

# mucosa

Volume 2, Supplement 2

www.mucosa.org



## KONGRE ÖZET KİTABI



**Güz Toplantıları**

**İnflamasyon:  
Deri ve Mukoza**

**31 Ekim - 2 Kasım 2019**

Ramada Plaza, Trabzon

ISSN 2651-2750

The Society of Eastern Black Sea Dermatology and Venereology

**Değerli Meslektaşlarımız,**

Doğu Karadeniz Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği olarak “Güz Toplantıları” etkinliklerimizin ikincisi ile karşınızdayız. 2013 güzünde “Otoimmün Büllöz Hastalıklar” ile başladığımız toplantılarımıza, uzun bir aranın ardından yeniden buluşmanın heyecanı ile, güncel dermatolojinin ön planda bir başlığıyla devam ediyoruz: **“İnflamasyon: Deri ve Mukoza”**

31 Ekim - 2 Kasım 2019 tarihleri arasında, Trabzon’da, Ramada Plaza’da gerçekleştireceğimiz bu toplantıda, deri ve mukozaların inflamatuvar hastalıkları ve immun sistem; psoriasisden atopik dermatite, akneden Ürtikere epidemiyoloji, patogenez, klinik özellikler, tanı ve tedavi açısından tartışma masasında olacak. Ulusal ve uluslararası, konularında önde gelen konuşmacılarımızla ana bilimsel programımız ve ilişkili kurslarımızda “İnflamasyon”, 2.5 günlük zengin bir programla ele alınacak.

Toplantımızın zengin bilimsel içeriği yanında, eminiz ki Trabzon ve Doğu Karadeniz, sizleri doğal güzellikleri ile kucaklayacak.

2019 Güz Toplantısı’nda, Trabzon’da buluşmak üzere sizleri saygıyla selamlıyoruz.

**Doğu Karadeniz Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği**  
**Güz Toplantıları Düzenleme Kurulu**

## KONUŞMA ÖZETLERİ

### Patch Testing: to whom?, when? and how?

Necmettin AKDENİZ<sup>1</sup>, İlknur ÖZCAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Patch test(PT) is in vivo visualization of elicitation phase of the delayed type hypersensitivity (type IV) reaction. From 1985, PT has been used as a diagnostic tool for allergic contact dermatitis. Since then, practicing of test has been improved and standardized. Although it looks like an easy test to apply, assessment of test needs adequate training and experience.

#### WHAT IS PATCH TEST?

Patch test(PT) is in vivo visualization of the elicitation phase of the delayed type hypersensitivity (type IV) reaction. Aim of the test is stimulate an eczematous reaction by applying suspected allergens under occlusion on intact skin of sensitized patients.<sup>1</sup>

#### HISTORY OF PATCH TEST

Although; it looks as an easy test to apply, PT did not be invented until nineteenth century. The German dermatologist Josef Jadasson, who is universally acknowledged as father of PT, described contact dermatitis associated with mercurial agents and reproduced eczema on normal skin in sensitized patients thus recognized the process of late hypersensitivity reactions. He spread his knowledge and introduced patch test as “*Funktionelle Hautprüfung*”<sup>2</sup> to world at 5<sup>th</sup> Congress of Dermatologic German Association which was held in Graz, Austria on September 23<sup>rd</sup> 1985.

After Jadasson, his pupil Bruno Bloch resumed his work and, for the first time, found a way to grade the intensity of the reaction to PTs, as well as suggested a standardized battery of tests.<sup>3</sup> Bloch’s ideas were developed and spread by other dermatologist Paul Bonnevie.

In 1962 the *Scandinavian Committee for Standardization of Routine Patch Testing* was created and *International Contact Dermatitis Research Group* (ICDRG) was formed for standardization of patch test in 1967.<sup>3</sup>

#### METHODOLOGY

##### *Chambers*

Chambers are inert materials applied to a hypoallergic tape for providing occlusion and fixation of test unit to the skin. Width of chambers are controversial, a study group from German Contact Dermatitis Research Group investigated whether the size of patch test chambers would affect allergic patch test reactions . They found that “For formaldehyde, no relationship between chamber size and patch test reaction was found in the data, while for Kathon CG, statistical evidence is borderline that more positive test reactions are yielded by large test chambers than by small ones”.<sup>4</sup> There are several different types of chambers exist from different producers.

##### *Batteries and Series*

The original standard series was based on the experience of the members of the International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG) and mirrored the findings and current situation in different parts of Europe and the United States. While there are standardized baseline series for most suspicious allergens from all over the world, type and quantity of allergens show variations from one series to another. For example North American Contact Dermatitis Group series contains 70 allergen, European standard series has 28, the British Contact Dermatitis Society 41, and the Swedish series 29 allergens. This discrepancy could be derived from particular exposure circumstances in different countries, different geographical areas, climates, environments (i.e., different natural occurrence of allergens, such as urushiol), different cultures, habits, behaviors, occupations, different experiences and views on the part of the research groups. Supplemental series, such as dental series, cosmetic series, coiffeur series etc., are also available when the baseline series failed to reveal suspected agent.

Apart from standard series, patient’s daily used products can be used as test material. For patch testing with patient’s own material, each product should be prepared in suitable vehicle. Different types of vehicles are in

use but up most used one is petrolatum, which allows good occlusion, keeps allergens stable, and has low cost. But water, solvents as acetone, methyl acetone, ethanol etc. and hydrophilic gel can be used as vehicle. For liquid allergens, paper filters must be used in preparation. Solid materials can be tested by placing "as is", placing scrapings or cut pieces of materials into the test chamber, or they can be applied on acrylic tape thus avoiding pressure effects. Rinsing materials as shampoo, shower gel, antiperspirant etc., can be irritating so they must be diluted before test. Solvents(diesel, paraffin), lime, toluene can be toxic and rarely lead to systemic effects, therefore this materials shall not be tested.<sup>5</sup>

#### Whom to Patch test?

PT is still gold standard diagnostic test for allergic contact dermatitis (ACD) and indicated in any patient with an acute or chronic, pruritic, eczematous, or lichenified dermatitis if underlying or secondary ACD is suspected.<sup>6</sup>

Because of defective barrier function and altered immunity of skin, patients with atopic dermatitis (AD) has tendency to develop ACD. If any AD patients does not respond to treatment, has initially improved and then exacerbated lesions, or presents with alterations in pattern of dermatitis, ACD should be suspected and investigated with patch test.<sup>7</sup>

As clinical features alone are unreliable in distinguishing allergic contact from irritant and endogenous dermatitis, particularly with hand and facial dermatitis, patch testing should be carried out in any patient with a chronic or persistent dermatitis, or atopic/endogenous dermatitis that was previously well controlled with topical therapy and then become difficult or impossible to control with the same topical treatments.<sup>8</sup>

#### Whom not to Patch test?

Although absorption of substances minimal and does not affect the fetus, typical changes in immunologic response during pregnancy can interfere with response so tests should be avoided in pregnant women.<sup>3</sup>

Also in case of acute generalized dermatitis or extensive eczema on back, tests must be postponed.

Although experiences has suggest that PT is best performed on the back in individuals who are currently free of dermatitis and who are not taking any medications or treatments that may reduce cutaneous immune response. In practice, however, we sometimes perform the test to the patients receiving systemic immunomodulatory dru-

**Table 1.** Time to suppress patch test reaction according to drugs

Suppressing agent	Patch test reaction suppression time
<b>SYSTEMIC DRUGS</b>	
Corticosteroids (KS)	
<1 week <20 mg / day prednisolone	1 week (at least 3 days)
≥1 week ≥20 mg / day prednisolone	3-4 weeks
Immunosuppressive drug (Cyclosporine A, Azathioprine, Mycophenolate mofetil Methotrexate etc.)	3-4 weeks
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs	1 week
Antihistamines (anti-inflammatory effect H1-blocker)	1 week (at least 3 days)
Pentoksifilin	1 week
<b>TOPICAL DRUGS</b>	
KS / tacrolimus / pimecrolimus (on test site)	
< 1 week	1 week (at least 3 days)
> 1 week	3-4 weeks
<b>ULTRAVIOLET (UV) RAY</b>	
UVA/UVB	2 weeks
Biological agent	Unknown to little/no effect

gs for treatment of autoimmune diseases or prevention of transplant rejection or etc. The members of the North American Contact Dermatitis Group (NACDG) collectively have significant PT experience and they have some recommendations about the matter. Recommendations are listed in table 1.<sup>7</sup>

While for optimal testing, it is better that patients are off immunosuppressants, immunosuppressive agents are not absolute contraindication for PT.

Because of immunomodulatory effects of UVB radiation, patch test should be avoided in markedly tanned persons, and a minimum of 4 weeks after heavy sun exposure should be allowed before testing.<sup>9</sup>

In children, patch testing has the same indications with adults. Most authors agree that patch testing in children is safe, and the only problem is mainly technical because of the small patch test surface.<sup>9</sup> There has been much debate about the concentrations of allergens in children. In practice, while testing children under the age of 5, only suspected allergens should be tested and concentrations need to be reduced by half and occlusion time should be limited for 24 hours, to avoid contact sensitization with test material.<sup>10</sup>

#### *Application of Patch Test to Skin*

**Test Sites:** Due to large area, the upper back is preferred as a test site. In addition upper arms and possibly the upper thighs can also be used for test.

Test area needs to be free of hairs, moisturizers and other oily substances. If necessary hair can be removed by razor blades, in the direction of hair growth, 1 or 2 days before testing. In case of oily skin, gentle cleansing with mild solvents can be done but before application of test strips they must be evaporated.

#### **Patient Instructions before Patch Testing<sup>6</sup> :**

1. Do not expose your back to the sun or sunbed for at least 2 weeks before the patch testing.
2. Wear old, dark clothing as pen marks can stain clothes.
3. Discuss the particular substances that you come into contact with your physician. You may be asked to bring your own materials for testing.
  1. Only small quantities are required, for example, a few drops or grams.
  2. If possible, bring it in its original container with ingredient list, even if you do not think it is causing any problems or label items carefully with their common and chemical names, provide data sheets if available.
  3. Bring cosmetics that you have discussed with your physician to be tested. This may include nail varnish, moisturizer, sunscreen, prescribed, and nonprescribed ointments, creams, and lotions. Shampoo and soap are not usually tested (these are intended to be washed off and may irritate the skin if left on the skin for 2 days).
  4. If clothing is suspected, bring about a centimeter square of material taken from seams or other unimportant areas in contact with the affected skin.
  5. Rubber gloves and footwear can be tested. Discuss with your physician if needed.
4. Preparation for testing:
  1. Shower the morning of the test, as you cannot get your back wet from the time the patches are applied to the time of the second reading.
  2. Do not put any creams or oils on your back the morning of the testing.
  3. If there is hair on the back where the patches will be applied, shave (an electric razor is preferable) a day or two before testing (do not use chemical hair removal products).
5. Side effects are rare, but include:
  1. Skin reddening and itching at the application site (a positive test result)—this usually disappears after a few days. A strongly positive PT may cause a blister.
  2. Persistent reaction—some positive test reactions, for example, to gold, may persist for up to a month.
  3. Flare of eczema, a positive PT may be accompanied by a flare of existing or previous eczema.
  4. Pigment change an increase or decrease in pigment may be seen at the site of patch tests; this may last for months or rarely (1 in 1000) is permanent.
  5. Infection—this complication is rare but needs antibiotic treatment.
  6. Scarring—very rare (1 in 10,000).

7. Allergy-rarely, in approximately 1 in 5000 patch tests, one may become allergic to one of the substances applied during patch testing. In practice, this does not seem to cause problems in the long term.

#### *Application of Patch Test*

Patient must sit up straight and shoulder are in dorsiflexion. Test strips applied on midline, avoiding from margins of scapulae because of removal risk, from down to upward with mild pressure to remove air pouches, followed by some moderate strokes with the back of the hand to improve adhesion.<sup>11</sup>

#### *Patient instructions after Patch Testing<sup>6</sup>*

1. Do not swim, rub, or exercise, as the patches may come off. Avoid sweating, excessive physical activity, or playing sports during testing.
2. Keep the back dry, so no baths, showers, or unnecessary sweating.
3. Do not expose your back to sunlight during the testing.
4. Most patients have 3 appointments. For allergies that may take longer to appear, delayed reading 7-10 days after application may be scheduled.
  - a. Appointment 1: patch test application. The substances to be tested will be applied to your back in special small containers and/or chambers held within a tape and labeled with ink. This appointment may take up to 2 hours. The substances remain taped in place until your next visit, until the patches containing them are removed and any reactions noted.
  - b. Appointment 2 (48 hours after patches are applied): the patches are removed, re-marked, and the back will be looked at 20-30 minutes after removal of the patches. This appointment may take up to 1 hour.
  - c. Appointment 3 (72 hours to 7 days after patches are applied): the physician will examine your back and any further reactions will be discussed with you.
5. If the patches are extremely itchy painful or burning, please call our office if you are concerned.
6. If a patch starts to peel off, reinforce with tape such as Micropore or Scanpor. If a whole patch comes loose, remove it and note the time and date.
7. It is possible that the PT will be negative. This is helpful in eliminating contact allergy to the substances tested as a cause of your skin problem. Positive reactions become red and itchy at the test site and usually become apparent by the third visit (final reading); however, they can occasionally take longer, up to 2 weeks. For certain late-reacting substances, a reading may be scheduled 7-10 days after PT application. If you do develop a late reaction after your last reading, please contact the office.

#### *Reading Time*

Reading is the far most important part of the patch test. It should be done by expertise clinician. The standard patch test technique involves application of the test allergen strips onto the skin under occlusion for 2 days (48h). Conventionally, patch test reading is performed 15-30 min after the removal of the occlusive strips to allow the transient erythema caused by the occlusive effects of allergens and plasters to subside

Conventionally, patch test reading is performed in most clinics at day 2 and again at 4. But in case of suspicion reading could be performed 7-10 days after PT application. Reactions occurring at day 7 or later are regarded as late reactions. Examples of such late reactors include neomycin, corticosteroids, and many others.

#### *Scoring Patch Test Results*

It is important for patch tests to be scored according to the reaction seen and not only according to the interpre-

**Table 2.** Scoring of patch test reactions according to Wilkinson et al., on be half of the ICDRG

Score	Reactions
-	Negative reaction
+?	Doubtful reaction; faint eryhema only
+	Weak (non-vesicular) positive reaction; erthema, infiltration and possibly papules
++	Strong (vesicular) positive reaction; erthema, infiltration, papules, vesicles
+++	Extreme positive reaction; bullous reaction
IR	Irritant reaction

tation placed on the reaction by the reader. Irritant reactions should be recorded as positive irritant and not as negative. The far most used scoring system remains as that recommended by Wilkinson et al. and on be half of the ICDRG, reproduced in Table 2 and figure 1.<sup>9</sup>



**Figure 1.** Scoring of patch test reactions according to Wilkinson et al., on be half of the ICDRG

To differentiate positive results caused by irritation from those caused by real allergens is one of the first challenges. While allergic reactions has tendency to expand and resistant, irritating reactions usually fades after second day and they are mostly sharply-circumscribed lesions.

In 1974 Dr. Marion B. Sulzberger, described false positive and false negative reactions. By her definition, “False-positive reactions” can be defined as positive patch test reactions occurring in the absence of contact allergy, while “False-negative reactions” can be defined as negative patch test reactions occurring in the presence of contact allergy.<sup>12</sup>

#### *Causes of False Positive Reactions*

1. Too high a test concentration for that particular patient
2. Impure or contaminated test preparation
3. The vehicle is irritant (especially solvents and sometimes petrolatum)
4. Excess of test preparation applied
5. The test substance, usually as crystals, is unevenly dispersed in the vehicle
6. Influence from adjacent test reactions
7. Current or recent dermatitis at test site
8. Current dermatitis at distant skin sites
9. Pressure effects of tapes, mechanical irritation of solid test materials, furniture and garments (brassiere)
10. Adhesive tape reactions
11. The patch itself has caused the reactions

Excited Skin Syndrome: “Angry Back”, Patients with current eczema may show cutaneous hyperirritability to PT. When there is strong positive reactions in more than one site this phenomenon should be considered. When in doubt about “Angry Back” in a patient, sequential retesting of different skin site could be applied.

#### *Causes of False Negative Reactions*

1. Insufficient penetration of the allergen.
  1. Too low test concentration for that particular patient
  2. The test substance is not released from the vehicle or retained by the filter paper
  3. Insufficient amount (dose) of test preparation applied; patch test concentration lower than declared [95]
  4. Insufficient occlusion
  5. Duration of contact too brief because the test strip has fallen off or slipped
  6. The test was not applied to the recommended site-the upper back
2. Failure to perform delayed readings; e.g., neomycin and corticosteroids are known to give delayed reactions
3. The test site has been treated with corticosteroids or irradiated with UV or Grenz rays.
4. Systemic treatment with corticosteroids or immunomodulators.
5. Allergen is not in active form, insufficiently oxidized (oil of turpentine, rosin compounds, d-limonene), or degraded.
6. Compound allergy. Compound Allergy

**Compound Allergy:** When patient has positive reactions to formulated products as cosmetics or topical medications but negative reactions to all ingredients tested individually. This could be explained by irritancy of the original formulation or combination of the ingredients to form reaction product.

