulgaristen intertriginöz alanlarda ve oral mukozada vejetatif plakların oluşması ile ayrılır. Pemfigus vejetans en yaygın olarak desmoglein 3'e ve sıklıkla desmoglein 1'e karşı otoantikordardan kaynaklanır. Pemfigus vejetansın daha iyi seyirli ve sadece deride lokalize kalabilen Hallopeau tipi ve pemfigus vulgarise benzer mukozal tutulumu da olan Neuman tipi bulunmaktadır. Olgumuzda oral mukoza tutulumu olduğu için Neuman tip pemfigus vejetans ön planda düşünüldü. Pemfigus tedavilerini karşılaştıran geniş vaka serileri içeren prospektif çalışmaların azlığı tedaviye en iyi yaklaşım hakkında kesin sonuçlara varmayı zorlaştırmıştır. Pemfigus vulgaristen farklı tedavi protokolü olmayıp aynı ajanlar pemfigus vejetans tedavisinde de kullanılmaktadır. Sizlere bu vakamızda azatiopürin ile 3 aydır remisyonda olan nadir görülen pemfigus vejetans olgumuzu sunmak istedik.

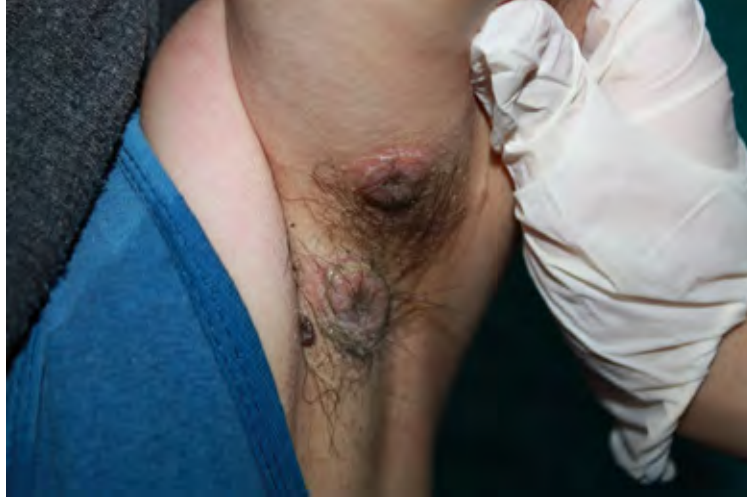
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4



Anahtar Kelimeler: pemfigus vejetans, kortikosteroid, azatiopürin



PS-011

Geç Başlangıçlı Kronik Kutanöz Lupus Eritematozus Olgusu

Kaan Aktas¹, Mehmet Cirit¹, İjlal Erturan¹, Raşit Akdeniz², Mehmet Yıldırım¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

Özet: Kutanöz lupus eritematozus (KLE), çeşitli organları veya yalnızca cildi etkileyebilen inflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır. Akut, subakut ve kronik KLE olmak üzere 3 tipe ayrılır. Burada altmış iki yaşında tanı alan kronik kutanöz lupus eritematozus (KKLE) olgusunu sunuyoruz. Altmış iki yaşında kadın hasta 3 hafta önce vücutta yaygın kaşıntı, el ve kollardan başlayıp yüze yayılan kızarıklık şikâyeti ile başvurdu. Hasta yüzündeki kızarıklığın güneşe maruz kalınca şiddetlendiğini belirtti. Bilinen hipertansiyon hastalığı olan hastanın özgeçmişinde TAH+BSO operasyonu mevcuttu. Dermatolojik muayenede sağ yanak, alın, sağ el sırtında eritemli plaklar, sol ön kolda birkaç adet eritemli basmakla solan papüller izlendi. Aktif eklem tutulumu ve ek şikâyeti yoktu. Laboratuvar testlerinde hemogram, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri normaldi. ANA, anti-dsDNA, anti-SM, anti kardiyolipin, lupus antikoagülan, RF ve VDRL negatifti. Alın bölgesindeki lezyondan diskoid lupus eritematozus, granuloma faciale, Jessnerin lenfositik infiltrasyonu, psödolenfoma, sarkoidoz ön tanıları ile alınan punch biyopside, perivasküler, periadneksiyel alanda ve kıl kökleri çevresinde inflamatuvar hücre infiltrasyonu, epidermiste parakeratoz gözlemlendi. Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde KKLE tanısı konuldu. Kutanöz lupus eritematozus, çeşitli organları veya yalnızca cildi etkileyebilen inflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. Risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, genetik mutasyonlar, UV maruziyeti, sigara ve ilaçlar yer alır. KKLE en sık görülen formudur. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 43 olup genellikle baş ve boyunda yerleşir. Çoğunlukla foliküler tipte keratoz, atrofi, merkezde hipokromisi olan infiltrate, sert, eritematöz plaklar olarak başlar. KKLE tanısı anamnez, fizik muayene ve histopatolojik bulguların birleştirilmesi ile konulur. Histopatolojisinde; yüzeysel ve derin dermiste perivasküler ve periadneksiyel lenfositik infiltrat, lenfositlerin dermo-epidermal bağlantıya infiltrasyonu ile karakterize arayüz dermatiti görülür. Ayırıcı tanısında granuloma faciale, tinea facialis, sarkoidoz, lupus vulgaris düşünülebilir. Tedavide tüm hastalara geniş spektrumlu güneş kremi önerilmelidir. Topikal kortikosteroidler, sınırlı KKLE için birinci basamak seçenektir. Topikal kalsinörin inhibitörleri özellikle yüz lezyonlarında remisyonları sürdürmek için kullanılabilir. Yaygın KKLE veya topikal tedaviye yanıt vermeyen sınırlı KKLE'nin tedavisinde sistemik kortikosteroidler ve antimalaryeller yer alır. Antimalaryellere dirençli olgularda metotreksat, mikofenolat mofetil, dapson, rituximab, oral retinoidler tercih edilebilir. KKLE olan hastaların %18'inde sistemik lupus gelişme riski mevcuttur. Hastalar tanı anında ve takiplerinde belli aralıklarla sistemik tutulum açısından kontrol edilmelidir. Olgumuzda malar bölgesinde yaygın eritemin olmaması, histopatolojisinde perivasküler, periadneksiyel alanda ve kıl kökleri çevresinde inflamatuvar hücre infiltrasyonu, epidermiste parakeratoz olması nedeniyle KKLE düşünülmüştür. Hasta sistemik tutulum açısından romatolojiye gönderilmiştir. Tedavisinde sınırlı lezyonların olması ve daha önce tedavi alınmaması sebebiyle güneş kremi, metilprednisolon krem ve takrolimus merhem verilmiştir. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

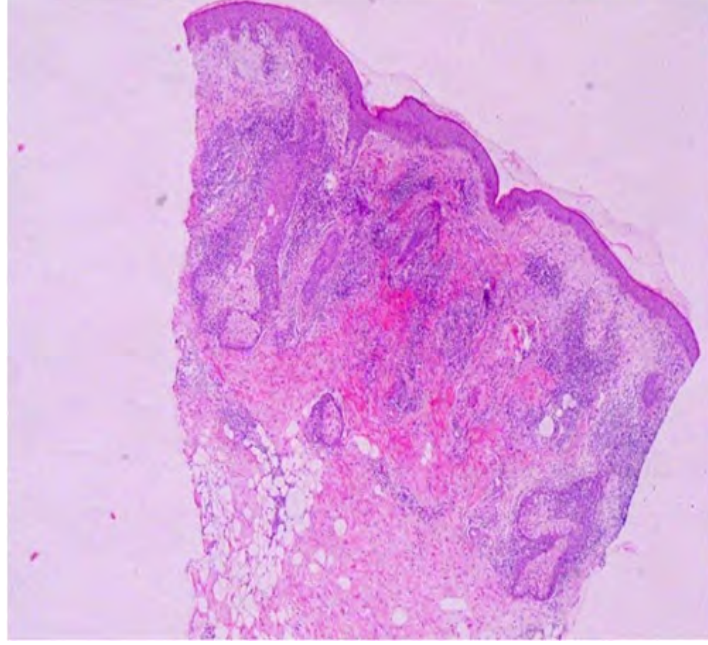
Resim 1: Sağ yanak ve alın bölgesinde eritemli plaklar



Resim 2: Sol el sırtında eritemli plak



Resim 3: Histopatolojide perivasküler periadneksiyel ve kıl folikülü yerleşimli inflamatuvar infiltrat, epidermiste parakeratoz



Anahtar Kelimeler: kronik kutanöz lupus eritematozus, kutanöz, otoimmün



PS-012

Eritema Nodosum İle Birliktelik Gösteren Granülomatöz Mastit Olgusu

Ege Aykaş¹, Havva Hilal Ayvaz², Nermin Karahan³, İjral Erturan¹, Selma Korkmaz¹, Mehmet Yıldırım¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

²VM Medikal Park Pendik Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, İstanbul

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Isparta

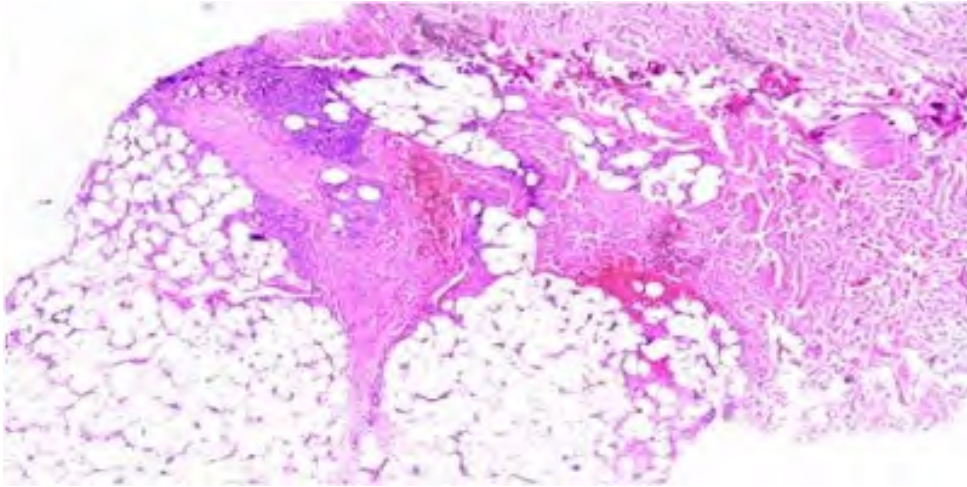
Özet: İdiopatik granülomatöz mastit (İGM), nadir görülen ve etiyolojisi tam olarak bilinmeyen inflamatuvar bir meme hastalığıdır. Meme kanserini taklit edebildiği için ayırıcı tanı aşamasında hem hasta hem de hekim açısından zorlayıcı olabilmektedir. Eritema nodosum (EN), idiyopatik granülomatöz mastitte nadir olarak görülen meme dışı bir bulgudur. Burada granülomatöz mastit öyküsü olup sonradan EN görülen bir olguyu sunuyoruz. Kırk iki yaşında kadın hasta, 15 gündür sol bacakta 2 adet ağrılı şişlik şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Bir buçuk yıldır sol memede dış merkezde tanı konmuş granülomatöz mastit öyküsü vardı. Granülomatöz mastit dışında hashimato tiroiditi öyküsü mevcut olan hastanın yeni başlanan ilaç ve yeni geçirilmiş enfeksiyon öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenesinde; en büyüğü 1 cm çapında olan sol memede birkaç adet, sol bacak lateralinde 2 adet ağrılı nodül mevcuttu. Tetkik sonuçları CRP: 11,80 mg/L, WBC: 10700/µl, Ne: 8400/µl, AST: 17,66 U/L, ALT: 21,21 U/L, Kre: 0,77 mg/dL, otoimmün tarama kiti: negatif şeklindeydi. Bacaktaki nodülden EN ön tanısıyla deri biyopsisi alındı ve sonucu uyumlu geldi. Histopatolojisinde, EN ile uyumlu papiller ve retiküler dermiste subkutan yağ dokuya kadar uzanan alanda kapillerlerin çevresinde lenfosit, eozinofil, lökosit ve histiositlerden oluşan iltihabi hücre infiltrasyonu ile birlikte subkutan yağ dokunun bağ dokusuyla septalara ayrıldığı, septaların içerisinde mikst hücre infiltrasyonu, multinükleuslu dev hücreler görüldü. Oral flurbiprofen tedavisi verildi. Hasta, EN etiyolojisine yönelik ilgili branşlara konsülte edildi. Altta yatabilecek sarkoidoz, tüberküloz, Behçet hastalığı, inflamatuvar barsak hastalığı ve malignite saptanmadı. Hastanın kontrol muayenesinde, EN lezyonlarının önemli derecede gerilediği görüldü. Hasta takibe alındı. EN, pannikülitlerin en sık formu olup septal pannikülitlerin prototipidir. Histopatolojisinde nötrofilik infiltrasyon erken bulgu olarak görülürken, baskın lenfohistiositer hücreler ve histiositik dev hücreleri içeren Miescher'in granülomatöz odağı geç bulgu olarak görülür. Genellikle 3-6 haftada kendiliğinden iyileşmektedir. Antiinflamatuvar ilaçların faydalı olduğu bildirilmiştir. Asıl olarak altta yatan nedene yönelik tedavi verilmelidir. Etiyolojik nedenler arasında ilaçlar, inflamatuvar hastalıklar, enfeksiyonlar, tümörler gibi birçok neden yer almakla birlikte idiyopatik olarak da görülebilmektedir. Olgumuzda İGM dışında altta yatabilecek etiyolojik bir neden saptanmamış olup, verilen semptomatik tedavi ile lezyonlar kendiliğinden gerilemiştir. İGM olgularında nadir de olsa EN gelişebileceği akılda tutulmalı, EN gelişen hastalarda etiyolojiye yönelik detaylı araştırma yapılmalıdır.

Resim 1



Sol memede İGM ile uyumlu nodüller

Resim 2



Histopatolojik bulgular

Resim 3



Sol bacakta gerilemiş EN lezyonu

Anahtar Kelimeler: eritema nodosum, idiyopatik granülomatöz mastit



PS-013

Gebelikle İndüklenen Akut Febril Nötrofilik Dermatoz (Sweet Sendromu) :Olgu

Rukiye Yasak Güner¹, Ahmet Turan Ünsal¹, Sena Kocabıyık¹, Mustafa Tosun¹, Melih Akyol¹, Hatice Reyhan Eğilmez²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: VAKA SUNUMU 28 yaşında ,21 haftalık gebe hasta yüzde ,kollarda, bacaklarda kaşıntı ve yara şikayetiyle hastanemiz acil servisine başvurdu.4 gün önce ilk olarak yüzde kızarıklık ve kaşıntı şeklinde başladığını ifade eden hasta ,daha sonra ellerinde ve bacaklarında da yeni şikayetlerinin oluştuğunu ifade etti.Mevcut döküntülerine basmakla şiddetli ağrı ve yanma eşlik ediyordu.Hasta sorgulandığında yeni başlayan bir ilacının olmadığını,yakın zamanda gribal enfeksiyon geçirmediğini ,daha önce buna benzer bir şikayetinin olmadığını belirtti. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir hastalığı veya ameliyat öyküsü yoktu.Hastanın yapılan fizik muayenesinde yüzde,kollarda ve bacakta zeminden kabarık ,plak şeklinde ,çevresi eritemli ortası soluk ,basmakla ağrılı ve yoğun kaşıntılı lezyonlar görüldü.Hastanın elindeki lezyonlardan biyopsi alındı. Hastanın gebelik durumu ve lezyonları göz önünde bulundurularak Sweet Sendromu (Akt Febril Nötrofilik Dermatoz) düşünülen hastaya Kadın Hastalıkları ve Doğum branşına da danışılarak Prednol 16 mg 1x1 ve Gaviscon şurup 4x1 başlandı.Hastanın 2.gün kontrolünde mevcut plaklarında ve eritemde gerileme ve mevcut tıbbi durumunda düzelme gözlemlendi.Mevcut dermatolojik şikayetlerinde gerileme olması üzerine taburcu edildi.Hastanın takiplerinde lezyonlarında gerileme olduğu biyopsi sonucunun Sweet Sendromu geldiği görüldü. SONUÇ Sweet Sendromu , ağrılı infamatuvar papül ve nodüllerden oluşmuş eritemli plaklar,ateş, nötrofilik lökositoz ve dermiste yoğun nötrofilik infiltrasyonu ile karakterize ,akut febril nötrofilik dermatoz olarak da bilinen bir dermatozdur (1). Sweet sendromu genel olarak üç tipte sınıflandırılabilir.1-Klasik veya idiyopatik Sweet sendromu,2-İlaça bağlı Sweet sendromu 3-Malignite ile ilişkili Sweet sendromu Klasik/idiyopatik SS genellikle orta yaş kadınlarda görülür.Üst solunum yolu veya gastrointestinal sistem enfeksiyonları, gebelik veya inflamatuvar bağırsak hastalığı ile birlikte görülebildiği gibi SLE, romatoid artrit, Behçet sendromu, Sjögren sendromu gibi bağ doku hastalıkları ile beraber de görülebilir.(2).İlaçla ilgili Sweet Sendromunda en sık suçlanan ajan granülosit koloni uyarıcı faktördür (G-CSF) Antibiyotikler, antiepileptikler, antiretroviral ilaçlara bağlı vakalar da bildirilmiştir (1).Malignite ile ilişkili Sweet sendromu (MASS),malignite tanılı bir hastada görülebileceği gibi paraneoplastik bir sendrom olarak tanı öncesi de ortaya çıkabilir; en yaygın olarak hematolojik malignitelerle ilişkilidir.Solid organ tümörlerinden ise genitouriner,meme ve gastrointestinal sistem tümörleri ön plandadır (3).Sweet sendromunun papül, nodül, plak, büllöz lezyon, püstül, subkutan nodül ve nadiren ülserasyonlara kadar birçok klinik yansıması vardır. histopatolojik olarak özellikle , üst dermiste ödem ve yoğun bir nötrofilik infiltrasyon vardır. Lökositoklazi görülebilir..(1).Literatürde gebelik ilişkili Sweet Sendromu olgu sayısı tahmin edilenden azdır. Gebelik sırasında yüksek östrojen ve progesteron seviyeleri, gebelikle ilişkili Sweet sendromunun patogeneziyle ilgili vasküler, hücresel, mikrobiyolojik ve immünolojik değişikliklerden sorumlu tutulmaktadır (4).Gebelikle ilişkili Sweet sendromu iyi bir prognoza sahiptir. Vakaların çoğu kortikosteroidlere iyi yanıt verir,spontan rezolüsyon sıktır (1). Hastamız kortikoterapiye kısa sürede yanıt vermiştir.

Resim :1



Sağ malar bölgesinde ve sağ kaş altında, endüre, basmakla ağrılı ve ısı artışı olan lezyon

Resim 2:



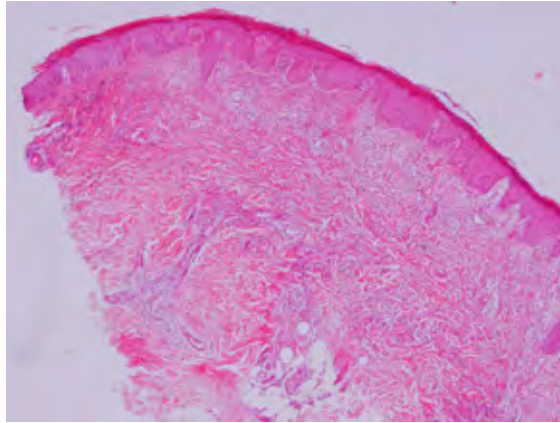
Hastanın sol el dorsal yüzde ,multipl ,ağrılı plak şeklinde lezyonlar

Resim 3:



Hastamızın 3 gün Prednol 16 mg aldıktan sonraki kliniğinde düzelme

RESİM 4:



Papiller ve retiküler dermiste yoğun nötrofilik infiltrasyon (Hastamızın biyopsi materyalinin Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı Tarafından hazırlanan histolojik kesiti)

Anahtar Kelimeler: sweet sendromu, gebelik



PS-014

Dapson İle Tedavi Edilen Liken Planus Pemfigoides Olgu Sunumu

Fatma Çelik¹, Mehmet Cirit¹, İjlal Erturan¹, Raşit Akdeniz², Mehmet Yıldırım¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

Özet: Liken planus pemfigoides (LPP), liken planus (LP) ve büllöz pemfigoidin klinik ve histopatolojik özelliklerini birleştiren nadir görülen otoimmün büllöz bir hastalıktır. Genellikle gövde ve ekstremitelerde görülen lezyonların kliniği, pembe-mor renkte düz kaşıntılı poligonal papül ve plak lezyonlar şeklinde başlayıp sonrasında vezikülobüllöz lezyonlar gelişmesi şeklindedir. Bu vakayı, etyolojisinde anjiotensin konverting enzimi (ACE) inhibitörlerinin rol aldığı düşünülen nadir görülen LPP hastasının dapson tedavisi ile tedaviye yanıt aldığını göstermek için sunmaya değer bulduk. Elli beş yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 yıl önce el bileklerinden başlayan sonrasında gövdeye ve bacaklara yayılan kaşıntılı mor döküntüler ve su toplayan yaralar şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta dış merkezde sistemik steroid tedavisi almış ancak advers etkiler gelişmesi nedeniyle steroid tedavisi kesilmiş. Bilinen tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, astım hastalıkları mevcut. Düzenli olarak verapamil, trandopril, montelukast, insülin glarjin etken maddeli ilaçları kullanıyordu. Laboratuvar tetkikleri olağandı. Dermatolojik muayenesinde bilateral üst ekstremitte distalinde, alt ekstremitte proksimalinde ve gövde ön yüzünde mor, düz, poligonal papüller, bilateral tibia ön yüzde lividi renkte birleşmeye eğilimli papül ve plaklar ve bu lezyonların üzerinde vezikülobüllöz lezyonlar mevcuttu (Resim 1, 2). Hastanın tibia ön yüzündeki intakt bölgeden punch biyopsi ve direkt immunfloresan (DIF) alındı. Punch biyopsi histopatolojisinde üst dermiste band tarzında lenfositik infiltrasyon ve subepidermal alanda ayrışma görüldü. DIF incelemesinde dermoepidermal bileşkede lineer IgG ve C3 birikimi görüldü (Resim 3). Hastaya klinik, DIF ve histopatolojik bulguları sonucunda LPP tanısı konuldu. Sistemik steroid tedavisi verilemeyen hasta topikal tedavilerden fayda görmemesi üzerine dapson 50 mg 2*1 tedavisi başlandı. Etiyolojide rol alan ilaçları revize edildi. Yeni lezyon çıkışı gözlenmeyen hastanın gövde ve üst ekstremitteki lezyonlarında tamamen gerileme, bilateral bacaklardaki lezyonlarında iyileşmeye eğilimli mor-kahverengi yama lezyonları gözlemlendi (Resim 4). Liken planus pemfigoides, ilk kez 1982 yılında Kaposi tarafından LP benzeri papülleri ve büllöz lezyonları olan hastada tanımlanan otoimmün bir dermatozdur. Büllöz lezyonlar LP lezyonları ile eş zamanlı gelişebileceği gibi LP lezyonlarının çıkışından ortalama 2-6 hafta sonra da meydana gelebilir. Büller LP lezyonları üzerinden veya normal deri üzerinden gelişebilir. Ayırıcı tanıda akla gelen büllöz LP'de ise büller liken planus lezyonları üzerinden meydana gelmektedir ve DIF incelemesinde lineer IgG ve C3 depolanması görülmez. LPP etyolojisinde ACE inhibitörleri grubu antihipertansifler, antitüberküloz ilaçlar, fototerapi ve bitkisel ürünler rol almaktadır ancak genellikle idiyomatik olarak meydana gelmektedir. LPP tedavisinde topikal steroidler, sistemik kortikosteroidler, dapson 100 mg/gün ve asitretin önemli seçeneklerdir. Hastamıza sistemik dapson tedavisi başlandı. Olgumuzda başarılı bir tedavi yanıtı almamız üzerine nadir görülen LPP hastalığında dapson tedavisinin akılda tutulması gereken bir tedavi seçeneği olduğunu gösterdi.