#### DETERMINATION OF THE RELEVANCE OF A PATCH TEST

For clinical relevance, careful history and physical examination must be correlated of the PT. When, test results confirmed with current or past exposures, dermatitis improves with avoidance and recurs with re-challenge, this defined as “Current Relevance”. “Probable relevance” means, the antigen is present in known skin contactants and the clinical presentation is consistent with that exposure. This can occur if the allergen is found in the patient’s environment. Relevance is “Possible” if skin contact with materials known to contain the allergen was likely.

#### ADDITIONAL TESTS<sup>3</sup>

##### *Photopatch Testing*

Photo patch testing (PPT), simply stated, is patch testing with the addition of UV radiation to induce formation of the photo allergen. Allergens are applied to the upper back in duplicate and covered by an opaque material. One set is removed after 24 h (or preferably 48 h) and irradiated with 5 J/cm<sup>2</sup> of ultraviolet A (UVA). Readings should be recorded using the ICDRG scoring system pre irradiation, immediately post irradiation, and 48 h post irradiation. Further readings at 72 and 96 h post irradiation are recommended to enable detection of crescendo and decrescendo scoring patterns, suggesting allergic and nonallergic mechanisms. A true positive photo patch test persists or increases between the first and the second readings.

##### *Open Test*

The product is applied pure or dissolved in water or another solvent (e.g. ethanol, acetone, ether) freely spreading on the skin.

##### *Semi-open Test*

Method designed to evaluate products with irritating properties due to the presence of solvents or emulsifiers (e.g. detergents, shampoos, pharmaceuticals and cosmetics). A small amount of the product is applied using a cotton swab, to a 2x2 cm area. After it completely dried, the area is covered with adhesive tape for two days. The site is reevaluated after 48 and 96 hours.

##### *Repeated Open Application Test (ROAT)<sup>13</sup>*

It has the function of refining positive, negative or doubtful responses that obtained in the closed test. Commercial products (cosmetics or drugs), in which the presence of a sensitizing substance is suspected, are applied twice a day for 7 days to the anterior portion of the arm, antecubital fossa or scapular region. The positive response (eczema) develops between 2-4 days, indicating that the product actually contains the sensitizing substance.

#### **References:**

1. Lachapelle J-M, Maibach HI. Patch testing and prick testing. A practical guide Berlin: Ed Springer 2003:29-36.
2. Adams RM. I. Josef Jadassohn (1863–1936). *Dermatitis* 1993;4:58-9.
3. Lazzarini R, Duarte I, Ferreira AL. Patch tests. *An Bras Dermatol* 2013;88:879-88.
4. Gefeller O, Pfahlberg A, Geier J, Brasch J, Uter W. The association between size of test chamber and patch test reaction: a statistical reanalysis. *Contact Dermatitis*. 1999;40:14-8.
5. Frosch PJ, Geier J, Uter W, Goossens A. Patch testing with the patients’ own products. *Contact dermatitis: Springer*; 2011. p. 1107-19.
6. Fonacier L. A practical guide to patch testing. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 2015;3:669-75.
7. Fowler Jr JF, Maibach HI, Zirwas M, et al. Effects of immunomodulatory agents on patch testing: expert opinion 2012. *Dermatitis* 2012;23:301-3.
8. Johnston GA, Exton LS, Mohd Mustapa MF, et al. British Association of Dermatologists’ guidelines for the management of contact dermatitis 2017. *Br J Dermatol* 2017;176:317-29.
9. Lachapelle J-M, Maibach HI. Patch testing and prick testing: a practical guide official publication of the ICDRG: Sprin-



ger Science & Business Media; 2012.

10. Özkaya E. Alerjik deri hastalıklarında tanı testleri. Nobel Tıp Kitabevleri Şubat 2015.
11. Fischer T, Maibach HI. Improved, but not perfect, patch testing. *Dermatitis* 1990;1:73-90.
12. Sulzberger MB. The patch test-who should and should not use it and why. *Contact Dermatitis* 1975;1:117-9.
13. Hannuksela M, Salo H. The repeated open application test (ROAT). *Contact Dermatitis* 1986;14:221-7.

## Atopik Dermatit: Güncel sistemik tedavi

Dr. A. Deniz Akkaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ulus Liv Hospital, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Bu başlık altında, atopik dermatit (AD) tedavisine yönelik, sistemik tedavi kullanılması gereken olgular ve güncel tedavi seçenekleri gözden geçirilecektir.

Hastalık şiddeti ile ilgili üniversal bir tanım bulunmamaktadır. Klinik çalışmalarda EASI, SCORAD, IGA, POEM,... gibi skorlama sistemleri kullanılsa da günlük pratikte vücut yüzey alanının %10'dan fazlasının etkilendiği veya orta-şiddetli klinik bulgu ve belirtiler saptanan, görünen veya işlevsel önemi olan (yüz, genital ve palmoplantar bölge) alanların tutulduğu, hayat kalitesinin belirgin olarak etkilendiği (kaşıntı, uyku bozukluğu) olgular, orta ve şiddetli AD olarak kabul edilmektedir. Pratikte, klinik olarak topikal kortikosteroidler, kalsinörin inhibitörleri ve fototerapiye cevapsız, hayat kalitesinin belirgin olarak etkilendiği hastalar (uyku, okul-iş devamlılığı...) sistemik tedavi adayları olarak kabul edilir. Tedavide hedef akut atak tedavisi ve remisyon sağlanmasıdır. Sistemik tedaviye başlamadan önce ayırıcı tanıda yer alan diğer hastalıkların dışlanması, potansiyel tetikleyicilerin (irritanlar, alerjenler) elimine edilmesi, optimal deri bakımı ve topikal tedavinin kullanıldığından emin olunması (hasta eğitimi, atopi okulu, hospitalizasyon,...), deri infeksiyonlarının (S.aureus, HSV) dışlanması/kontrolünün sağlanması gereklidir.

Fototerapi, özellikle dar bant UVB, bazı olgularda tam ve tama yakın iyileşme sağlayabilir. Erişkin, adölesan ve 6 yaşından büyük çocuklar fototerapi adayları olarak değerlendirilmelidir.

AD tedavisinde kullanılan klasik immunomodulator ajanlar siklosporin, metotreksat azotiopurin ve mikofenolatdır. Bunlardan sadece siklosporin, Avrupa ülkelerinde, >18 yaş AD olguları için onaylıdır. Amerika'da ise sistemik kortikosteroid tedavisi, akut atak kontrolünde, kısa süreli kullanım için onaylıdır. AD için bu ajanlarla yapılmış büyük randomize kontrollü çalışmalar bulunmamakta, bu nedenle kullanım ve protokoller arasında, ülkeler ve merkezler arasında farklılıklar gözlenmektedir. Bu ajanların yan etki profilleri ve uzun dönem toksisite riski nedeni ile, şiddetli AD olgularında sistemik tedavi kullanım oranı, Avrupa ülkelerinde %71, Amerika'da ise %86 civarındadır.

Siklosporin, özellikle kısa dönem kontrol için, en sık tercih edilen sistemik ajandır. Etkisi 2 hafta içinde ortaya çıkar, ancak kesildikten sonra da %50 olguda 2 hafta içinde relaps izlenir. Etkinlik çocuk ve erişkin AD hastalarında benzerdir, çocuklar tarafından daha iyi tolere edilir. 3-5 mg/kg/gün dozunda kullanılabilir. Hipertansiyon ve nefrotoksisite riski nedeni ile kullanımı 12 ay ile sınırlandırılmalıdır. İdame tedavisi aralıklı (haftasonu) doz ile veya uzun dönemde daha güvenli başka bir ajan (metotreksat, mikofenolat, azotioprin) ile sağlanabilir.

Sistemik kortikosteroidler AD tedavisinde önerilmemektedir, sadece seçilmiş olgularda, akut atak kontrolü için birkaç hafta süre ile kullanılabilir.

İnterlökin (IL)-4-α reseptör subünitesine bağlanarak IL-4 ve IL-13 blokajı sağlayan insan monoklonal antikoru dupilumab, 2017 yılında orta ve şiddetli AD tedavisi için onaylanmıştır. Yükleme dozu (600 mg) sonrası, 2 hafta ara ile 300 mg subkutan olarak uygulanır. Etkinlik 2. haftadan itibaren başlar, 12. haftada maksimuma çıkar ve 16. haftadan itibaren tedavi boyunca stabil kalır. Başlangıç ve izlemde serolojik test gerekmez. İnfeksiyon riskini arttırmaz, hatta AD ile ilişkili deri infeksiyonlarını engeller. Konjonktivit ve injeksiyon yeri reaksiyonu dışında ciddi kısa dönem yan etkisi bulunmamaktadır.

Aşağıdaki tabloda, 2018 EADV kılavuzunun AD sistemik tedavisi ile ilgili özet bilgiler bulunmaktadır.

## 2018 EADV / EDF

Table 1. Systemic drugs for treatment of severe atopic eczema

	Cyclosporine	Methotrexate	Azathioprine	Mycophenolic acid	Corticosteroids	Dupilumab
Overall recommendation	++ acute flare intervention	++ long-term maintenance	Can be used long term	++ little toxicity	Outdated‡	Long-term maintenance
Time to respond (weeks)§	2	8–12	8–12	8–12	1–2	4–6
Time to relapse (weeks)	<2	>12	>12	>12	<2	>8
Most important side-effects	Serum creatinine ↑ blood pressure ↑	Haematological liver enzymes ↑ gastrointestinal	Haematological liver enzymes ↑ gastro-intestinal	Haematological skin infections gastro-intestinal	Cushing's osteoporosis diabetes	Conjunctivitis
Starting dose adult	4–5 mg/kg/day‡	5–15 mg/week	50 mg/day‡	MMF 1–2 g/day (EC-MPA 1.44 g/day)	0.2–0.5 mg/kg/day	600 mg loading dose
Maintenance dose adult	2.5–3 mg/kg/day	Most often 15/week; can increase to max 25 mg/week	2–3 mg/kg/day†	MMF 2–3 g/day (EC-MPA 1.44 g/day)	Not for maintenance‡	300 mg/2 weeks
Starting dose children	5 mg/kg/day	10–15 mg/m <sup>2</sup> /week	25–50 mg/day	MMF 20–50 mg/kg/day	0.2–0.5 mg/kg/day	No data yet
Maintenance dose children	2.5–3 mg/kg/day	Increase 2.5–5 mg/week, decrease 2.5 mg/week to effective/lowest effective dose	2–3 mg/kg/day†	Increase daily total dose by 500 mg every 2–4 weeks up to 30–50 mg/kg/day	Not for maintenance‡	No data yet
Pregnancy	Possible	Teratogenic, absolutely contraindicated	Conflicting data, possible with strict indication	Teratogenic, absolutely contraindicated	Possible	No data yet
Fathering	Possible	Little information, conflicting data, contra-indicated	Little information, possible with strict indication	Conflicting data	Possible	No data yet

Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema in adults and children. J Eur Acad Dermatol Venereol 2018

## Seboreik Dermatit: Güncel bir bakış

Prof. Dr. Rebiay Kıran<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D., Kocaeli

Seboreik dermatit kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Yaşam süresi boyunca 3 dönemde görülme sıklığı artmaktadır. 1-Yaşamın ilk 3 ayı, 2-Ergenlik ve genç erişkinlik dönemi, 3- Elli-altmış yaşlarından sonra. Hastalığın yetişkinlerde görülme sıklığı %1-8 arasında değişmektedir.<sup>1,2</sup> Almanya'da toplum bazlı olarak yapılan ve 18 yaş üstü kişilerin değerlendirildiği bir çalışmada 35 yaş öncesi görülme oranı %2 iken, 65 yaş sonrası görülme oranı % 4.4 olarak saptanmıştır.<sup>1</sup>

Seboreik dermatit etyopatogenezinde ekzojen ve endojen faktörlerin yer aldığı multifaktöriyel bir hastalık olup sebace bez fonksiyonu, *Malassezia* kolonizasyonu ve kişisel yatkınlık etyopatogenezde rolü olan faktörler arasında sayılmaktadır. Hangi faktörün primer öneme sahip olduğu konusunda ise henüz bir görüş birliği bulunmamaktadır. Son yıllardaki çalışmalar; seboreik dermatit lezyonlarında *Malassezia* cinsi mayaların yanısıra deri florasındaki diğer mikroorganizmaların durumu, keratinositlerin özellikle *Malassezia*'lara karşı doğal immün yanıtı ve epidermal diferansiyasyon ve bariyer fonksiyonu üzerine yoğunlaşmış görünmektedir. Kişisel yatkınlık oluşturan durumlar incelendiğinde cinsiyet, genetik faktörler, hiperprolaktinemi, HIV pozitifliği başta olmak üzere immün yetmezlik tabloları, nöropsikiyatrik hastalıklar (Parkinson, Alzheimer, siringomiyeli, yeme bozukluğu hastalıkları, depresyon vb), riboflavin, piridoksin, niasin, çinko, esansiyel yağ asitleri gibi nütrisyonel faktörlerin eksikliği, klorpromazin, fenotiyazinler, lityum, interferon, psoralen gibi ilaçların kullanımı dikkati çekmektedir.<sup>1-3</sup>

Seboreik dermatit; sebace glandların yoğun olarak bulunduğu saçlı deri, yüz, kulak, kulak arkası, göğüs, sırt, aksilla ve kasıklarda yerleşimli ince kepeklenmeden üzeri sarımsı-yağlı skuamlarla kaplı eritemli plaklara kadar değişik görünümde oluşan lezyonlarla karakterizedir.<sup>3,4</sup>

Hafif ve orta şiddetli seboreik dermatit tedavisinde topikal antifungal etkili krem ve şampuanların yanı sıra kısa süreli zayıf veya orta etkili topikal kortikosteroidler, topikal kalsinörin inhibitörleri, şiddetli veya topikal tedaviye dirençli olgularda ise sistemik antifungaller veya izotreinoin kullanılabilir.<sup>3,4</sup>

İnfanıl seboreik dermatit ise çoğunlukla 6-12 ay içinde spontan gerileyen bir hastalık olduğu için saçlı deri ve alındaki lezyonların bebek yağı ile yağlandıktan bir süre sonra bebek şampuanları ile yıkanması ve yumuşak bir bebek fırçası ile skuamaların temizlenmesi yeterlidir. Gerekli olursa ketokonazol içeren antifungal şampuanlar da kullanılabilir.<sup>5</sup>

### **Kaynaklar:**

1. Zander N, Sommer R, et al. Epidemiology and dermatological comorbidity of seborrheic dermatitis: population based study in 161 269 employees. Br J Dermatol 2019;181:659.
2. Gupta AK, Richardson M, Paquet M. Systematic review of oral treatments for seborrheic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014;28:16-26.
3. Wikramanayake TC, Borda LJ, Miteva M, Paus R. Seborrheic dermatitis-looking beyond Malassezia. Exp Dermatol 2019;28:991-1001.
4. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. Am Fam Physician 2015;91:185-90.
5. Elish D, Silverberg NB. Infantile seborrheic dermatitis. Cutis 2006;77:297-300.

## **Liken Planus: İdiopatik mi?**

Dr. Öğr. Üyesi Leyla Baykal Selçuk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D., Trabzon

Liken planus deri ve mukozaları tutan, nedeni tam olarak bilinmeyen, kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. İnsidansı coğrafik bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte kutanöz formunun görülme sıklığı %0.2-1, oral formunun ise %1-4 arasında değişmektedir. Hastaların üçte ikisinde hastalık 30-60 yaş arasında başlangıç gösterir.

Liken planus etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte hastalığın gelişiminde yüzeyinde değişikliğe uğramış self antijenler sunan bazal keratinositlerde T-hücre aracılı otoimmün bir hasar olduğunu gösteren kanıtlar giderek artmaktadır. Belirli eksojen maddelere maruz kalma (örneğin virüsler, ilaçlar, temas alerjenleri) ile LP'nin gelişimi arasında bir ilişki olduğunu öne sürdü.

LP'lu hastaların birinci derece akrabalarında sıklık hastalık gelişme sıklığı % 10'dur. Ailesel olgular ise nadir görülmektedir. Birçok araştırmacı bazı özgül HLA antijenleri ile LP arasında bir ilişki olduğunu tanımlamıştır. Bu alleller HLA-A3, AH, A26, A28, B3, B5, B7, B8, DR1 ve DRW9 şeklindedir. Yine bazı ırklarda bu antijenlerle ilişki daha belirgin bulunmuştur. Ancak belirli bir HLA alleli ile gerçek bağlantının kurulması coğrafik ve hastaların klinik özelliklerindeki farklılık nedeniyle zordur.

Metalik diş tedavilerine maruziyet, pozitif yama testi sonuçları ve materyalin çıkarılmasıyla lezyonlarda %95 oranında gerileme saptanması kontakt allerjilerin rolünü desteklemektedir. En çok sorumlu ajanlar civa, bakır ve altındır. Birçok ilaca bağlı LP'a benzer hatta klinik ve histopatolojik olarak aynı lezyonlar gelişebilir. İlaç alımını takiben lezyonların nüksetmesi genellikle görülmez. Lezyonlar genellikle deri tutulumu ile karakterize, oral mukoza tutulumu, fotodağılım da gösterebilir. İlaç ilk maruz kalmadan birkaç ay hatta yıllar sonra gelişebilir. İnfluenza ve farklı HBV aşılı ile tetiklenen LP olguları mevcuttur. İlk dozdan birkaç gün ile 5 ay arasında hastalık gelişir. Yaygın hastalık riski nedeniyle artan enjeksiyonlardan kaçınma önerilir.