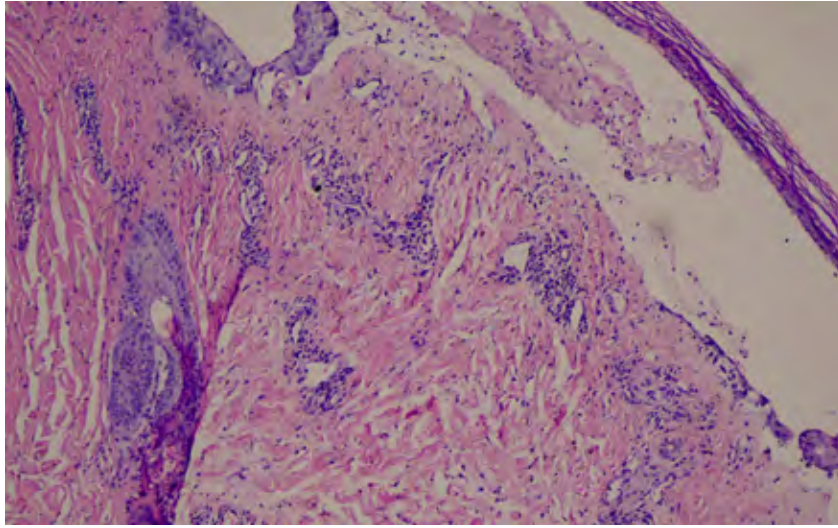
Gövde ön yüzünde mor renkte, düz, poligonal papüller



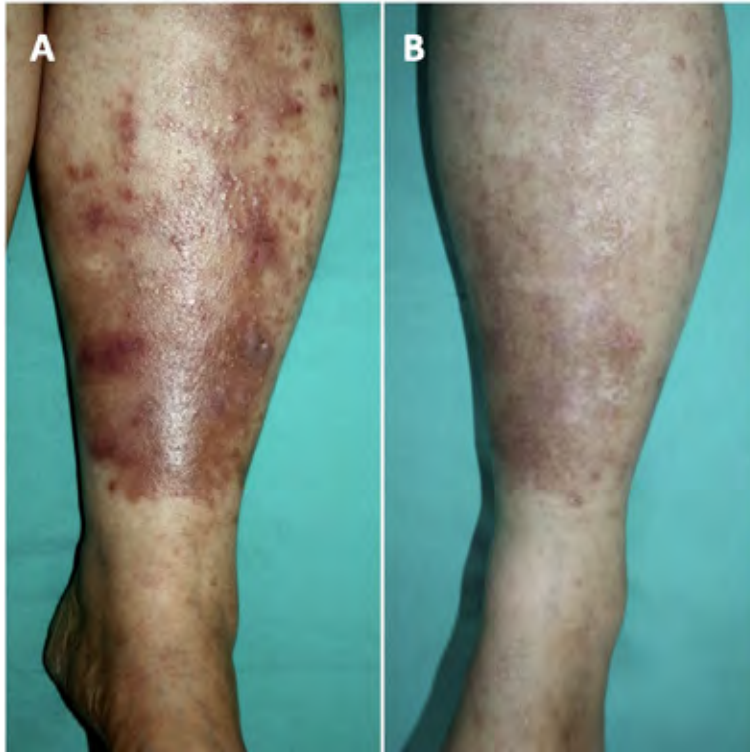
Bilateral tibia ön yüzde lividi renkte birleşmeye eğilimli papül, plak ve eroze lezyonlar



Üst dermiste bant tarzında lenfositik infiltrasyon ve subepidermal alanda ayrışma



A, Tedavi öncesi sol tibia ön yüzünde lividi renkte birleşmeye eğilimli papül, plak ve eroze lezyonlar B, tedavi sonrası sol tibia ön yüzünde postinflamatuar hiperpigmentasyon



Anahtar Kelimeler: liken planus, liken planus pemfigoides, dapson, anjiotensin konverting enzim inhibitörü

PS-015

Erkek Hastada Memede Ucunda Hiperkeratotik Lezyon

Hüma Beliz Uncu¹, Elçin Kadan², Ayşenur Botsalı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

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

Özet: Giriş: Erkek meme kanseri (EMK), tüm meme kanserlerinin %1'inden azını oluşturur ve yaklaşık %90'ı invaziv duktal karsinomadır. EMK genellikle ileri yaşta ortaya çıkar ve sıklıkla ileri evrede teşhis edilir. Bunun en büyük nedeni farkındalığın olmamasıdır (1). Olgu: 60 yaşında erkek hasta, yaklaşık 6 aydır fark ettiği, memede ele gelen sert kitle şikayeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde sağ meme başı inverte ve üzerinde hiperkeratotik lezyon ve subaerolar sert kitle izlendi. Dermoskopik bakıda sarı renkli kalın skuamasyon dışında ek bulgu görülmedi. Bilinen hipertansiyonu mevcut, soy geçmişinde özellik yoktu. Yapılan yüzeysel USG de 17*11 mm boyutunda meme başı posteriorunda yerleşimli hipoekoik solid lezyon izlendi. Histopatolojik incelemede subepitelyal alanda yaygın tümör infiltrasyonu görüldü. Morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular "invaziv duktal karsinom" ile uyumlu bulundu. Cerrahi öncesi yapılan meme USG'de; sağ meme retroareolar alanda, periferinde hiperekoik rimi bulunan heterojen hipoekoik solid kitle izlenmiş, her iki aksillada patolojik lenf nodu saptanmamıştır. Aynı bölgede FDG-PET'de artmış metabolik aktivite (SUVmax: 8.68) izlenmiştir. Hastaya basit mastektomi ve SLNB yapıldı. Tümör çapı 1,7 cm olarak görüldü. Metastatik lenf nodu saptanmadı. Yapılan immünohistokimyasal değerlendirmede hormon reseptörleri pozitif ancak HER2 amplifikasyonu saptanmadı. Tümör evresi T1cN0M0 olarak değerlendirildi. Genetik analizde herhangi bir genomik değişiklik saptanmadı. Hastaya 4 kür kemoterapi (siklofosfomid 1200mg, docataksel 150mg) ve ardından tamoksifen planı yapıldı. Tartışma – Sonuç: Bu hasta, erkek meme kanserinin klasik klinik prezantasyonu ile başvurdu. Memede sert kitle, meme başı retraksiyonuna ek olarak memede kızarıklık, lokal ödem, akıntı ve ülserasyon görülebilmektedir. Hastamızda aile öyküsü negatifti ve EMK ilişkili genetik mutasyon saptanmadı. Ancak meme kanseri olan erkeklerin %20'sinde aile öyküsü vardır. EMK ile en iyi bilinen genetik bağlantı BRCA2 mutasyonudur. Sporadik vakalarda ise mutasyon varlığı nadirdir. Hastaların %82'sinde hormon reseptörü pozitif ve HER2 amplifikasyonu negatif saptanmaktadır (2). Erkek meme kanseri tedavisi tümör evrelemesine bağlıdır. Kadınlardan farklı olarak erken evrede basit mastektomi, meme koruyucu cerrahiye tercih edilir. İleri evre hastalık yönetimi kadın meme kanserine benzer şekildedir (3). Bu olgu ile erkeklerde meme başı ve çevresinde görülen lezyonlarda meme kanserinin akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik. Kaynakça: 1.Fox S, Speirs V, Shaaban AM. Male breast cancer: an update. Virchows Archiv. 2022;480(1):85-93.2.Cardoso F, Bartlett J, Slaets L, Van Deurzen C, van Leeuwen-Stok E, Porter P, et al. Characterization of male breast cancer: results of the EORTC 10085/TBCRC/BIG/NABCG International Male Breast Cancer Program. Annals of Oncology. 2018;29(2):405-17.3.Yalaza M, İnan A, Bozer M. Male breast cancer. The journal of breast health. 2016;12(1):1.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, erkek cinsiyet

PS-016

Hodking Lenfomalı Hastada Gelişen Kurutlu Skabies

Elif Şeyda Aslan¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Özet: Skabies, halk arasında bilinen adıyla uyuz, *Sarcoptes Scabiei* isimli artropodun insan cildinde infestasyonu ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Klasik olarak şiddetli kaşıntılı döküntüler ve kendine özel tutulum dağılımı ile tanınır. Kurutlu skabiyes (KS) nadir görülen ve klasik skabiyezden daha şiddetli semptomlara yol açan bir hastalıktır. Özellikle immünsüpresyon (HIV, HTLV-1, lepra enfeksiyonu veya lenfomalar gibi), bilişsel bozukluk, ileri yaş ve immobilité gibi risk faktörlerine sahip hastalarda ortaya çıkmaktadır. Olgumuzda Ataksi telenjiektazi (AT) ve Hodgkin lenfoma (HL) tanılarıyla takipli çocuk hastada görülen KS; hastalık risk faktörleri, klinik görünüm ve tanı almada güçlüklerin gözden geçirilmesi amacıyla sunulmaktadır. Muayenede; tüm vücutta yaygın kuruluk ve skuamlanma, ekskoriyasyonlar; boyun çevresi, gluteal bölge, ekstremitelerde, özellikle eklemlerin üzerinde lokalize geniş boyutlu hiperkeratozik plaklar, plakların üzerinde sert papülonodüler lezyonlar saptandı. Lezyonlardan yapılan kazıntının potasyum hidroksitle yapılan ışık mikroskopik incelenmesinde sarkoptes scabie ile uyumlu parazitlere rastlanmadı. Hastanın annesinin yapılan muayenesinde skabies ile uyumlu kaşıntılı, papüller ve ekskoriyasyonlar saptandı. Klinik bulgular ve aile öyküsü pozitifliği olan hastaya mevcut immunsuprese durumu göz önünde bulundurularak KS tanısı ile sistemik ivermektin (1,2,8,21.günlerde) ve topikal permetrin tedavisi başlandı. Tedavinin üçüncü haftasında hiperkeratotik lezyonların büyük oranda gerilediği tespit edildi

Kurutlu Skabies



Kurutlu Skabies



Kurutlu Skabies



Kurutlu Skabies



Anahtar Kelimeler: Skabies, immun, kurut, kaşıntı, ekskoryasyon



PS-017

Fasiyal ve Aurikular Yerleşimli Lupus Vulgaris: Bir Olgu Sunumu

Yasemin Aksu¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹, Gülistan Gümrükçü²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji

Özet: Fasiyal ve Aurikular Yerleşimli Lupus Vulgaris: Bir Olgu Sunumu Yasemin Aksu, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Gülistan Gümrükçü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği ÖZET Lupus vulgaris kutanöz tüberkülozun en sık görülen formudur. Hastalık kronik ve ilerleyici olup lezyonlar genellikle baş ve boyun bölgesinde bulunur. Deri tüberkülozu karakteristik bulgularının yanı sıra farklı klinik görünümle de ortaya çıkabilir. Bu nedenle hastalığın teşhisinde zorluklar yaşanabilmektedir. Altmış dört yaşında kadın hasta, yaklaşık 8 yıl önce sol kulak çevresinde başlayarak giderek genişleyen, sol kulağını ve çevresini kaplayan ciltten hafif kabarıklık ve sol kulakta şişlik şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. Dermatolojik muayenede sol kulak ve çevresinde yaygın eritemli plak, ödematöz kalınlaşmalar ve yer yer atrofik alanlar göze çarpmakta idi. Diyaskopik incelemede sınırları belirgin elma jölesi renginde maküller görüldü. Mevcut lezyondan lupus vulgaris, sarkoidoz, derin mikoz, lupoid leishmania ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Histopatolojide yüzeysel dermisten başlayarak tüm dermisi dolduran Langhans tipi dev hücreler ve epiteloid histiyositlerden oluşan, bazılarının merkezinde nekroz odakları izlenen forme granülom yapıları izlendi. Yapılan interferon-gama salınım testi (quantiferon) pozitif olarak sonuçlanan hastaya lupus vulgaris tanısı konularak rifampisin, izoniazid, pirazinamid ve etambutol ile 4'lü tedavi başlandı. 2 ayın sonunda tedaviye izoniazid ve rifampisin ile devam eden hastanın tedavisi 6.ayın sonunda tamamlandı. Hastanın takiplerinde sol kulak çevresindeki eritemli, ödemli plak lezyonunun gerilediği gözlemlendi. Lupus vulgaris çeşitli deri lezyonlarına neden olabilen bir enfeksiyondur. Uzun süre tedavisiz kaldığında skar ve kalıcı şekil bozukluklarına neden olabilmektedir. Bu nedenle erken tanı önemli olup kronik seyirli deri lezyonlarında deri tüberkülozu mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: lupus vulgaris, deri tüberkülozu



PS-018

Maling Melanomu Taklit Eden Agmine Mavi Nevüs: Olgu Sunumu

Prof. Dr. Hayriye Sarıcaoğlu¹, Uzm. Dr. Ferdi Öztürk¹, [Araş. Gör. Dr. Ece Aksakal¹](#)

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet: Maling Melanomu Taklit Eden Agmine Mavi Nevüs

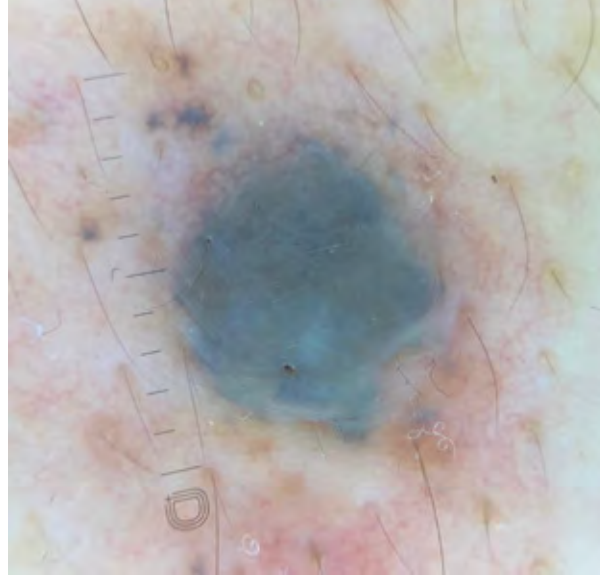
Olgu Sunumu – Giriş: Mavi nevüs melanositlerin nöral krestten eksik göç etmesi ve melanin üreten dentritik dermal melanositlerin benign proliferasyonu sonucu oluşur. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülür beyaz ırktaki prevalansı %1-2 dir. Klinik olarak farklı alt tipleri olmakla beraber sıklıkla tek, keskin sınırlı homojen mavi 1 cm'den küçük papül veya nodül şeklindedir nadiren agmine bir paternde grup halinde ortaya çıkabilir. Agmine mavi nevüsler çapı 10 cm'den daha küçük, sınırlı bir cilt alanında bir grup çoklu mavi nevüs olarak ortaya çıkarlar. Papüller arasındaki deri renksiz, benekli, düzgün mavi-siyah veya kahverengi pigmentasyon gösterebilir. Hayat boyu değişmeden kalabilir veya spontan regrese olabilirler. Ayırıcı tanıda; nodüler melanom, melanom metaztası, travmatik tatuaj, anjiokeratom benzeri vasküler lezyonlar ve pigment bazal hücreli karsinom düşünülebilir. Dermoskopide, mavi nevüsler genellikle homojen mavi, mavi-gri, mavi-kahverengi veya mavi-siyah yapısız lezyonlar olarak görülür. Takip ve tedavisinde ani değişim gösteren, aniden ortaya çıkan, takibi zor olan bölgelerde (saçlı deri vb) ve 1 cm'den büyük lezyonlarda total eksizyon uygulanması diğer durumlarda takip edilmesi uygundur.

Olgu: 57 Yaş erkek hasta burun sağ yanındaki kabuklu lezyon şikayetiyle dermatoloji polikliniğine başvurmuş. Dermatolojik muayenesinde hastanın belirttiği yerde burun sağ yanında sağ göz iç kantusa doğru olan 3 mm ortası krutlu kenarı şeffaf papül mevcuttu. Hastanın rutin dermatolojik muayenesi yapılırken sırtında mavi renkli 1x1 cm boyutlarında mavi nodüler lezyon ve etrafında 3 adet 1x1 mm lik uydu lezyon gözlemlendi. Hastadan alınan anamneze göre sırtındaki lezyonu 40-50 yıldır mevcutmuş ve aktif şikayet oluşmamış .7-8 ay önce sırtındaki nodülün etrafında 3 adet yeni uydu lezyon fark etmiş. Hastanın sırtındaki nodülün etrafındaki uydu lezyonlardan 2 mm punch ile deri biyopsisi alındı ve Maling Melanom ? Mavi Nevüs? Ön tanıları ile histopatolojik incelemeye gönderildi.

Sonuç: Mavi Nevüs ile uyumlu değerlendirildi.

Tartışma: Agmine blue nevüs terimi, çok sayıda mavi nevüsün ≤ 10 cm'lik keskin bir şekilde sınırlanmış bir alanda bir araya gelmesi durumunda kullanılır. Olgumuz Malign Melanomun ayırıcı tanıları arasında agmine blue nevüsün akılda bulundurulmasını ayrıca detaylı dermatolojik muayenenin önemini vurgulamaktadır. Nadir görülen bir lezyon oluşu ve ayırıcı tanılarda Malign Melanom gibi öncelikli bir tanının mevcut oluşu ile klinikte önem taşımaktadır. Mavi nevüsün muhtemelen asemptomatik seyri ve nadir görülmesi sebebiyle literatürde yeteri kadar vaka bildirilmemiştir.. Mavi nevüslerin benign seyrine rağmen olgunun rutin dermaskopik muayene ile takibi ve gerekli durumlarda eksizyonu önerilmektedir.

Agmine mavü nevüs'ün dermoskopik görüntüsü



Hastamızın sırtındaki mavi nevüsün düzgün sınırlı açık-koyu mavi ,mavi-beyaz dermoskopik görüntüsü ve çevresindeki uydu lezyonları.

Sırttaki pigmente lezyon



Hastanın sırtındaki mavi renkli 1x1 cm boyutlarında mavi nodüler lezyon ve etrafında 3-4 adet 1x1 mm lik uydu lezyonlar

Sırttaki pigmente lezyon



İşaretili uydu lezyon punch biyopsi yöntemiyle eksize edildi ve histopatolojik incelemeye gönderildi.

Anahtar Kelimeler: Agmine, Melanom, Mavi, Nevüs

PS-019

Zorlayıcı Bir Tanı: Langerhans Hücreli Histiyositozu Taklit Eden Skabiyez Olgusu, Klinik Bulgular ve Histopatolojik Değerlendirme

Beyza Nur Yetim¹, Pelin Hızlı¹, Arzu Kılıç¹, Gülay Turan²

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

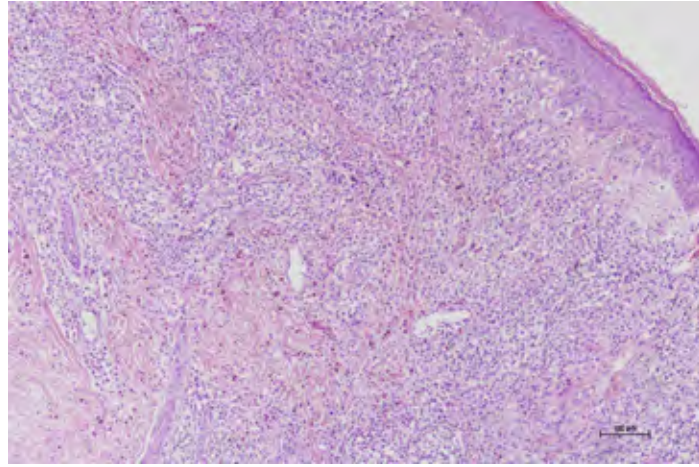
Özet: Skabiyez, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* isimli parazitin yol açtığı bulaşıcı bir deri hastalığıdır. Farklı karakterde lezyonların görülebilmesi nedeniyle, skabiyezin klinik teşhisi zor olabilir. Skabiyez; dermatitis herpetiformis, büllöz pemfigoid, ürtikerya pigmentoza, diskoid lupus eritematozus, vaskülitler ve lenfoproliferatif bozukluklar dahil olmak üzere çeşitli inflamatuvar durumları taklit edebilir. Skabiyez histopatolojik olarak; Langerhans hücreli histiyositoz (LHH), atipik kontakt dermatit, pitriazis likenoides ve varioliformis akuta (PLEVA), lenfomatoid papüloz ve molluskum kontagiozum gibi bazı hastalıklarla karışabilmektedir. Skabiyezin hem klinik hem histopatolojik olarak ayırıcı tanısında LHH bazen zorlayıcı olabilmektedir. Bizim olgumuzda klasik skabiyez ekskoriye papülleri olmayan, ailesinde kaşıntı olmayan ve dış merkezde mükerrer antiskabiyetik tedavi aldığı belirtilen bir hastada yapılan histopatolojik incelemede immünohistokimyasal olarak CD1a ve S100 boyalarıyla pozitiflik saptanmış olup “Langerhans hücre hiperplazisi ve Langerhans hücreli histiyositoz” arasında kesin ayırım yapılamamıştır. Olguda tekrarlayan muayenelerde skabiyez sillonlarının görülmesi, parafin blokların tekrar değerlendirilmesi ve hem hastanın hem de aile bireylerinin uyguladığı etkin bir antiskabiyetik tedaviyle lezyonları gerilemiştir. Bu olguda, Langerhans hücreli histiyositozu taklit eden skabiyezin bir örneği sunulmaktadır. Bu olgu aracılığıyla; LHH ve skabiyez ayırıcı tanısındaki olası zorluklar, dermatolojik ve dermatoskopik incelemenin önemi tartışılmak istenmiştir.

Resim 1a



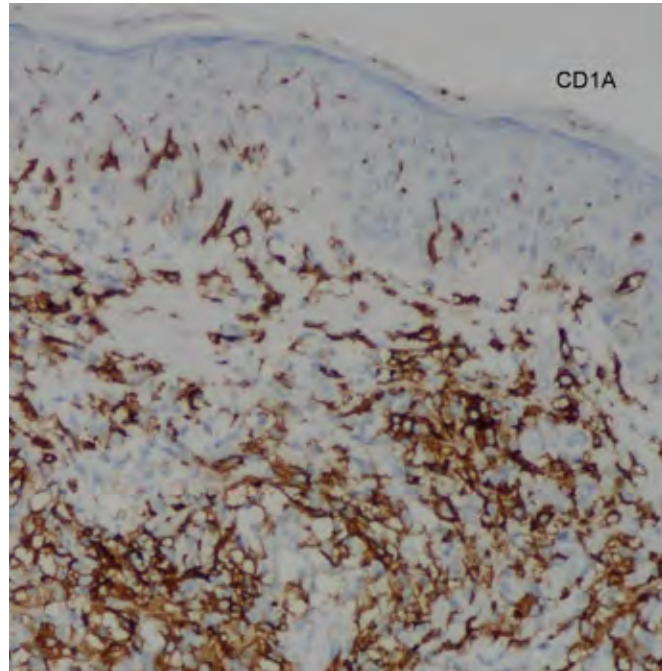
Sağ diz proksimal lateral yüzde bir adet eritemli papül ve bunun süperolateralinde 2 adet mor viyole makül

Resim 2



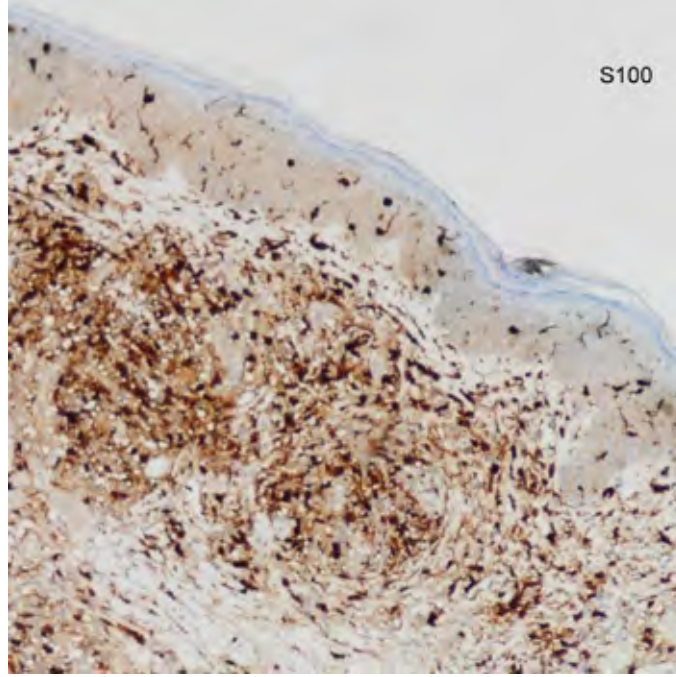
Epidermiste fokal parakeratoz, düzensiz akantoz, dermiste derin dermise kadar ilerleyen, perivasküler, periadneksiyel ve interstisyel yaygın langerhans hücreleri, histiyositler, dağınık yaygın eozinofiller ve ekstravaze eritrositler izlendi (HEx200)

Resim 3a



İmmunhistokimyasal olarak CD1a ile artmış ekspresyon gösteren langerhans hücreleri x100.

Resim 3b



İmmunhistokimyasal olarak S-100 ile artmış ekspresyon gösteren langerhans hücreleri x100.

Anahtar Kelimeler: skabiyez, langerhans hücreli histiyositoz, dermoskopi



PS-020

Üst Ekstremitede Yerleşim Gösteren Bir Lupus Vulgaris Vakası

Dündar Can Dündar¹, Engin Şenel¹, Yılmaz Baş²

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Çorum

Özet: Tüberküloz (TB), Mycobacterium tuberculosis'in neden olduğu granülomatöz bir hastalıktır. Deri TB diğer organ TB'lere göre daha nadir görülür. Dermatoloji kliniğine başvuran olgularda deri TB insidansının %0,1-0,5 arasında değiştiği rapor edilmektedir. Deri TB'lerinde etken M. tuberculosis, Mycobacterium bovis, nadiren de M. bovis'in attenüe suşu Bacillus Calmette-Guerin (BCG)'dir. Lupus vulgaris (LV) deri TB'nin en sık görülen tipidir. 71 yaşında ev hanımı olan hasta, 20 yıl önce sağ el bileğinde küçük bir papül olarak başlayan ve zamanla büyüyen lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın geçmiş tıbbi öyküsünde, dermatoloji kliniğine tekrarlayan başvurularının olduğu belirtildi. Ayrıca, hastanın bilinen hipertansiyonu mevcut olup, zofenopril tedavisi almaktadır ve tek böbreği atrofik durumdadır. Bunun dışında ek bir hastalığı bulunmamaktadır. Hasta, 20 yıl önce hayvancılıkla uğraşmış olup, başvuru sırasında ateş, gece terlemesi veya öksürük gibi sistemik semptomlar mevcut değildi. Dermatolojik muayenesinde, sağ el bileğinin medial kısmında, yaklaşık 3x4 cm çapında, kırmızı-mor renkte, kalın skuamlı ve kaşıntısız likenoid plak görüldü. (Şekil 1). Hastaya lupus vulgaris, tuberculosa verrucosa cutis, liken planus ve sarkoidoz ön tanıları konularak punch biyopsi yapıldı. Patolojik inceleme sonucunda hastaya lupus vulgaris tanısı konuldu ve dörtlü anti-tüberküloz tedavi rejimi uygulanmaya başlandı. Tedavi süreci, iki ay süreyle izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol; ardından dört ay süreyle izoniazid ve rifampisin kullanılarak toplamda altı ay sürdü. Tedavi sonrası takipte, hastanın papüler lezyonlarının hiperpigmentasyon bırakarak gerilediği görüldü (Şekil 2). LV daha önceden TB basiliyle karşılaşmış duyarlı kişilerde gelişen, kronik-progresif bir deri TB formudur. İmmünitesi orta düzeyde olan kişilerde, endojen TB'nin hematogen, lenfojen ve komşuluk yoluyla yayılımı sonucu reenfeksiyon TB'si şeklinde ortaya çıkabileceği gibi, primer inokülasyon TB'si veya BCG aşısını takiben de oluşabilir. BCG aşılama sonrası LV gelişimi son derece nadirdir. Bir kez aşılama ile riskin 1/100.000-200.000 olduğu bildirilmiştir. Deri TB'de özellikle kronik lezyonu olan olgularda basilin gösterilmesi ve kültürde üretilmesi güçtür. Tanı çoğunlukla klinik bulgular ve histopatolojik incelemeyle konulur, Tüberkülin Deri Testi (TDT), "Polymerase Chain Reaction (PCR)" gibi laboratuvar testleri tanıya yardımcı yöntemler olarak kullanılır. Bu vaka sunumunda lupus vulgaris lezyonları olan hastanın tanı ve tedavisinde izlenen basamaklar paylaşılarak literatüre katkıda bulunmak, atipik bölgelerdeki LV vakaları için yol gösterici olmak amaçlanmıştır. Sonuç olarak, ülkemiz gibi TB insidansı ve prevalansının yüksek olduğu ülkelerde, derideki kronik lezyonların ayırıcı tanısında TB mutlaka akla gelmelidir. Deri TB'nin erken tanı ve tedavisi komplikasyon gelişmesinde önleyici bir role sahiptir. Tanı için kültür ve biyopsi yapılmalıdır. Sistemik semptomlar açısından vaka sorgulanmalı fakat sistemik semptomların yokluğu tüberküloz hastalığını dışlamamalıdır. Ayrıca hastamızda olduğu gibi ekstremitelerde de LV'nin olabileceği akılda tutulmalı ayırıcı tanılarda akla getirilmelidir.