Son yıllarda potansiyel eksojen antijenler içerisinde virüslerin özellikle de Hepatit C virüsünün (HCV) rolü üzerinde durulmaktadır. Çalışmalarda LP'ta HCV sıklığının 2-13,5 kat daha artmış olduğu gösterilmiştir. Bu ilişki özellikle Japon ve Akdeniz popülasyonunda, oral LP formunda artmıştır. Son zamanlarda yapılan bir meta-analizde, OLP'li hastaların, coğrafya, klinik OLP tiplerine ve HPV genotipine bağlı olarak değişiklik gösteren sağlıklı kontrollerden önemli ölçüde daha yüksek HPV enfeksiyonu riskine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Çok sayıda vaka raporunda hem LP hem de otoimmün hastalıkları olan hastalar tanımlanmakla birlikte, LP'li hastalarda daha fazla sayıda çalışma yapılması otoimmün hastalık insidansında artış olmadığını göstermiştir.

Özellikle LP ve tiroid hastalıkları üzerinde durulmaktadır. Çalışmaların bir kısmında hashimoto tiroiditi ve hipotiroidinin LP'ta artmış olduğu gösterilmiştir ancak ilişkisiz olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bir meta analizde özellikle oral LP'ta hastaların tiroid hastalıkları açısından değerlendirilmesini önerilmektedir.

Stres, anksiyete ve depresyon OLP'un başlaması ve/veya alevlenmesinden sorumludur. Stres, en sık bildirilen tetikleyicidir. Stresten uzaklaşma ile semptomlarda rahatlama, aktif farmakolojik tedavi ile benzer bulunmuştur. OLP'lu hastalarda serum, tükürük ve idrarda daha yüksek kortizol seviyeleri tespit edilmiştir.

LP patogenezinde yer alan inflamatuvar sitokinlerin, insülin sinyalini, lipid / karbonhidrat metabolizmasını ve ayrıca adipogenezi etkilediği gösterilmiştir. Son yıllarda displipidemi, mellitus, insülin direnci ve kardiyovasküler hastalıklar ile LP ilişkisi çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.

### Kaynaklar:

1. Nogueira PA, Carneiro S, Ramos-e-Silva M. Oral lichen planus: an update on its pathogenesis. Int J Dermatol 2015;54:1005-10.
2. Tiwari SM, Gebauer K, Frydrych AM, Burrows S. Dental patch testing in patients with undifferentiated oral lichen planus. Australas J Dermatol 2018;59:188-93.
3. Baek K, Choi Y. The microbiology of oral lichen planus: Is microbial infection the cause of oral lichen planus? Mol Oral Microbiol 2018;33:22-8.
4. Li D, Li J, Li C, Chen Q, Hua H. The Association of Thyroid Disease and Oral Lichen Planus: A Literature Review and Meta-analysis. Front Endocrinol(Lausanne) 2017;8:310.
5. Cemil BC, Yilmazer D, Atas H, et al. Does the corticotropin-releasing hormone system play a role in the pathogenesis of lichen planus? Postepy Dermatol Alergol 2017;34:322-7.
6. Singla R, Ashwini PK, Jayadev B. Lichen Planus and Metabolic Syndrome: Is There a Relation? Indian Dermatol Online J 2019;10:555-9.

## Vaskülopati veya Vaskülit: Hangisi?

Prof. Dr. Kamer Gündüz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Vaskülit damar duvarlarını etkileyen inflamatuvar bir süreç, vaskülopati ise damar lümenini daraltan veya tamamen tıkanan durumlar olarak tanımlanabilir. Farklı patogeneze gelişen bu iki tablo, klinik ve histolojik olarak benzer özellikler gösterebilir. Tedavileri tamamen farklı olduğu için vaskülit ve vaskülopati arasında ayırıcı tanı yapmak son derece önemlidir.

Küçük damar vaskülitlerinde en sık görülen klinik bulgu palpabl purpuradır, bunun dışında ürtikeryal papüller, püstül, vezikül, bül oluşumu ve targetoid lezyonlar görülür. Orta damar vaskülitlerinde klinikte inflamatuvar retiform purpura, livedo rasemoza, ülserler, subkutan nodüller ve nekroz gelişebilir. Vaskülopatilerde ise klinikte, non-inflamatuvar retiform purpura, akrosiyanoz, livedo retikularis, livedo rasemoza, ülserler ve nekroza rastlanır.

Histopatolojik değerlendirmede, küçük damar vaskülitlerinde tipik olarak lökositoklastik vaskülit bulguları vardır; damar duvarında ve çevresinde nötrofil infiltrasyonu, endotelde ödem ve dejenerasyon, nötrofillerde dejenerasyon (lökositoklazi) ve nükleer kırıntılar, damar duvarında kalınlaşma ve fibrinoid nekroz ve eritrosit ekstrevasyonu görülür. Direkt immunfloresan incelemede immun kompleks vaskülitlerinde C3, IgM, IgA, IgG birikimi varken, ANCA-ilişkili vaskülitler ve poliarteritis nodozada immun birikim gözlenmez. Küçük damar vaskülitlerinde punch biyopsi yeterlidir, ancak daha büyük damar vaskülitlerinde derin dokuyu içeren insizyonel biyopsi gerekir. Vaskülopatilerde histopatolojide okluzyon bulguları vardır, emboli ya da trombüs şeklinde karşımıza çıkar.

## SÖZLÜ BİLDİRİLER

### **SS-01 Hidradenitis suppurativa tanısıyla takip edilen hastalarda hastalık evresi, obezite ve sigaranın inflamatuvar, metabolik ve kardiyovasküler yük üzerindeki etkileri**

Yıldız Hayran<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara

**Amaç:** Hidradenitis suppurativa (HS) hastalarda metabolik ve kardiyovasküler komorbiditelerle birlikte görülen sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Çalışmamızda inflamatuvar, metabolik ve kardiyovasküler parametrelerin HS hastaları ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması ayrıca hastalarda bu değişkenlerin HS'ya ait klinik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Çalışmaya HS tanısıyla takip edilen 100 hasta ve hastalarla yaş ve cinsiyet bakımından benzer 100 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Tüm katılımcıların antropometrik ölçüleri yapılarak kan basınçları (KB) ölçüldü. 8 saatlik açlığı takiben hastalardan alınan kanda açlık kan şekeri (AKŞ), lipid profilleri, sedimentasyon, C-reaktif protein (CRP), yüksek sensitiviteli C-reaktif protein (hsCRP) düzeyleri ölçüldü ve 10 yıllık kardiyovasküler olay riski hesaplandı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastanın %36.8'i kadın ve %63.2'u erkekti. Yaş ortalaması 35.7 ( $\pm$ 13.2) olarak hesaplandı. Vücut kitle indeksi (BMI), bel çevresi, sistolik KB, AKŞ, açlık lipid düzeyleri, sedimentasyon, CRP ve hsCRP düzeyleri HS hastalarında yüksekti (tüm p düzeyleri  $<$ 0.05). Hurley evresi arttıkça CRP ( $r=0.31$ ;  $p<0.001$ ), hsCRP ( $r=0.38$ ;  $p<0.001$ ) ve sedimentasyon ( $r=0.33$ ;  $p<0.001$ ) düzeylerinde artış görüldü. BMI ile sistolik ( $r=0.45$ ;  $p<0.001$ ) ve diastolik KB ( $r=0.25$ ;  $p<0.001$ ), AKŞ ( $r=0.26$ ;  $p<0.001$ ), trigliserit ( $r=0.51$ ;  $p<0.001$ ), kolesterol ( $r=0.29$ ;  $p<0.001$ ), düşük dansiteli lipoprotein ( $r=0.32$ ;  $p<0.001$ ), CRP ( $r=0.55$ ;  $p<0.001$ ), hsCRP ( $r=0.56$ ;  $p<0.001$ ), sedimentasyon ( $r=0.37$ ;  $p<0.001$ ) düzeyleri arasında pozitif korelasyon izlendi. Sigara içen hastalarda sistolik, diastolik KB ve 10 yıllık kardiyovasküler olay riski yüksekken (p'ler sırasıyla 0.019; 0.023 ve 0.001) diğer parametreler benzerdi.

**Sonuç:** HS hastalarında sigaranın bırakılması ve kilo verilmesi gibi yaşam tarzı değişiklikleri inflamatuvar, metabolik ve kardiyovasküler yükün azaltılmasında katkı sağlayabilir.

## SS-02 Liken planopilaris: 54 hastanın demografik, klinik özellikleri ve kozmetik ürün kullanımının değerlendirilmesi

Dilara İlhan<sup>1</sup>, Asude Kara Polat<sup>1</sup>, Vildan Manav Baş<sup>1</sup>, Elif Bal Avcı<sup>1</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>, Mehmet Salih Gürel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, <sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı

**Amaç:** Liken planopilaris (LPP) kıl follikülün otoreaktif lenfositik hasarı ile karakterize olan, nadir görülen skatrisyel alopesi tipidir. Patogenezi tam olarak bilinmemektedir ancak son dönemde LPP'nin alt tiplerinden olan frontal fibrozan alopesinin (FFA) patogenezinde kozmetik ürün kullanımı özellikle güneş koruyucuları sorumlu tutulmaktadır. Benzer klinik ve histopatolojisi olan LPP'de kozmetik ürün kullanımı ile ilişkili olabileceği öne sürülmüş fakat bu konu ile ilgili çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada LPP hastalarının demografik, klinik özellikleri ve kozmetik ürün kullanımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmada 2009-2019 yılları arasında kliniğimizde klinik ve histopatolojik olarak LPP tanısı konularak takip edilen 54 olgu demografik, klinik özellikler, eşlik edebilecek hastalıklar, saçlı deriye uygulanan topikal kozmetik ürün kullanımı ve uygulanan tedaviler açısından retrospektif olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Hastaların %52'si kadın, %48'i erkek olup, yaş ortalamaları 48.8 idi. Hastalık süresi ortalama 6.8 yıl olarak izlendi. Hastalarda %51.9 ile en fazla verteks tutulumu izlenirken, bunu %14.8 ile oksipital tutulum izledi. Hastaların %16.7'sinde çoklu alan tutulurken, %7.4'ünde saçlı deri dışında tutulum gözlemlendi. Hastaların %37.1'inde kaşıntı, %8.5'inde iseyanmasaptandı. Hastalarımızın %7.4'ünde eşlikeden romatoid artrit (RA), Behçet gibi otoimmün hastalık mevcuttu. Hastalarımızın %61.1'inde herhangi bir komorbidite izlenmezken, %5.6'sında kardiyak hastalık, %24.1'inde metabolik hastalık saptandı. Hastalarımızın %34.2'si yüz ve saç için kozmetik ürün kullanmaktaydı. %20.0'si boya/saç spreyi gibi saçta uzun süreli kalan ürünler, %8.5'u ise güneş kremi/yüz kozmetik ürünlerini kullandığını ifade etti.

**Sonuç:** FFA patogenezinde rol oynadığı düşünülen kozmetiklerin LPP patogenezindeki yerinin anlaşılması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

## SS-03 Parapsoriasis hastalarında alerjik kontakt duyarlılık sıklığının saptanması

Mehmet Uzun<sup>1</sup>, Ebru Çelik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Antakya, Hatay

**Amaç:** Parapsoriasis, kütanöz T hücreli lenfoproliferatif bozukluklarla ilişkili bir deri hastalığıdır. Etiyolojisi bilinmemektedir. Lezyonlar başlıca deride giysi altında kalan bölgelerde gelişir. Deri yama testi, birçok deri hastalığında T hücresi ile ilişkili alerjinin tanımlanması için kullanılan bir testtir. Bu çalışmada amacımız, Parapsoriasis hastalarında deri yama testi ile alerjik kontakt duyarlılık sıklığını araştırmak ve etyoloji ya da tetikleyici potansiyeli olabilecek alerjenleri belirlemektir.

**Yöntem:** Çalışmaya kliniğimizde parapsoriasis tanısı alan 35 hasta ile kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet uyumlu 35 sağlıklı birey dahil edildi. Çalışmaya katılan tüm bireylere "Avrupa Standart Yama Testi Serisi ve Tekstil Serisi Yama Testi" uygulandı. 48.saat ve 96.saat sonuçları kaydedildi. Veriler yüzdelik ve istatistiksel olarak değerlendirildi. Bulgular: Çalışmaya alınan parapsoriasis'li hastaların, Avrupa standart yama testi serisi sonucunda 7 hastada en az 1 maddede (%20) pozitif reaksiyon görüldü. Sağlıklı kontrol grubunda ise 35 kişiden sadece 1'inde (%2.9) reaksiyon gözlemlendi. Tekstil serisi yama testi sonucunda ise 35 Parapsoriasis hastasının 3'ünde (%8.6) en az 1 alerjide reaksiyon saptandı. Kontrol grubunda ise herhangi bir reaksiyon izlenmedi.

**Sonuç:** Parapsoriasis'li hastalarında kontrol grubuna kıyasla Avrupa standart yama testi serisi ve Tekstil serisi yama testi maddelerine daha fazla reaksiyon geliştiği belirlendi. Özellikle tekstil boyalarına maruziyete bağlı olarak; giysi ile örtülü bölgelerde, kontakt duyarlılık ile ilişkili lezyon gelişim riskinin fazla olabileceğini düşündürmektedir. Parapsoriasis'li hastaların açık renkli, tercihen reaktif boya ile boyanmış, doğal elyaf içeren; yün, pamuk veya keten gibi giysileri tercih etmeleri ve bunun yanında kemer gibi lastik içeren ürünler, kişisel temizlik ürünleri, kozmetik ürün kullanımında olası kontakt duyarlanma açısından daha dikkatli olmaları gerekliliği sonucuna vardık.

## SS-04 Kronik spontan ürtikerli hastalarda omalizumab tedavisinin BECK depresyon skoruna etkisi ve eşlik eden depresyonun tedavi cevabına etkisi

Emek Kocatürk<sup>1</sup>, Pırıl Etikan<sup>2</sup>, Ece Nur Değirmentepe<sup>3</sup>, Pelin Kuteyla Can<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Koç Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, <sup>2</sup>Akçiçek Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Girne, Kıbrıs, <sup>3</sup>Akçaabat Haçkâli Baba Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Trabzon, <sup>4</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Kronik spontan ürtiker (KSÜ)'in anksiyete, depresyon ve somatoform bozukluklar ile ilişkisi bildirilmiş olup, omalizumab tedavisi alan hastaların tedavi öncesi ve sonrası Beck depresyon skorlarındaki değişimi saptamayı ve depresyon varlığının tedavi yanıtlarına etkisini belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Ürtiker Mükemmeliyet ve Referans Merkezinde (UCARE) en az (üç) kez (4 haftada bir) omalizumab enjeksiyonu almış 49 KSÜ hastası çalışmaya dahil edildi. Omalizumab tedavi öncesi ve üçüncü enjeksiyon sonrası Ürtiker aktivite skoru (ÜAS), Kronik ürtiker yaşam kalite anketi (KÜYKA), BECK-D depresyon ölçeği ve Ürtiker kontrol testi (ÜKT) not edildi. Beck depresyon skoru ve diğer ölçeklerin değerleri tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırıldı.

**Bulgular:** BECK depresyon skoruna göre tedavi başlangıcında 49 hastadan 20'sinde depresyon vardı. Depresyon olan ve olmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet, hastalık süresi, anjiyoödem, Otolog serum testi ve ÜAS skorları açısından fark yoktu ( $p>0.05$ ). Ancak depresyonu olan hastalarda bazal ve 3. ay ortalama ÜKT değeri, depresyonu olmayan hastalara göre anlamlı olarak düşük bulundu ( $p=0.04$ ,  $p=0.006$ ). Depresyonu olan hastaların ortalama KÜYKA skoru tedavi başlangıcında anlamlı olarak daha yüksek saptandı ( $p=0.001$ ). Omalizumab tedavisi ile ortalama ÜAS7, KÜYKA, BECK-D skorlarında anlamlı düşüş saptanırken, ÜKT skorunda anlamlı artış saptandı ( $p<0.001$ ). Omalizumab-yanıtsız hastaların bazal ortalama BECK-D skorları yanıtı olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksekti (20'e karşı 12,  $p = 0.024$ ). BECK-D skorları, 39 hastada (% 79.6) bazal seviyeden anlamlı bir şekilde azaldı ve sadece 6 hasta tedaviden sonra depresyon olarak değerlendirildi. Bu 6 hastadan sadece biri omalizumab tedavisine yanıtlıydı.

**Sonuç:** Omalizumab sadece ürtikeri değil aynı zamanda hastaların psikolojik komorbiditesini de rahatlatır. Komorbiditeler tedaviyi olumsuz etkileyebileğinden eşlik eden psikiyatrik hastalıklar dikkate alınmalıdır.