Resim 1



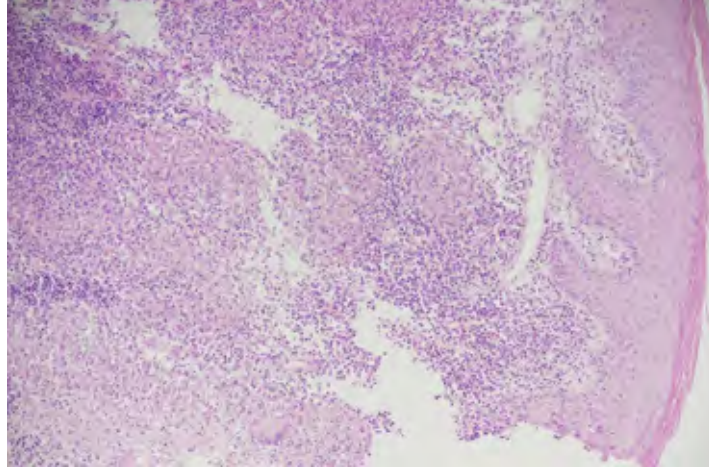
Sağ el bileği medialinde kırmızı-mor endüre kalın skuamlı plak

Resim 2



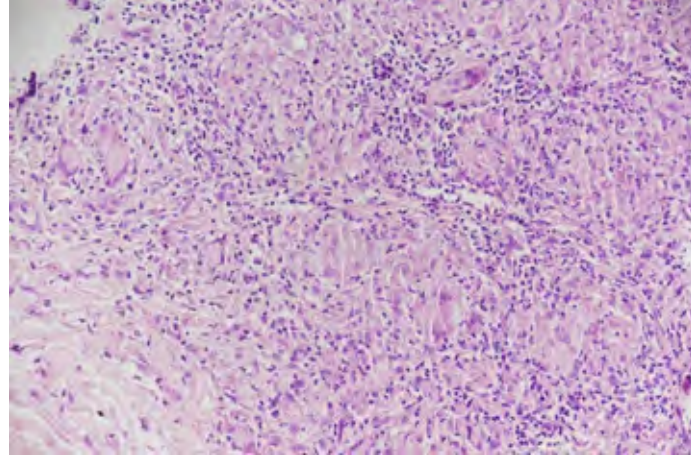
Sağ el bileği medialinde yer yer atrofik hiperpigmente yama.

Resim 3



Lamina propria ve retiküler dermiste, ortalarında nekroz içermeyen epitelooid histiositler ve lenfoid hücrelerden oluşan nonkazeifiye granülom yapıları (H&E, x4)

Resim 4



Granülom yapılarında Langhans tipi multinükleer dev hücreler (H&E, x20)

Anahtar Kelimeler: kutanöz tüberküloz, lupus vulgaris, tüberküloz

PS-021

Nadir Görülen Bir Hastalık: Liken Planus Pigmentosus İversus Olgu Serisi

Muhammed Enes Gürbüz¹, Engin Şenel¹, Güven Güney², Aynure Öztekin¹

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri Ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Çorum

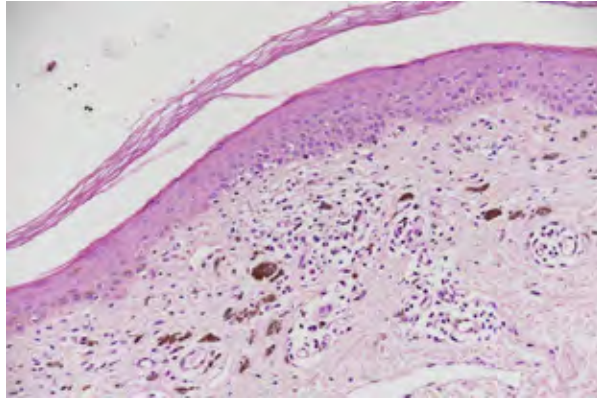
Özet: Liken planus pigmentosus inversus (LPPİ), liken planus pigmentosusun (LPP) nadir görülen bir varyantıdır. Hastalık, intertriginöz bölgelerle sınırlı, düzgün yüzeyle, kahverengi-gri maküller, papüller ve plaklarla kendini gösterir. Bugüne kadar literatürde sadece birkaç vaka yayımlanmıştır. LPPİ sıklıkla beyaz ırkta görülür ve genellikle hastalarda güneş gören bölgeler korunur. Etyolojisi tam bilinmemektedir. Lezyonlar tedaviye dirençli olma eğilimindedir. Burada topikal steroid ve kalsinörin inhibitörlerine yanıt veren vakalar sunulacaktır. 42 yaşında kadın hasta vücudunda bir yıldır artış gösteren kahverengi mor lekelerle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde kıvrım bölgelerinde multiple, sınırları düzenli, oval, pürüzsüz yüzeyle, kahverengi-mor, kaşıntılı papül ve plaklar izlendi (Resim 1). Lezyon bölgelerinde güneş ışığına maruziyet öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde ve wood incelemesinde ek bulguya rastlanmadı. Hastada hipertansiyon, hipotiroidi ve astım öyküsü mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde özellik saptanmadı, HCV negatif bulundu. Hastanın patolojik incelemesinde LPPİ tanısı kondu (Resim 2). Topikal tedavi (kortikosteroid ve kalsinörin inhibitörü) başlanan hastanın takibinde kaşıntı şikâyetinde ve lezyonlarında gerileme tespit edildi. 63 yaşında kadın hasta, bir yıl önce sırtında başlayan ve artış gösteren lekelenme şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde bilateral inframammarian, aksillar, boyun, flank ve suprapubik bölgelerde kahverengi-mor, kaşıntılı, yer yer erode, retiküler papül ve plaklar tespit edildi (Resim 3). Wood incelemesinde bulguya rastlanmadı. Ek hastalığı ve ilaç kullanımı yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde özellik yoktu, HCV negatif bulundu. Hastanın sol inframammarian bölgesinden 4 mm'lik punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede LPPİ tanısı konuldu (Resim 4). Topikal tedavi (kortikosteroid ve kalsinörin inhibitörü) başlanan hastanın kaşıntı şikâyetinde ve lezyonlarında gerileme saptandı. Liken planus pigmentosus inversusta Hepatit C birlikteliği akla gelmelidir. Etyolojide travma, friksiyon ve ilaçlar değerlendirilmelidir.

Resim 1



Sağ inframammarian bölgede pigmente retiküler plak

Resim 2



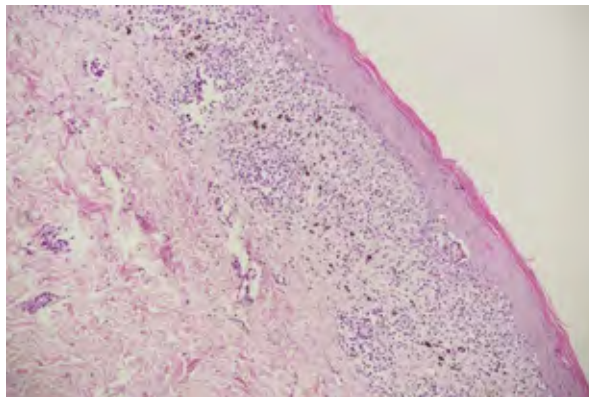
Epidermiste incelmeye, spongiyoz, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, melanosit sayısında artış, dermoepidermal bileşkede band tarzı lenfositik inflamasyon (H&E, x200).

Resim 3



İnframammarian bölgelerde mor-kahverengi, düzensiz sınırlı, yer yer erode, retiküler papül ve plaklar

Resim 4



Hipergranüloz, bazalde vakuoler dejenerasyon ve apoptotik keratinositler, dermoepidermal bileşkede band tarzı lenfositik inflamasyon (H&E, x100).

Anahtar Kelimeler: liken planus, liken planus pigmentozus, liken planus pigmentozus inversus



PS-022

Taklitçi Neoplazi Bowen Hastalığı: Olgu Sunumu

Yasemin Pınar İncetaş¹, Elçin Kadan¹, Ayşenur Botsalı¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet: Taklitçi Neoplazi Bowen Hastalığı: Olgu Sunumu

Dr. Yasemin Pınar İncetaş, Uzm. Dr. Elçin Kadan, Doç. Dr. Ayşenur Botsalı

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Bowen hastalığı bir intraepidermal skuamöz hücreli karsinomdur. İlk tanımlanan olgular güneş görmeyen yerlerde arsenik maruziyetine bağlı gelişmiş olsa da günümüzde bowen hastalığı sıklıkla açık tenli insanlarda orta ve ileri yaşlarda baş, boyun, ekstremiteler gibi güneş gören yerlerde yerleşim göstermektedir. Bu da artan ultraviyole maruziyetinin önemini vurgulamaktadır. Periungual ve anogenital bölge lezyonlarında ise HPV enfeksiyonu etiyolojide ön plana çıkmaktadır. Bowen hastalığı; yavaşça büyüyen keskin fakat düzensiz sınırlı skuamli eritematöz yama veya plak şeklinde görülür. Genellikle; soliter bir lezyondur ve asemptomatiktir. Bowen hastalığının psöriasisiform, atrofik, verrüköz, hiperkeratotik ve irregüler olarak adlandırılan alttipleri mevcuttur. Bu farklı klinik görünüm ve hastalığın yavaş seyretmesi nedeniyle Bowen hastalığının tanısı sıklıkla gecikmektedir. Bu yazımızda kronik, atipik ve tedaviye yanıtız olgularda Bowen hastalığına dikkat çekmeyi amaçlıyoruz.

Olgu: 69 yaş erkek hasta sağ kolda uzun süredir olan ve zamanla büyüyen yara nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın lezyonu ilk olarak 2018 yılında çıkmış. Kliniğimize başvuru öncesinde hastaya dermatit tanısı konmuş. Çeşitli topikal steroid tedavileri alan hastanın lezyonunda son yıllarda büyüme mevcutmuş. Dermatolojik muayenede hastanın sağ önkol posteriorunda 4x4 cm boyutlarında kenarları eleve viyolase renkli oval ve sınırları düzensiz skuamli plak görüldü. Dermatoskopisinde ise glomerüler damarlar ve gri noktalar dikkat çekti. Öncesinde dermatit ve psöriasis ön tanısıyla verilen topikal steroid tedavilerinden fayda görmeyen hastadan tarafımızca biyopsi alındı. Sonucu in situ skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu gelen hastaya efudix krem 2*1 şeklinde başlandı. 2 ay sonraki kontrolde lezyonun küçüldüğü gözlemlendi. Ayrıca kontroldeki muayenede sol lomber bölgede de lezyon tespit edilmiş olup histopatolojisi bowen hastalığı ile uyumlu gelmiştir.

Sonuç: Bowen hastalığında lezyonlar diğer kutanöz hastalıkları taklit edebildiğinden genellikle başlangıçta fark edilmez. Bu olguların erken tanınmasında klinik şüphenin yüksek tutulması ve dermatoskopik olarak muayene edilmesi önemlidir. Dermatoskopide özellikle glomerüler damarların ve gri noktaların görülmesi erken tanı için yardımcıdır. Kesin tanı biyopsiyle konur. Histoloji epidermisin tam kat displazisini ortaya koyar. Ayırıcı tanıda psöriasis vulgaris, numuler dermatit, seboreik keratoz, verruka vulgaris gibi benign hastalıklar yer alırken Paget hastalığı, bazal hücreli karsinom, amelanotik malign melanom gibi malign hastalıklar da yer almaktadır. Özellikle topikal tedaviye yanıt vermeyen sınırlı sayıda lezyonla seyreden psöriasis ve dermatit lezyonlarında Bowen hastalığı düşünülmelidir. Bu vakada tipik olarak yerleştiği güneş gören bölgeler dışında güneş görmeyen bölgede de bowen hastalığı görülmesi arsenik maruziyetini düşündürmüştür. Ancak hastanın öyküsünde bunu destekleyecek bir özellik saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: bowen, dermatit, dermatoskopi

PS-023

Bir Paederus Dermatiti Olgusu: Tzanck Testi ile Tanısal Doğrulama ve Önceki Yanlış Tanıların Değerlendirilmesi

Jale Aylin Akdaşlı¹, Pelin Hızlı¹, İlkay Can¹, Arzu Kılıç¹

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Özet: Paederus dermatiti, sıcak ve nemli bölgelerde vücudun açıkta kalan kısımlarında ani başlangıçlı eritematöz-büllöz lezyonlarla karakterize ağrılı ve kaşıntılı bir irritan kontakt dermatit tablosudur. Bu durum, Paederus cinsine ait bir böceğin ısırma veya sokma durumu olmaksızın, kazara deriye sürülmesi veya ezilmesi sonucunda böceğin vücut sıvısından salınan 'paederin' adlı madde ile tetiklenir. Lezyonlar klinik görünüm itibariyle kontakt dermatit, büllöz impetigo ve herpes zoster vb. dermatozlar ile ayırıcı tanıya girmektedir. Bu yazıda dış merkezde büllöz impetigo ve herpes zoster tanı ve tedavileri almış bir Paederus dermatiti olgusu sunulacaktır. Amacımız, detaylı anamnez almanın ve hızlı ve pratik bir tanı yönetmi olan Tzanck testinin önemini vurgulamaktır. Ayrıca Paederus dermatitinin de ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bir durum olduğunu vurgulamak istiyoruz.

Resim 1



Frontal bölgede sağ kaşın süperolateralinde soluk eritemli zemin üzerinde veziküllerin izlendiği plak

Resim 2



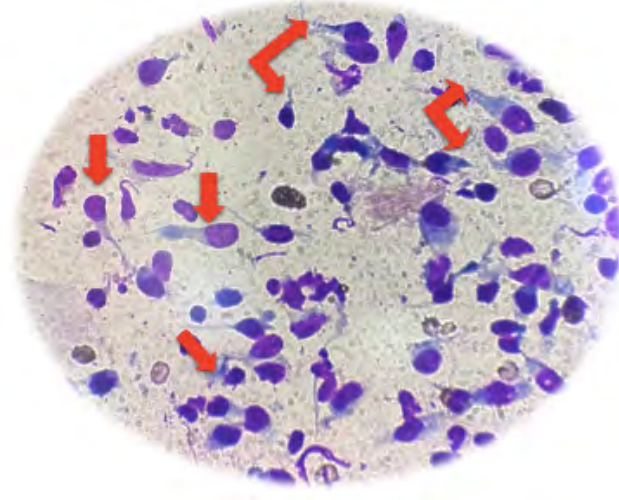
Glbellada oval şekilli üzerinde yer yer veziküllerin izlediği eritemli plak

Resim 3



Boyun supraklaviküler bölgede ortasında intakt bül bulunan eritemli ödematöz plak

Resim 4



İribaş hücreleri (kırmızı oklar)

Anahtar Kelimeler: "Paederus Dermatiti", "Tzanck yayma", "iribaş hücresi", "büllöz impetigo", " herpes zoster"



PS-024

Keloid Tedavisinde İntralezyonel 5-Fluorourasil + Triamsinolon Asetonid Uygulanması: İki Olgu Sunumu

Beyza Keskin¹, Ercan Çalışkan¹, Gülşen Akoğlu¹, Ayşenur Botsalı¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet:

Keloid Tedavisinde İntralezyonel 5-Fluorourasil + Triamsinolon Asetonid Uygulanması: İki Olgu Sunumu
Dr. Beyza Keskin, Prof. Dr. Ercan Çalışkan, Prof. Dr. Gülşen Akoğlu, Doç. Dr. Ayşenur Botsalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Keloid ve hipertrofik skar hasarlı derinin anormal iyileşmesi sonucu oluşan fibroproliferatif bozukluklardır. Yatkın bireylerde esas tetikleyici faktörler; cerrahi, yanık, travma da dahil olmak üzere retiküler dermisin hasar görmesidir. Keloid genellikle ağrı, kaşıntı ile ilişkilidir ve sıklıkla yaşam kalitesinde bozulmaya neden olurlar. Keloidlerin tedavisinde; farklı destrüktif modaliteler, topikal kortikosteroid ya da sitostatik ajanların enjeksiyonlarından faydalanılabilmektedir. Biz burada intralezyonel 5-FU+Triamsinolon Asetonid uygulamasının keloid tedavisinde etkin bir seçenek olduğunu vurgulamayı amaçladık. Olgu 1 : 12 yaş kız hasta. Yaklaşık 4 aydır boyun sağ yarısı, sağ omuz ve sağ skapular alanda herpes zoster sonrası gelişen sert, ağrısız kabarıklar mevcuttu. Hastanın kliniğimize başvurusu öncesinde birkaç seans ILS+ Kriyoterapi işlemi uygulanmış olduğu öğrenildi. Kliniğimize başvurusu ile hastaya birer ay ara ile 4 seans intralezyonel 5-FU+TAC (0.6 5-FU+0.2 TAC+ 0.2 lidokain) enjeksiyon işlemi uygulanmıştır. Uygulama sonrası ilk seanstan itibaren hastanın noduler - multilobüler lezyonlarında düzleşme meydana gelmiştir. Olgu 2 : 26 yaş erkek hasta. Hastanın gövde ön-arka yüzde multiple, bilateral preauricular bölgede birer adet sert ağrısız noduler lezyonlar mevcuttu. Hastaya kliniğimize başvurusu öncesinde birkaç seans intralezyonel kriyoterapi işlemi uygulanmış olduğu öğrenildi. Hastanın bilateral preauricular lezyonlarına beraberinde kaşıntı eşlik etmesi ve yaşam kalitesinde bozulmaya sebep olması nedeniyle tarafımıza başvurusu ile işlem planlandı. Hastaya birer ay ara ile 5 seans intralezyonel 5-FU+TAC (0.6 5-FU+0.2 TAC+ 0.2 lidokain) enjeksiyon işlemi uygulanmıştır. İlk uygulama sonrasında başlayarak hastanın noduler karakterdeki lezyonlarında dramatik şekilde küçülme ve düzleşme, kaşıntı şikayetinde azalma meydana gelmiştir. Hastanın takibi devam etmektedir.

Sonuç: 5-Fluorourasil antineoplastik bir ajan olarak kullanılsa da keloid ve hipertrofik skar tedavisinde etkili bir ajandır. Yapılan çalışmalarda fibroblast proliferasyonunu ve TGF-b tarafından indüklenen Tip 1 kolajen ekspresyonunu inhibe ettiği gösterilmiştir. İntralezyonel 5-FU; monoterapi, intralezyonel TAC ile kombine veya eksizyon sonrası adjuvan tedavi olarak kullanılabilir. Sık gözlenen yan etkiler arasında enjeksiyon bölgesinde ağrı, ülserasyon, yanma hissi, hiperpigmentasyon bulunmaktadır. Bu iki olgu keloid tedavisinde intralezyonel 5-FU + TAC uygulamasının etkili, güvenli bir seçenek olduğunu hatırlatmaktadır. 5-FU keloid tedavisinde güçlü etki potansiyeline sahip bir ajandır. Fakat keloid tedavisinde intralezyonel 5-FU kullanımına dair veri kısıtlıdır, net bir konsensus bulunmamaktadır. Altta yatan durumun tekrarlayıcı potansiyeli de tedavi kararlarında göz önünde tutulmalıdır. Bu hastalarda elde edilen yanıtların uzun dönem sürveyansı doğru tedavi şemalarının gelişimine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Keloid, 5-Fluorourasil



PS-025

Erken Evre Mikozis Fungoides Tanılı Hastada Büyük Hücre Transformasyonu

Şeyma Nur Demirci¹, İjlal Erturan¹, Mehmet Yıldırım¹, Raşit Akdeniz²

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

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Isparta

Özet: Mikozis fungoides(MF) kutanöz T hücreli lenfomanın(CTCL) en sık görülen alt tipidir. Cilt lezyonları lokalize ya da yaygın olabilen yamalar, plaklar, tümörler veya eritrodermiyi içerir. Büyük hücre tranformasyonu (MF-LCT), MF tanılı vakaların %10 -%25'inde görülebilir ve kötü prognoz ile ilişkilidir (1). MF-LCT gelişiminin ileri evre MF tanılı vakalarda ve yıllar içinde gelişmesi beklenmektedir (2). Ancak burada erken evre MF tanılı hastada kısa süre içerisinde gelişen MF-LCT olgusunu sunuyoruz.Yetmiş dört yaşında erkek hasta kliniğimize 5-6 yıldır olan bacaklarda renk koyulaşması şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus dışında özellik yoktu. Yapılan dermatolojik muayenesinde bilateral bacaklarda hiperpigmente yamalar izlendi. Hastanın laboratuvar testlerinden hemogram, periferik yayma, total kolesterol, trigliserid, LDL, eritrosit sedimentasyon hızı, karaciğer fonksiyon testleri ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Hastadan mikozis fungoides ve numuler dermatit ön tanıları ile alınan biyopsi sonucunda epidermotropizm, CD3 ile boyanan ancak CD5,CD7,CD4,CD8 ile az boyanan lenfositler izlendi. Hastaya ön planda mikozis fungoides düşünülerek evreleme için ileri incelemeler yapıldı ve sistemik tutulum olmayan hasta Evre 1B olarak değerlendirilerek asitretin 10 mg tablet ile db-UVB tedavisi başlandı. Hastanın 2.ay kontrolünde bacaklarında krutlu nodüller izlenmesi üzerine nodüllerden biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucunda düzensiz nükleuslu belirgin nükleoluslu geniş sitoplazmalı hücrelerde CD2, CD3 ve CD30 ile yoğun immünreaktivite izlenirken CD4, CD7, CD8, CD5, ALK, CD20 negatifti. Mevcut bulgularla MF-LCT tanısı koyulan hasta hematoloji tarafından takibe alındı.Mikozis fungoides genellikle erken evre hastalıkta mükemmel prognoza sahip, yavaş ilerleyen bir CTCL türüdür. MF-LCT ise kötü prognozla ilişkili olup tanı sonrası medyan sağkalım 19-36 ay olarak bildirilmiştir (3). MF-LCT tanısı histopatolojik olarak konulmaktadır ancak biyopsi için şüphelenmeye yol açacak klinik bulgularla ilgili literatürde az sayıda çalışma mevcuttur. Mevcut çalışmalar uzun süredir var olan yama ya plak zemininde gelişen nodul ve hatta zararsız görünebilen papüllerden biyopsi alınması önermektedir (4). Hastalar MF-LCT tanısı doğrulandıktan sonra sistemik ajanların kullanıldığı agresif tedaviler almalıdır (3). Biz de bu vakayı tedavi rejimi ve sağ kalımı değiştireceği için MF-LCT ile ilişkili klinik ipuçlarının dermatolog tarafından erken tanınmasının önemini vurgulamak için sunmaya değer bulduk.

Resim1



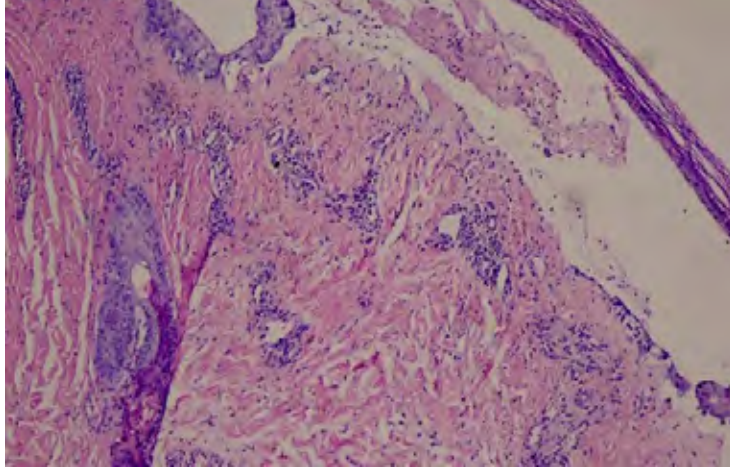
Hiperpigmente yamalar üzerinde krutlu nodüller

Resim2



Hiperpigmente yamalar

Resim3



Epidermisi infiltre eden düzensiz nükleuslu anaplastik hücreler

Anahtar Kelimeler: mikozis fungoides, büyük hücreli dönüşüm, deri lenfomaları, erken evre



PS-026

Sarkoidoz ve Üveit'e Eşlik Eden Derkum Hastalığı

Beyza Sevim¹, Ömer Kutlu¹, Atiye Akbayrak¹

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Adipozis dolorosa olarak da bilinen Derkum hastalığı, vücutta çeşitli lokalizasyonlarda bulunabilen, özellikle proksimal ekstremiteleri, gövdeyi ve kalçaları etkileyen, yağ dokusunun çoklu, ağırlı deri altı büyümeleri ile karakterize, etyopatogenezi bilinmeyen nadir bir hastalıktır (1). Bu hastalık ilk olarak 1800'lerin sonlarında nörolog Francis Xavier Dercum tarafından keşfedilmiştir. Eklem tipi, jeneralize diffüz, jeneralize nodüler, lokalize nodüler formları olmak üzere 4 klinik formu vardır. Derkum hastalığı tanısı genellikle klinik olarak konulur (2). Hastalığın epidemiyolojisi henüz tanımlanmamıştır, ancak vaka raporları 35-50 yaşları arasındaki obez kadınlarda daha yüksek bir yaygınlık olduğunu öne sürmektedir (3). Bu hastalığın yönetimi, belirsiz patogenezi nedeniyle etkili bir tedavisi de olmadığından semptomatik tedaviye dayanır, mevcut tedaviler bireysel vaka raporlarına dayanmaktadır (4). Burada üveit ve sarkoidoza eşlik eden Derkum hastalığı olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 74 yaşında, üveit etyolojisi araştırılması amacıyla göz polikliğinden yönlendirilen kadın hasta tarafımıza başvurdu. Hastanın ayrıca 30 yıldır mevcut olan vücutta yaygın ağırlı lezyonları olduğu ve tüm çocuklarında da bu lezyonların mevcut olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, hiperlipidemi, hipotiroidi, üveit ve sarkoidoz hastalıkları mevcuttu. Dermatolojik muayenede hastanın bilateral kollarda, bacaklarda, gövdede, memede ve sırtta çok sayıda, ağırlı, deri renginde, palpabl nodüler lezyonlar izlendi. Meme bölgesindeki lezyonlara yapılan renkli doppler ultrasonografi sonucu her iki memede dağınık yerleşimli büyüğü sol memede iç kadranda 19x7 mm boyutunda birkaç adet lipom şeklinde gelmiştir. Bu klinik ve görüntüleme bulgularına dayanarak Derkum hastalığı tanısı konuldu ve semptomatik olarak ağırlı lezyonlara intralezyonel steroid tedavisi uygulandı. Hastanın ağırlı lezyonlarında kısmi gerileme görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Derkum hastalığı genellikle farklı büyüklük ve lokalizasyonda ağırlı deri altı yağ dokusu birikimlerinin gelişimi ile karakterize nadir bir hastalıktır (1). Sıklıkla obezite, diyabet, dislipidemiler ve alkolsüz yağlı karaciğer hastalığı gibi metabolik bozukluklarla ilişkilidir. Bu tür bozukluklar Derkum hastalığında sıklıkla görülse de etiyolojik olarak tam olarak ilişkilendirilememiştir (4). Bu olgumuz literatür ile uyumlu olarak kilolu, kronik eklem ağrısı olan, hiperlipidemi nedeniyle tedavi gören bir hastaydı. Tanı için önerilen kriterler arasında; aşırı kilolu veya obez hastalarda, 3 aydan uzun süren, çok sayıda ağırlı lipomlar yer alır (7). Ağrı genellikle tedaviye dirençlidir. Derkum hastalığı için spesifik laboratuvar belirteçleri yoktur, ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tanı koymada yardımcı olabilir (2). Birçok farklı tedavi seçeneği kullanılmış olsa da, bu hastalık için standart tedavi yoktur. Tedavi genellikle semptomatik olarak ağrı gidermeye yöneliktir (7).Tedavi seçenekleri arasında analjezikler, liposuction, lipektomi ve manuel lenf drenajı yer alır(2,6,7). Hastamızın ağırlı lipomlarının çoğuna tek seans intralezyonel steroid uygulaması yapıldı. Bu olgumuzda olduğu gibi intralezyonel steroid tedavisi hem lezyon boyutunu hem de ağrı skorunu azalttığı için tedavide düşünülebilir.

Sağ Kolda Multiple Lipomlar



Resim 1: Hastanın sağ kolunda çok sayıda ağrılı lipomlar (paterji testi amacıyla işaretleme yapılmıştır.)

Sol Kolda Multiple Lipomlar



Resim 2: Hastanın sol kolunda çok sayıda ağrılı lipomlar

Anahtar Kelimeler: Adipozis dolorosa, Derkum hastalığı, Multiple ağrılı lipomlar

PS-027

Tavşancıl Otuna (*Heracleum Antasiaticum*) Bağlı Gelişen Fitofotodermatit

Hikmet Taha Akcin¹, Meltem Türkmen¹, Selcen Kundak¹

¹T.C. SBÜ İzmir Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet: Giriş: Fitofotodermatit (FFD) bitkilerde bulunan kimyasal maddelerin ultraviyole ışınlarıyla reaksiyona girmesi sonucu oluşan bir dermatozdur. Bitkilerle temas ile eş zamanlı olarak ultraviyole ışınlarına maruz kalma sonucu ortaya çıkar. Lezyonlar temastan 12-36 saat sonra başlar. Özellikle el, yüz gibi vücudun açık bölgelerinde görülür. Tanı klinik bulgularla konur. Burada tavşancıl otuna (*Heracleum antasiaticum*) bağlı gelişen fitofotodermatitli 17 yaşında kadın olgu sunulmaktadır. Olgu: On yedi yaşındaki kadın ellerde oluşan kızarıklık, kaşıntı, yanma ve veziküler döküntüler şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Şikâyetlerinin bir gün önce bahçede tavşancıl otu isimli bitki ile temas sonrası başladığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde bilateral ellerde ve parmaklarda lineer eritemli, veziküler ve büllöz lezyonlar izlendi. Hastaya mevcut bulgularla fitofotodermatit tanısı konularak oral antihistaminik ile topikal ve sistemik steroid-fusidik asit tedavisi başlandı. On gün sonraki kontrolde lezyonların postinflamatuar hiperpigmentasyon ile iyileştiği görüldü. Tartışma: Fitofotodermatit, önce ışığa duyarlılık yapan bitkisel maddelerin daha sonra ultraviyole radyasyonunun deriye teması sonucu ortaya çıkan fototoksik bir reaksiyondur. FFD, insanların sıklıkla UV ışınlarına maruz kaldığı ve bitkilerde en yüksek furokumarin konsantrasyonunun bulunduğu ilkbahar-yaz aylarında görülür. *Heracleum antasiaticum*, Apiaceae bitki ailesindedir. Avrasya kökenli olan ve tabiatta kendi kendine yetişen tavşancıl otu özellikle nemli toprağı sever. Özsuyu toksiktir, deride ve mukozalarda şiddetli inflamasyon yaparak büllöz lezyonlara, toksik reaksiyonlara yol açabilir. Bildiğimiz kadarıyla olgumuz, literatürde tavşancıl otuna bağlı gelişen ilk fitofotodermatoz olgusu özelliğindedir. Burada klinik bulguları ile FFD tanısı alan bir olgu, tavşancıl otunun fototoksik etkisine dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Resim 1 :Tavşancıl otu (*Heracleum antasiaticum*) bitkisi



Resim 2: Parmaklarda veziküler ve büllöz lezyonlar



Resim 3: Tedaviden 1 hafta sonra lezyonlarda gerileme



Anahtar Kelimeler: Fitofotodermatit, Tavşancıl Otu (*Heracleum Antasiaticum*), Alerjik Reaksiyon

PS-028

Erişkin Yaşta Tanı Konulan Mal de Meleda Olgusu

Elif Nur Canbazoğlu¹, Mustafa Şen¹, Muhammed Mustafa Aytürk², Ayşenur Botsalı¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: Erişkin Yaşta Tanı Konulan Mal de Meleda Olgusu

Dr. Elif Nur Canbazoğlu, Dr. Mustafa Şen, Dr. Muhammed Mustafa Aytürk, Doç. Dr. Ayşenur Botsalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Mal de Meleda hastalığı, OR olarak kalıtılan, nadir görülen bir herediter, palmoplantar keratoderma formudur. Hastalık ilk kez 1826 yılında Hırvatistan'ın Meleda (Mlyet) adasında görülmüştür. Lezyonlar doğumda varolan veya yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan, el ve ayak sırtlarına yayılan (transgradient) hiperkeratozla karakterizedir. MdM olgularında gecikmiş tanı konulması oldukça sıktır. Biz vatani hizmetini yaparken yoklama muayenesi için tarafımıza başvurusu esnasında MdM hastalığı tanısı alan bir olguyu sunmayı ve diğer herediter PPK'la ayırıcı tanısını tartışmayı planladık.

Olgu: 25 yaşında erkek hasta, bebeklik döneminden beri varolan, el içi ve ayak tabanlarında kalınlaşma, sarı renk değişikliği, hareket kısıtlılığı, aşırı terleme şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde belirgin özellik yoktu. Soygeçmişinde, kardeşinde de benzer şikayetlerin olduğu öğrenildi. Daha önce keratolitik kremler kullanmış, başka bir tedavi almamıştı. Dermatolojik muayenesinde, her iki avuç içi ve ayak tabanlarında simetrik yerleşimli, sarı-beyaz renkli, transgradient gösteren hiperkeratoz mevcuttu. Her iki el dorsumunun yarısında, parmak ekstansör yüzlerinde ve el bileklerinin iç yüzlerinde keskin sınırlı eritem mevcuttu. Hastanın ayak tırnaklarında kalınlaşma, sarı-kahverengi renk değişikliği, el tırnaklarında ise hiperkonveksite vardı. Oral mukoza doğaldı. Hastanın laboratuvar incelemeleri normaldi. Hastamızdan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde; epidermiste belirgin hiperkeratoz, hipergranüloz, psöriaziform hiperplazi saptandı. Hastamıza bu veriler sonucunda MdM tanısı konuldu ve topikal %5 salisilik asit ve vazelin karışımı, oral 25 mg/gün asitretin tedavisi başlandı.

Sonuç: MdM hastalığı avuç içi ve ayak tabanlarının hiperkeratozuyla karakterize, nadir görülen bir herediter PPK formudur. Bu hastalıkta keratoz tipik olarak el içi ve ayak tabanlarından el üstü ve ayak sırtlarına doğru (eldiven-çorap tarzı) yayılım gösterir. PPK'ların ayırımında ideal tanı yöntemi genetik analiz olsa da her zaman mümkün olmayabilir. Bizim olgumuzda da genetik analiz teklif edilmiş fakat hasta yaptırmamıştır. Bu durumda klinik özellikler zemininde yapılan algoritmik yaklaşım farklı tanıları arasında ayırım yapmaya yardımcı olur. Nitekim MdM hastalarında palmoplantar bölgede transgradient yayılım oldukça tipik bir özelliktir. Ayrıca diğer herediter PPK tiplerinde görülen sensörinöral işitme kaybı, hipodenti, hipotrikoz, malignansi öyküsü gibi bulgular bizim vakamızda yoktu. Ayırıcı tanıda yer alan bu özellikler, klinik görünüm, histopatolojik değerlendirme ve aile öyküsü neticesinde hastamızı MdM olarak değerlendirdik. MdM hastalığı yoğun hiperkeratoz nedeniyle restriktif bantlar (psödoainhum), fleksiyon kontraktürü ve parmak amputasyonları gibi komplikasyonlara yol açabilir. Biz burada tedavisiz kalan bir MdM olgusunu, nadir görülen bu hastalığın ayırıcı tanıda akılda bulundurulmasının önemini hatırlatmak ve diğer herediter PPK'larla ayırımını vurgulamak amacıyla sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: mal de meleda, palmoplantar keratoderma, hiperkeratoz



PS-029

Dirençli Onikomikoz Tedavisinde Nd:YAG Lazer Etkinliği

Bülent Karaman¹, Meltem Türkmen¹, Selcen Kundak¹

¹T.C SBÜ İzmir Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Özet: Giriş: Onikomikoz erişkinlerdeki en sık tırnak hastalığıdır. Tedavide altın standart sistemik antifungal ajanlardır ancak tedavi önemli oranda rekürrens ile sonuçlanmaktadır. Aynı zamanda sistemik antifungal ilaçlar yan etkileri ve ilaç etkileşimleri nedeniyle her olguda kullanılamamaktadır. Bu çalışmamızda Nd:YAG lazer ile tek uygulama sonrası belirgin gerileme saptadığımız onikomikoz olgusu sunulmaktadır. Olgu: Elli altı yaşında kadın olgu her iki ayak baş parmağında 5 yıldır mevcut olan diskolorasyon, onikoliz, hiperkeratoz şikayeti ile başvurdu. Hastaya dış merkezde onikomikoz tanısı ile aralıklı olarak 6 kür sistemik ve topikal antifungal tedavisi (terbinafin ve azol türevleri) uygulanmasına rağmen klinik gerileme saptanmamış. Hastanın tırnaklarından alınan örneklerle Potasyum Hidroksit (KOH) ile standart native preparat (direkt mikroskopik KOH) testi yapıldı. Test sonucu pozitif olan hastaya tek doz akım 150 J/cm², atım süresi 30 msn, spot çapı 3mm olmak üzere uzun atımlı 1064 nm Nd:YAG lazer uygulandı. Üç hafta sonra kontrolde değerlendirilen hastanın tırnak bulgularının belirgin gerileme gösterdiği gözlemlendi. Uygulamada yaklaşık 5 cm uzaklıktan tırnağa dik açıyla her tırnağa ortalama 2 dk boyunca vertikal ve horizontal atışlar yapıldı. . Soğutucu sprey, jel, analjezik ve topikal anestezi kullanılmadı. Tartışma: Nd:YAG lazerin onikomikoz tedavisinde etkisi ile ilgili çalışmalar çelişkilidir. El-Tatawy ve arkadaşları 1064 nm uzun atımlı Nd:YAG lazer yaptıkları hastaların tamamında %75'ten fazla klinik iyileşme ve %90 mikolojik kür rapor etmişlerdir. Kimura ve arkadaşları 1064 nm Nd:YAG lazer ile yaptıkları çalışmalarında tam kür oranını %51 olarak vermişlerdir. Moon ve arkadaşları ise 1064 nm uzun atımlı Nd:YAG lazer uyguladıkları çalışmada tam kür oranını %9,355, Noguchi ve arkadaşları %8,389 olarak rapor etmişlerdir. Olgumuzda tedaviye aylık dozlarla devam edilecek olup, tek doz sonrası belirgin klinik gerileme olması nedeni ile dirençli olgularda Nd:YAG lazerin alternatif tedavi olabileceğini düşünmekteyiz.

Sol başparmak tırnakları: Tedavi öncesi ve tek doz uygulama sonrası



Sağ başparmak tırnakları: Tedavi öncesi ve tek doz uygulama sonrası



Anahtar Kelimeler: Onikomikoz, Nd:YAG Lazer



PS-030

Guselkumab ile Hızlı Yanıt Alınan Eritrodermik Psoriasis Olgusu

Tahir Şako¹, Meltem Türkmen¹, Selcen Kundak¹

¹T.C SBÜ İzmir Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet: Giriş : Eritrodermik psoriasis (EP), psoriasisin şiddetli ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir formudur.1 Son yıllarda EP için tedavi seçenekleri artmakla birlikte uluslararası kılavuzlar hala eksiktir. Konvansiyonel tedaviler ve biyolojikler gibi kanıta dayalı tedavi seçenekleri çoğunlukla küçük vaka serileri veya vaka raporlarıyla sınırlıdır.2,3Guselkumab, psoriatik deride inflamatuvar kaskadı inhibe eden, interlökin-23 (IL-23) inhibitörüdür. IL-23, T-helper (Th)17 hücre stabilizasyonu ve sağ kalımında ve psoriasisin patogeneğinde rol oynayan proinflamatuvar bir sitokin olan IL-17A üretiminde merkezi rol oynar.4 EP'li hastalar tipik olarak plak psoriazisine benzer şekilde psoriatik deri lezyonlarında IL-17 üreten hücrelerin birikimi gözlenir. Olgu : 49 yaşında erkek hasta, tüm vücutta yaygın kızarıklık ve kabuklanma şikayeti ile başvurdu. Hastada 13 yıldır plak tip psoriasis öyküsü mevcuttu. Psoriasis nedeni ile 3 yıl önce metotreksat kullanan ancak yanıt alınamayan hastaya infliksimab tedavisi başlanmış ancak bu tedaviden de fayda görmemiş. Dış merkezde secukinumab başlanan hasta polikliniğimize başvurduğunda secukinumab tedavisinin 6. ayındaydı. Dermatolojik muayenede, vücut yüzey alanının %91'ini tutan eritemli, skuamlı, deskuame plaklar saptandı. (Resim 1a,2a) Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) 32 olarak hesaplandı. Hastada eş zamanlı ateş, titreme, asteni ve halsizlik semptom ve bulguları mevcuttu. Vücut kitle indeksi 45,1 olan hastada bu değer morbid obezite ile uyumlu idi. Öz geçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon ve 2. derece hepatosteatoz vardı. Hastada secukinumab tedavisi kesilerek, arınma (wash-out) periyodu vermeden psoriasis dozu ile (0. ve 4. haftalarda 100 mg, ardından her 8 haftada bir idame dozu) guselkumab tedavisi başlandı ve 1. haftada tam ve hızlı remisyona (PASI 100) ulaşıldı. (Resim 1b, 2b) Yaklaşık 2 yıldır guselkumab tedavisi alan hastada herhangi bir aktivasyon saptanmadı ve hastanın PASI 100 değerini koruduğu gözlemlendi. Tartışma : Bildiğimiz kadarı ile bu çalışmada, guselkumab ile hızlı yanıt gösteren, PASI100 yanıtına 1. haftada ulaşılan ve iyilik halini 2 yıl koruyan ilk EP olgusu sunulmuştur. Guselkumab kullanılarak IL-23'ün seçici blokajının, EP yönetiminde etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak, bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Tedavi öncesi (1a,2a) ve guselkumab tedavisinin 1. haftası (1b,2b)



Anahtar Kelimeler: Psoriasis, Guselkumab, Eritrodermik Psoriasis, Eritrodermi

PS-031

Subkutan İnterferon Uygulaması Sonrası Gelişen Nicolau Sendromu Olgusu

Havva Binnaz Örmeci¹, Engin Şenel¹

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum

Özet: Nicolau sendromu (NS), livedoid dermatit veya embolia cutis medicamentosa olarak da bilinir. İlk olarak 1920 yılında sifiliz tanılı hastaya bizmutun intramusküler uygulamasından sonra tanımlanmıştır. Başta nonsteroid anti-enflamatuar ilaçlar olmak üzere çeşitli intramüsküler ve daha az sıklıkla subkutan enjekte edilebilir ilaçlarla ilişkilendirilmiştir. NS enjekte edilebilir ilaçların ciddi bir komplikasyonudur ve şiddetli ağrı, hassasiyet ve eritem ile karakterizedir. Lezyonlar hızlı bir şekilde livedoid retiküler yamalara ve ardından nekrotik ülserlere ve cilt nekrozuna ilerleme eğilimindedir. Birkaç hafta veya ay sonra lezyonlar iyileşirken yerinde atrofik skar bırakır. Otuz dokuz yaş kadın hasta polikliniğimize sol bacakta ağrılı yara şikâyeti ile başvurdu. Öyküsünde multipl skleroz (MS) nedeniyle 2011 yılından beri haftada üç gün subkutan interferon-beta kullandığı öğrenilen hasta enjeksiyondan bir hafta sonra enjeksiyon bölgesinde ağrı hissettiğini ve ardından yara geliştiğini ifade etti. Dermatolojik muayenesinde sol uyluk anteriorunda yaklaşık 2x2,5 cm ölçülerinde etrafı eritemli ülsere plak görüldü (Resim 1). Palpasyonla hassasiyet gösteriyordu. Lezyona herhangi bir sistemik semptom eşlik etmiyordu. Tıbbi geçmişinde MS dışında özellik yoktu ve bu hastalık için kullandığı interferon beta dışında ilaç öyküsü yoktu. Daha önce kolda yine subkutan interferon beta uygulama bölgesinde benzer şikâyeti olduğunu ve kendiliğinden iyileştiğini söyledi. Klinik olarak hastaya Nicolau sendromu tanısı kondu. Hastaya oral fusidik asit, topikal gümüş sulfadiazin ve triclitum vulgare sulu ekstresi reçete edildi. 20 gün sonra poliklinik kontrolünde lezyon boyutunda gerileme olmadığı görüldü. Yaranın rekonstrüktif cerrahisi için plastik cerrahiye yönlendirildi. Hastanın cerrahi tedavi sonrası kontrolünde lezyonun skar dokusu bırakarak iyileştiği görüldü (Resim 2). NS klinik olarak ilaç enjeksiyon bölgesinde enjeksiyondan hemen sonra şiddetli ağrı ve hızla gelişen livedoid retiküler yamalar ile karakterizedir. Penisilin, lokal anestezipler, nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar ve kortikosteroidler gibi çok çeşitli ilaçların uygulanmasının bu duruma neden olduğu bildirilmektedir. Literatürde çoğunlukla intramusküler uygulama sonrası bildirilse de bizim olgumuzda olduğu gibi subkutan uygulama sonrası da NS görülebilmektedir.

Resim 1



Sol uyluk anteriorunda yaklaşık 2x 2,5 cm ölçülerinde etrafı eritemli ülsere plak

Resim 2



Cerrahi sonrası önceki lezyon bölgesindeki skar

Anahtar Kelimeler: Nicolau sendromu, interferon beta, embolia cutis medicamentosa

PS-032

Dermoskopi ile Tanı Konan Pedikülozis Pubis Olgusu

Ethem Yüksel¹, Engin Şenel¹

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum

Özet: Pedikülozis pubis, Phthirus pubis'in etkeni olduğu bulaşıcı bir paraziter enfestasyondur. Phthirus pubis, öncelikle kasık bölgesini daha az sıklıkla vücudun diğer bölgelerindeki kıllı bölgeleri tutar. Hastalık, yakın fiziksel temas ve daha az sıklıkla nesnelere temasla bulaşır. Hastaların ana başvuru şikâyeti kaşıntıdır. İnsidansın dünya genelinde %1,3-4,6 olduğu tahmin edilmektedir ve hijyenik olmayan koşullara sahip kalabalık nüfuslarda artmaktadır. Tanı genellikle tipik klinik bulgulara dayanır. Tanı kesin değilse dermoskopik muayene sarkelleri/parazitleri göstermede yardımcı olur. 50 yaşında inşaat işçisi olarak çalışan erkek hasta, kasıklarında başlayan kaşıntı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen ek hastalığı ve düzenli kullandığı ilaç öyküsü yoktu. Hastanın şikâyetleri başlamadan önce Afrika ülkesi olan Benin'de çalışmak amacıyla seyahat öyküsü mevcuttu. Hastanın dermatolojik muayenesinde bilateral uyluklarda ve inguinal bölgelerde multiple kahverengi-siyah renkli papüller lezyonlar gözlemlendi (Resim 1). Yapılan dermoskopik incelemede Phthirus pubis parazitleri saptandı (Resim 2). Hastaya pedikülozis pubis ön tanısıyla permetrin %5 losyon reçete edildi. Phthirus pubis'in etkeni olduğu pedikülozis pubis öncelikle inguinal bölge olmak üzere bacak, kol gövde, kaş ve kirpikler dâhil yüz bölgesindeki kılları tutabilir. Ana şikâyet kaşıntıdır. Phthirus pubis'in tanısında dermoskopi, ileri tetkiklere ihtiyaç duyulmadan hızlı ve etkili bir tanıya olanak sağlayabilir.

Resim 1



Sağ uylukta çok sayıda siyah renkli papüller

Resim 2



Dermoskopik muayenede saptanan Phthirus pubis parazitleri

Anahtar Kelimeler: pedikülozis pubis, phthirus pubis, dermoskopi

PS-033

Nadir Görülen Malign Sifiliz Olgusu

Caner Göllü¹, ilkay Can¹, Pelin Hızlı¹, Arzu Kılıç¹

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği

Özet: Sifiliz, *Treponema pallidum* bakterisinin neden olduğu ve cinsel yolla bulaşan kronik bir hastalıktır. Klinik olarak çeşitli belirtilerle kendini gösterir ve birçok organ ile sistemi etkileyebilir. Sifiliz, temel olarak dört evrede seyreder: primer, sekonder, latent ve tersiyer.(1) Malign sifiliz, sekonder sifilizin nadir ve ciddi bir varyantıdır. Malign sifilizin klinik özellikleri arasında süpüratif lezyonlar yer alır ve yüksek ateş, halsizlik, miyalji gibi sistemik belirtiler eşlik edebilir. (2) Malign sifiliz genellikle bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde, özellikle HIV enfeksiyonu eşlik eden hastalarda görülmektedir.(3-4)Bu nadir klinik tanıya sahip bir malign sifiliz olgusunu sunarak, bu durum hakkında farkındalık oluşturmayı amaçlamaktayız.

Resim 1



Çenede yerleşik sarı, rupoid krutlu plak.

Resim 2



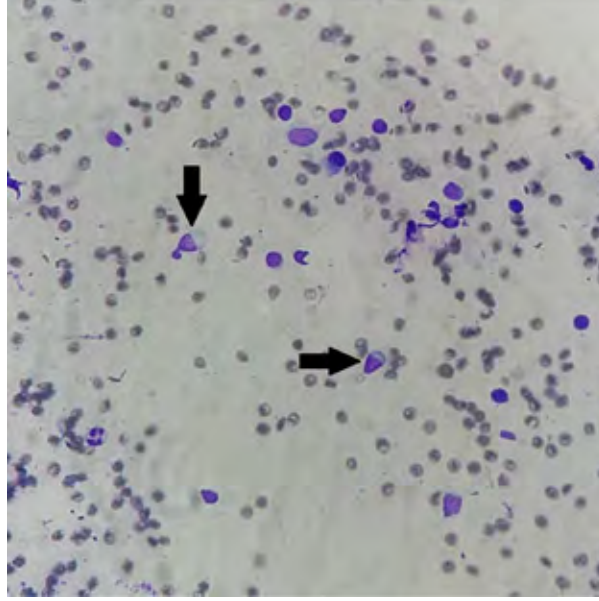
Sırtta simetrik olarak yayılmış, çapı 0,2 ile 1,5 cm arasında değişen, belirgin sınırlı ve düzenli konturlara sahip, bazıları ülser, bazıları krutlu, eritemli-viyolase, yaygın papüller, püstüller ve nodüller.

Resim 3



Pubik bölgede verrüköz plaklar ve glans penis üzerinde krutlu papüller.

Resim 4



Tzanck smear incelemesinde plazma hücreleri (oklar) (Diff-Quick x100).

Anahtar Kelimeler: malign sifiliz, lues maligna, treponema pallidum, sifiliz

PS-034

Ters Koebner Fenomeni: Kutanöz Lenfoid Hiperplazi

Melisa Öklü¹, İlkay Can¹, Pelin Hızlı¹, Arzu Kılıç¹

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği

Özet: Kutanöz lenfoid hiperplazi (KLH), yoğun lenfohistiyositer infiltrasyon içeren bir grup benign inflamatuvar deri hastalığı olarak bilinir. Klinik ve patolojik olarak deri malign lenfomalarına benzerlik gösterebilir. KLH'nin iki klinik tipi vardır: nodüler ve diffüz tip. Nodüler tipteki lezyonlar genellikle yüz, göğüs ve üst ekstremitelerde yerleşir ve tek veya bölgesel küçük kümeler halinde, asemptomatik, eritemliden mor-viyolese tonlara değişen renkte papül veya nodüller olarak görülürler. Koebner fenomeni, lokal travmayı takiben daha önce etkilenmemiş bölgelerde yeni lezyonların ortaya çıkmasını tanımlar ve liken planus, psoriasis ve vitiligo gibi çeşitli dermatolojik durumlarda bildirilmiştir. Ancak ters koebnerizasyon, lokal travmanın ardından lezyonların düzelmesini veya hasarlı deride lezyonların oluşmamasını tanımlayan oldukça nadir bir olaydır. Bu olguda, punch biyopsi sonrası ters koebner fenomeninin bir örneğini kutanöz lenfoid hiperplazili bir olguda görmekteyiz.