## SS-05 Kronik viral hepatitli hastaların tırnak yatağı kapillarskopik yapısının değerlendirilmesi

Günseli Şefika Pancar<sup>1</sup>, Teoman Kaynar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Samsun, <sup>2</sup>Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Samsun

**Giriş:** Tırnak yatağı kapillarskopisi basit, güvenilir, ve non invaziv bir tekniktir. Aynı zamanda bize mikrosirkülasyon hakkında bilgi verebilmektedir. Vaskülitik komponenti olan hastalıklar tırnak yatağındaki kapillerlerde değişikliklere neden olabilmektedir. Kronik viral hepatitler de bu grup hastalıkların arasında yer almaktadır. Hepatit C (HCV) ve Hepatit B (HBV) hastalarında tırnak yatağı kapiller yapının incelenmesine ait literatürde herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

**Metod:** 147 hasta ve 145 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. 54 hasta kronik HBV, 36 hasta kronik HCV, 57 HBV taşıyıcı hastadan oluşmaktadır. Tırnak yatağı kapillarskopisi dijital dermatoskop (Molemax II) yardımıyla görüntüleri alınmış ve kapiller dansite artışı, kapiller loop formasyonu, avasküler alan, kapiller tortuosite, splinter hemoraji ve dallanan damar varlığı açısından değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Kapiller morfolojiye ait tüm parametrelerde HBV ve HCV hastalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler saptandı. Kontrol grubunun hiçbirinde kapiller yatak değişikliklerine rastlanmadı. Hepatit B hastaları da kendi içinde hepatit B taşıyıcı ve Kronik Hepatit B olarak ayrıldığında her iki grupta da kontrol grubuna göre kapillarskopik bulgular açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tesbit edildi. Avasküler alan hem HBV hem HCV grubunda en sık rastlanılan bulgu olarak kaydedildi. Her iki hastalık grubunda kapiller dilatasyon, kapiller tortuosite ve kapiller genişleme başlıca tırnak yatağı kapiller değişiklikleri olarak saptandı.

**Sonuç:** Tırnak kıvrımı kapiller yatak bulguları kronik viral hepatit hastalarında bir extra hepatik dermatolojik tutulum olabilir. Bu konuda detaylı bilgi bulunmamakla beraber bu bulgu ile vasküler endotelial hasarın varlığının tesbitine dair ışık tutabilir mi sorusu belirlemektedir. Fakat hastaların karaciğer histopatolojik bulguları eşliğinde tırnak dibi kapiller yatağın karşılaştırıldığı daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## SS-06 Non Melanoma Deri Kanserlerinde Cerrahi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Hilayda Karakök Güngör<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ordu Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ordu, Türkiye

**Amaç:** Ocak 2017 ile Eylül 2019 tarihleri arasında Ordu Devlet Hastanesi'nde, nonmelanoma deri kanserlerinde (NMDK) nedeni ile Cildiye-1 kliniğinde tedavi uygulanan hastaların cerrahi başarılarının analiz edilmesini amaçlandı.

**Yöntem:** Ocak 2017 ile Eylül 2019 tarihleri arasında Ordu Devlet Hastanesi'nde NMDK nedeni ile tanı alan ve cerrahi tedavi uygulanan hastalar SPSS 20.0 programı ile retrospektif analiz edildi.

**Bulgular:** Toplam 145 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 67.8 (± 12.11 SD) idi. Tümörlerden 117'si bazal hücreli karsinoma (BHK) 13'ü keratoakantoma (KA), 9'u mikroinvazif yassı hücreli karsinoma (MYHK), 6'sı iyi diferansiye yassı hücreli karsinoma (İYHK) idi. Tümörlerin 94 adedi yüz bölgesine yerleşmişken, 18'i kulak, 12'si boyun, 16'sı ön kol ve 5'i el sırtında lokalizeydi. Cerrahi sınırlar dermatoskop ile belirlenmişti. Altı mm'den küçük BHK'lara 3mm sınırla eksizyonel biyopsi uygulanmışken, İnsizyonel biyopsinin ardından 6mm'den büyük BHK'lar 5mm ile, YHK ve KA'lar 10mm olarak sağlam sınır ile eksize edilmişti. Tümörlerin 84 adedi primer sütür, 28'i greft, 19'u flep, 11'i kulak kepçesinde kama rezeksiyon ile ve 3 hasta yavaş mikroskopik kontrollü cerrahi (YMKC) ile tedavi edilmişti. Cerrahi sonrası hastaların 5'inde selülit komplikasyonu izlenmiş ve antibiyoterapi ile başarılı bir şekilde tedavi edilmişti. Bir hastada flep uygulaması sonrası kısmi nekroz gözlenmiş, nekroz kendiliğinden izlem süresince rezorbe olmuştu. Hastalar ortalama 13.2 (± 10.98 SD) ay izlenmişti. İzlemede hastaların 1'inde, 6. ayda nüks gelişti.

**Sonuç:** Cerrahi tedavi NMDK tedavisinde en çok tercih edilen yöntemdir. Bu çalışmada farklı tekniklerle NMDK'nin başarıyla tedavi edildiği gözlemiştir. Dermatologların, NMDK'li hastaların cerrahi tedavisinde aktif rol oynaması desteklenmelidir.

## SS-07 Fındık işçilerinde gözlenen şiddetli böcek ısırığı reaksiyonlarının prospektif incelenmesi

İşıl Deniz Oğuz<sup>1</sup>, Sevgi Kulaklı<sup>1</sup>, Burak Akşan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Giresun

**Giriş:** Isırık, hayvanın ağız kısmının oluşturduğu lezyondur. Böceğin türüne göre ısırık izleri, papüler ürtiker, selülit benzeri lezyonlar, nodüller, büller, nekrotik ülser, yaygın ürtiker, anaflaksi gibi; geniş bir klinik spektrumda karşımıza çıkmaktadırlar. Fındık, ülkemizin en önemli tarım ürünlerinden biridir. Türkiye’de fındık bahçelerinde yaklaşık olarak 150 böcek türü tespit edilmiştir. Fındık bahçesine giren işçi bu böceklerle temas edip bunlara bağlı yukarıda saydığımız deri reaksiyonları ile karşımıza gelebilmektedir. Çalışmamızda fındık bahçesine girenlerde gözlenen şiddetli böcek ısırığı reaksiyonlarının klinik özelliklerini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamıza fındık bahçesinde çalıştıktan sonra böcek ısırığı reaksiyonu ile polikliniğimize başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar alındı. Hastalarının yaş, cinsiyet, ek hastalık, lezyonların yerleşim yeri, klinik özellikleri, sayısı, ne kadar süredir olduğu, nerede başladığı, hastaların kan grubu ve verdiğimiz tedaviler kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 127 hasta (45 erkek, 82 kadın) alındı. Yaş ortalaması 42.5’i (9 ay- 74 yıl). Lezyonlar en sık kalça (%88.2), bacak (%78.7) ve sırt-bel bölgesinde (%72.4) gözlemlendi. Hastaların %85’inde violese ortasında ısırık izi olan papüller görülürken, %10.2’sinde papüler ürtiker, %4.7 sinde ise ortası basmakla solmayan ve ısırık izi görülen purpurik papüller gözlemlendi. %59 hastada 0-50 arası lezyon varken, %28.4 hastada 50-100 arası, %12.6 hastada ise 100 üzerinde lezyon vardı. Hastaların %97.6’sında şiddetli kaşıntı mevcuttu.

**Sonuç:** Böcek ısırığı reaksiyonu yöremizde fındık işçilerinde görülen önemli bir sağlık sorunudur. Her yıl fındık sezonunda gördüğümüz bu hastalık ile ilgili günümüze kadar yayınlanmış bir çalışma yoktur. Hastalığı tanımlayıp literatüre katmanın ve daha geniş kapsamlı ve kontrollü saha çalışmalarına ön ayak olmanın, etkenini bulmada ve etkenle mücadelede önemli bir adım olacağına inanıyoruz.

## SS-08 Pemfigus hastalarında Rituksimab tedavisi sonuçlarının değerlendirilmesi

Arzu Ferhatosmanoğlu<sup>1</sup>, Leyla Baykal Selçuk<sup>1</sup>, Deniz Aksu Arıca<sup>1</sup>, Savaş Yaylı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim dalı, Trabzon

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı kliniğimizde rituksimab ile tedavi edilen Pemfigus hastalarının klinik özelliklerini ve tedavi yanıtlarını ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Bölümümüzde Haziran 2015- Eylül 2019 tarihleri arasında rituksimab infüzyonu ile tedavi edilen 16 pemfigus hastasının kayıtları incelendi, çalışma retrospektif desende planlandı.

**Bulgular:** 16 Pemfigus hastasından 14’ü Pemfigus Vulgaris (PV), biri Paraneoplastik Pemfigus ve biri Pemfigus Foliaseus tanısı almıştı. 14 PV hastasından 12’si mukokutanöz pemfigus, 2’si ise mukozal pemfigustu. 16 hastadan 7’si erkek, 9’u kadındı. Hastaların ortalama yaşı: 54.4 (29-79), ortalama hastalık süresi: 63.2 ay (4-163), tanı anındaki ortalama yaş: 49.2 (23-74) idi. Son rituximab infüzyonundan sonraki takip süremiz, 2 ile 46 ay arasında değişmekteydi (ortalama: 25.7 ay). Değerlendirmemize göre, takibimizde olan 15 hastadan 7 tanesinde ilaçsız tam remisyon sağlanmış ve devam etmekteydi. 6 hastada ise ilaç altında tam remisyon saptandı. Tam remisyon oranı %86 idi. 10 hastamız relaps yaşadı, relaps oranı %66 idi. 1 hasta takipten çıktı. İnfüzyon sırasında hafif şiddetli anaflaksi iki hastada tanımlandı. Bir hastada ise infüzyon ardındaki döneme denk düşen pnömoni saptandı.

**Sonuç:** Hasta sayısı sınırlı olan deneyimimiz Rituksimab tedavisinin, özellikle dirençli hastalarda remisyon sağlamaya önemli katkısını işaret etmektedir. Güvenlik açısından da önemli yan etkilerin saptanmadığı gözlenmektedir.



## SS-09 Behçet hastalığında nörolojik tutulum

Merve Boz<sup>1</sup>, Sibel Gazioglu<sup>1</sup>, Deniz Aksu Arıca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Trabzon, <sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Trabzon

**Giriş:** Behçet hastalığı (BH), multisistemik tutulum yapabilen inflamatuvar bir hastalıktır. Nörolojik tutulum nadirdir, ancak morbiditenin ciddi sebeplerindedir. Nörobeçette santral sinir sistemi, periferik sinir sistemi kas tutulumu olabilir.

**Metod:** Bu çalışmada 2011 ve 2017 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Nöroloji Bölümü'nde takip edilen 21 nörobeçet hastasının klinik ve demografik özelliklerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Sonuçlar:** NBH olarak takip edilen 21 hastanın 12'si (%57'si) kadın, 9'u (%43'ü) erkekti. Yaş ortalamaları 39±12 idi. Hastaların 4'ü yeni tanı BH, 17'si takipli BH idi. Hastaların tamamında oral aft öyküsü mevcuttu. Paterji testi hastaların 10'unda (%47.61) pozitif, 5'inde (%23.85) negatif, 6'sında (%28.57) bilinmiyordu. Hastaların 9 'unda (%42.85) eritema nodozum öyküsü mevcuttu. 3 hasta (%14.28) çift görme, 3 hasta (%14.28) lateralize kuvvet kaybı ve konuşma bozukluğu, 2 hasta (%9.52) fasiyal paralizi, 5 hasta (%23.80) yürümede dengesizlik ve baş dönmesi klinikleri ile başvurdu. Hastaların 7'sinde (%33.3) nörolojik semptomlara eşlik eden baş ağrısı mevcuttu. 3 hastada (%14.28) menenjit/ensefalit, 1 hastada (%4.76) dural ven trombozu mevcuttu. 3 hastada (%14.28) periferik sinir sistemi tutulumu saptandı. Magnetik rezonans görüntüleme hastaların 6'sında (%28.57) sadece beyin sapı tutulumu, 5'inde (%23.80) hemisferik tutulum, 5'inde(%23.80) hem beyin sapı hem hemisferik tutulum, 1 'inde (%4.76) meningeal tutulum, 1'inde(%4.76) dural sinüs tutulumu mevcuttu. 3 hastada(%14.28)nörolojik semptomlar mevcuttu ancak beyin görüntülemesi normaldi.

**Tartışma:** BH olarak takip edilen hastalar sistemik tutulum bulgularının yanı sıra mutlaka nörolojik semptom ve bulgular açısından da sorgulanmalı ve takip edilmelidir. Ayrıca nörolojik tutulum BH'nın ilk bulgusu olabileceğinden nöroloji pratiğinde menenjit, ensefalit, serebral ven trombozu, inme ve diğer nörolojik tablolarla başvuran, özellikle genç erişkin, aile öyküsü, cilt lezyonları, göz hastalığı öyküsü olan hastalarda da altta yatan olası BH gözden kaçırılmamalıdır.

## SS-10 Pemfigus vulgarisli hastalarda total antioksidan, oksidan ve paraksonaz düzeylerinin değerlendirilmesi

Özlem Su Küçük<sup>1</sup>, Didem Dizman<sup>1</sup>, Anıl Gülsel Bahalı<sup>1</sup>, Ömer Faruk Özer<sup>2</sup>, Nahide Onsun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul, <sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Biokimya Anabilim Dalı, İstanbul

Pemfigus vulgaris (PV), deri ve mukozada intraepitelyal büllerle karakterize kronik otoimmün büllü bir hastalıklardır. Günümüzdeki ilerlemelere rağmen hala önemli morbidite, mortalite ve psikososyal bozukluk nedeni olan bir hastalıktır. Oksidatif stresin etyolojide önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda total oksidan status (TOS), total antioksidan status (TAS), oksidatif stres indeksi(OSİ), serum paraksonaz (PON), arilesteraz, katalaz, miyeloperoksidaz (MPO)ve tiyol düzeylerini ölçerek oksidatif stresin pemfigus vulgaris üzerine etkisini araştırmayı amaçladık. TAS, TOS, OSI, PON, arilesteraz, katalaz, miyeloperoksidaz (MPO) ve tiyol düzeyleri hasta ve kontrol grubunda ölçüldü. Sonuçlar SPSS 20.0 programı ile analiz edildi. Çalışmaya 22 (13 kadın, 9 erkek) pemfigus vulgaris hastası ile 32 (18 kadın, 14 erkek)sağlıklı kontrol alındı. Ortalama yaş pemfigus vulgarisli hasta grubunda 53.86 iken sağlıklı kontrollerde 41.20 idi. TAS, TOS, OSI, PON, arilesteraz katalaz, miyeloperoksidaz (MPO) ve tiyol düzeyleri hasta ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında TAS, TOS, OSI, arilesteraz, katalaz, miyeloperoksidaz (MPO)ve tiyol düzeyleri hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0.001; p<0.001; p<0.001; p=0.001; p<0.001; p=0.004; p<0.001). Serum paraksonaz (PON) düzeyleri arasında ise hasta ve kontrol grubunda anlamlı fark saptanmadı. Biz bu sonuçlarla oksidatif stresin pemfiguslu hastalarda artmış olduğunu antioksidan statusun da oksidan statustaki artışa sekonder olarak arttığını düşünüyoruz. Çalışmamızın küçük bir hasta grubuyla ve tek ölçümle yapılmış olması limitasyonları arasında olup bu konuda büyük hasta sayısı ile yapılacak çalışmaların hem etyolojiyi aydınlatmada hem de tedavi aşamasında önemli olacağı kanısındayız.

## SS-11 Psoriasis hastalarında kardiyometabolik fonksiyonun serum adropin düzeyleri ile değerlendirilmesi

Sevda Onder<sup>1</sup>, Tülin Bayrak<sup>2</sup>, Yasemin Kaya<sup>3</sup>, Büşra Yıldız<sup>2</sup>, Soner Çankaya<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu, <sup>2</sup>Ordu Üniversitesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Ordu, <sup>3</sup>Ordu Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu, <sup>4</sup>Ordu Üniversitesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ana Bilim Dalı, Ordu

**Amaç:** Bu çalışmamızda psoriasis hastalarında kardiyometabolik fonksiyonu serum adropin düzeyleri ile beraber değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışma prospektif olarak planlandı. Herhangi bir sistemik hastalığı ve ilaç kullanımı öyküsü olmayan psoriasis hastaları ile sağlıklı kontrol grubunda serum adropin seviyeleri, sedimentasyon, Homa-IR, insülin değerleri, kolesterol düzeyleri, sistolik ve diastolik basınç, vücut kitle indeksi ölçümleri yapıldı, sigara, alkol kullanımı not edildi. Hasta grubunda aile öyküsü, hastalığın süresi ve psoriasis aktivite şiddet indeksi (PASI) gibi veriler not edildi. Serum adropin düzeyleri numuneler tamamlandıktan sonra çalışıldı.