Resim 1



Burun dorsumunda 1.5 cm çaplı düzgün sınırlı palpasyonla orta sertlikte eritematöz nodül

Resim 2



Biyopsiden 15 gün sonra burun dorsumundaki nodülün gerilemiş hali

Anahtar Kelimeler: Lenfoid Hiperplazi, Ters Koebner, Psödolenfoma



PS-035

Dipeptidil Peptidaz-4 İnhibitörleri ile İndüklenen Büllöz Pemfigoid Olgu Serisi

Damla Çalışkan Ataç¹, Kübra Doğan Çağlar¹, Tuğba Özçerezci², Engin Şenel¹

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Çorum

Özet: Büllöz pemfigoid, subepidermal otoimmün büllöz hastalıklar içinde en sık görülen, patogenezinde BP180 ve BP230 antijenlerine karşı hümmoral ve hüccresel yanıt bulunan edinsel bir büllöz hastalıktır. Genellikle yaşlı popülasyonda ortaya çıkar, mortalite ve morbidite riskinde artışa neden olur. Dipeptidil peptidaz-4 inhibitörü (DPP-4) ile ilişkili büllöz pemfigoid vakaları daha önce rapor edilmiş olup, etiolojisindeki yeri tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu bildiri de vildagliptin ve linagliptine bağlı geliştiği düşünölen beş büllöz pemfigoid vakası sunulmuştur. Olgu 1: 76 yaşında kadın hasta, iki ay önce sağ koldan başlayıp tüm vücuda yayılan kaşıntılı yaralar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde yüz dâhil tüm vücutta yaygın krutlu ekskoriasyonları ve yer yer intakt bülleri mevcuttu (Resim 1). Nikolsky belirtisi negatifti. Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon hastalıkları mevcuttu. Linagliptini üç aydır kullandığı öğrenilen hastanın ilacı kesildi. Hastadan biyopsi alındı. Kan tetkiklerinde total IgE'si (8710 kU/L) yüksek saptandı. Hastaya topikal ve sistemik kortikosteroid tedavisine başlandı. Kolelitiazisi olan hastada olası bir akut kolesistiti ihtimalinden çekinilerek azatioprin başlanamaması üzerine endikasyon dışı onamı alınarak hastaya omalizumab (300 mg/ay) tedavisi başlandı. Takipte kaşıntı şikâyetinde azalma göröldü. Yeni lezyon çıkışı olmadı. Olgu 2: 76 yaşında erkek hasta, gövde, kollar ve bacaklarda kabarcıklar ve kaşıntılı yaralar nedeniyle polikliniğimize başvurdu (Resim 2) . Şikâyetlerinin üç aydır mevcut olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde diyabetes mellitus, hipertansiyon, kalp ve böbrek yetmezliği hastalıklarının olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde ekstremitelerde ve gövdede dağınık yerleşimli gergin büller ve krutlanmış erode alanlar izlendi. Nikolsky belirtisi negatifti. Hastadan biyopsi alındı. Hastanın kullandığı ilaçlardan linagliptin şüpheli bulunarak ilaç kesildi. Olgu 3: Bilinen cilt hastalığı olmayan 77 yaşında kadın hasta, kollar ve bacaklarda kaşıntılı ekskoriasyonlarla polikliniğimize başvurdu . Bilinen diyabetes mellitus , hipertansiyon, kronik kalp ve kronik böbrek hastalığı mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde bilateral alt ve üst ekstremitelerde dağınık yerleşim gösteren çoğu krutlu ekskoriasyonlar beraberinde intakt büller izlendi (Resim 3) . Nikolsky belirtisi negatifti. Hastadan büllöz pemfigoid ön tanısı ile cilt biyopsisi alındı. Beş senedir kullanmakta olduğu linagliptin ilacı şüpheli bulunarak kesildi. Olgu 4: 67 yaşında kadın hasta tüm vücutta kaşıntılı ve ağrılı yaralar nedeniyle polikliniğimize başvurdu (Resim 4) . Şikâyetlerinin bir ay önce başladığı öğrenildi. Hastanın diyabetes mellitus, hipertansiyon, romatoid artrit hastalıkları mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde tüm vücutta yaygın, dağınık yerleşim gösteren büller ve yer yer erode bazıları krutlu ekskoriasyonlar, beraberinde oral mukozada erozyonlar izlendi. Nikolsky belirtisi negatifti. Hastadan biyopsi alındı. Hastanın kullandığın ilaçlardan vildagliptinden şüphelenilerek kesildi. Sonuç olarak bu olgu raporları, DPP-4 inhibitörleriyle tedavi edilen yaşlı diyabetik hastalarda ilaca bağlı büllöz pemfigoidin potansiyel bir komplikasyon olarak tanınmasının öneminin vurgulamaktadır.

Resim 1



Boyun ve yüzde de yerleşen tüm vücutta yaygın krutlu ekskoriasyonlar, erode alanlar ve bazısı intakt büller.

Resim 2



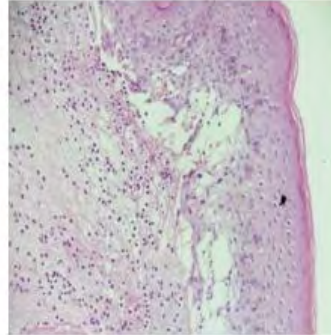
Ekstremitelerde eritemli zeminde krutlu erozyonlar vedirekt immunfloresan incelemede dermoepidermal bileşkede lineer IgG depozitleri.

Resim 3



Ekstremitelerde erozyon ve krutlar.

Resim 4



Mukozal erozyonlar ve gövdede dağınık yerleşen büller, erozyonlar ve ekskoriasyonlar. Histopatolojik incelemede epidermiste subepidermal ayrışma, ayrışma lümeninde fibrin ağı ve eozinofiller, papiller dermisin korunmuş konfigürasyonu.

Anahtar Kelimeler: Büllöz Pemgioid, DDP-4 inhibitörleri, vildagliptin, linagliptin



PS-036

Travmaya Bağlı Morfea: Olgu Bildirimi

Meryem Tuğçe Yıldız¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹, Sevim Baysak¹, Gülistan Gümrükçü²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Özet: Travmaya Bağlı Morfea: Olgu Bildirimi Meryem Tuğçe Yıldız, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Gülistan Gümrükçü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği **ÖZET** Lokalize skleroderma olarak da bilinen Morfea, çeşitli klinik prezentasyonlar gösterebilen, yetişkinleri ve pediatrik popülasyonu etkileyebilen kronik enflamatuvar bir konnektif doku hastalığıdır. Karakteristik olarak derinin ve deri altındaki yumuşak dokuların inflamasyonu ve fibrozisi ile seyretmesine karşın belirli vakalarda fasya, kas dokusu, kemik dokusu ve santral sinir sistemi tutulumu ile de ilerleyebilir. On bir yaşındaki erkek hasta, yaklaşık 1 ay önce başlayan ve her iki ayak dorsumunu etkileyen kızarıklık şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Bilinen hastalığı veya düzenli kullandığı bir ilacı mevcut değildi. Özgeçmişinde 2 ay önce yeni giymeye başladığı ve kendi ayakkabı numarasına göre küçük olan krampon ayakkabı kullanımı dışında dikkat çekici bir unsur yoktu. Dermatolojik muayenesinde bilateral ayak dorsumlarında lokalize olan, ortası sklerotik ve çevresi eritemli plaklar izlenmekteydi. Sol ayak dorsumdaki plaktan morfea ön tanısı ile punch biyopsi alındı. Histopatolojisinde epidermiste hiperkeratoz ve hafif akantoz görüldü. Yüzeysel dermiste ve mid-dermiste perivasküler ve periadneksiyal alanlarda hafif lenfositik infiltrasyon izlendi. Klinik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde, travmaya bağlı erken dönem Morfea ile uyumlu bulundu. Hastaya topikal kalsipotriol ve betametazon kombinasyon tedavisi verildi. Takip ve tedavisi devam etmektedir. Sonuç olarak derideki lokalize travma morfeayı tetikleyebilir. Travmaya bağlı morfea olgularında hastalığın tanısının gecikmesi ve uygun tedavinin başlanmaması, önemli kozmetik ve fonksiyonel problemlere neden olabilir.

Travmaya Bağlı Morfea - 1



Travmaya Bağlı Morfea - 2



Anahtar Kelimeler: Morfea, Travma



PS-037

Dupilumab Sonrası Gelişen Folikülotropik Mikozis Fungoides Olgusu

Gülşah Mutlu¹, Ümmühan Şeker¹, Şaduman Balaban Adım², Kenan Aydoğan¹

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

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: Giriş ve Amaç: Atopik dermatit (AD) kronik, kaşıntılı ve inflamatuvar bir dermatozdur. AD çoğu zaman fleksural bölgelerde likenifiye plaklar olarak görülse de erişkin başlangıçlı olduğunda prurigo benzeri lezyonlar gibi çok farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilmektedir. Mikozis fungoides (MF) primer kutanöz lenfomalar içerisinde en yaygın olanıdır. Büyük taklitçi olarak bilinen MF, AD benzeri eritemli hafif skuamlı makül, yama ve plaklar, eritrodermi ve alopesik yamalarla seyredebilir. Burada erişkin başlangıçlı AD olarak takip edilen 6 ay dupilumab tedavisi sonrası 4.ayda MF tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.Olgu: 76 yaşında kadın hasta, 2014 yılında birkaç aydır olan bilateral bacaklarda kaşıntılı ekskoriye papülleri nedeniyle başvurdu. Hastaya 2014-2023 yılları arasında hem tarafımızca hem de dış merkezce multiple biyopsiler yapılmıştır. Biyopsiler pitriyazis likenoides et varioliformis akuta, AD, ilaç reaksiyonları ve artefakt dermatiti şeklinde raporlanmıştır. Hastanın özgeçmişinde alerjik astım mevcuttu. İnhalen tarama testi class 3 ve total ıgE'nin130 saptanmıştır. Bu süreçte hastaya topikal tedaviler, oral antihistaminikler, darband UVB fototerapisi ve yaklaşık 1 sene omalizumab 300 mg tedavileri uygulanmıştır. Hasta tedavilerden belirgin fayda görmemiştir. Bu nedenle 2023 yılında hastaya dupilumab başlanmıştır. Hasta 6 ay boyunca bu tedaviyi kullanmış olup fayda görmeyince tedaviyi kesmiştir. Tedavinin kesilmesini takiben 2 ay sonra kaşıntıları ve lezyonları artmaya başlayınca sol malar bölge ve intergluteal alandaki eritemli yamadan biyopsi alındı. Folikülotropik ekrinotropik MF'i destekler şeklinde raporlandı. Tartışma: Dupilumab, interlökin-4 reseptör alfa (IL-4R) alt birimine bağlanarak IL-4 ve IL-13 sinyallerini inhibe eden rekombinant bir insan IgG4 monoklonal antikorudur. FDA ve EMA tarafından orta ve şiddetli AD'te onaylı olup ülkemizde sağlık bakanlığı onayı ile kullanılabilir. Olguda atopinin olması, klinik ve histopatolojik olarak AD ile uyumlu olması nedeniyle erişkin başlangıçlı AD ön planda düşünülerek dupilumab tedavisi başlanmıştır. Olgu dupilumab kullanırken ilk 3 ay kısmi fayda görürken son 3 ayda lezyonlarında artış olmuştur. Bu bağlamda akıllara 3 soru gelmektedir; Birincisi; MF büyük taklitçi olup tanı koyulmasında güçlüğü neden olduğu için başlangıçta yanlış tanı konulmasına mı neden oldu, ikincisi; dupilumab var olan MF progresyonunu mu hızlandırdı ve son olarak üçüncüsü; dupilumab MF oluşumuna mı neden oldu? Literatürde dupilumab kullanımı sonrası MF ya da sezary sendromu oluşumu bildirilmiş olup dupilumab ile olan ilişki henüz açıklığa kavuşturulamamıştır. Dupilumab başladıktan sonra yanıt alınamayan, lezyonları progrese olan veya farklı morfolojide lezyonlar gelişen olgularda MF açısından biyopsi alınmasının erken tanı konulması açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle dupilumab başlanmadan önce MF tanısının atlanıp atlanmadığı, dupilumabın MF gelişimine neden olup olmadığı ve progresyona olan etkisinin anlaşılabilmesi için daha büyük kohort çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Resim1



Hastanın alt ekstremitesinde ekskoriye plaklar ve yer yer postinflamatuvar hipo/hiperpigmentasyonlar mevcut

Resim 2



Bilateral glutealarda kserozis ve tek tük ekskoriasyonlar mevcut

Anahtar Kelimeler: mikozis fungoides, dupilumab, atopik dermatit



PS-038

Kemoterapi Alan Hastada Palmoplantar Bölgede Gelişen Kaposi Sarkomu: Bir Olgu Sunumu

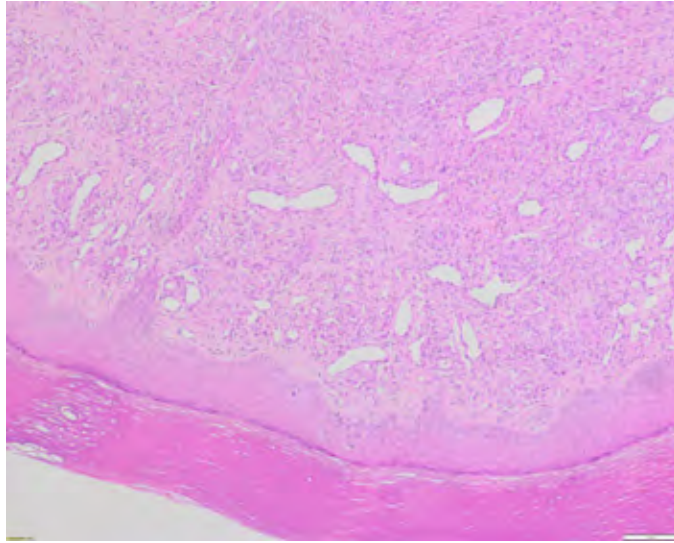
Samed Hızardere¹, Ahmet Soyugür¹, Elif Çalışkan Güneş¹, Özlem Erdem², Esra Adışen¹

¹Gazi Üniversitesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı

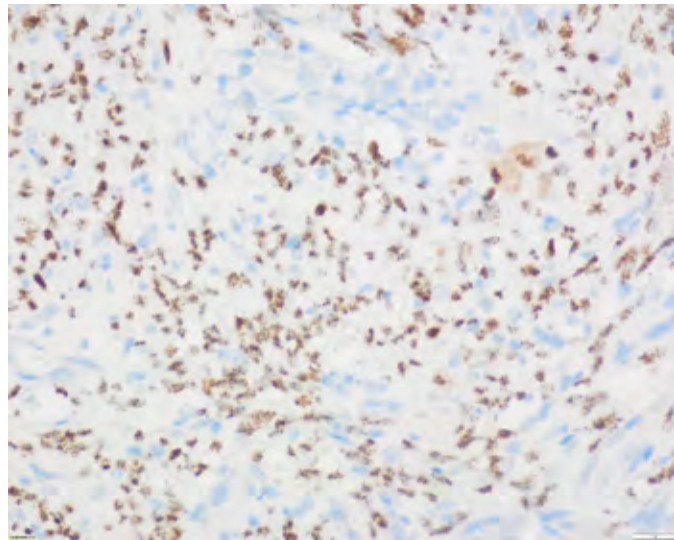
²Gazi Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: Kaposi sarkomu, sıklıkla human herpes virüsü 8 (HHV8) enfeksiyonuna bağlı olarak gelişen bir vasküler tümördür. İatrojenik Kaposi sarkomu ilaçlar ve transplantasyon sonrası immünsüpresyon ile ilişkili olarak ortaya çıkan Kaposi sarkomu tipidir. Bu olgu sunumunda kolorektal kanser tedavisi için FOLFOX alan hastada palmoplantar bölgede gelişen gelişen Kaposi sarkomu yer almaktadır. 63 yaşında erkek hasta tarafımıza 3 aydır mevcut olan bilateral plantar bölgede başlayan daha sonra palmar bölgede de gözlenen mor papül ve plaklar ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 1 senedir olan karaciğer metastazı gözlenen rektum kanseri mevcuttu. Rektum kanseri nedeniyle 6 aydır FOLFOX tedavisini 14 günde bir olacak şekilde aldığı öğrenildi. Ayrıca son 1 aydır abdominal bölgeye radyoterapi tedavisi alıyordu. Hastanın mevcut klinik bulgularıyla ön planda kemoterapi ilişkili palmoplantar dizestezi düşünüldü ve topikal kortikosteroid tedavi başlandı. 1 ay sonraki kontrolünde hastanın lezyonlarında ilerleme mevcuttu. Hastanın palmar ve plantar bölgelerindeki lezyonlardan Kaposi sarkomu, ilaç erüpsiyonu ve vaskülit ön tanılarıyla punch biyopsi alındı. Dokunun histopatolojik incelemesinde hiperkeratoz, dermiste iğsi hücrelerden oluşan neoplastik süreç ve mitotik figürler gözlemlendi. İmmünohistokimyasal çalışmalarda HHV-8 ile nükleer pozitif boyanma izlendi ve Kaposi sarkomu olarak değerlendirildi. Hasta tedavi düzenlenmesi açısından medikal onkolojiye konsülte edildi. Kolorektal kanser, en yaygın üçüncü kanserdir ve kansere bağlı ölümlerin dördüncü en yaygın nedenidir. Hastaların klinik durumuna ve tümörün özelliklerine göre cerrahi tedavi ya da kemoterapi tedavisi uygulanabilir. Hastalarda kombine kemoterapi tedavisi uygulanabilir. Bu kombine tedavilerden biri olan FOLFOX rejimidir. FOLFOX tedavi rejimi ile ilişkilendirilen bir Kaposi sarkomu vakası literatür verilerinde yoktur. Bu vakada hasta 6 aydır FOLFOX tedavisi almaktaydı ve tedaviye başladıktan birkaç ay sonra lezyonları görülmeye başlamıştı. Bu nedenle hastayı iatrojenik Kaposi sarkomu olarak değerlendirdik. Bu olguda lezyonlar iatrojenik Kaposi sarkomu için tipik olmayan bir bölge olan palmar ve plantar bölgede yerleşim göstermekteydi. Mukozal tutulum eşlik etmiyordu. Hastanın lezyonları literatürle uyumlu şeklide mor renkli maküller şeklinde başlayıp zamanla plaklara dönüşüm göstermişti. Hem tutulum bölgesi hem de maküler başlangıcı hastanın palmoplantar dizestezi olarak yanlış tanı almasına sebep olmuştu. İatrojenik Kaposi sarkomu için herhangi bir tedavi kılavuzu bulunmamaktadır. İmmünsüpresif tedavinin kesilmesi veya ajan değişikliği ile spontan remisyon gözlenebilir. Bu olguda da immünsüprese tedavinin düzenlenmesi açısından hasta medikal onkolojiye konsülte edildi. Bu olgu sunumunda FOLFOX tedavi rejimine ikincil olarak ve palmaplantar bölgede Kaposi sarkomu oluşabileceğine dair farkındalık yaratmak istedik. Ayrıca bu olgu sunumu kemoterapiye bağlı palmoplantar disestezi gelişen olgularda Kaposi sarkomunun da ayırıcı tanı da yer alabileceğini göstermektedir.

histopatoloji



histopatoloji



Vaka fotoğrafı



Anahtar Kelimeler: kaposi sarkomu, palmoplantar, folfox, kolorektal kanser

PS-039

Liken Planusun Nadir Bir Varyantı: Zosteriform Liken Planus Olguları

Engin Şenel¹, Behice Hande Erenler², Aynure Öztekin¹, [Semanur Atılğan](#)¹

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

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

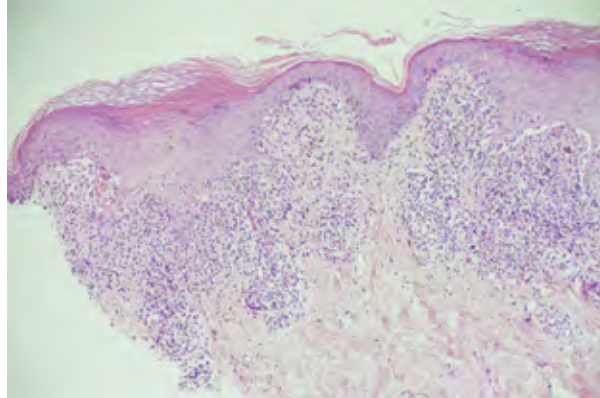
Özet: Liken planus, deri, deri ekleri ve/veya müköz membranları etkileyen bir dermatozdur. Pembe-viyolase, parlak, kaşıntılı, düz yüzeyle, poligonal papüllerle karakterizedir. Klinik görünümüne ve tutulum yerlerine göre birçok varyantı vardır. Zosteriform liken planus nadir görülen varyantlardan biridir. Görüntü olarak herpes zostere benzediği için bu adı almıştır, ancak tutulum alanı lineer veya blaschko çizgilerini takip eden ve tek bir dermatom alanı ile sınırlı olmayan bir döküntü ile karakterize edilen dağılıma sahiptir. Ayrıca bazı vakalarda herpes zoster lezyonları oluşan bölgede sonradan görülen ama herpes virüs enfeksiyonu ile ilişkisi olmayan zosteriform liken planus olguları da bildirilmiştir. Buna Wolf'un izotopik yanıtı denir. Zosteriform liken planus'un ayırıcı tanıların başında benzer bir liken planus varyantı olan lineer liken planus gelir. İkisi birlikte tüm liken planus vakalarının %0,2'sini oluşturur. Bu iki benzer varyantın ayırımı klinik olarak mümkündür. Bu bildiride herhangi bir travma veya Wolf'un izotopik yanıtı söz konusu olmadan spontan gelişen Zosteriform Liken planus vaka serisini sunuyoruz. Olgu 1: 27 yaşında erkek hasta yaklaşık 4 aydır sağ lomber bölgeden sağ uyluk anterioruna yayılan döküntü nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın lezyonları kaşıntılı değildi. Özgeçmişinde herhangi bir hastalığı ve soygeçmişinde bir deri hastalığına sahip kimse yoktu. Fizik muayenesinde sağ lomber bölgeden sağ uyluk anterioruna yayılan mor renkli tam olarak bir dermatomal tutulum göstermeyen lezyonlar izlendi(Resim 1). Hastaya yapılan rutin kan tetkikleri ve viral hepatit serolojisi normal idi. Hastaya mometozan furoat verildi. 6 ay sonraki kontrolde lezyonların %80 inin gerilediği görüldü. Olgu 2: 53 yaşında kadın hasta yaklaşık 1 aydır sol inframammarian bölgesinden abdomen orta hat boyunca yayılan kaşıntılı döküntü şikayeti ile başvurdu (Resim 2). Hasta lezyonların bulunduğu bölgede öncesinde herhangi bir dermatoz, enfeksiyon veya travma öyküsü olmadığını belirtti. Hastanın ek olarak diyabetes mellitus hastalığı olduğu ve SGLT-2 inhibitörü kullandığı öğrenildi. Aile öyküsünde herhangi bir cilt hastalığı olmadığını söyledi. Fizik muayenesinde sol inframammarian bölgesinden abdomen orta hat boyunca yayılan kahverengi düz yüzeyle izole ve gruplar halinde papüller izlendi. Hastanın 6 ay sonraki kontrolünde bu lezyonların hiperpigmente makül bırakarak gerilediği görüldü. Kol ve bacaklarda ise Blaschko çizgilerini izleyen yeni lezyonlar mevcuttu. Zosteriform liken planus nadir görülen bir liken planus varyantıdır. Ayırıcı tanıya giren diğer dermatozlardan klinik ve histopatolojik olarak ayırımı mümkündür.

Resim 1



Sağ lomber bölgeden sağ uyluk lateraline yayılan pembe-mor papüller .

Resim 2



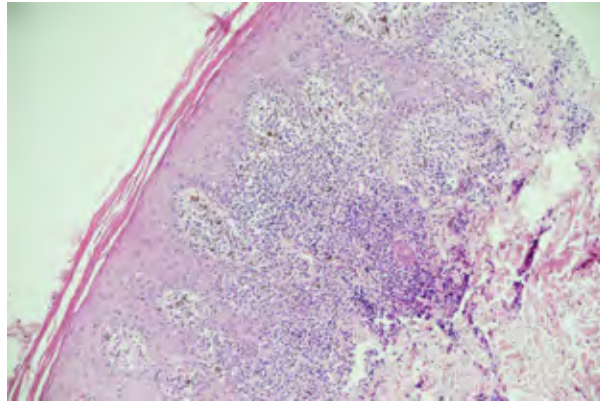
Ortokeratoz,kama şeklinde hipergranüloz,dermoepidermal bileşke boyunca bant şeklinde likenoid lenfositik inflamasyon,likefaksiyon dejenerasyonu,dermişte civatte body ve melanin inkontinansı izlendi .

Resim 3



Sol inframammarian bölgesinden abdomen orta hat boyunca yayılan, düz yüzeyle, kahverengi-mor papüller

Resim 4



Epidermiste ortokeratoz, dermoepidermal bileşke boyunca bant şeklinde likenoid lenfositik inflamasyon, dermiste civatte body ve melanin inkontinansı izlendi.

Anahtar Kelimeler: Zosteriform liken planus, Lineer liken planus, Blaschko çizgileri



PS-040

Bir Tüberküloz Selülit Olgusu

Cansu Meltem Sivri Güleç¹, Engin Şenel¹, Bekir Ozan Elverici³, Tuğba Özçerezci²

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Çorum

³Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum

Özet: Tüberküloz, Mycobacterium tuberculosis'in neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Tüberküloz, pulmoner veya ekstrapulmoner olarak sınıflandırılabilir. Ekstrapulmoner tüberkülozun nadir bir formu olan kutanöz tüberküloz, tüm ekstrapulmoner tüberküloz vakalarının %1-2'sini oluşturur. İmmün sistemi baskılanmış bireylerde, kutanöz tüberkülozun nadir bir varyantı olan tüberküloz selülit görülme olasılığı artar. Bu bildiri, bir tüberküloz selülit olgusu sunulmaktadır. 72 yaşında kadın hasta, beş ay önce infraorbital travma sonrası sağ yüzde fronto-temporal bölgede ödem, hiperemi ve ağrı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen hipertansiyon, hipotiroidi, Behçet hastalığı, astım ve kronik lenfositik lösemi (KLL) tanıları mevcuttu ve KLL hastalığı remisyonda idi. Hastanın ateş, gece terlemesi ve öksürük semptomları yoktu. Dermatolojik muayenede, sağ fronto-temporal bileşkede eritemli, sınırları düzensiz, yaklaşık 3x3 cm çapında endure nodül tespit edildi (Resim 1). Hastanın lezyon öncesinde travma tariflemesi ve ek herhangi bir bulgusu olmaması nedeniyle bakteriyel selülit düşünüldü ve antibiyotik tedavisi başlandı. Ancak, antibiyotik tedavisine yanıt alınamadı ve takiplerde supraklaviküler bölgede deriye açılan üzeri kurutlu nodül tespit edildi (Resim 2). Sağ supraklaviküler bölgedeki bu lezyonun skrofuloderma olabileceği düşünüldü ve lezyonun eksizyonu açısından hasta Kulak Burun Boğaz Hastalıkları bölümüne konsülte edildi. Eksize edilen nodülün biyopsisi sonucunda, santralinde nekroz bulunan ve etrafında dizilim gösteren histiyositler görüldü. Histokimyasal olarak, multinükleer dev hücreler ve lenfositlerden oluşan granülom yapıları izlendi. Ehrlich-Ziehl-Neelsen boyası ile nekrotizan granülomların içerisinde kırmızı renkli basiller görüldü. Bu bulgularla hastaya tüberküloz lenfadeniti tanısı konuldu. Ayrıca, hastanın sağ fronto-temporal bölgesindeki lezyondan punch biyopsi alındı ve incelenen örnekte dermiste multinükleer dev hücreler ile birlikte kazeifiye granülom formasyonu izlendi. Tedavide izoniyazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid içeren dördümlü tüberküloz tedavisine başlandı. Hastanın öksürük, balgam, ateş ve gece terlemesi şikayetlerinin olmayışı, tüberküloz selülit tanısını zorlaştırmıştır. Mikobakteriyel deri enfeksiyonları, tüm ekstrapulmoner tüberküloz vakalarının %1-2'sini oluşturur. Gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz prevalansının yüksek olması nedeniyle, selülit tablosuyla gelen ve tedaviye yanıt vermeyen olgularda tüberküloz selülit akılda tutulmalıdır. Özellikle yaşlılar, çocuklar ve bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda tüberküloz selülit göz önünde bulundurulmalı ve tanı için biyopsi ve kültür yapılmalıdır. Hastanın detaylı fizik muayenesi önemlidir. Kutanoz tüberkülozdan şüphelenilen hastalarda, sistemik tutulum açısından uygun laboratuvar tetkikleri ve gerekli görüntülemeler yapılmalıdır. Sistemik tutulum olmayışı, kutanoz tüberküloz tanısından uzaklaştırmamalı ve kutanoz tüberkülozun izole olabileceği unutulmamalıdır.