**Bulgular:** Her iki grup karşılaştırıldığında insülin düzeyi ve Homa-IR düzeyi, sistolik ve diastolik basınç hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Serum adropin düzeyi hasta grubunda daha düşüktü ancak bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Hasta grubunda kardiyak riskin belirleyicilerinden olan Hdl- kol düzeyi anlamlı olarak daha düşüktü. Sigara kullanan grupta kullanmayan gruba oranla sedimentasyon yüksekliği dışında anlamlı bir fark bulunmadı. Bütün katılımcılarda adropin ile HOMA-IR değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmadı. Adropin-PASİ arasında negatif yönde istatistiksel olarak oldukça anlamlı güçlü bir ilişki saptandı. Ancak adropin ile vücut kitle indeksi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmadı.

**Sonuç:** Adropin insülin direnci ve enerji homeostazında rol oynayan yakın zamanda tanımlanmış bir proteindir. Ayrıca adropinin endotelial fonksiyon üzerine de doğrudan etkileri olabileceği düşünülmektedir. Yapılmış bazı çalışmalarda kardiyovasküler hastalıklarda adropin seviyelerinin düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza benzer bir çalışmada psoriasis hastalarında metabolik sendromu olanlarda metabolik sendromu bulunmayanlara oranla adropin seviyelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda adropin ile kardiyometabolik değişkenler arasında anlamlı ilişki yoktu ancak PASI ile anlamlı negatif bir ilişki vardı. Elde ettiğimiz mevcut bulgularla adropinin psoriasisdeki inflamasyonun şiddetinde rol oynayabileceğini düşünmekteyiz.

## SS-12 Omalizumab kronik spontan ürtiker hastalarında immünoinflamatuvar yanıtı nasıl etkiliyor?

Sevda Onder<sup>1</sup>, Murat Öztürk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ordu, <sup>2</sup>Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Van

**Amaç:** Bu çalışmada, kronik spontan ürtiker (KSÜ) hastalarında, omalizumabın hematolojik ve inflamatuvar parametreler üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Haziran 2016 ile Ocak 2019 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, omalizumab tedavisi alan 75 KSÜ hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Diyabet, hiperlipidemi, romatoid artrit, psöriazis, infeksiyöz hastalıklar, koroner arter hastalığı, malignite, obezite gibi hastalıklara sahip hastalar ve sigara içenler çalışmaya dahil edilmedi. Lenfosit/monosit oranı (lmo), nötrofil/monosit oranı (nmo), nötrofil/lenfosit oranı (nlo) ile platelet/lenfosit oranı (plo) incelenerek omalizumab tedavisinin bu parametreler üzerindeki etkileri değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışma sonunda nötrofil sayısında ve nötrofil/lenfosit oranında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı ( $p < 0.001$ ), plo, lmo ve nmo değerlerinde azalma vardı ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p > 0.05$ ). Mpv değeri istatistiksel olarak anlamlı derecede artış gösterdi ( $p < 0.001$ ). Lenfosit, monosit, eosinofil, basofil ve platelet sayılarında istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler yoktu.

**Sonuç:** Kronik ürtiker patogenezi karmaşıktır ve tam olarak açıklığa kavuşturulmamıştır. Otoimmünite, inflamasyon ve pıhtılaşma gibi çeşitli mekanizmaların patogeneizde rol oynadığı düşünülmektedir. Omalizumab etki mekanizması tam olarak aydınlatılmamış olmasına rağmen bir çok farklı etki göstererek kronik

ürtiker hastalarında tedaviyi sağlayan bir ajandır. Son yıllarda nlo, plo, mpv, lmo ve nmo'nun sistemik inflamasyonun önemli göstergeleri olduğu gösterilmiştir. Literatürde KSÜ'li hastalarda, omalizumabın bu inflamatuvar parametreler üzerindeki etkilerini inceleyen çalışma sayısı çok azdır ve sonuçlar çelişkilidir. Çalışmamızda nlo değerinin ve nötrofillerin anlamlı azalma göstermesi bizlere kronik spontan ürtiker hastalığının inflamatuvar bir hastalık olduğunu ve omalizumabın sadece anti-IgE etki ile değil aynı zamanda antiinflamatuvar etki de göstererek klinik iyileşmeye katkı sağladığını göstermektedir. Sonuç olarak nötrofil/lenfosit oranının omalizumab tedavisi alan KSÜ hastaları için tedavi göstergesinin bir biomarkerı olabileceğini düşünmekteyiz.

## SS-13 Kronik ürtikerli hastalarda fibromiyalji sendromu sıklığı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Sevgi Kulaklı<sup>1</sup>, İlker Fatih Sarı<sup>2</sup>, Işıl Deniz Oğuz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Giresun, <sup>2</sup>Giresun Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Giresun

**Amaç:** Hem kronik ürtiker hem de fibromiyalji sendromunda (FMS) altta yatan otoimmünite, periferik sinir disfonksiyonu ve nörojenik inflamasyonun ortak mekanizma olarak rol aldığı ve bu iki hastalığın ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada kronik ürtikerli hastalarda FMS sıklığının belirlenmesi, bu sıklığın ürtikerin şiddeti ve hastanın yaşam kalitesi ile olan ilişkisinin araştırılması planlanmıştır.

**Yöntem:** Prospektif, kontrollü, kesitsel olarak planlanan çalışmaya 40 kronik ürtikerli hasta ile kronik ürtikeri olmayan 34 kontrol dahil edildi. FMS tanısı için yaygın ağrı indeksi (YAI) ve semptom şiddet skalalarını (SŞS) içeren 2016 revize fibromiyalji tanı kriterlerinin kullanıldığı çalışmada hastaların demografik verileri, fibromiyalji etki anketi (FEA) skorları ile kronik ürtikerli hastaların ürtiker aktivite skorları (ÜAS) ve dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DYKİ) skorları kayıt altına alındı.

**Bulgular:** Çalışmada kronik ürtikerli hastalarda FMS görülme sıklığı (%27.5), kontrol grubuna (%5.9) göre anlamlı derecede yüksek saptandı (p=0,033). FEA ve YAI skorları kronik ürtikeri olan grupta kontrol grubuna göre daha yüksek olarak bulundu (p=0.006 ve p=0.047). FMS olan ile olmayan kronik ürtikerli hastaların ürtiker süreleri ve ÜAS'ları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken (p>0.05), DYKİ skorları FMS olan grupta (10.36±4.37), olmayan gruba (7.10±4.53) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.047). DYKİ ile FEA, YAI ve SŞS arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde orta kuvvetli korelasyon saptandı (r=0.405, 0.416, 0.456).

**Sonuç:** Bu çalışmada kronik ürtikerde FMS sıklığının ve fibromiyaljiden etkilenim oranının arttığı ancak bu sıklığın ürtikerin süresi ve şiddetinden etkilenmediği, buna karşın hastanın yaşam kalitesinin düşmesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

## SS-14 Omalizumab kullanan kronik ürtikerli hastalarda plazma Matriks metalloproteinaz-9 düzeyinin değerlendirilmesi

Tuğba Falay Gür<sup>1</sup>, Sevil Savaş Erdoğan<sup>1</sup>, Fatih Özçelik<sup>2</sup>, Mehmet Salih Gürel<sup>3</sup>, Bilal Doğan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, <sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul, <sup>3</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Matriks metalloproteinaz 9 (MMP-9) inflamasyon, doku remodelling ve onarımına katkıda bulunan bir enzimdir. Kronik ürtikerde MMP-9'un plazma seviyesinin arttığı ve hastalık şiddetiyle korelasyonu birkaç çalışmada gösterilmiş ve MMP-9'un yeni tedavilerin etkilerini değerlendirmek için kullanılabilirliği öne sürülmüştür. Amaç, MMP-9'un plazmada kronik ürtiker tedavisi ile birlikte değişimini ve tedavinin etkinliğini göstermedeki rolünü ve CRP ile korelasyonunu araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya kronik ürtiker tanısıyla takip edilen ve omalizumab planlanan 41 hasta dahil edildi. Tedavi başlanmadan önce ve 3. ay sonunda hastaların günlük ürtiker aktivite skorları (ÜAS7) hesaplandı. Aynı zamanda

tedavi öncesi ve 3. ay sonunda alınan venöz kanlardan elde edilen serumlardan MMP-9 ve CRP düzeylerine bakıldı.

**Bulgular:** Hastaların tedavi öncesi ÜAS7 ile MMP-9 ve CRP düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Omalizumab tedavisi öncesi ÜAS7 değerleri  $28 \pm 7$ , 3. ayın sonunda ise  $5 \pm 6$  olarak saptandı ( $p < 0.0001$ ). Tedavi sonrası MMP-9 düzeylerinin ( $1818 \pm 297$  pg/ml), tedavi öncesine kıyasla ( $1617 \pm 380$ ) yüksek olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ). Hastaların tedavi sonrası CRP düzeyleri ( $2.41 \pm 2.17$  ng/ml), tedavi öncesine ( $8.20 \pm 19.70$ ) kıyasla daha düşüktü ( $p < 0.05$ ). MMP-9 düzeyleri ÜAS7 ile ters orantılı, zayıf derecede korelasyon gösterirken (Spearman  $r = -0.2669$   $p = 0.0153$ ), MMP-9 ve CRP düzeyleri arasında önemli bir korelasyon saptanmadı (Spearman  $r = 0.0426$   $p = 0.7037$ ).

**Sonuç:** MMP-9 inflamasyonda dual etkili bir markerdir. Kronik ürtikerli hastalarda yükselmekle birlikte mekanizması tam olarak bilinmemektedir. İnflamasyonda rol alırken aynı zamanda anti-inflamatuvar bir mediatör olarak da fonksiyon görebilir. Bu yüzden MMP-9 hastalık aktivite parametresi olarak veya yeni tedavilerin etkinliğini değerlendirmede kullanılamaz.

## SS-15 Kutanöz leishmaniasisin nadir klinik görünümleri

İsa An<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa

**Amaç:** Kutanöz leishmaniasis (KL), deride uzun süren nodülo-ülseratif lezyonlarla seyredip atrofik sikatrile iyileşen bir cilt hastalığıdır. KL genel olarak akut ve kronik form olarak ikiye ayrılır. Kronik form ise lupoid KL ve rezidivan KL olarak ikiye ayrılır. KL klinik görünümüyle bir çok enfeksiyöz ve enflamatuvar hastalığı taklit edebilmektedir ve büyük taklitçi hastalık olarak bilinmektedir. Bu çalışmadaki amacımız kliniğimizde tanı konulan nadir görülen KL formlarını sunmaktır.

**Yöntem:** Bu prospektif çalışmamıza, Şanlıurfa eğitim ve araştırma hastanesi deri ve zührevi hastalıkları kliniğine Temmuz 2018- Eylül 2019 tarihleri arasında başvuran, mikroskopik incelemeyle KL tanısı konulan ve atipik klinik görünümleri olan 27 hasta dahil edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 27 hastanın 15'si (%55.5) erkek, 12'si (%44.5) kadındı. Hastaların ortalama yaşı  $25.8 \pm 7.62$  yıl idi. 7(%25.9) hastada lupoid, 5(%18.6) hastada ekzematöz, 4(%14.8) hastada mukozal, 3(%11.1) hastada erizipeloid, 2(%7.4) hastada göz kapağı tutulumu, 2(%7.4) hastada sporotrikoid, 2(%7.4) hastada verrüköz, 1(%3.7) hastada psöriaziform ve 1(%3.7) hastada paronişyal lezyonlar saptandı.

**Sonuç:** Sonuç olarak KL' nin çok farklı klinik görünümde olabileceği akılda tutulmalı ve ekzema, psöriazis, erizipel, sporotrikozis, paronişi ve verrüköz lezyonların ayırıcı tanısında düşünülmalıdır.

## POSTER BİLDİRİLER

### PS-01 Vinorelbin ilişkili Serpentin Supravenöz Hiperpigmentasyon

Arzu Ferhatosmanoğlu<sup>1</sup>, Savaş Yaylı<sup>1</sup>, Deniz Aksu Arıca<sup>1</sup>, Sevgi Bahadır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Serpentin supravenöz hiperpigmentasyon (SSVH) çoğunlukla kemoterapötik ajanların periferik intravenöz enjeksiyonu sonrasında gelişen oldukça nadir vaskülo-kutanöz bir erüpsiyondur. 5-fluorourasil, dosetaksel, vinorelbin, hidrosiklorokin, fotemustin en sık neden olan ilaçlardır. Bu sunumda bir vinka alkaloidi olan vinorelbine bağlı SSVH olgusu bildirilmektedir.

66 yaş erkek hasta akciğer skuamöz hücreli karsinom tanısıyla kemoterapi verilmek üzere göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Hastaya sisplatin ve vinorelbin kemoterapisi başlandı. Vinorelbin intravenöz infüzyonundan sonra hastanın kolunda belirgin eritem gelişmeden, damar trasesine uygun kahverengi renk değişikliği gözlenmesi üzerine tarafımıza konsülte edildi. Dermatolojik muayenede sağ kolda ödem, eritem, ağrı yoktu, periferik nabızlar palpabldı, sağ antekübital bölgede yüzeysel venöz traseye uygun yerleşimde hiperpigmentasyon göz-

lendi (Resim 1). Ön planda cisplatin ve vinorelbine sekonder serpentin supravenöz hiperpigmentasyon olarak değerlendirildi. Hastanın kemoterapi protokolü cilt bulguları ve nörotoksisite nedeni ile göğüs hastalıkları tarafından cisplatin+gemsitabin olarak değiştirildi; sonraki kürlerde benzer reaksiyon izlenmedi. Mevcut hiperpigmentasyonda 3. haftada gerileme görüldü (Resim 2).

SSVH sitotoksik ajanın ekstremitelerine bağlı endotel hasarı sonucu epidermal bazal hiperpigmentasyon ve dermal melanin inkontinansından kaynaklandığı düşünülen kutanöz bir yan etkidir. Bu komplikasyon kendi kendini sınırlayıcı özelliktedir. Literatüre göre aynı ajan farklı ekstremitelerden verildiğinde de tekrarlama gözlemlenmektedir; mümkünse bu kemoterapötik ilaçların periferik infüzyonundan kaçınılması önerilmektedir.

Başta kemoterapi ajanları olmak üzere ilaçlara ilişkin bu özgün tablo, anamnez ve klinik özellikleri ile atlanmalıdır.

## PS-02 Reaktif perforan kollajenoz olgusu

Burcu Aydemir<sup>1</sup>, Leyla Baykal Selçuk<sup>1</sup>, Şafak Ersöz<sup>2</sup>, Savaş Yaylı<sup>1</sup>, Sevgi Bahadır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Trabzon, <sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Trabzon

**Giriş:** Reaktif perforan kollajenoz (RPK); perforan dermatoz grubu bir hastalıktır. Edinsel formu diabetes mellitus(DM) ve renal yetmezlik ile birliktelik gösterebilir. Burada Tip 2 DM ile birliktelik gösteren bir RPK olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** Elli üç yaşında erkek hasta, kollarda, bacaklarda ve ensede kaşıntı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde, şikayetlerinin bir yıl önce başladığı, dış merkezde alınan biyopsinin kontakt dermatit ile uyumlu geldiği, topikal tedaviler kullandığı öğrenildi. Özgeçmişinde; tip 2 diabetes mellitusu ve hipertansiyonu mevcuttu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde; üst ve alt ekstremitelerde ekstensör yüzlerde baskın olmakla birlikte karında, sırtta, 0.5-2 cm boyutlarında, kahve-sarı krutlu makülopapüller lezyonları mevcuttu(-Resim 1). Laboratuvar inceleme; Total IgE:238 olması dışında normaldi. Bacaktaki lezyondan alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde; epidermiste geniş bir alanda yüzeyi krutlu ülserasyon, trikrom reaksiyonu ile kollajenin krutlu alana ilerlemesi, üst dermiste ülser alanının hizasında polimorfonükleer lökositlerin katıldığı mikst inflamasyon görüldü. Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde reaktif perforan kollajenoz tanısı konuldu. Sistemik antihistaminik ve topikal betametazon tedavisi başlandı.

**Tartışma:** RPK, kollajenin transepidermal eliminasyonu ile karakterize perforan bir dermatozdur. Edinsel formu başta DM ve renal yetmezlik olmak üzere, hipotiroidizm, hipertiroidizm, Hodgkin hastalığı, karaciğer hastalığı, nörodermatit, İgA nefropatisi ve bazı malignansilerle birliktelik gösterebilir. Genellikle ekstremitelerde ekstensör yüzlerde ve gövdede, kaşıntılı, birden fazla sayıda, hiperkeratotik tıkaç içeren papül, nodüller şeklindedir. Histoloji lezyonun evresine bağlı olarak değişkendir. Erken lezyonlarda, epidermal hiperplazi, dejenere olmuş bazofilik kollajen lifler görülürken ve geç lezyonlarda, epidermise yayılan keratin tıkaçı görülmektedir. Tedavide birinci basamakta sistemik veya topikal kortikosteroidler, retinoidler ve keratolitik ajanlar verilebilir. RPK, özellikle DM ve renal yetmezliğin eşlik ettiği, kaşıntısı olan hastalarda akılda tutulması gereken bir durumdur.

## PS-03 Akne rozase hastalarında demodex sp. sıklığının normal popülasyonla karşılaştırılması

Burcu Aydemir<sup>1</sup>, Leyla Baykal Selçuk<sup>1</sup>, Deniz Aksu Arıca<sup>1</sup>, Savaş Yaylı<sup>1</sup>, Sevgi Bahadır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Trabzon

**Amaç:** Demodex sp, sebasöz foliküllerde bulunan saprofit bir parazittir. Bu çalışmamızda normal popülasyon ile akne rozasedeki demodex sp sıklığını karşılaştırdık.

**Yöntem:** Çalışmaya polikliniğimize başvuran 20 akne rozase, 20 normal popülasyon hastası alındı. İki grupta da 7 erkek, 13 kadın hasta mevcuttu. Yaş ortalaması rozase grubunda 44,9, diğerinde 36,5'tu. Yüzlerinden cyanoacrilat içeren yapıştırıcı ile yüzeyel deri biyopsisi yöntemiyle örnekler alındı; immersiyon yağı ile tespit edilerek ışık mikroskopunda x10 ve x40 büyütmelemlerde incelenerek cm<sup>2</sup> 'deki Demodex sp yoğunluğuna bakıldı; cm<sup>2</sup> 'de ≥5 görülmesi pozitif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** İncelemesi yapılan 20 akne rozaseli hastanın 13 (%65)'ünde, diğer 20 hastanın 2(%10)'sinde yüzdeki Demodex sp yoğunluğu 5/cm<sup>2</sup> 'nin üzerinde saptanarak pozitif olarak değerlendirildi. Akne rozase grubundaki hastaların %70'i eritematotelenjektatik, %30'u papülopüstüler formdaydı. Bu grupta Demodex sp. pozitif saptananların %38'i papülopüstüler formdaydı. Akne rozase grubunda ortalama hastalık süresi, Demodex sp negatifte 43 ay, pozitifte 79 aydı. Negatif grupta yaş aralığı 21-62 olup, ortalama yaş 42.8; Pozitif grupta yaş aralığı 21-70, ortalama yaş 46 idi. Akne rozase grubunda pozitif hastaların 6'sı tedavi almamış, 4'ü topikal tedavi ve 3'ü sistemik tedavi almıştı.

**Sonuç:** Demodex sp, sebasöz foliküllerde bulunan saprofit bir parazittir. Erişkinlerin yaklaşık %100'ünde bulunan bu parazit cm<sup>2</sup>'de  $\geq 5$  bulunduğunda veya dermise invaze olduğunda patojen kabul edilir. Rozasenin patogenezinde çok sayıda bilimsel çalışmaya rağmen, Demodex sp. durumunun klinik tablosunun gelişimindeki rolü günümüz literatüründe açık kalmaktadır. Vaka kontrol çalışmalarının meta-analizinde, Demodex enfestasyonu ve rozase arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda da akne rozase hastalarında Demodex sp yoğunluğu normal popülasyona göre fazla bulundu.

## PS-04 Tarım ilacı teması sonrası gelişen fotokontakt dermatit olgusu

Büşra Solak<sup>1</sup>, Şevki Özdemir<sup>1</sup>, Mehmet Melikoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

Bu olgumuzda fotoduyarlandırıcı ajan olarak düşündüğümüz tarım ilacı (gold malathion) ile gelişen fotokontakt dermatit olgusunu paylaşmayı amaçladık.

Öncesinde oral olarak fotoduyarlandırıcı ajan kullanımı olmayan 72 yaşındaki çiftçi erkek hastada maskesiz ve hiçbir koruma önlemi almadan tarım ilacı uygulama işlemi sonrası oluşan fotokontakt dermatit olgusunu ele aldık. Hasta acil servise tarım ilacı uygulaması gerçekleştirdikten ve üzerinden 24 saatten az bir süre geçtikten sonra el ve yüzde ödem ile başvurdu. Anamnezde tarım ilacı teması harici anlamlı bulgu saptanmadı. Hasta ilk etapta dirençli anjiyoödem olarak kabul edilerek ve tedavisi verilerek izleme alındı. Hastanın takiplerinde anjiyoödem yavaş yavaş gerilerken hiperpigmentasyon belirginleşmeye başladı. Sonrasında cilt altı peteşiyal kanama odakları saptandı ve zamanla ciltte tarım ilacı teması olan bölgelerde nekrotik doku oluşumu gözlemlendi. Hasta sonrasında fotokontakt dermatit olarak değerlendirildi ve fotoduyarlandırıcı ajan olarak tarım ilacı (gold malathion) düşünüldü.

Biz bu olgumuzla acil servise el ve yüzde ödemle, özellikle güneş maruziyeti olan alanlarda ödem ve erupsiyonla başvuran hastalarda fotoduyarlanmaya sebep olabilecek kontakt temasında sorgulanması gerektiğini olgunun fotokontakt dermatit olabileceğini vurgulamak istedik. Olgumuzda birçok insanın tarım ilacı teması olmasından dolayı fotokontakt dermatit olgularında anamnezde sorgulanması gerektiğini, tarım ilaçlarının da ve özellikle gold malathionun fotoduyarlandırıcı ajan olabileceğini çok sık görülmediği için paylaşmayı amaçladık.

## PS-05 Belirgin fasiyal ödemle seyreden DRESS sendromu olgusu

Ebru Karakaş<sup>1</sup>, Mehmet Melikoğlu<sup>1</sup>, Handan Bilen<sup>1</sup>, Şevki Özdemir<sup>1</sup>, Erdal Pala<sup>1</sup>, Hatice Gencer Başol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

Eozinofili ve sistemik semptomların eşlik ettiği ilaç reaksiyonu [Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS)], yaşamı tehdit edebilen bir ilaç reaksiyonudur. Akut başlangıçlı, ateş, makülopapüler cilt döküntüsü, multiple lenfadenopati, fasiyal ve/veya palmoplantar ödem, karaciğer fonksiyon testlerinde artış ve eozinofili gibi laboratuvar bulguları ile seyreden iç organ tutulumlarına sebep olabilen bir ilaç reaksiyonudur. Sıklıkla sorumlu tutulan ilaçlar aromatik antikonvülsanlar (karbamazepin, fenitoin, fenobarbital, lamotrijin), sülfonamidler, allopurinol, vankomisin, antitüberküloz ilaçlar, antiretroviral ilaçlar ve minosiklidir. Dress sendromu gibi ilaç reaksiyonu ile başvuran hastalarda sıklıkla tiroid anormallikleri, vitamin eksiklikleri ve viral/bakteriyel enfeksiyonlar eşlik edebilmekte ve bu da ilaç reaksiyonlarının etyolojisinin sıklıkla multifaktöriyel olduğunu düşündürmektedir. Tanısı klinik olarak konulan Dress sendromunda tedavide genel yaklaşım sorumlu ilacın kesilmesi ve sistemik steroid tedavisidir.

10 yıldır epilepsi tanısı ile takip edilen 33 yaşında erkek hasta; 10 yıldır sodyum valproat, 1 yıldır levetirasetam ve son 1 aydır lamotrijin kullanmakta iken 2 gün önce başlayan vücutta yaygın döküntü, yüzde şişlik ve ateş şikayeti ile başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde vücutta yaygın makülopapüler erüpsiyon, şiddetli fasiyal ödem-impetiginizasyon, bilateral aksiller ve ingüinal lenfadenopati tespit edildi. Yapılan tetkiklerinde eozinofili, karaciğer enzim yüksekliği ve TSH düzeyinde yükseklik mevcuttu. Hasta Dress sendromu tanısı konuldu. Lamotrijin kesilip sistemik steroid tedavisi başlandı. Tedavi ile kliniği gerileyen hasta TSH yüksekliği açısından endokrinoloji bölümüne yönlendirildi.

Vakamızda fasiyal ödemin diğer ilaç reaksiyonlarına kıyasla sıklıkla Dress sendromlu hastalarda izlendiğini, ilaç reaksiyonlarında birden çok faktörün etkili olabileceğini bu sebeple Dress sendromu gibi ilaç reaksiyonlarında eşlik edebilecek tiroid anormallikleri, vitamin eksiklikleri ve enfeksiyonlar açısından hastaların dikkatlice tetkik edilmesinin faydalı olacağını vurgulamak istedik.

## PS-06 Liken sklerozus et atrofikus ile asosiye interstisyel granüloma anulare

Elif Özkul<sup>1</sup>, Ayşe Serap Karadağ<sup>1</sup>, Bengü Çobanoğlu Şimsek<sup>2</sup>, Mehmet Salih Gürel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji ABD, <sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji ABD

**Giriş:** Liken sklerozus et atrofikus (LSA) kronik, progresif, atrofik, plak ile seyreden, otoimmün hastalıklarla ilişkili mukokütanöz bir hastalıktır. Granüloma anulare (GA) ise ileri yaşta, sıklıkla kadın hastalarda görülen anüler, nekrobiyotik dermal papüllerle karakterize, etiopatogenezi tam olarak bilinmeyen, granüloamatöz bir hastalıktır. Literatürde GA'ye diyabet, malignite, enfeksiyon ve kolajen doku hastalıkları gibi hastalıklar eşlik edebilmektedir. LSA ve GA'nin birlikteliği oldukça nadir olup literatürde bildirilen 4 olgu bulunmaktadır.

**Olgu:** Yetmiş bir yaşında kadın hasta; iki yıldır olan sol tibia ön yüzünde, 5\*4 cm boyutunda, sınırları belirgin, sklerotik görümlü, endurasyon gösteren plak lezyonu (Resim 1) ile sol uyluk posteriorunda en büyüğü 10\*6 cm boyutunda, sınırları belirgin, etrafında lividi renkte halo bulunan, anüler, 4 adet plak lezyon (Resim 2,3) ile başvurdu. Tibia ön yüzündeki lezyondan alınan biyopside hiperkeratoz, epitelde atrofi, bazal vakuolar dejenerasyon, papiller dermiste eozinofilik görünüm, EVG ile boyamada elastik lif kaybı ve dermiste kolajende kabalaşma saptandı. Uyluk posteriyöründeki lezyonda ise hiperkeratoz, filekeratoz, üst dermiste perivasküler ve interstisyel alanda lenfositik infiltrasyon tespit edildi. Klinik ve histopatolojik bulgular ile LSA ile asosiye interstisyel GA tanısı konuldu. Enfeksiyon, otoimmün hastalıklar ve maligniteye yönelik yapılan tetkiklerde herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

**Sonuç:** LSA'nın literatürde lokal immün disregülasyon ve otoimmün hastalıklara eşlik eden HLA alelleri (HLA-DQ7) ile birlikteliği gösterilmiştir. GA'nın ise patogenezinde gecikmiş ve hümmoral hipersensitivite reaksiyonlarının rol aldığı düşünülmektedir. Bu iki dermatozun birlikteliği; altta yatan bir otoimmün hastalığın kutanöz iki bulgusu olduğu ya da GA veya LSA'da oluşan immün hadiselerin bir diğerinin organ spesifik otoimmün cevabını tetiklediği şeklinde açıklanabilir. Olgumuz bu nadir birlikteliği vurgulamak için sunulmaktadır.

## PS-07 Ülser hemanjiyom: olgu sunumu

Esra Pancar Yüksel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Samsun

**Giriş:** İnfantil hemanjiomlar çocukluk çağının en sık görülen tümörleridir ve insidansı %5 olarak bildirilmiştir. Genellikle doğumda görülmemekle birlikte açık kırmızı yama, morartı veya telenjektazi öncü lezyonlar bulunabilir. Spesifik bir büyüme ve involüsyon paterni izlerler. Kendiliğinden gerilediği için çoğunlukla tedavi gerekmemektedir. Fakat hemanjiomun beslenme, solunum gibi fonksiyonları etkiliyor olması, gerilediğinde görülebilecek atrofi, skarın kozmetik sorun oluşturabilecek lokalizasyonda olması, ülserasyon görülmesi gibi birçok faktör tedavi kararını etkilemektedir.

**Olgu sunumu:** Üç aylık kız bebek doğumdan hemen sonra oluşan kalçada yara nedeni ile başvurdu. Doğumda yaranın olduğu bölgede kırmızı-morumsu bir leke olduğu öğrenildi. Daha sonra kızarıklığın üzerinde oluşan yara dış merkezlerde enfeksiyon düşünülerek tedavi edilmiş, fakat hiç fayda görmemiş. Dermatolojik muayene-

sinde sağ gluteal bölgede 5x3 cm ülsere lezyon mevcuttu (Fotoğraf 1). Hastanın hikayesinden ülsere hemanjiom tanısı konuldu. Eksuda kültürü kontaminasyon olarak değerlendirildi. Aliminyum asetat, lanolin, vaselin içeren majistral ile kapalı pansuman önerildi. İki hafta sonra lezyonun kapandığı gözlemlendi (Fotoğraf 2).

**Tartışma:** Infantil hemanjiomların patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Doku hipoksisi, vaskülojen ve anjiogenez, plasantal embolizasyon sorumlu tutulan mekanizmalar arasındadır. Ülserasyon gibi komplikasyonlar geliştiğinde tedavi edilmesi gerekmektedir. Topikal veya sistemik beta blokörler, kortikosteroidler tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Sistemik kortikosteroidler cushungoid değişiklikler, beta blokörler ise hipoglisemi, kardiyak yan etkiler açısından izlenmelidir. Bu tedavilerin yanısıra yara bakımı için önerebileceğimiz majistral ilaçlar da bulunmaktadır. Hastamızda yan etkileri açısından sıkı takip etmemiz gereken beta blokörler veya kortikosteroidlere gerek kalmadan tedavide başarılı olunmuştur. Bu vaka ülsere lezyonlarda majistral ilaçlarla tedavinin de akılda bulundurulmasını vurgulamak için sunulmuştur.

## PS-08 IgA nefropatisine eşlik eden piyoderma gangrenozum olgusu

Gizem Gökçedağ<sup>1</sup>, Nurgül Bayram<sup>1</sup>, Burçe Can Kuru<sup>1</sup>, Zeynep Topkarcı<sup>1</sup>, Bilgen Erdoğan<sup>1</sup>, Damlanur Sakız<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, <sup>2</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Tıbbi Patoloji, İstanbul

**Giriş:** Piyoderma gangrenozum (PG); idiopatik olarak ortaya çıkabildiği gibi inflamatuvar bağırsak hastalıkları, konnektif doku hastalıkları, paraproteinemiler, hematolojik maligniteler gibi sistemik hastalıklarla ilişkili olabilen, nadir görülen noninfeksiyöz nötrofilik dermatozdur. Klinik olarak ülseratif, püstüler, büllöz ve vejetatif görünümde olabilir. Lezyonlar sıklıkla bacaklarda yerleşir, ancak vücudun herhangi bir yerinde de görülebilir. Hastalığın tanısı klinik bulgular ve diğer ülser nedenlerinin ekarte edilmesi ile konur. Tanıyı desteklemek amacıyla histopatolojik inceleme yapılabilir. Tedavide PG'nin şiddetine göre topikal veya sistemik ajanlar kullanılabilir.

**Olgu:** 35 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 ay önce başlayan ve giderek büyüyen, sol bacakta akıntılı yara şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde bilinen IgA nefropatisi ve uzun dönem prednisolon kullanımına bağlı gelişen bilateral femur başı avasküler nekrozu mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde sol bacak dış yüzde 6x4 cm çapında, kenarları kabarık, lividi halo ile çevrili ülsere lezyon mevcuttu. Hastanın yapılan deri punch biyopsisinde; epidermiste nötrofil ekzositozu, intradermal püstül oluşumu, dermiste nötrofil ve seyrek eozinofil infiltrasyonu, damar duvarında fibrin birikimi izlenmekte olup bu bulgular PG ile uyumlu bulundu. Yapılan biyokimyasal, mikrobiyolojik, gastrointestinal, hematolojik ve serolojik testler normal sonuçlandı. Hastadaki mevcut tablonun IgA nefropatisi ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Topikal kortikosteroid, kolşisin ve hiperbarik oksijen tedavisi sonrası lezyonda gerileme gözlemlendi.

**Sonuç:** PG, IgA nefropatisine eşlik edebilir; kolşisin ve hiperbarik oksijen tedavisi bu olgularda başarılı sonuç verebilir.

## PS-09 Eritema kronikum migrans: 3 olgu sunumu

Göktürk Dere<sup>1</sup>, Sevda Önder<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ordu Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ordu, <sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ordu

Lyme hastalığı, ixodes türü kenelerle taşınan Borrelia burgdorferi'nin neden olduğu multisistemik bir hastalıktır. Hastalık klinik bulgulara göre üç ayrı evreyle seyreder. Birinci evre hastalığın erken tanısı için önemli olan kene ısırığı yerinde gelişen eritema kronikum migrans ile karakterizedir. Eritema kronikum migrans, çevreye doğru genişleyen merkezi soluk anüler eritem ile karşımıza çıkar. Serolojik testler tanıyı doğrulamak için kullanılmaktadır. Hastalığa erken evrede tanı konulamazsa kronik artrit, kardit ve ciddi nörolojik belirtiler gibi ileri evre belirtileri görülebilir. Tedavide doksisisiklin veya amoksisilin verilebilir. Olgu 1: 69 yaşında kadın hasta, yaklaşık 2 hafta önce kene ısırığı sonrası başlayıp giderek genişleyen alt ekstremitedeki eritemli lezyon nedeniyle başvurdu. Olgu 2: 50 yaşında kadın hasta yaklaşık 1 ay önce başlayan alt ekstremitedeki eritemli lezyon nedeniyle başvurdu, kene teması hatırlamıyordu. Her iki hastadan da Borrelia burgdorferi enfeksiyonuna yönelik serolojik tetkikler istendi ve 21 gün süre ile doksisisiklin 2x100 mg başlandı. Olgu 3: Acil servise karın ağrısı ve halsizlik şikayeti ile gelen 55 yaşındaki kadın hastanın karından sırta yayılan anüler eritemli plağı mevcuttu.