Resim 1



Sağ fronto-temporal bileşkede eritemli, sınırları düzensiz, yaklaşık 3x3 cm çapında nodül

Resim 2



Boyun bölgesinde tüberküloz lenfadeniti doğrudan yayılımı

Anahtar Kelimeler: mycobacterium tuberculosis, scrofuloderma, selülit, tüberküloz



PS-041

Nivolumab Sonrası Vitiligo Benzeri Depigmentasyon Gelişen Metastatik Malign Melanom Olgusu

Merve Topuz¹, Büşra Okumuş¹, Emine Turan¹, Aleyna Demirel¹, Emel Hazinedar¹

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Özet: Amaç: İmmün checkpoint inhibitörleri başlıca metastatik melanom ve küçük hücre dışı akciğer kanseri tedavisinde sık kullanılan ilaçlardır. Mukokutanöz yan etkiler immünoterapi gören hastaların yaklaşık %40'ında görülmektedir. Bu yan etkilerden vitiligo benzeri depigmentasyon immünoterapi alan melanom hastalarında %2 ile 8.3 oranında belirtilmiştir. Biz bu posterde metastatik melanom tanılı hastada nivolumaba sekonder gelişen vitiligo benzeri depigmentasyon olgusunu sunmaktayız. Olgu: 69 yaş, mukozal malign melanom ve beyin metastazı nedeniyle onkoloji takipli kadın hasta tarafımıza 4 ay önce başlayan yüzünde, kollarında ve ellerinde beyaz lekelenme şikayetiyle başvurdu. Hastaya yaklaşık 1,5 yıl önce mukozal malign melanom tanısıyla nivolumab tedavisi başlandığı ve tedavinin halen devam ettiği öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Hastanın kan tetkikleri normaldi. Dermatolojik muayenesinde wood ile yüzde malar bölgelerde, sırtta, bilateral ön kol ekstansör yüz ve el dorsallerinde değişen çaplarda, refle vermeyen depigmente maküller görüldü. Hasta tarafımızca nivolumaba sekonder vitiligo benzeri depigmentasyon olarak değerlendirildi. Sonuç: İmmün checkpoint inhibitörlerine bağlı mukokutanöz yan etkiler immünoterapi gören hastaların yaklaşık %40'ında görülmektedir. Bu yan etkiler makülopapüler, psoriaziform ve likenoid lezyonlar, otoimmün büllöz hastalıklar, pigment bozuklukları, mukozal lezyonları içermektedir. Meta-analizlere göre, pembrolizumab kullanan melanom hastalarında genel insidans %8.3, nivolumab kullananlarda ise %7.5 olarak belirtilmektedir. Ancak prospektif çalışmalarda insidans yaklaşık %25 olarak bildirilmiştir. Vitiligo benzeri lezyonlar (VBL) genellikle bilateral depigmente maküller şeklinde görülmektedir. Ancak küçük, asimetrik ve lokalize maküller de gözlemlenebilir. Lezyonlar sıklıkla anti-programlanmış ölüm-1 (anti PD-1) ve anti-programlanmış ölüm ligand-1 (anti-PD-L1) immünoterapisi altındaki melanom hastalarında gözlenmektedir. PD-1 inhibitörleri, PD-1 'in reseptörü ile etkileşimini seçici olarak bloke ederek tümör hücrelerine yönelik aktif T-hücre yanıtını düzenler ve anti-tümör etkisi oluşturur. Bunun sonucunda oluşan nonspesifik immün sistem aktivasyonu ortaya çıkan yan etkilerden sorumlu tutulmaktadır. VBL, immün-check point inhibitör kullanımından birkaç ay sonra gelişebilmektedir. VBL'nin patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır, ancak melanom hücreleri ve normal melanositler arasında paylaşılan GP100, MART-1, TRP1-2 veya tirozinaz gibi antijenlere karşı bir çapraz reaksiyondan kaynaklandığı düşünülmektedir. Melanom ve vitiligo lezyonlarında aynı klonal CD8+ T hücrelerinin infiltre olduğu bulunmuştur. VBL başlıca grade 1 ve grade 2 olarak 2 grupta incelenmektedir. Vücut yüzey alanının <%10 tutulduğu ve psikososyal etkilenmenin olmadığı olgular grade 1 olarak değerlendirilmektedir. Grade 1 olgularda tedavi gereksinimi olmamakla birlikte topikal steroid ve kalsinörin inhibitörleri kullanılabilir. VBL nedeniyle immün-check point inhibitörlerinin kesilmesi rutinde önerilmemektedir. VBL, tedavi kesilmesine rağmen devam edebilir. Melanom tedavisinde yeni başlayan vitiligo iyi prognozla ve artmış sağ kalımla ilişkilidir. Bazı vakalarda ilacın kesilmesinden sonra oluşan repigmentasyon hastalığın ilerlemesi veya tümör nüksü ile ilişkilendirilmiştir. Sunmakta olduğumuz olgumuz grade 1 olarak değerlendirilmiş olup tedavisiz takip edilmektedir.

Resim 1



Alında, malar bölgelerinde, bilateral ön kol ekstansör yüz ve el dorsallerinde depigmente yamalar

Anahtar Kelimeler: Nivolumab, Vitiligo, Melanom, Depigmentasyon



PS-042

Skabies İle Karışan Pitriyazis Likenoides Kronika Olgusu

Sena Nur Sayılır¹, Mehmet Cirit¹, İjlal Erturan¹, Raşit Akdeniz², Mehmet Yıldırım¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

Özet: Pitriyazis likenoides kronika (PLK), etyolojisi bilinmeyen, sıklıkla genç erişkin ve çocuklarda görülen papüloskuamöz nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle kırmızı-kahverengi skuamli küçük multipl papüllerle karakterizedir. Lezyonlar aynı anda farklı evrede olabilir ve hipo-hiperpigmentasyon bırakarak iyileşebilir. Burada öncesinde COVID-19 aşısı olduğunu tarifleyen olguyu skabies ön tanısında ısrarcı olunarak PLK tanı ve tedavisinde geç kalınması sebebi ile sunmaya değer bulduk. Kırk üç yaşında kadın hasta, bir buçuk yıl önce 2 doz COVID-19 aşısından sonra ayaklardan başlayıp tüm vücuda yayılan kaşıntılı, kırmızı küçük yaralar şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Dış merkezde skabies ön tanısıyla birçok kez permetrin losyon ve iki kür oral ivermektin tedavisi verilen hasta tedaviden fayda görmemiş. Gece kaşıntısı tarifleyen hastaya yapılan skabies arama negatif olarak sonuçlandı. Dermatolojik muayenede göbek çevresinde, sırtta, bilateral üst ve alt ekstremitelerde yaygın hiperpigmente maküller ve yer yer ekskoriye eritemli papüller mevcuttu (Resim 1, 2). Laboratuvar testlerinde seroloji, hemogram, sedimentasyon, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Hastanın karın derisinden dermatitis herpetiformis, pitriyazis likenoides et varioliformis akuta (PLEVA), prurigo nodularis, büllöz pemfigoid, skabies ön tanılarıyla alınan punch biyopside epidermiste parakeratoz, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, yüzeysel dermiste perivasküler alanda iltihabi hücreler ve lökosit ekstravazyon izlendi (Resim 3). Klinik ve histopatolojik olarak PLK düşünülen hastaya sistemik tetrasiklin ve topikal kortikosteroid tedavisi verildi. Sistemik tetrasiklin tedavisinden kısmi fayda gören hastaya fototerapi planlandı. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir. PLK, sıklıkla çocuk ve genç erişkinleri etkileyen nadir rastlanan, etyolojisi, risk faktörleri, prevalans ve insidansı tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. PLK'nın patogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Son yıllarda aşılama (özellikle COVID-19 aşıları) ve PLK arasındaki ilişkiye dair vakalar bildirilmiştir. Kliniği yavaş seyirli olup skuamli kahverengi-kırmızı papüller şeklinde kendini gösterir. Çoğunlukla asemptomatik seyirli olsa da bazı hastalarda kaşıntı ve döküntü görülebilir. Tanı klinik ve histopatolojik bulgularla konulur. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar arasında PLEVA, pitriyazis rosea, guttat psoriasis, liken planus, sekonder sifiliz, lenfomatoid papüloz, hipopigmente mikozis fungoides (MF) yer almaktadır. Birinci basamak tedaviler arasında topikal kortikosteroid ve immünmodülatörler, oral antibiyotikler yer alırken, ikinci basamak tedavide PUVA ve d-UVB düşünülebilir. Şiddetli ve dirençli hastalıkta metotreksat, asitretin, siklosporin ve dapson tek başına veya kombine olarak tercih edilebilir. PLK genellikle benign bir hastalıktır fakat hastalığın yaygın poikiloderma ile birlikteliği ve bu vakaların bazılarının daha sonra MF'e dönüştüğü bildirilmiştir. Bu nedenle yılda en az bir kez tam cilt muayenesi yapılmalıdır. PLK nadir görüldüğünden ilk tanı olarak akla gelmemekte ve yıllarca farklı tanımlar konularak tanısı gecikebilmektedir. Skabies tanısında ve tedavisinde ısrarcı olunmasına rağmen tedaviye yanıt vermeyen hastalarda PLK tanısı akılda bulundurulmalıdır.

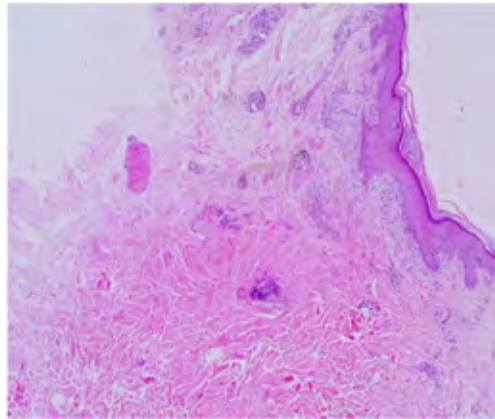
Umblicus çevresinde ekskoriye papüller ve hiperpigmente maküller



Sırtta farklı evrelerde ekskoriye eritemli papüller ve hiperpigmente maküller



Epidermiste parakeratoz, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, yüzeysel dermiste perivasküler alanda iltihabi hücreler



Anahtar Kelimeler: Pitriyazis likenoides kronika, Pitriyazis likenoides



PS-043

Radius Fraktür Operasyonu Sonrası Gelişen Piyoderma Gangrenosum Olgusu

Pınar Akci¹, Aleyna Demirel¹, Pelin Ertop Doğan¹

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

Giriş: Piyoderma gangrenosum (PG), hızla gelişen sınırları belirsiz, periferi ödemli ağrılı ülserler ile karakterize nadir bir nötrofilik dermatozdur(ND). İnsidansı yılda milyon kişi başına birkaç vakadır. PG'nin patofizyolojisi hala tam olarak anlaşılamamıştır. Çoklu yolakların bir araya gelmesiyle oluşan karmaşık reaksiyonlar bütünüdür. Konjenital immünite disfonksiyonu, anormal kemotaksi, nötrofil göçü, fagositoz ve bakterisidal aktivitedeki bozuklukları içeren heterojen bir hastalıktır. PG vakaları travmalara yanıt olarak da bildirilmiştir. Yapılan literatür taramasında, 220 postoperatif PG vakası bulundu; bunların %25'i plastik ve rekonstrüktif cerrahide, %14'ü kardiyotorasik cerrahide, %14'ü sindirim cerrahisinde, %13'ü obstetrik ve jinekolojide ve %12'si ortopedideydi. Paterji fenomeninden sorumlu mekanizmalar bilinmemekle birlikte, bu fenomende gözlemlenen cilt yaralanması, normal cilttekinden çok daha şiddetli bir inflamatuvar yanıtı tetikleyerek, epidermis ve dermisteki hücrelerden yoğun sitokin salınımına yol açabilir. Biz burada sol radius fraktürü sonrasında opere olan hastada görülen PG vakasını sunuyoruz.

Olgu Sunumu: Ortopedi kliniğinden konsülte edilen 29 yaşında erkek hasta sol radiusta fraktür nedeni ile opere edildikten 3 gün sonra operasyon bölgesinde ödem ve ağrı gelişmiş. Bu durum kompartman sendromu olarak değerlendirilmiş ve fasyatomi uygulanmış. Daha sonra ilk operasyon bölgesinde ve ön koldaki fasyatomi bölgelerinde derin ülserler gelişmiş. Hastanın özgeçmişinde 2014 yılında PG tanısı ile kortikosteroid kullandığı öğrenildi ancak hasta ortopedi doktoruna bu hikayeden bahsetmemişti. Hastanın yapılan muayenesinde sol ön kol distal bölgenin medialinde 1/3 alanı kaplayan ilk opere edilen bölgeyi içeren kemiğin ve platinin de görüldüğü derin ülser mevcuttu. Fasyatomi sırasında açılan bölgelerde, el dorsalinde, ön kol dorsali ve volar yüzünde etrafı morumsu nekrotik alanların bulunduğu ülserler mevcuttu.(Resim 1) Hastaya cerrahi travmayla tetiklenen PG tanısıyla 60mg metilprednisolon ve 2x1 kolşisin başlandı. Tarafımızca günlük takip edildi. 10 gün sonra lezyonlarında belirgin gerileme görüldü.

Tartışma: PG tanısı klinik şüpheye dayanır ve histopatolojik olarak doğrulanır. Ameliyat sonrası PG genellikle ameliyattan sonraki 15 gün içinde gelişen patolojidir.[5] Bizim hastamızda da ülserler 1 haftada belirmişti. En sık ikinci ve beşinci dekatlar arasında ve alt ekstremitelerde cerrahisinden sonra kadınlarda görülür.(%77,4) PG'ye sıklıkla cerrahi bölgenin enfeksiyonu olarak yanlış tanı konulur ve cerrahi debridman bulguları arttırabilir. Önerilen tedavi sistemik kortikosteroid veya siklosporin tedavisinden oluşur ve 24 saat içinde klinik iyileşme gözlenebilir. Tedavide antibiyotik kullanımı tartışmalıdır. Bazı vakalarda enfeksiyon riski olduğu için antibiyotik tedavisine ihtiyaç duyulur. Sistemik kortikosteroidler PG tedavisinde birinci sıra ilaçlardır. Oral prednizon 0,5–1 mg/kg/gün veya intravenöz kortikosteroid 1000 mg/gün dozunda kullanılır. Sonuç olarak cerrahi travma sonrası gelişen PG klinik ve biyokimyasal olarak yara yeri enfeksiyonunu taklit edebileceğinden cerrahların bu tanıyı her zaman akıllarında bulundurmaları gerektiğini vurgulamak için olgumuzu poster olarak hazırladık.

Resim 1(Tedavi öncesi)



Sol ön kol distal bölgenin medialinde 1/3 alanı kaplayan ilk opere edilen bölgeyi içeren kemiğin ve platinin de görüldüğü derin ülser Fasyatomi sırasında açılan bölgelerde, el dorsalinde , ön kol dorsali ve volar yüzünde etrafı morumsu nekrotik alanların bulunduğu ülserler

Resim 2(Tedavi sonrası)



Tedavi sonrası 10. günde gerileyen lezyonlar

Anahtar Kelimeler: Piyoderma Gangrenosum, Cerrahi travma, Paterji, Nötrofilik dermatoz

PS-044

Rhomboid Flep İle Onarılan Bir Bazal Hücreli Karsinom Vakası

Mehmet Özeren¹

¹Finike Devlet Hastanesi

Özet: Yüz bölgesinde gerçekleştirilen deri tümör cerrahisi uygulamaları genellikle geniş defektlere sebep olmaktadır. Bu defeklerin Primer onarılmasının kozmetik sonuçları tatmin edici olmamaktadır. Bundan dolayı birçok cerrahi işlem sonucu oluşan 1-2 cm den büyük defektlerin onarılmasında flep veya greft gibi teknikler uygulanmaktadır. Çok sayıda flep tekniği bu amaçla uygulanmakla beraber bunlar arasında rambooid flepler pratik sonuçları ve uygulama kolaylığı açısından tercih edilmektedir. Rhomboid flep ilk defa 1945 senesinde Rus cerrah Alexander Limberg tarafından tarif edilmiştir. Rhomboid flepler, random fleplerdir, özel bir damarı yoktur. Küçük ve orta boy defeklerin kapatılmasında tercih edilir. Baş ve boyun gibi laksisitesi yüksek bölgelerde uygulanması tercih edilir. Flep eşkenar dörtgen şeklinde defektin kenarında hazırlanmaktadır. Defektin de dörtgen şeklinde olması doku gerginliğini ve kozmetik sonuçların daha iyi olmasını sağlamaktadır. Vakamız 55 yaşında kadın hasta olup sol zigoma üzerinde 2 sene önce başlayıp zamanla büyüyen yaklaşık 1 cm çapında tümoral kitle şikayeti ile müracaat etti. Lezyonun klinik ve dermoskopik muayenesi sonucu bazal hücreli karsinom düşünüldü ve eksizyon planlandı. Lezyon 5 mm cerrahi sağlam marj ile deri ve deri altı yağ dokusu ile beraber eksize edildi. Defekt rhomboid flep ile onarıldı. Histopatolojisi bazal hücreli karsinom ile uyumlu bulundu. Hasta ilki altı ay, sonrasında 1 yıllık aralıklar ile kontrole çağırıldı. Bu vakayı yayınlamamızın amacı cerrahi işlemlerin dermatologlar arasında yaygınlaşmasına katkıda bulunmak ve flep tekniğinin uygulandığı cerrahi operasyonlarda primer onarıma göre daha başarılı sonuçlar elde edildiğini göstermektedir.

yanakta tümoral kitle



planlama



flep kaldırma



sütüre edilmesi



Anahtar Kelimeler: rhomboid flep, bazal hücreli karsinoma



PS-045

Güneşe Karşı Nadir Bir Duyarlılık: Aktinik Retiküloid

Aslıhan Çiçekli¹, Selami Aykut Temiz¹, Recep Dursun¹, Tuğçe Perihan Yiğit², Sıdıka Fındık²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Özet: Aktinik retiküloid, anormal fotosensitivite ile ilişkilendirilen, tekrarlayan veya kalıcı nitelikte, kronik ve nadir görülen bir dermatoz türüdür. Sıklıkla ılıman iklimlerde yaşayan 50 yaş üstü erkeklerde görülür. Bu hastalık, genellikle güneşe maruz kalan bölgelerde keskin sınırlarla ayrılmış kaşıntılı ekzematöz ve likenifiye plaklarla karakterizedir. Patogenez tam olarak bilinmemekle birlikte alerjik kontakt dermatitteki mekanizmalara benzer şekilde, bilinmeyen endojen foto-indüklenmiş antijen(ler)e karşı tip 4 gecikmiş hücre aracılı aşırı duyarlılık reaksiyonunun rol oynadığı düşünülmektedir. Tanı öykü, klinik bulgular, fototest ve histopatolojik değerlendirme ile konur. Erken tanı ve uygun tedavi ile hastalığın yönetimi mümkündür. Bu sunumda, topikal takrolimus ve sistemik kortikosteroid tedavisine iyi yanıt veren aktinik retiküloid tanısı alan bir erkek hastayı sunmak istedik. 50 yaşındaki erkek hasta, 3 yıldır ara ara tekrarlayan ve son 5 aydır geçmeyen yüz ve kollarda kaşıntılı kızamık döküntüler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Çiftçilik yapan hastanın şikayetleri yaz aylarında artmakta ve yıl boyunca devam etmekteydi. Daha önce çeşitli topikal ve sistemik kortikosteroid tedavileri almış, kısmi fayda görmüştü. Dermatolojik muayenesinde yüzde, boyunda, göğüs ön yüzü V bölgesinde, her iki ön kol ve el sırtında yer yer skuam ve fissürlerin eşlik ettiği ödemli, eritemli, kaşıntılı, likenifiye papüller ve plaklar mevcuttu (Resim 1). Laboratuvar parametrelerinde anormallik saptanmadı. Histopatolojik incelemesi aktinik retiküloid ile uyumluydu (Resim 3). Bu bulgular, aktinik retiküloid ile uyumluluk göstermekteydi. Tedavi olarak topikal takrolimus ve sistemik prednizon planlandı. Hastaya ayrıca fotokorunma ve güneş koruyucu kullanımı önerildi. Bir ay sonraki kontrolde lezyonlarda belirgin iyileşme gözlemlendi (Resim 2). Aktinik retiküloid; UVA, UVB veya görünen ışık ile ortaya çıkan kronik seyirli bir fotosensitivite bozukluğudur. Hastaların çoğunda temas ve/veya fotokontakt allerjisi ile ilişkili önceden var olan dermatit öyküsü bulunmaktadır. Literatürde, ileri HIV enfeksiyonunun bir sonucu veya özelliği olabileceği de vurgulanmıştır. Histopatolojisi spesifik olmamakla birlikte kronik fazda epidermotropizm, Pautrier benzeri mikro apseler, serebriform çekirdekli atipik hiperkromatik hücrelerin bulunması mikozis fungoidesten ayırımını güçleştirebilir. Sonuç olarak, aktinik retiküloid nadir görülen bir dermatoz olmasına rağmen, yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemesi nedeniyle doğru teşhis ve uygun yönetim büyük önem taşır. Alevlenmeleri yatıştırmak için topikal ve sistemik kortikosteroidler kullanılabilir, ancak azatioprin, siklosporin ve mikofenolat mofetil gibi sistemik tedaviler dirençli vakalarda gerekli olabilir. Hastalık yönetiminin temel unsuru olarak fotoproteksiyon önemini korumaktadır. Bu olguyu aktinik retiküloidin tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamak amacıyla sunmak istedik. Literatürde daha fazla vaka bildirimine ihtiyaç vardır, bu da hastalığın daha iyi anlaşılmasına ve yönetim stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Resim 1



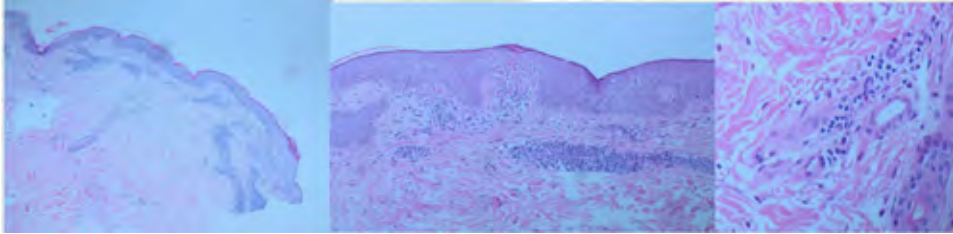
Tedavi öncesi

Resim 2



Tedavi sonrası

Resim 3



Anahtar Kelimeler: Aktinik Retiküloid, Fotokorunma, Fotosensitivite

PS-046

Nadir Görülen Bir Kaposi Sarkomu Türü: Piyojenik Granülom Benzeri Kaposi Sarkomu

Ayşe Ceren Kişioğlu¹, Selma Korkmaz¹, Raşit Akdeniz²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

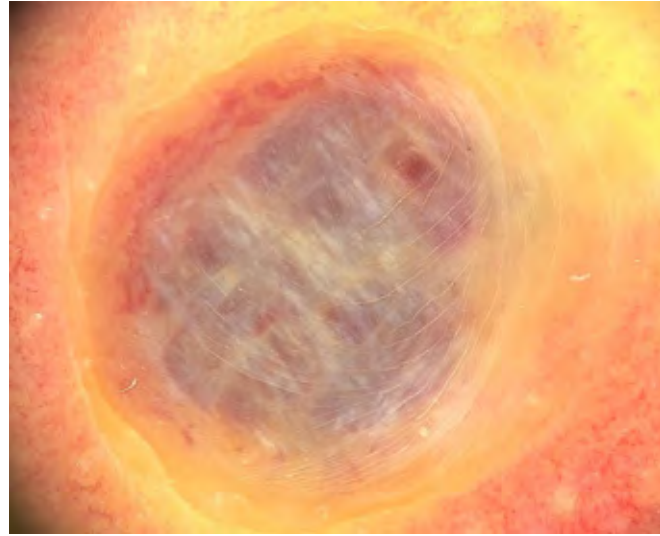
Özet: Kaposi Sarkomu (KS), panendotelyal tutulum yapan anjiyoproliferatif bir hastalıktır. Piyojenik granülom (PG) benzeri kaposi sarkomu, KS'nin nadir bir türü olup hem PG hem de KS'nin klinik ve histopatolojik özelliklerini içermekte ve tanı konması zor olabilmektedir (1). KS'nin tüm alt formlarının etyolojisinde insan herpes virüsü-8 (HHV-8) 'in olduğu, aralarındaki farkların çeşitli yardımcı faktörlerin (genetik, immünolojik, çevresel) katılımından kaynaklandığı bilinmektedir ancak literatürde çeşitli ilaçların da yer alabildiği vakalar mevcut olup özellikle anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEI), antimalaryaller ve steroidler sıklıkla suçlanmaktadır (2). Burada insan immün yetmezlik virüsü (HIV) negatif (-) olup herhangi bir immünsüpresif hastalığın mevcut olmadığı hastada nadir görülen bir KS tipi olan Piyojenik Granülom benzeri KS vakasından bahsedilmiştir. Yetmiş altı yaşında kadın hasta göğüs ön yüzde bir senedir olan mor renkli şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde suprasternal çentik üzeri ciltte yaklaşık bir santimetre çapında mor renkli, tabanı sert nodüler lezyon bulunmaktaydı (Resim 1). Dermatoskopik değerlendirmede gökkuşağı bulgusu ve beyaz çit belirtisi mevcuttu (Resim 2). Ek hastalıkları arasında diyabetes mellitus ve hipertansiyon bulunan hastanın düzenli kullandığı ilaçları arasında anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ARB) bulunuyordu. Kan tetkikleri olağan olan hastadan piyojenik granülom, kaposi sarkomu, nodüler melanom ön tanılarıyla alınan biyopsi sonucunda KS ile uyumlu olarak; epitel altında içsi hücrelerden oluşan slit-like yapılar ve içerisinde eritrositler izlenen lezyonda CD34, CD31, ERG ve D2-40 ile kuvvetli boyanmanın olduğu histopatolojik bulgular izlendi. Ayrıca histopatolojide HHV-8 ile bazı hücrelerde granüle boyanma görüldü (Resim 3, 4). Nodül, cerrahi sınırları temiz olacak şekilde tamamen eksize edildi. Hasta medikal açıdan takip ve tedavi planına alındı. Kaposi Sarkomu (KS); klasik (sporadik), epidemik (HIV ilişkili), endemik (afrika tipi) ve iyatrojenik (immünsüpresif) tip olmak üzere dört alt grupta incelenmektedir (3). Klinikte lezyonları erken (yama), plak ve nodül evresi şeklinde sınıflandırmak mümkündür. Etiyoloji multifaktöriyel olmakla birlikte öncelikle enfeksiyöz ajanlar suçlanmaktadır. Ayırıcı tanıda maküler evrede hemanjiyom, fibröz histiositom; plak evresinde mikrovenüler hemanjiyom, nodül evresinde ise nodüler melanom, piyojenik granülom, lenfositoma kutis, anjiyosarkom bulunmaktadır (4). KS'nin tüm alt tiplerinin radyosensitif olmaları nedeniyle en etkin lokal tedavi yöntemlerinden biri radyoterapi olmakla birlikte diğer tedavi yöntemleri arasında lazer, kriyoterapi, topikal imikvimod, difensipron, intralezyonel-sistemik kemoterapi (paklitaksel, daunorubisin, etoposid) ve cerrahi de bulunmaktadır (5). Bu olgu piyojenik granülom benzeri klinik ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda dermatoskopik bulguların yanı sıra detaylı tıbbi özgeçmiş sorgulaması yapılmasının, HHV-8 dahil histopatolojik boyama yöntemlerinin uygulanmasının önemini ve kaposi sarkomunun nadir bir tipi olan PG benzeri KS'nin akıllarda tutulmasının gerekliliğini bizlere göstermektedir.

Resim 1



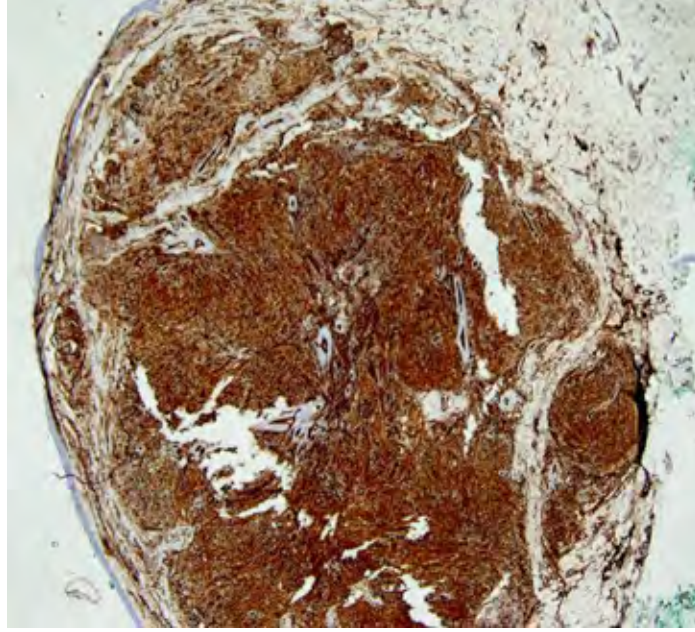
Suprasternal çentik üzeri ciltte nodüler lezyon

Resim 2



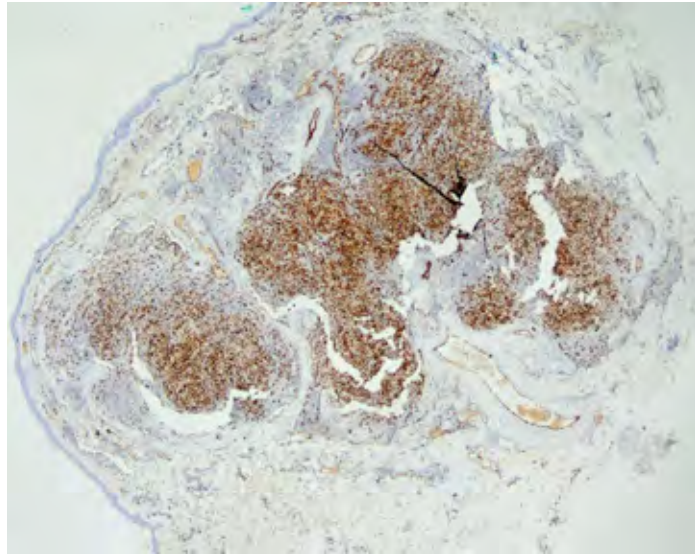
Dermatoskopide gökkuşığı bulgusu ve beyaz çit belirtisi

Resim 3



Histopatolojide iğsi hücrelerde yaygın CD31 boyanması

Resim 4



Histopatolojide HHV-8 boyanması

Anahtar Kelimeler: Kaposi sarkomu, piyojenik granülom

PS-047

Papüler Mikozis Fungoides Olgusu

Mehmet Enes Sevgili¹, Arzu Kılıç¹, Özge Özmen², Gülay Turan²

¹Balıkesir Üniversitesi Dermatoloji Anabilimdalı

²Balıkesir Üniversitesi Patoloji Anabilimdalı

Özet: Papüler mikozis fungoides, erken dönem mikozis fungoidesin nadir bir varyantıdır ve genellikle prognozu ile ilgili bilgiler çok net olmamakla beraber literatürde klasik mikozis fungoidese benzer şekilde iyi prognozludur. Bu varyant, klasik mikozis fungoidesin klasik lezyonları olmaksızın sadece papüllerin ortaya çıkışı ile ve histopatolojik olarak klasik mikozis fungoidese özgü özelliklerle karakterizedir. Klinik olarak, küçük, kaşıntılı, düz ve eritematöz papüllerle tanımlanır ve sıklıkla spesifik olmayan papüler erüpsiyon olarak gözlenir, bu durum erken tanıyı güçleştirmektedir. Altmış yedi yaşında kadın hasta 4 aydır karın ve bacaklarında yerleşen kırmızı döküntüler nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde alt ekstremitelerde ve göbek çevresinde yerleşen, boyutları 0.3x0.6 cm arasında değişen soluk eritemli papüller izlendi (Resim 1 ve 2). Histopatolojik incelemede epidermiste hafif ortokeratoz ve akantoz, dermiste derin dermise ilerleyen bazıları irileşme gösteren konturları düzensiz lenfoid hücre infiltrasyonu izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede CD3, CD4 ile boyanma ve CD7, CD8 fokal kayıp ve CD30'da kayıp izlendi. Hasta "Papüler mikozis fungoides" ön tanısı ile takibimize alındı. Mikozis fungoides ile lenfomatoid papülozis tip B arasındaki patolojik benzerlikler, papüler mikozis fungoidesin mikozis fungoidesin bağımsız bir formu mu yoksa lenfomatoid papülozisin bir varyantı mı olduğu konusunda literatürde tartışmalara neden olmaktadır. Bu yazı, mikozis fungoidesin papüler varyantı üzerine odaklanan bir vaka sunumunu içermektedir.

Olgu Resim 1



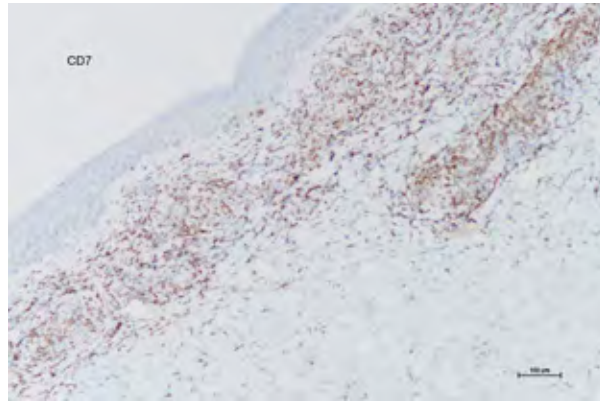
Bilateral alt ekstremitelerde proksimallerinde daha yoğun olmak üzere distale doğru azalarak ilerleyen eritemli ekskoriye papüller

Olgu Resim 2



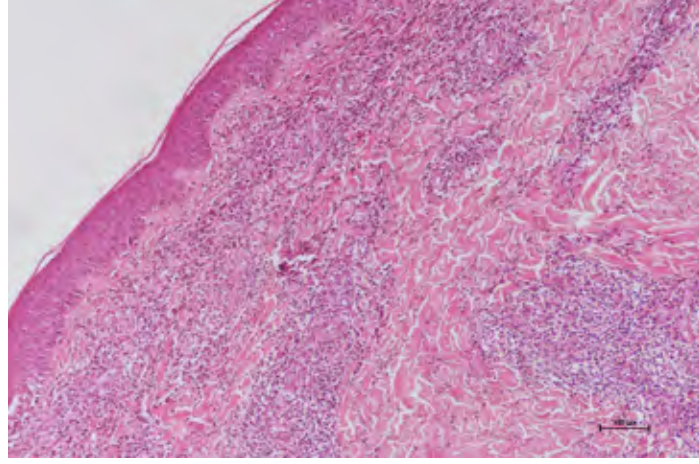
Bilateral alt ekstremite proksimallerinde daha yoğun olmak üzere distale doğru azalarak ilerleyen eritemli ekskoriye papüller

Resim 4



(X200) CD7

Resim 3



(X200, Hematoksilen-Eozin) Histopatolojik incelemede dermiste derin dermise ilerleyen perivasküler, bazıları irileşme gösteren bazılarının kontruları düzensiz lenfoid hücre infiltrasyonu izlendi.

Anahtar Kelimeler: Mikozis Fungoides, Papüler Mikozis Fungoides, Lenfomatoid Papülozis

PS-048

Raşitizm İlişkili Papüler Lezyonlu Atrişi

Büşra Özkan Çalışkan¹, Sibel Yıldız¹, Selami Aykut Temiz¹, İlkay Özer¹, Munise Daye¹, Recep Dursun¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet: Papüler lezyonlu atrişi (PLA) vücutta yaygın kalıcı kıl kaybının ve ciltte keratin kistlerinin izlendiği oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Otozomal resesif olarak kalıtılan bu hastalık ilk defa 1950 yılında tanımlanmıştır. Hastalar doğduklarında normal saçlı olup, kısa sürede saç, kaş ve kirpiklerin geri dönüşümsüz kaybı görülür. Bebeklik ve çocukluk döneminde vücutta yaygın ve dağınık olarak yerleşmiş keratin dolu kistlerden oluşan papüler lezyonlar gelişir. Papüler lezyonlu atrişi sıklıkla otoimmün alopesi areata universalis ile karıştırılmaktadır. Biz bu olguda tedaviye dirençli alopesi universalis olan hastalarda nadir bir hastalık olan papüler lezyonlu atrişinin ayırıcı tanı olarak akılda tutulması gerektiğini ve rikets hastalığına eşlik edebileceğini vurgulamak için sunuyoruz. 30 yaş erkek hasta kliniğimize yüzündeki ve kollarındaki ciltte kabarıklıklar nedeniyle başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde yüzde, boyunda, kollarında çok sayıda 3-5 mm çaplarında deri rengi papüller görüldü. Ayrıca saç ve vücut kıllarında total alopesi mevcuttu. Anamnezinden papüllerin çocukluk çağında başladığı ve son 4 yıldır arttığı, vücut kıllarında dökülmenin ise doğumundan itibaren var olduğu ve hastanın diş minesinde zayıflık ile takip edildiği bilgisi edinildi. Öz geçmişinde bilinen raşitizm öyküsü olup kız kardeşinde de aynı tanı mevcut idi. Ebeveynlerin 3. kuşak akraba evliliği yapmış olduğu öğrenildi. Daha önce kıl dökülmesinin alopesi universalis olarak değerlendirildiği ve çeşitli topikal kortikosteroidli kremlere yanıt vermediği öyküsü alındı. Hastaya mevcut dermatolojik muayene ve öyküsü ile vitamin D bağımlı riketse bağlı konjenital alopesi, papüler lezyonlar ile birlikte olan atriği konjenita tanısı konuldu. Bu hastalık ilişkili genetik tetkiki gönderildi.

Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4



Anahtar Kelimeler: papüler atrişi, konjenital alopesi, raşitizm

PS-049

Eritrodermik Psöriazis ve Büllöz Pemfigoid: Ustekinumab İle Başarılı Tedavisi

Saliha Aslan¹, İlkay Özer¹, Selami Aykut Temiz¹, Recep Dursun¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri Ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet: Psöriazis başta cilt ve eklemleri tutan ancak esasında direkt veya indirekt birçok komorbiteyi de beraberinde getiren kronik, inflamatuvar, multisistemik bir dermatozdur. Psöriazise kendisi gibi etyolojisi net bir şekilde ortaya konamayan otoimmün birçok hastalık eşlik edebilmekte ve otoimmün büllöz hastalıklar da bu komorbiter arasında sayılabilmektedir. Her ne kadar birliktelikleri nadir olsa da otoimmün büllöz hastalıklar içerisinde psöriazisle birlikte en sık karşımıza çıkan, büllöz pemfigoiddir. Bu iki hastalığın ilk kez birlikteliği 1929'da karşımıza çıkmakla birlikte her iki hastalığın görüldüğü vaka bildirimleri giderek artmakta ancak eritrodermik psöriazisle büllöz pemfigoid birlikteliğine daha nadir rastlanmaktadır. İki hastalık arasındaki bağlantı net olarak bilinmese de büllöz pemfigoid, psöriazis sürecinde idiopatik olarak ortaya çıkabileceği gibi psöriazis tedavisinde kullanılan anti-TNF'ler (adalimumab, etanercept gibi) ve biyolojik ajanların (guselkumab, ustekinumab, efalizumab, sekukinumab gibi) tetiklediği ilaca bağlı büllöz pemfigoid şeklinde de ortaya çıkan vakalar da bildirilmektedir. Biz de eritrodermik psöriazisle takip edilen, takipleri sırasında büllöz pemfigoid gelişen ve sonrasında anti-IL12/23 antikoru ustekinumab ile her iki hastalıkta remisyona elde edilen 58 yaşındaki erkek hastayı sunmaktayız.

Vücutta yaygın eritem ve deskuamasyona aksillada eşlik eden erode ve hemorajik büller



Alt ekstremitelerde yaygın eritemli skuamli plaklar ve genital bölgede yoğunlaşan intakt büller



Genital bölgede yaygın intakt ve erode büller



Anahtar Kelimeler: Eritrodermik psöriazis, büllöz pemfigoid, ustekinumab

PS-050

Hidraadenitis Suppurativa Hastasında İvıg Tedavisi Sırasında Gelişen Tekrarlayan Baş Ağrısı : Bir Olgu Sunumu

Saliha Aslan¹, İlkay Özer¹, Selami Aykut Temiz¹, Recep Dursun¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet: Hidraadenitis suppurativa (HS), vücudun apokrin bezden zengin axilla, kasık bölgesi, meme altı kıvrımları ve perianal bölgelerinde derin yerleşimli nodüller, apseler, sinüs traktları ve skarlar karakterize terminal kıl folikülünün kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. HS'in tahmini küresel prevalansı % 0.00033-4.1 dir. Ortalama olarak yaşamın 2-3. dekadında başlamaktadır. Patogenezde kronik inflamasyon, foliküler hiperkeratoz ve dilatasyon, foliküler rüptür ile dokunun mimarisinde değişim suçlanmaktadır. Metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalık, tip 2 diyabet, polikistik over sendromu, depresyon, intihar, madde kullanımı, inflamatuvar barsak hastalığı ve spondiloartropati gibi otoimmün hastalıklarla ilişkili bulunmuştur. Topikal ve sistemik antibiyotikler, retinoidler, lazer, cerrahi eksizyon, intralezyonel triamsinolon gibi tedavi seçeneklerine ek olarak TNF alfa, IL-1,IL-17, FDE4, LFA1 ve C5a' yı modüle eden yeni biyolojik ajanlar ve intravenöz immunglobulin (IVIG) tedavisi kullanıma girmiştir. IVIG tedavisinin mide bulantısı, baş ağrısı , yorgunluk, febril infüzyon reaksiyonları gibi daha yaygın yan etkilerinin yanı sıra nadir de olsa intrakranial tromboz, emboli, pulmoner ödem, böbrek yetmezliği, aseptik menenjit ve şiddetli anaflatik reaksiyon gibi ciddi yan etkileri de bulunmaktadır. Biz de HS için IVIG tedavisi almaktayken yan etki olarak ardışık iki kürde tekrarlayan baş ağrısı gelişen ve baş ağrısı nöroloji konsültasyonu sonrası migren atağı olarak yorumlanan hastayı sunmaktayız.

Sağ aksillada aktif supuratif fistülide nodüller ve keloidal lezyonlar



Sol aksillada aktif supuratif fistülize nodüller ve keloidal lezyonlar



Gluteal bölgede aktif supuratif fistülize nodüller ve atrofik skarlar



Anahtar Kelimeler: hidradenitis suppurativa, intravenöz immunglobulin, baş ağrısı



PS-051

Dört İnflamatuar Otoimmün Hastalık Bir Arada: Olgu Sunumu

Saliha Aslan¹, İlkay Özer¹, Selami Aykut Temiz¹, Hilal Büyükboyacı², Pembe Oltulu², Adem Küçük³, Recep Dursun¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

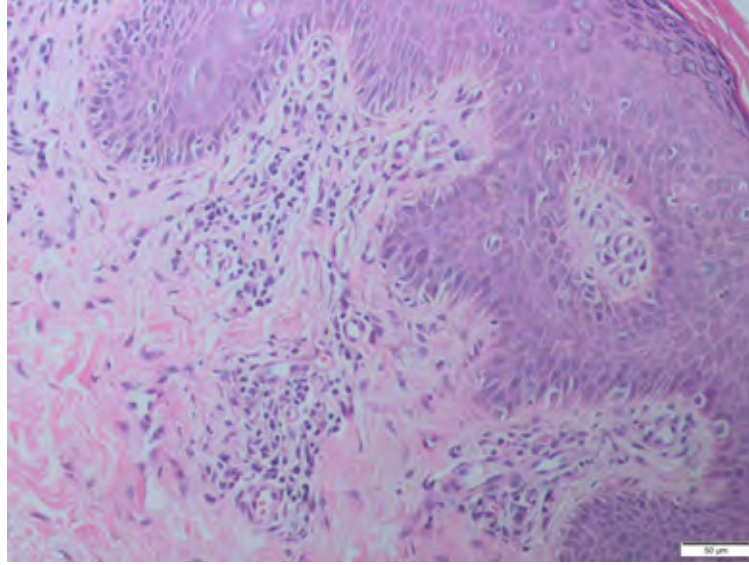
³Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Anabilim Dalı

Özet: Behçet hastalığı multifaktöryel ve etyopatogenezi çok geniş olan kronik, inflammatuar, multisistemik bir hastalıktır. İpek yolu hastalığı olarak da bilinen Behçet hastalığının patogenezi genetik, epigenetik ve immünolojik birçok faktör suçlanmaktadır. Başta mukokutanöz bulgular olmak üzere oküler, vasküler, nörolojik, gastrointestinal ve eklem tutulumu çok geniş kliniğe sahiptir. Nonspesifik ve inkomplet hastalık bulguları nedeniyle birçok hastalıkla ayırıcı tanıya girebilmektedir. Mukozalarda hastalığa sebep olan ve etyopatogenezi tıpkı Behçet hastalığı gibi multifaktöryel olan diğer bir dermatoz da liken planustur. Liken planus ciltte, mukozalarda, saçlı deride ve tırnakta çok çeşitli klinik özelliklere sahip olan kronik, inflammatuar bir hastalıktır. Özellikle el ve ayak bileklerinde kaşıntılı, menekşe renkli, parlak papül ve plaklar ile oral mukozada retiküler paternde karşımıza çıkar. Lupus eritematozus (LE), genetik, çevresel faktörler ve immünolojik faktörler nedeniyle immün tolereansın kaybolmasıyla ortaya çıkan kronik, inflammatuar bir bağ doku hastalığıdır. Kutanöz bulguları çok çeşitli olan lupus sistemik bulgular olmaksızın da ortaya çıkabilir. Bu bulgular spesifik veya nonspesifik olabilir. Kutane lupus sınıflandırılırken kendi içinde akut, subakut ve kronik diye ayrılmaktadır. Kutane lupusun bulgularından bazıları hastalık aktivitesi ve prognozla ilişkili olduğundan sistemik hastalık tablosunu erken tanımak açısından kutane lupus tanısı büyük önem arz etmektedir. Ankilozan spondilit (AS), Spondiloartrit (SpA) ve aksiyel iskelet tutulumu başta olmak üzere kas-iskelet sistemi dışı bulguları (anterior üveit, psöriazis, inflammatuar bağırsak hastalığı gibi) olan kronik, inflammatuar bir bağ doku hastalık grubudur. Öne çıkan klinik semptomaya göre aksiyel ve periferik SpA olmak üzere ikiye ayrılabilir. Gelişebilecek mortalite ve morbiditeleri önlemek için burada bahsi geçen dört inflammatuar hastalığın erken tanınması ve tedavisi hastanın ileriki yaşantısını olumlu yönde etkileyecektir. İnflammatuar ve otoimmün hastalıkların birbirine eşlik etmesi sık görülen bir durum olmakla birlikte bu dört hastalığın aynı anda görüldüğü hastalık tablosuyla daha az karşılaşılmaktadır. Biz de Behçet hastalığı, oral liken planus, kutane lupus eritematozus ve ankilozan spondilitin birarada görüldüğü olgumuzu farkındalık yaratmak amacıyla sunmaktayız.

Genital bölgede kutane lupusla uyumlu eritemli,hafif skuamlı, anüler plaklar

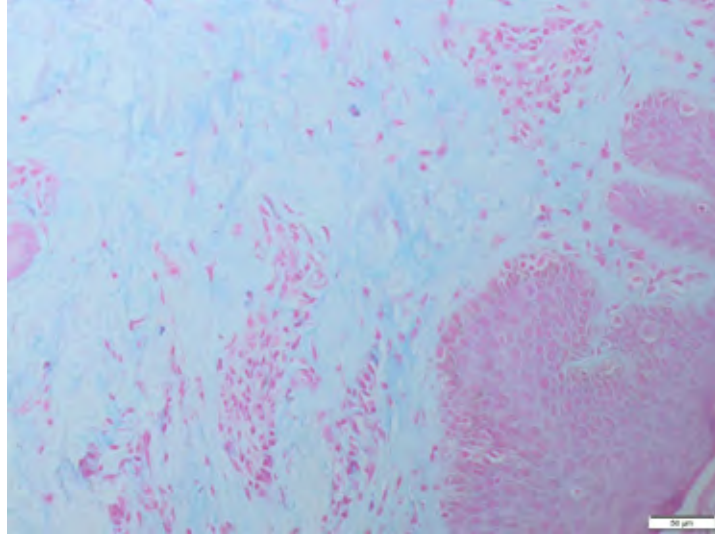


Kutane lupusla uyumlu histopatolojik bulgular



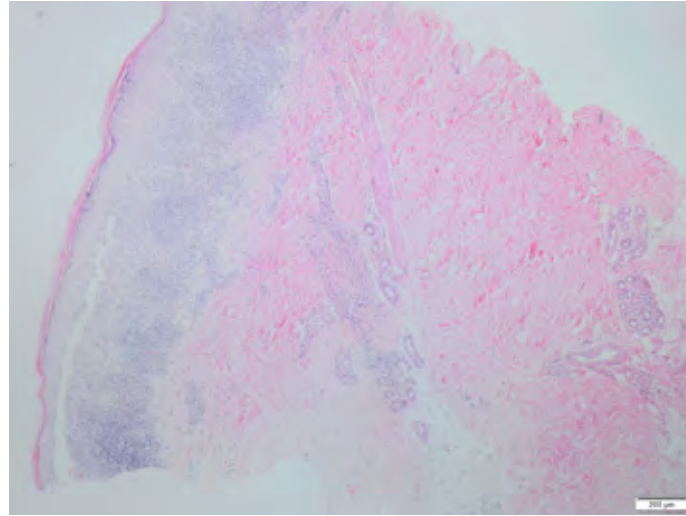
H&E boyalı kesitlerde yüzeysel ve derin dermiste perivasküler alanlarda iltihabi infiltrat, yer yer bazal vakuoler dejenerasyon, yüzeyde hiperkeratoz ve epidermiste değişken derecede akantoz bulguları görülmektedir.

Kutane lupusla uyumlu histopatolojik bulgular



Alcian blue boyalı kesitlerde belirgin dermal müsün birikimi görülmektedir.

Liken planusla uyumlu histopatolojik bulgular



Oral mukozaya ait H&E boyalı kesitlerde dermoepidermal bileşkede bant tarzı lenfosit infiltrasyonu, epidermiste yer yer kama şeklinde hipergranüloz, epidermal akantoz görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Liken Planus, Kutane Lupus Eritematozus, Ankilozan Spondilit, Otoimmünite



PS-052

İncontinentia Pigmenti Olgu Bildirimi

[Elif Şeyda Aslan¹](#), [Elif Şeyda Aslan¹](#), [Neşe Büyük¹](#), [Harbiye Dilek Canat¹](#)

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: İnkontinensia pigmenti (İP) gövde ve ekstremitelerde lineer veya helezonik görünümlü, Blaschko çizgilerini takip eden, hiperpigmente maküllerle karakterize bir genodermatozdur. X'e bağlı dominant geçişli deri, saç, diş, göz ve santral sinir sisteminin etkilendiği nadir hastalığa Xq28 kromozomundaki 'NEMO(IKBKG)' geni defektinin yol açtığı belirlenmiştir. Kız çocuklarında 20 kat daha sık görülür. Erkek fetüste fataldir. Deri belirtileri dört evrede meydana gelir, ancak tüm evreler görülmeyebilir. Evre 1 (vezikülobüllöz evre): Lezyonlar doğumda var olabilir veya doğumdan sonraki birkaç hafta içinde ortaya çıkar. Eritematöz lineer çizgiler, vezikül ve püstüller özellikle ekstremitelerde Blaschko çizgileri boyunca yerleşir. Bu evrede periferik kanda %65'e varan oranda eozinofili görülebilir. Evre 2 (verrüköz evre): İkinci fazda veziküller kuru ve hiperkeratotik verrüköz plakları oluştururlar. Verrüköz plaklar genelde ekstremitelerde ve infant döneminden sonra kaybolur. Evre 3 (hiperpigmente evre): Hiperpigmentasyon ekstremitelere göre gövdede ve intertriginöz alanlarda daha sıktır. Maküler halkalar, retikülasyon, beneklerle lineer çizgilenmeler görülebilir. Evre 4 (hipopigmente/atrofik evre) : Puberteden sonra özellikle posteriod alt ekstremitelerde üzerinde kılların ve ter bezlerinin kaybolduğu lineer hipopigmente atrofik bantlar şeklindedir. Olgumuzda tipik deri bulguları olan çocuk hastada görülen İP, hastalığın eşlik ettiği deri dışı sistem bulguları, hastalığın nadir görülmesi, genetik alt yapısı ve tanı almada güçlüklerin gözden geçirilmesi amacıyla sunulmaktadır.