Kene teması öyküsü alınmadı, doksisisiklin tedavisi başlandı, takiplerinde eritemi azaldı ancak karın ağrısı geçmedi birkaç gün içinde paraparezi eklendi. Çekilen karın ultrasonografisi doğaldı. Nörolojik muayenesinde kas gücü azalmıştı. İncelenen bilgisayarlı beyin tomografisi doğaldı. Paraparezisi devam eden hastaya Lyme hastalığına bağlı radikülopati geliştiği düşünülerek seftriakson 2x1 gr 2 hafta süreyle verildi, sonrasında hastanın karın ağrısı ve yürüme güçlüğü tamamen düzeldi. Burada klinik ve serolojik olarak eritema kronikum migrans tanısı konulan üç olguyu hastalığı ve komplikasyonlarını incelemek ve Karadeniz bölgesinde endemik olduğunu belirtmek amacıyla sunuyoruz.

## PS-10 Primer komplet pakidermoperiostoz: Olgu Sunumu

Egemen Uçan, Hasan Fidan, Ümit Ekinci, Derya Uçmak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

**Giriş:** Touraine-Solente-Gole sendromu(TSGS) olarak da bilinen Pakidermoperiostozis(PDP) parmaklarda çomaklaşma, yüz derisi ve saçlı deride kalınlaşma ve kabalaşma, uzun kemiklerde kortikal kalınlaşma, sebace bezlerin aşırı aktivitesiyle seyreden nadir görülen bir sendromdur. Burada komplet form pakidermoperiostoz tanısı alan, aile öyküsü olmayan sporadik bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** Otuz yaşındaki erkek hasta, yüzünde kabalaşma ve saçlı derisinde oluklanma nedeniyle başvurdu. Yakınmaların ilk kez 11 yıl önce başladığı ve giderek arttığı saptandı. Eş zamanlı olarak başlayan el parmaklarında, dizde ve ayak bileğinde ağrı ve şişlik mevcuttu. Anne ve babası arasında akrabalık ilişkisi ve ailede benzer yakınması olan birey yoktu. Fizik muayenede alında, yanaklarda, derinin kalın ve kıvrımlı olduğu tipik aslan yüzü görünümü mevcuttu. Saçlı deri çizgisinde net olarak görülen kutis verticis girata bulgusu ve saçlarda kepeklenme vardı. El ve ayaklar normalden geniş, her iki el ve ayakta distal falankslarda çomaklaşma tesbit edildi. Hastanın çekilen direkt grafilerinde her iki ekstremitede, bilateral belirgin periostal reaksiyon ve uzun kemiklerinde kalınlaşma saptandı. Saçlı derisinden alınan insizyonel biopsi örneği kutis verticis girata ile uyumlu geldi. Laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı.

Hasta klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgulara dayanılarak komplet form PDP tanısı aldı. Sebore ve kepeklenme şikayeti de ön planda olan hastaya 0.5 mg/kg dozunda sistemik izotretinoin tedavisi başlandı.

**Tartışma:** TSGS, parmaklarda çomaklaşma, yüz derisi ve saçlı deride kalınlaşma ve kabalaşma, uzun kemiklerde kortikal kalınlaşma ile seyreden nadir görülen bir sendromdur. Deri problemlerinin düzeltilmesinde izotretinoin kullanımıyla başarılı sonuçlar mevcuttur.

Otozomal dominant geçiş gösterdiği kabul edilen Pakidermoperiostozis'in, aile öykü olmadan da sporadik olguların nadiren de olsa olabileceğinin farkında olunması gerektiğini düşünmekteyiz.

## PS-11 Liken planus birlikteliği gösteren parapsöriazis olgusu

Hatice Gencer Başol<sup>1</sup>, Ebru Karakaş<sup>1</sup>, Büşra Solak<sup>1</sup>, Mehmet Melikoğlu<sup>1</sup>, Şevki Özdemir<sup>1</sup>, Handan Bilen<sup>1</sup>, Erdal Pala<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

Parapsöriazis, ismini klinik olarak benzerlik gösterdiği psöriyazisten almakla beraber tamamen farklı bir hastalıktır. Kaba simetri gösteren lezyonlar yassı, hafif skuamli, sarımsı kahverengi, ince uzun yama ve plaklar şeklinde karşımıza çıkabilir. Lezyonlar sıklıkla gövde yerleşimli olmakla beraber ekstremitte proksimalinde de görülebilir. Parapsöriazislerin bazı tipleri seyirleri esnasında Mycosis Fungoides'e dönüşebilmektedir, bu nedenle teşhis ve takibi önemlidir.

Liken planus, etyopatogenesinde pek çok ajanın suçlandığı, klasik deri lezyonu soluk eritemli veya menekşe rengi, tepesi düz, poligonal papül olan bir hastalıktır. Genelde bilateral ve simetrik olarak yerleşen lezyonlar, bileklerin, kol ve bacakların fleksural yüzeylerini tutma eğilimindedir. Kaşıntı sık görülen bir semptom olmakla beraber hastalar asemptomatik de olabilir.

54 yaşında erkek hasta polikliniğimize sırtta ve kolda olan kaşıntılı lezyonları nedeniyle başvurdu. Şikayetleri 5 yıldır devam eden hastanın sırt lezyonları soluk eritemli zeminde atrofik hafif skuamli digitat simetrik yerleşimli plak lezyonlar şeklindeydi. Kol lezyonları ise lineer dizilimli kahverengimsi-viyolese papüller şeklindeydi. Klinik görünümleri farklı olan sırt ve kol lezyonlarından ayrı ayrı biopsi alındı ve sırt lezyonları histopatolojik

olarak parapsöriazis, kol lezyonları liken planus ile uyumluydu. Haftada 5 gün dar bant UV-B, topikal steroid ve oral antihistaminik tedavisi alan hastanın lezyonları bu tedaviler sonrasında geriledi.

Parapsöriyazis ve liken planus klinik görünümleri nedeniyle birçok dermatolojik hastalıkla karışabilen iki farklı hastalıktır. Literatürde her iki hastalığın aynı anda eşlik ettiği olguya rastlanmamıştır. Biz de iki hastalığın aynı anda görülmesi nedeniyle vakamızı sunmak istedik.

## PS-12 Dermoskopik bulguları ile folikülotropik mikozis fungoides olgusu

İlkin Zindancı<sup>1</sup>, Ebru Zemheri<sup>2</sup>, Melike Kibar Öztürk<sup>1</sup>, Damla Demir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, <sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Folikülotropik Mikozis fungoides (MF) foliküler infiltrasyonla karakterize bir MF varyantıdır. Yetişkin erkeklerde daha sık görülür. Genellikle baş-boyun bölgesine lokalize folliküler papüller, akneiform lezyonlar ve nadiren tümöral lezyonlarla seyredir. Tipik olarak kaş bölgesinde, alopesiye yol açan infiltrate plaklara neden olur. Klasik MF'e göre kaşıntı daha şiddetlidir. Perifoliküler infiltrasyon nedeniyle klasik MF'te kullanılan TNM klinik evreleme sistemi çoğu kez follikülotropik MF hastalarında kullanılmamakta ve bu hastalar iler evre kabul edilmektedir. Tanı klinik ve histopatolojik bulgularla konur. Dermoskopi klasik MF de tanıya yardımcı bir bulgudur.

48 yaşında erkek hasta bacaklarında yaklaşık 2 yıldır mevcut kaşıntılı yaralar nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde sol bacakda daha belirgin olmak üzere her iki tibia ön yüzde birleşerek plak oluşturan foliküler papüller ve kıllarda kayıp görüldü. Histopatolojik inceleme sonucunda Folikülotropik MF tanısı kondu. İncelemede foliküler hiperkeratoz, serebriform morfolijide küçük orta çaplı atipik lenfoid infiltrasyon görüldü. Atipik lenfoid hücrelerde CD3,CD3 ve CD5 ile pozitif immün reaktivite gözlenirken CD7 ile ekspresyon kaybı gözlemlendi. Müsin birikimi görülmedi. Klinik ve histopatolojik bulgular ile hastanın lezyonlarına Folikülotropik MF tanısı kondu. Dermoskopik değerlendirmede foliküler tıkaçlar, perifoliküler beyaz halo ve şekilsiz beyaz alanlar saptandı. Mevcut dermoskopik bulgular literatürle uygun olarak değerlendirildi.

Burada bacak ön yüzdeki lezyonlarına folikülotropik MF tanısı konan olgumuzu nadir yerleşimi ve demonstratif görünümü ve dermoskopik incelemenin MF tanısındaki yerini ve önemini vurgulamak amacı ile sunuyoruz.

## PS-13 Göz kapaklarında poikiloderma; mikozis fungoidesin alışılmadık bir klinik görünümü

Can Baykal<sup>1</sup>, Kübra Nursel Bölük<sup>1</sup>, Nesimi Büyükbabani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul, <sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Poikiloderma eritem, hipopigmentasyon, hiperpigmentasyon, telanjiektazi ve atrofinin aynı bölgede içi içe geçtiği klinik görünümü tanımlamakta olup etyopatogenezi çok farklı hastalıklar bu tabloya yol açabilir. Poikiloderma, mikozis fungoidesin (MF'nin) kendine özgü histopatolojik bulguları (atrofi, bazal hücre dejenerasyonu, dermiste pigment inkontinensi) olan bir varyantının tanımlayıcı özelliğidir. Poikilodermik form çoğu zaman göğüs, gövde, kalça ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında yerleşir. Gövdedeki klasik MF lezyonlarına ek olarak göz kapaklarında poikilodermik lezyonları olan olgu dolayısıyla MF'nin alışılmadık bir görünümüne dikkat çekilmektedir.

Otuz iki yaşında erkek hasta 6 ay önce ilk olarak gövdede ortaya çıkan kırmızımsı-kahverengi yama-plaklar ve kısa bir süre sonra bunlara eklenmiş bilateral poikilodermik göz kapağı lezyonları ile başvurdu. Sırttan yapılan histolojik inceleme MF ile uyumlu bulunduğundan 48 seans PUVA tedavisi uygulandı. Gövdedeki lezyonların tama yakın gerilemesine karşın göz kapaklarındaki lezyonlar sabit kaldı. Göz kapağındaki yamadan yapılan biyopsi poikilodermik MF olarak sonuçlandı. Tedaviye interferon alfa (9 milyon ünite / hafta) eklendi. Bu tedaviyi bir ay kullanıp kontrole gelmeyen hastanın 6 ay sonraki kontrolünde göz lezyonlarında düzelme saptanmadı.

Poikilodermik MF geniş alanları tutabileceği gibi vücudun değişik bölgelerine dağılmış keskin sınırlı plaklar şeklinde olabilir. MF ile ilişkili poikilodermaların önemli bölümünde olgumuzda olduğu gibi pigmentasyon baskındır ve ciddi kozmetik sorun yaratır. MF'nin yamasal ve plak lezyonları en çok gövde ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında yerleşirken yüz tutulumu nadirdir. Göz kapağı daha çok tümöral MF ve folikülotropik

MF'de tutulur. Poikilodermik MF'nin ise göz tutulumu bildirilmemiştir. MF'ye bağlı bilateral poikilodermik göz kapağı lezyonları olan olgu, bu alt tipin de göz kapağı tutulumu yapabileceğine ve tedavi açısından güçlük oluşturacağına işaret etmektedir.

## PS-14 Bukkal skuamöz hücreli karsinom veya radyoterapiye sekonder gelişen pemfigus vulgarisli bir olgu sunumu

Munise Daye<sup>1</sup>, Sıddıka Fındık<sup>2</sup>, Koray Durmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Konya, <sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Konya

Pemfigus vulgaris (PV), pemfigus otoimmün cilt hastalıkları grubunun bir alt tipidir ve kronik, mukokutanöz veziküler ve büllöz lezyonlarla karakterizedir. Öncelikle yaşamın beşinci veya altıncı dekadındaki yetişkinleri etkiler. Hastalık; ilaçlar, güneş yanığı, kanser ve iyonizan radyasyon gibi birçok faktör tarafından tetiklenebilir. Malignite veya radyoterapi ile ilişkili olabilir. Bu bildiri de oral skuamöz hücreli karsinom (SCC) nedeni ile radyoterapi uygulanan sol boyun alanında ve bilateral bukkal mukozada PV gelişen bir hasta sunulacaktır.

## PS-15 Yeni ABHD5 mutasyonuna bağlı gelişen pitriazis rubra pilaris benzeri Chanarin Dorfman sendromu olgusu

Murat Durdu<sup>1</sup>, Missaglia Sara<sup>2</sup>, Laura Moro<sup>3</sup>, Ali Haydar Eskiocak<sup>1</sup>, Daniela Tavian<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dermatoloji Bölümü, Adana, <sup>2</sup>Katolik Üniversitesi Hücresel Biyokimya ve Moleküler Biyoloji Laboratuvarı, Milan, İtalya, <sup>3</sup>Oriente Üniversitesi, Farmasötik Bilimler Anabilim Dalı, Novara, İtalya

**Amaç:** Chanarin Dorfman sendromu deri ve iç organlarda nötral lipid depolanması sonucu gelişen otozomal resesif bir hastalıktır. Günümüze kadar hastalığa neden olan 36 farklı ABHD5 gen mutasyonu rapor edilmiştir. Nadiren farklı klinik bulgular bildirilse de, vakaların hemen hemen tümünde iktiyoziform eritroderma gelişir. Burada Chanarin Dorfman sendromlu bir olgunun atipik deri bulguları ve genetik özellikleri sunulmuştur.

**Yöntem:** Chanarin Dorfman sendromlu olgunun klinik ve laboratuvar bulguları araştırıldı. Hasta ve ebeveynlerinin kan örnekleri alınarak bu konuda deneyimli bir yurtdışı genetik laboratuvarında DNA sekansları incelendi.

**Bulgular:** 29 yaşında erkek hasta 2 yaşından beri var olan eritemli skuamlı yama ve plaklar nedeniyle başvurdu (Resim 1 ve 2). Hastadan daha önce iki kez biyopsi alınmış ve pitriazis rubra pilaris tanısı ile fototerapi ve sistemik retinoik asit kullanmıştı. Öyküsünde lipid yüksekliği ve hepatosteatozu olması nedeniyle periferik yayma incelemesi yapıldı ve nötrofiller içerisinde lipid vakuelleri gözlemlendi. Yapılan histopatolojik incelemede bazal tabakada yer alan keratinositlerde lipid vakuelleri gözlemlendi (Resim 3). Laboratuvar incelemelerinde trigliserid ve kreatin kinaz yüksekliği tespit edildi. Elektromiyografik incelemede miyopati saptandı. Mevcut bulgular ile Chanarin Dorfman sendromu düşünülen hastadan kan örneği alınarak genetik test yapıldı ve daha önce rapor edilen olgulardan farklı bir ABHD5 mutasyonu (c.811G>) tespit edildi.

**Sonuç:** Pitriazis rubra pilaris benzeri eritemli skuamlı plaklar ile başvuran hastalarda sistemik değerlendirme yapılmalı ve lipid yüksekliği mevcut ise periferik yayma yapılarak Chanarin Dorfman sendromu araştırılmalıdır.

## PS-16 Anogenital verrülü hastalarda cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından serolojik tarama

Murat Öztürk<sup>1</sup>, Sevda Önder<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, <sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

**Amaç:** Anogenital verrü, HPV'nin neden olduğu, genellikle cinsel yolla bulaşan bir deri hastalığıdır. Anogenital verrüye sebep olan HPV'nin onkojen olma olasılığı dışında bir başka önemi de HPV taşıyıcısı hastanın potansiyel olarak cinsel yolla bulaşan HIV, hepatit B, hepatit C ve sifiliz gibi etkenlerle de enfekte olma riskinin bulunmasındandır. Bu çalışmada, anogenital verrü tanısı almış hastalarda cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklara ait serolojik test sonuçları değerlendirildi. **MATERYAL-METOD:** Mayıs 2018 ile Temmuz 2019 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğine başvuran ve anogenital verrü tanısı alan ve dosya kayıtlarında hepatit B yüzey antijeni

(HbsAg), anti-HBs antikoru (anti-HBs), anti-hepatit C virüs antikoru (anti-HCV), anti-HIV antikoru ve VDRL kayıtları bulunan 102 hastanın verileri analiz edildi. Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi. BULGULAR: Sonuçları elde edilen 102 hastanın 84'ü erkek 18'i kadındı. Yaş ortalaması 30,5 yıl idi. 1 hastada anti-HIV, 1 hastada anti-HIV ve Hbs Ag pozitif bulunurken, 2 hastada sadece Hbs Ag pozitifliği ve bir hastada ise anti-HCV pozitifliği saptandı. 40 hastada anti-HBs pozitif idi. SONUÇ: Bir hastanın bir cinsel yolla bulaşan hastalığı (CYBH) varsa, diğer CYBH'lere sahip olma riski taşıdığı bilinmektedir. Dolayısıyla çalışmamızın sonuçlarına dayanarak anogenital verrü tanısıyla başvuran hastalarda herhangi bir CYBH'ye bağlı semptom olmasa bile serolojik taramanın önemli olduğunu ve yapılması gerektiği sonucuna vardık.