Olgu: Olgumuz 6 aylık kız hasta; vücuttaki lekelenmeler ve ellerdeki kızamık kabarıklıklar şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde gövdenin iki yanında, kollarında ve uyluk bölgesinde kahverenkli; alt bacaklarında eritemli, Blaschko çizgileri boyunca uzanan lineer maküller; el parmaklarında ve ellerinin yanlarında verrüköz plaklar mevcuttu. Saçlı deride saç kaybı veya herhangi bir lezyon yoktu. Bebeğin gelişimi normaldi, ek bir hastalığı veya kullanılan bir ilaç yoktu. Kanlarında IgE yüksekliği ve eozinofili mevcuttu. Annesinde de benzer şekilde gövdede ve kollarda lineer şekilli kahverenkli maküller mevcuttu, dişlerindeki dökülmelerden şikayetçiydi, özgeçmiş sorgulandığında annenin doğduğunda vücudunda vezikülobüllöz lezyonlar olduğu, bunların daha sonradan gerilediği öğrenildi. Bunlar dışında anne de sağlıklıydı ve ek bir hastalığı yoktu.

Sonuç: İncontinentia Pigmenti erken bebeklik döneminde ortaya çıkan ve deri, diş, saç, göz ve MSS gibi ektoderm kökenli organ ve dokuları etkileyen, nadir görülen X'e bağlı dominant geçişli multisistemik genetik bir hastalıktır. Günümüzde IP'nin belirli bir tedavisi bulunmamaktadır. Hastalarda görülen deri lezyonları, göz, santral sinir sistemi ve dişlerde görülen anomaliler için hastaya interdisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Biz de hastamızı göz ve nörolojik muayenesi için göz hastalıkları ve çocuk nörolojisine yönlendirdik. İleride karşılaşılabilecek sistem tutulumları konusunda bilgilendirdik. Deri lezyonları için takip ve şikayet olan dönemlerde kullanabilmesi için topikal steroid ve antihistaminik şurup reçete ettik.

Anne



Bebek gövde lineer lezyonlar



Bebek ellerdeki plak lezyonlar



Anahtar Kelimeler: lineer, blaschko, genodermatoz, diş, genetik

PS-053

Hodking Lenfomalı Hastada Gelişen Kurutlu Skabies

Harbiye Dilek Canat¹, [Elif Şeyda Aslan¹](#)

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Özet: Skabies, halk arasında bilinen adıyla uyuz, *Sarcoptes Scabiei* isimli artropodun insan cildinde infestasyonu ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Klasik olarak şiddetli kaşıntılı döküntüler ve kendine özel tutulum dağılımı ile tanınır. Kurutlu skabiyes (KS) nadir görülen ve klasik skabiyezden daha şiddetli semptomlara yol açan bir hastalıktır. Özellikle immünsüpresyon (HIV, HTLV-1, lepra enfeksiyonu veya lenfomalar gibi), bilişsel bozukluk, ileri yaş ve immobilitate gibi risk faktörlerine sahip hastalarda ortaya çıkmaktadır. Olgumuzda Ataksi telenjiektazi (AT) ve Hodgkin lenfoma (HL) tanılarıyla takipli çocuk hastada görülen KS; hastalık risk faktörleri, klinik görünüm ve tanı almada güçlüklerin gözden geçirilmesi amacıyla sunulmaktadır. Muayenede; tüm vücutta yaygın kuruluk ve skuamlanma, ekskoriyasyonlar; boyun çevresi, gluteal bölge, ekstremitelerde, özellikle eklemlerin üzerinde lokalize geniş boyutlu hiperkeratozik plaklar, plakların üzerinde sert papülonodüler lezyonlar saptandı. Lezyonlardan yapılan kazıntının potasyum hidroksitle yapılan ışık mikroskopik incelenmesinde sarkoptes scabie ile uyumlu parazitlere rastlanmadı. Hastanın annesinin yapılan muayenesinde skabies ile uyumlu kaşıntılı, papüller ve ekskoriyasyonlar saptandı. Klinik bulgular ve aile öyküsü pozitifliği olan hastaya mevcut immunsuprese durumu göz önünde bulundurularak KS tanısı ile sistemik ivermektin (1,2,8,21.günlerde) ve topikal permetrin tedavisi başlandı. Tedavinin üçüncü haftasında hiperkeratotik lezyonların büyük oranda gerilediği tespit edildi

Kurutlu skabies



Kurutlu skabies



Kurutlu skabies



Kurutlu Skabies



Anahtar Kelimeler: ekskoryasyon, immun, kaşıntı, kurut, skabies

PS-054

Gastrointestinal Adenokarsinomu Olan Hastada Seboreik Keratoz İle Karışan Tinea Nigra: Olgu Sunumu

Sevim Karlı¹, Fatih Can Aba¹, Eda Öksüm Solak¹, Murat Borlu¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları A.D.

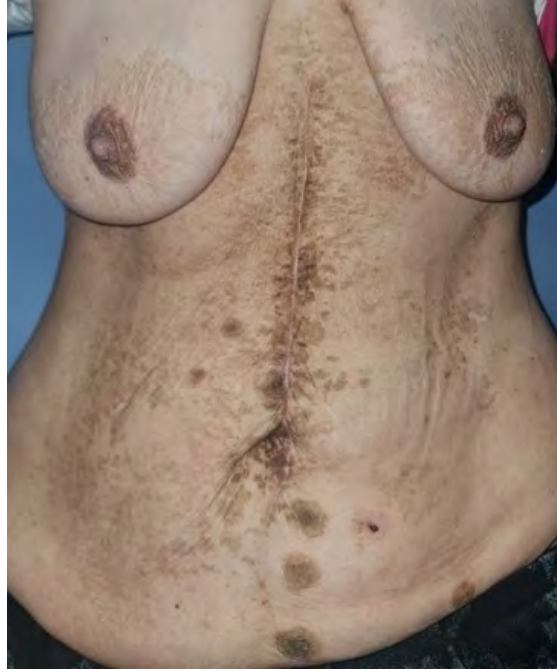
Giriş: Tinea nigra; hortaea veya exophilia werneckii olarak adlandırılan maya benzeri bir mantarın neden olduğu yüzeysel bir mikozdur (1). Bu mantarın halofilik olması ve nemli ortamlara hızla uyum sağlaması; hiperhidrozun sık görüldüğü avuç içinde, ayak tabanında ve daha az olarak vücudun diğer bölgelerinde görülmesine olanak sağlar (2). Tinea nigra asemptomatik, skuamsız, düzensiz ancak keskin sınırlı, kahverengi veya siyah, boyutu enfeksiyonun süresi ile ilişkili olarak birkaç milimden bir kaç santime kadar değişebilen hiperpigmente bir makül veya yamalar şeklinde görülür (2). Tinea nigranın bu görünümü klinikte yassı tip seboreik keratoz ile ayırıcı tanı yapılmasını gerektirir (3). Yassı tip seboreik keratoz en sık yüzde görülmesine rağmen tıpkı tinea nigra gibi vücudun diğer bölgelerinde de görülebilir (3).

Olgu: Olgumuz 63 yaşında kadın hasta, 1.5 aydır olan ve hızla artış gösteren gövde ön yüzde leke, kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilinen evre 3 mide adenokarsinomu ve aktif olarak oksaliplatin kapasitabin tedavisi almakta olduğu ve lezyonların 4. kür kemoterapi sonrası hızla geliştiği öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde; her iki meme supraareolar bölgeden başlayıp her iki sakroiliak kemik iz düşümüne kadar uzanan diffüz hiperpigmentasyon zemininde, subtotal gastrektomi nedeniyle yapılan orta hat insizyon skarı üzerinde ve çevresinde hiperpigmente keskin sınırlı maküller, umblikus altında keskin sınırlı diskoid şekilli yaklaşık 3x3 boyutunda yamalar mevcuttu (Figür 1). Dermoskopik olarak diskoid şekilli lezyonlar incelendiğinde seboreik keratozu düşündürülen belirteçler içermekteydi. Hastanın gastrointestinal sistem adenokarsinomunun olması ve lezyonların hızla gelişmesi sebebiyle 1-seboreik keratoz 2- nekrotizan migratuar eritem ön tanısı ile biyopsi alındı. Hastanın alınan biyopsi sonucu : Periyodik Asit Schiff boyama ile pozitif reaksiyon gösteren hiperpigmentasyon gösteren yüzeysel dermatofit enfeksiyonu olduğu ve klinik ayırıcı tanıda tinea nigra alınması gerektiği şeklinde geldi. Hastaya flukanazol 100 mg 2*1 15 gün, topikal naftifin etken maddeli krem reçete edildi. Hastanın 15 gün sonraki kontrolünde lezyonlarda belirgin gerileme olduğu ve lezyonların ilerlemesinin durduğu görüldü (Figür 2).

Tartışma: Tinea nigra çok sık olmasa da farklı yerleşimlerde olabilir ve diffüz hiperpigmentasyona sebep olabilir. Tinea nigranın, gastrointestinal sistem malignitelerine eşlik edebilecek yaygın seboreik keratoz görünümünde akılda tutulması gerektiği önerilir.

Kaynakçalar: 1-Can Baykal dermatoloji atlası 4. Baskı 1. ve 2. Cilt 2-Tinea versicolor, tinea nigra, white piedra, and black piedra: Alexandro Bonifaz 1, Fernando Gómez-Daza, Vanessa Paredes, Rosa María Ponce Clin Dermatol 2010; 28:140.3-Eksomtramage T, Aiempanakit K. Akral melanositik nevüsleri taklit eden tinea nigra.

Figür 1



Figür 2



Anahtar Kelimeler: Tinea Nigra



PS-055

Eritrazma Tedavisinde Ekzojen Fotoduyarlandırıcı Ajan Kullanımı Olmadan Fotodinamik Tedavi: Olgu Sunumu

Esra Düzdemir¹, Ayşenur Botsalı¹, Ercan Çalışkan¹

¹SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Eritrazma, gram pozitif bir basil olan *Corynebacterium minutissimum*'un neden olduğu yüzeysel deri enfeksiyonudur. C. Minutissimum koproporfirin III üretir. Bu sayede Wood lambasında mercan kırmızısı renginde floresans gösterir ve bu floresans eritrazma tanısını doğrular. Fotodinamik tedavi lokal ya da sistemik fotoduyarlandırıcı ajanlarla ışığa duyarlı hale getirilen lezyonun uygun dalga boyundaki görünür ışığa maruz bırakılarak yok edilmesi prensibine dayanır. Bu olgunun amacı eritrazma tedavisinde ekzojen fotoduyarlandırıcı ajan kullanımı olmadan C.minutissimum' un ürettiği fotoduyarlandırıcı ajan olan porfirinleri aktive eden 640 nm dalga boyundaki kırmızı ışığın tedavi edici etkinliğini değerlendirmektir.

Olgu: 57 yaş, kadın hasta dermatoloji polikliniğimize her iki koltuk altında ve genital bölgede renk değişikliği şikayeti ile başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde bilateral aksillada ve bilateral inguinal bölgede yaygın eritematöz ince plakları mevcuttu. Hastanın iki farklı vücut bölgesinden mikroskopik inceleme yapmak için nativ KOH preparatı hazırlandı. Nativ preparatların sonucu negatif olan hastanın Wood ışığı altındaki incelemesinde mercan kırmızısı floresans görüldü ve hastaya eritrazma tanısı konuldu. Hastanın genital bölgesine topikal tedavi başlandı. Bilateral aksillar bölgeye ise haftada 2 gün toplam 5 seans, 30 dakika süreyle 640 nm dalga boyu kırmızı ışık uygulandı. Hastanın lezyonları her seans öncesi Wood ışığı altında incelendi. 5 seansın sonunda hastanın lezyonlarının Wood ışığı altında incelemesinde mercan kırmızısı floresans görülmedi. Hastanın eritematöz plakları büyük oranda geriledi.

Sonuç: Fotodinamik tedavi geleneksel olarak prekanseröz lezyonlar ve deri neoplazileri tedavisinde kullanılsa da endikasyonları içine *Leishmania* gibi enfeksiyöz deri hastalıkları da eklenmektedir. Eritrazma lokal ve yüzeysel bir deri enfeksiyonu olması sayesinde fototerapi için çok elverişli bir endikasyon olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca tedavide antibiyotiklerden kaçınılması olası bakteriyel direnç gelişim riskini ortadan kaldırmıştır. Bu olgu raporunda 30 dk' lık görece uzun bir uygulama süresi ile yanık vb bir komplikasyon gelişimi kaydedilmemiştir. Bu olguda eritrazma tedavisinde fotodinamik tedavi etkili gösterilse de tedavi için uygun standart doz, seans sıklığı ve seans sayısını belirlemek için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Fotodinamik Tedavi, Eritrazma



PS-056

Alopesi Areata ve Psöriazis Vulgarisli Bir Olguda Her İki Hastalığın Apremilast İle Başarılı Tedavisi

Mehmet Turgut Temel¹, Abdullah Eren Çayır¹, Sibel Yıldız¹, Selami Aykut Temiz¹, Recep Dursun¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Dermatoloji

Özet: Psöriazis vücutta sıklıkla eritemli skuamli plaklarla seyreden, kronik seyirli, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır. Patogenezinde hücreli immunité ve bununla ilişkili inflamasyon rol oynamaktadır. Alopesi areata (AA) ise özellikle saçlı deri olmak üzere, vücudun herhangi bir bölgesindeki kıllarda aniden ortaya çıkan, keskin sınırlı alanlar halinde görülen ve skatrise yol açmayan kıl dökülmesidir. Kıl folliküllerine karşı T lenfosit aracılıklı otoimmün reaksiyon sonucu gelişir. Psöriazis ve alopesi areata'nın (AA) ilişkili hastalıklar olduğu bilinmekle birlikte, bu iki hastalığın bir arada görülmeleri nadirdir. Kişiselleştirilmiş tedavi psöriazis olgularında komorbiditelerin yönetilmesi açısından önem taşır. Burada fosfodiesteraz 4 inhibitörü olan apremilast kullanımı sonrası hem psöriazis vulgaris hem alopesi areatası tam remisyona giren bir olgu sunmaktayız. 16 yaşındaki erkek olgu, 22 aydır saçlı deride alopesi areata nedeniyle kliniğimizde takip edilmekteydi. Medikal tıbbi geçmişinde bir özellik bulunmayan olgumuz bu süreçte topikal ve intralezyonel kortikosteroid tedavilerine yanıt alıp fakat nüks göstermekteydi. 8 aylık tedavisiz geçen süreden sonra tarafımıza saçlı deri ve her iki aksiller bölgede yaygın eritematöz plaklarla başvurdu (Figür 1). Ayrıca saçlı deride yaygın alopesik alanlar da mevcuttu (Figür 2). Eritemli skuamli plaktan alınan biyopsi sonucu psöriazis ile uyumlu olup olguya haftada bir 10 mg subkutan metotreksat tedavisi başlandı. Metotreksat kullanımının 4. ayında, olgumuz bulantı ve kusma nedeniyle metotreksat tedavisini tolere edemedi ve ayrıca alopesik bölgelerde artış gözlemlendi. Bu nedenle metotreksat sonlandırıldı, hem psöriazis hem alopesi areata da kullanım alanı olduğundan apremilast tedavisine karar verildi. Apremilast tedavisinin 2. Ayın sonunda psöriatik plakların ve alopesi areatanın tamamen gerilediği gözlemlendi (Figür 3 ve 4).Psöriazis ve AA'nın merkezinde T hücre aracılı immunité yer almakta olup ilişkili hastalıklar olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla psöriazis olgularında artmış AA olasılığı söz konusudur. Bu durum, ortak genetik duyarlı lokuslerin taşınmasıyla açıklanmaktadır. T hücre alt kümelerinden T yardımcı (Th)1 ve Th17 hücreleri her iki hastalıkta da önemli rol oynar. Ayrıca bazı Th2 belirteçleri ve interlökin (IL)-23 alt birimleri her ikisinde de artmıştır. Alopesi areata olgularında fosfodiesteraz 4 eksenin patogeneze katkıda bulunduğu ve alopesik lezyonlarda seviyelerinin daha yüksek olduğu son çalışmalarla saptanmıştır. Birliktelik gösterebilen bu iki hastalığın ortak patogenezini göz önünde bulundurularak en uygun tedavi seçeneğinin belirlenmesi anahtar rol oynar. Fosfodiesteraz 4 inhibitörü olan apremilast, psöriazis tedavisinde onaylı olup AA üzerindeki potansiyel etkileri bilinmekte ve çalışmalar devam etmektedir. Psöriazis ve AA birlikteliğinin gözlemlendiği olgularda apremilastin etkili ve hızlı yanıtı göz önünde bulundurularak bireysel yaklaşımda güçlü bir tedavi seçeneği oluşturduğu bilinmelidir.

Figür 1



Aksiller bölgede geniş eritematöz plak

Figür 2



Saçlı deride geniş alopesik alan

Figür 3



Aksiller bölgede geniş eritematöz plağın tamamen gerilemesi

Figür 4



Saçlı derideki geniş alopesik alanın tamamen gerilemesi

Anahtar Kelimeler: Alopesi Areata, Psoriasis Vulgaris, Apremilast



PS-057

Parry Romberg Sendromlu Bir Olgu Sunumu

Muhammed Fatih Çelik¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹, Meryem Doğan²

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

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: Parry Romberg Sendromu süperfisiyal dokuyu, kas, kemik, kartilaj ve kemiği etkileyebilen atrofik bir displazidir. Etiyolojisi belli değildir. Hastalık genellikle yanak, alın ve çene bölgesinde gelişir. Parry Romberg Sendromu diğer adıyla progresif fasial hemiatrofi deri ve subkutan doku atrofisiyle karakterize bir hastalıktır. Olgunun nadir görülmesi sebebiyle 53 yaşındaki bir olguyu sunmaya uygun gördük. 53 yaş kadın hasta, sağ frontotemporal bölge ve sağ göz çevresinde atrofik yama şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Yapılan MR görüntülemesinde sağ periorbital alan düzeyinde anteriorda yumuşak dokuda ödematöz değişiklikler, kalınlık ve sinyal artışı tariflenen değişiklik düzeyinde minimal kontrastlanma söz konusudur. Yapılan punch biyopside epidermiste retelerde düzleşme yüzeysel dermiste fokal solar elastoz derin dermis ve subkutan yağ doku bileşkesini de tutan ödematöz sklerotik yeni kollajenaz bağ doku oluşumu yer yer ektrin glandlarda atrofi saptanmıştır. Histopatolojik ve klinik değerlendirme ile Parry Romberg Sendromu tanısı konulmuştur. Parry Romberg sendromu (PRS) 1825 yılında Parry, 1846 yılında Romberg tarafından tanımlanmıştır PRS superfisial fasial doku, alttaki kas, kartilaj ve kemiği etkileyebilen atrofik bir displazidir Nadir olarak görülen bu hastalık erkek ve kadını eşit olarak tutmaktadır. Vakalar çoğunlukla sporadiktir Hastalık genellikle ilk 20 yaşda başlar. PRS'nin etiolojisi belli değildir. Ancak bazı olgularda sempatik sinir sistemi hastalığı gibi altta yatan nörolojik bir bozukluk olabileceği belirtilmektedir. Nadiren otozomal dominant bir geçiş olabilmektedir Hastaların bazıları lupus pannikülitini takiben bazıları ise siringomiyeli, epilepsi veya serebrovasküler hastalıklarla birlikte görülmüş ancak vakaların %90'ında bu etyolojik faktörlerle ilişki gösterilememiştir. PRS kliniğinde sıklıkla yanak, alın ve çene üzerinde hipo veya hiperpigmente düzensiz yama tarzı lezyonlar izlenir. Nadiren bu bölgedeki kas spazmı veya nöralji uyarıcı olabilir. Progresif atrofi aylar yıllar içerisinde dereceli olarak gelişir ve etkilenen bölgedeki deri tutulumunu zamanla subkutis, kas ve kemik doku tutulumu izler Deri kuru, ince ve atrofiktir. Atrofi tamamen geliştiğinde ise etkilenen yüz yarısı karşı tarafa göre çökük, buruşuk ve pigmentedir. Etkilenen tarafta kaş, kirpik, saç kaybı, dil ve larinksin unilateral tutulumu olabilir. Başta Horner sendromu olmak üzere çeşitli nörolojik bulgular gözlenebilmektedir Kutanoz tutulum erken ve aşıkarsa tanıda güçlük çekilmez. Temporomandibular bölgeye radyoterapiyi takiben oluşan hipoplazi ile karışabilir. Deri değişiklikleri yavaş ve geç başlangıçlı ise fizyolojik asimetri, unilateral mandibular agenezi, fasial paralizilere sekonder hemihipertrofi ve atrofiler ekarte edilmelidir. Tedavide en uygun yaklaşım plastik cerrahidir. Hastanın kendi yağ veya kollajenin atrofik bölgesine enjeksiyonu faydalıdır Ayrıca UVA-1 ve bath PUVA da denenebilir.

Parry Romber Sendromu



Parry Romberg Sendromu



Parry Romberg Sendromu



Anahtar Kelimeler: parry romberg sendromu, atrofi

PS-058

Ektrin Hidrokistomanın Fraksiyonel Karbondioksit Lazer İle Başarılı Tedavisi

Büşra Duman¹, Sibel Yıldız¹, Selami Aykut Temiz¹, İlkey Özer¹, Munise Daye¹, Recep Dursun¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Deri ve Zühveri Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet: Ektrin Hidrokistomanın Fraksiyonel Karbondioksit Lazer ile Başarılı Tedavisi Hidrokistomalar, ter bezlerinden (ekrin ve apokrin) köken alan iyi huylu lezyonlardır. Ektrin hidrokistomalar (EH), küçük boyutlarda (1-6 mm çapta), tek ya da çok sayıda olabilen, ince duvarlı kistlerdir. Baş-boyun bölgesinde en sık periorbital-malar bölge yerleşimli olmaktadır. Apokrin hidrokistomalar (AH) ise genellikle soliter ve 3-15 mm boyutlarındadır. Ektrin hidrokistoma tedavisi genellikle kozmetik nedenlerle yapılmaktadır. Kistin drenajı, cerrahi eksizyon, mikrodermabrazyon ve elektrokoterizasyon, darbeli boya lazeri, topikal atropin ve skopolamin gibi değişken sonuçlarla farklı yöntemler önerilmiştir. Biz de bu vakamızda 57 yaşında kadın hastada soliter erkin hidrokistomanın fraksiyonel karbondioksit (CO₂) lazer ile başarılı tedavisini sunduk. Sol üst göz kapağında kitle şikayeti ile hastanemize başvuran, 57 yaşında kadın hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde 5 mm boyutlarında, soliter, düzgün yüzeyle, palpasyonla fluktuasyon veren kistik lezyon saptanmış olup dermoskopide avasküler zeminde, iyi sınırlı, berrak sıvı dolu kist izlendi (Figür 1,2). Dermoskopik ve klinik olarak ektrin hidrokistoma tanısı konulan hastaya tek seans fraksiyonel karbondioksit lazer tedavisi yapıldı. Lazer sonrası kistik lezyon tamamen geriledi (Figür 3). Ektrin hidrokistoma nadir görülen benign kistik lezyonlardır. Kesin patogenezi bilinmemekle birlikte gözeneklerin kapanarak ter kanalının sekonder genişlemesine veya boşaltım kanalının adenomatöz proliferasyonuna bağlı geliştiği düşünülmektedir. Ektrin hidrokistomaları AH'lerden ayırt etmek hem klinik hem de histolojik olarak zordur. Apokrin hidrokistomalar EH'lerden farklı olarak genellikle soliterdir ve mevsimsel değişiklikler göstermez veya sıcak havalarda semptomatik hale gelmez. Ektrin hidrokistomanın dermoskopik özellikleri literatürde nadiren tanımlanmış olup kistik, avasküler ve iyi sınırlı olduğu bildirilmiştir. Benign olan bu lezyon klinik olarak çoğunlukla asemptomatik olsa da oluşturduğu kozmetik kaygılar ve yaratabilecek görme bozuklukları nedeniyle tedavi edilmelidir. Ektrin hidrokistoma için altın standart tedavi seçeneği olmamakla birlikte tedavi yöntemleri içinde intradermal botulinum toksin enjeksiyonları, elektrodessikasyon, cerrahi eksizyon, kesi ve drenaj, darbeli boya lazer tedavisi ve topikal atropin ve skopolamin yer almaktadır. Biz olgumuzda CO₂ lazeri kullandık ve başarılı bir sonuç elde ettik. Fraksiyonel CO₂ lazeri yumuşak doku buharlaştırması için dermatolojik cerrahide en umut verici modaliteyi temsil eder. Görünmez kızılötesi spektrumda 10.600 nm dalga boyunda fotonlar yayarak hem hücre içi hem de hücre dışı suyu hedef alır. Lazer termal enerjisi ile biyolojik dokunun koagülasyon, vaporizasyon ve eksizyonu sağlanır. Minimal ağrı, ödem veya ekimoz olmaması, iyileşme süresinin kısa olması, estetik olmayan yara izlerinin düşük oranda görülmesi ve nadiren anesteziye ihtiyaç duyulması CO₂ lazerin avantajlarını oluşturur. Periorbital bölge lezyonlarının tedavisinde kullanımı güvenli olup önerilmektedir. Literatürde EH tedavisinde CO₂ lazer kullanımı ile ilgili veriler nadir olup etkili, güvenli ve konforlu bir tedavi seçeneği olarak yer alabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Ekrin Hidrokistomannın Fraksiyonel Karbondioksit Lazer ile Başarılı Tedavisi



figür 2

Ekrin Hidrokistomannın Fraksiyonel Karbondioksit Lazer ile Başarılı Tedavisi



figür 3

Ekrin Hidrokistomanın Fraksiyonel Karbondioksit Lazer ile Başarılı Tedavisi



figür 1

Anahtar Kelimeler: hidrokistoma, ekrin hidrokistoma, fraksiyonel co2 lazer



2. ASİSTANLIKTAN UZMANLIĞA DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ KONGRESİ



4 - 8 Eylül 2024

Dedeman Hotel & Convention Center, KONYA

www.adkd2024.org