## PS-17 Çocukluk çağında herpes zoster enfeksiyonu:21 olgunun prospektif değerlendirilmesi

Murat Öztürk<sup>1</sup>, İsa An<sup>2</sup>, Mustafa Aksoy<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Van, <sup>2</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa, <sup>3</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

**Amaç:** Herpes zoster(HZ), dorsal kök ganglionunda latent olarak kalan Varicella zoster virüs'ün reaktivasyonu sonucunda gelişen bir hastalıktır. HZ çocukluk çağında nadir görülen bir hastalıktır. HZ, çocukluk çağında immünsupresif ilaç kullanımı, immünyetmezlik ve malignite durumlarında daha sık olarak karşımıza çıkabilir. Bu çalışmada polikliniğimize başvuran HZ tanısı konulan çocuk hastaların klinik özellikleri ve eşlik eden hastalıklar incelendi.

**Yöntemler:** Hastanemiz deri ve zührevi hastalıkları polikliniğine Ocak 2017- Temmuz 2018 tarihleri arasında başvuran ve HZ tanısı konulan 18 yaşından küçük 21 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Hastalar yaş, cinsiyet, tutulan dermatom, geçirilmiş varisella öyküsü, varicella aşısı öyküsü, eşlik eden hastalıklar, komplikasyon gelişimi ve tedavi açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** HZ tanısı konulan 21 çocuk hastanın 12(%57.1)'si erkek, 9 (%42.9)' u kız idi. Hastaların yaş ortalaması 10.1 yıl (6-16 yaş) olarak saptandı. On dört (%66.6) hastada torakal dermatom tutulurken, 5 (%23.8) hastada servikal ve 2 (%9.5) hastada lomber dermatom tutulumu izlendi. İki hasta ALL tanısı nedeniyle sistemik kemoterapi almaktaydı. Hastaların hiçbirinde varisella aşısı olma öyküsü yoktu. Varisella geçirme öyküsü hastaların 15(%71.4)'inde vardı. On altı (%76.1) hastaya sistemik antiviral tedavi verildi. Hastalarımızın hiçbirinde disseminasyon gelişmedi. Hastalarda postherpetik nevralji veya majör bir komplikasyon görülmedi.

**Sonuç:** HZ, immünsupresyonu olan çocuk hastalarda sıklıkla görülmesine rağmen sağlıklı çocuklarda da görülebilmektedir. Erişkin hastalara benzer şekilde en sık torakal dermatom tutulumu görülür. Sağlıklı çocuklarda HZ' ye bağlı postherpetik nevralji gibi komplikasyonlar nadir olarak görülür.

## PS-18 Hereditör Anjioödem'de karın ağrısının bir başka sebebi

Necmettin Akdeniz<sup>1</sup>, Filiz Cebeci<sup>1</sup>, İlknur Özcan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

**Amaç:** Hereditör anjioödem (HA); yüz, gövde, ekstremiteler, solunum ve sindirim sistemini etkileyebilen, tekrarlayan ödem epizodları ile karakterizedir. Burada HA tanılı, şiddetli karın ağrısı ile acile başvuran, başlangıçta HA'nın gastrointestinal sistem (GİS) belirtisi olarak düşündüğümüz; ancak sonrasında FMF (Familial Mediterranean Fever) tanısı konan bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** Yirmi bir yaşında erkek hasta iki gündür devam eden el, ayak şişliği ve karın ağrısı şikayeti ile acil servise görüldü. Öyküsünden 4 yıldır Tip 1 HA tanısıyla İkatibant enjeksiyon ve Danazol tedavisi altında olduğu öğrenildi. Muayenede; sol el ve ayakta diffüz ödem ve hassasiyet mevcuttu (Resim 1,2). Yatışı gerçekleştirildikten sonra karın ağrısı artan ve bulantı-kusma şikayetleri başlayan hastanın semptomlarının HA'ye bağlı olduğu düşünüldü. Taze donmuş plazma transfüzyonu ve ikatibant enjeksiyonu uygulandı. GİS şikayetlerinin gerilememesi ve batında yaygın defans saptanması nedeniyle, hasta akut batın ön tanısıyla takibe alındı. Tetkiklerinde nötrofili (20.300 /uL) ağırlıklı lökositoz (23.600) mevcuttu. Anamnezi derinleştirildiğinde 2 kardeşinde FMF ve

çocukluğundan beri süregelen karın ağrısı, ateş atakları olduğu öğrenildi. Hasta FMF tanısı aldı ve kolsişin ile atak tedavisiyle semptomları kayboldu. Lökosit sayısı normal değere geriledi. Hastanın karın ağrısının HA' dan bağımsız olduğu ve FMF'e bağlı olarak geliştiği anlaşıldı.

**Sonuç:** Olgumuz HA ve FMF birlikteliğini vurgulayan 2. olgu niteliğindedir. Her iki hastalıkta da ortak bulgu olarak periyodik karın ağrısı görülmekte olup, GİS atakları birbirine benzeyebilir. HA'da karın ağrısı ataklarının başka bir akut batın sebebi olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Özellikle FMF prevalansının yüksek olduğu ülkemizde HA'lı ve şiddetli karın ağrısı olan bir hastada; bu HA'ya bağlı olabileceği gibi, FMF'e de bağlı olabileceği açısından dermatologlar uyanık olmalıdırlar.

## PS-19 Lyme hastalığı: Bir olgu sunumu

Nursel Dilek<sup>1</sup>, Yunus Saral<sup>1</sup>, Hakan Yusufoglu<sup>1</sup>, Elif Doğuçam<sup>1</sup>, İsmail Bülbül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

**Amaç:** Lyme hastalığı Ixodes ricinus başta olmak üzere Ixodes cinsi kenelerle bulaşan Borrelia burgdorferi'nin neden olduğu bir hastalıktır. Eritema migrans hastalığın ilk deri belirtisidir. Burada Lyme hastalığı tanısı konan olgu sunulacaktır.

**Olgu:** 10 Yaşında bacakta hafif kaşıntı, karıncalanma ve kızarıklık şikayetiyle başvurdu. 10 Gündür bacakta gittikçe yayılan kızarıklık olduğu öğrenildi. Gittiği sağlık kuruluşlarında sırayla mepiramin maleat + lidokain hcl içeren jel sonra şikayetlerinin geçmemesi üzerine mupirosin içeren pomad, ardından naftifin içeren krem önerilmiş. Şikayetlerinde artma olmuş, bunun üzerine kliniğimize başvurdu. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede sağ bacak pretibialde 7 cm çaplı ortası hafif hipopigmente, kenarları eritemli bir adet plak mevcuttu. Palpasyonla hassasiyet yoktu ve ingüinalde bir adet 1 cm çaplı lenfadenopati mevcuttu. Laboratuvar incelemede kan biyokimya, hemogram, tam idrar tetkikinde patolojik veri yoktu. ELİSA incelemede Borelia burgdorferi Ig G ve Ig M antikörleri pozitif olarak sonuçlandı. Bu veriler ışığında hastaya Lyme hastalığı tanısı kondu. Hastaya monodoks 100 mg günde 2 kez, 21 gün tedaviye uygulandı ve tedavinin 15. günü anüler plak tamamen kayboldu.

**Tartışma:** Lyme hastalığı kene ısırmasının ardından kenenin tükrüğüyle bulaşan Borelia burgdorferi ile oluşan enfeksiyöz bir hastalıktır. Kene ısırıklarından sonra %1 oluşur. Lyme hastalığı gelişen olguların %60-90'ında eritema migrans gelişir. Eritema migrans tedavi edilse de edilmese de 3-4 haftada kaybolur. Tedavi edilmezse hastaların %60'ında eklem tutulumu, %10'unda nörolojik tutulum, %1'inde akrodermatitis enteropatika gelişir.

**Sonuç:** Lyme hastalığı erken evrede tanı konursa tamamen tedavi edilebilen bir hastalıktır. Erken tanıda eritema migrans olarak adlandırılan anüler plak önemlidir. Nadir görülen bu olgu Lyme hastalığına dikkati çekmek için sunulmuştur.

## PS-20 Dil yerleşimli skuamöz hücreli kanser: Bir olgu sunumu

Nursel Dilek<sup>1</sup>, Recep Bedir<sup>2</sup>, Yunus Saral<sup>1</sup>, Hakan Yusufoglu<sup>1</sup>, Elif Doğuçam<sup>1</sup>, İsmail Bülbül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize, <sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi,

Patoloji Ana Bilim Dalı, Rize

**Amaç:** Oral kavitenin skuamöz hücreli kanser (SHK)'i baş-boyunda en sık görülen kanserdir. Baş-boyun kanserinin tanısı genelde gecikir. Çünkü sıklıkla yanlış tanı konur. Burada dilde SHK tanısı alan bir olgu sunulacaktır.

**Olgu:** 58 Yaşında kadın hasta dilde 6 aydır iyileşmeyen yara şikayetiyle başvurdu. Gittiği sağlık kuruluşlarında sırayla antibiyotik, antifungal ve kortikosteroid içeren krem ve pomadlar verildiği ancak fayda görmediği öğrenildi. Öz geçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede dil sol lateral-dorsumda 1 cm çaplı, lateral-ventralde ise 2 cm çaplı ülsere plak mevcuttu. Palpasyonla hassasiyet yoktu. Sol submandibulerde 2 adet 1 cm çaplı lenfadenopati palpe edildi. Laboratuvar incelemede tam kan sayımı, kan biyokimya parametreleri, CRP, saatlik sedimantasyon hızı normal aralıktaydı. Yapılan insizyonel biyopside SHK tanısı kondu. Hasta Kulak Burun Boğaz ve Onkoloji Kliniğiyle birlikte tedavi ve takibe alındı.

**Sonuç:** SHK gelişimi için dilin lateral, ventral ve dilin tabanı en riskli alanlardır. İyileşmeyen yaralar, homojen

olmayan lökoplakiler ve kırmızı plak varlığında SHK açısından dikkatli olunmalıdır. SHK en çok travmatik ülser ve aftöz stomatitle karışır. Travmatik ülserler ortalama 3-4 haftada iyileşir. Aftöz stomatit ise üzerinde psödomembran, etrafında eritemli bir halo vardır ve ortalama 2 haftada iyileşir, nüks özelliği vardır. Dilde daha uzun süren, iyileşmeyen yaralarda ayırıcı tanıda SHK'yi düşünmek gerekir. Oral mukozada SHK'ye dikkat çekmek için bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

## PS-21 Trikostazis Spinuloza: Bir olgu sunumu

Nursel Dilek<sup>1</sup>, Yunus Saral<sup>1</sup>, Hakan Yusufoglu<sup>1</sup>, Elif Dogucam<sup>1</sup>, İsmail Bülbül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

**Giriş:** Trikostazis spinuloza kıl foliküllerinin bozukluğuyla giden bir hastalıktır. Kıl folikülleri siyah nokta şeklinde görülür. Aslında foliküller kıl yumağı şeklinde vellüs kıllarla doludur. Kıllar proksimal uçlarından döner ve distalleri parçalanır. En sık burun ve alında oluşur. Burada kolda trikostazis spinuloza tanısı alan bir hasta sunulacaktır.

**Olgu:** 15 yaşında erkek hasta kollarında kaşıntı, kıllarda uzamama şikayetiyle başvurdu. Şikayetlerinin yıllardır var olduğunu zaman zaman kaşıntının arttığı anamnezden öğrenildi. Öz ve soy geçmişinde özellik bulunmayan hastanın dermatolojik muayenesinde her iki kol ekstensör yüzde kıl foliküllerine uyan yerlerde 1-2 mm çaplı papüller görüldü. Papüller iğneyle boşaltılınca içinden kıl retansiyonu olduğu görüldü. Rutin laboratuvar incelemede patolojik parametreye rastlanmadı. Bu bulgularla trikostazis spinuloza tanısı konan hastaya %0.1 retinoik asit içeren krem ve nemlendirici pomad önerildi.

**Sonuç:** Trikostazis spinuloza tek bir kıl matriksinden kaynaklanan telojen kılların retansiyonundan kaynaklanır. Foliküler infundubulum foliküler açıklığı tıkar ve telojen kıllar çıkamaz. Tedavide tretinoin içeren solusyonlar yanı sıra puls diod lazer etkilidir. Nadir yerleşimli trikostazis spinuloza olgusuna dikkat çekmek için bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

## PS-22 Zosteriform liken planus: Bir olgu sunumu

Elif Dogucam<sup>1</sup>, Nursel Dilek<sup>1</sup>, Cüneyt Yurdakul<sup>2</sup>, Yunus Saral<sup>1</sup>, Hakan Yusufoglu<sup>1</sup>, İsmail Bülbül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize, <sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Rize

**Giriş:** Liken planus sıklıkla orta yaşlı erişkinlerde görülen deri, deri ekleri ve mukaza tutulumuyla seyreden kronik bir dermatozdur. Deri tutulumu hastalığa özgü olan mor renkli, poligonal papüller ile karakterizedir. Zosteriform liken planus, liken planusun dermatomal ya da Blashko çizgilerine uygun yerleşimli varyantıdır. Burada zosteriform yerleşimli bir liken planus olgusu sunulacaktır.

**Olgu:** 54 Yaşında kadın hasta, sol bacağına kaşıntı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde, şikayetlerinin 6 ay önce sol ayak bileğinde başladığı ve kırmızı kabartıların sonradan diz arkasına ve uyluk arkasına doğru yayıldığı anamnezden öğrenildi. Öz geçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenede sol ayak üzerinden popliteal fossaya ve uyluk arkasına lineer uzanım gösteren hiperpigmente, viyolese, eritemli papüller görüldü (Resim 1). Oral mukoza muayenesinde; sol bukkal mukozada daha belirgin olan retiküler papül ve plaklar görüldü (Resim 2). Laboratuvar incelemede; tam kan sayımı, kan biyokimya parametreleri, hepatit serolojisi normal olarak değerlendirildi. Yapılan punch biyopsinin histolojisinde epidermiste hiperkeratoz, granüler tabakada artma, düzensiz akantoz, retelerde uzama, bazal tabakada hidropik dejenerasyon, subepitelyal lenfosit infiltrasyonu tesbit edildi. Bu bulgularla hastaya zosteriform liken planus tanısı konarak, topikal mome-tazon furoat, %10 üre içeren losyon, sistemik hidrokortizon dihidroklorür tedavisi verilerek takibe alındı.

**Sonuç:** Liken planus özellikle 30-70 yaş arasında görülen, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, kaşıntılı bir dermatozdur. Zosteriform liken planus çoğunlukla çocuklarda olsa da nadiren erişkinlerde de görülebilir. Lezyonlar, en çok alt ekstremitede görülür ve genellikle tek taraflı tutulum olur. 54 Yaşında alt ekstremitede tek taraflı zosteriform yerleşimli liken planus olgusu nadir görülmesi nedeniyle sunulması uygun bulunmuştur.

## PS-23 İnhaler tiotropium bromüre bağı gelişen akut ürtiker olgusu

Sevda Onder<sup>1</sup>, Berna Botan Yıldırım<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu, <sup>2</sup>Ordu Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu

**Amaç:** Akut ürtiker ve anjioödem etyolojisinde birçok sebep olmakla birlikte ilaçlar çok sık rol oynar. Ancak literatürde inhaler ilaçlara bağı ürtiker anjioödem gelişen çok az sayıda olgu bildirimini vardır. Burada tiotropium bromüre bağı gelişen akut ürtiker ve anjioödem olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 55 yaşında, erkek hasta polikliniğimize vücutta yaygın ürtikeryal döküntü, göz kapaklarında şişlik ve nefes darlığı nedeniyle başvurdu. Hasta 3 gündür kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) nedeniyle göğüs hastalıkları uzmanı tarafından verilen inhaler tiotropium bromürü kullanmaktaydı. Dermatolojik muayenesinde gövdede ürtikeryal papül ve plaklar ile göz kapaklarında ödem mevcuttu. Hastaya ürtiker anjioödem tedavisi verildi. Kullandığı inhaler tiotropium bromür stoplandı. Beraberinde reçete edilen inhaler steroide devam edildi. KOAİ nedeniyle inhaler steroid kullanan hastaya deri prick testi yapılmadı. Hastanın şikayetleri birkaç gün içinde azalarak kayboldu. Mevcut bulgular ile ürtiker ve anjioödem tablosunun inhaler tiotropium bromüre bağı olduğu tespit edildi.

**Sonuç:** Literatürde inhaler sefuroksime karşı gelişen anaflaksi olgusu, soya fasulyesi buharına bağı anjioödem olgusu, soya içeren inhaler ilaçlara bağı anjioödem olguları bildirilmiştir. İnhaler ilaçlara bağı sistemik reaksiyonlar oldukça nadirdir. Tiotropium bromür KOAİ tedavisinde sıkça kullanılan uzun etkili inhaler antikolinerjik bir ajandır. Genellikle görülen yan etkisi antikolinerjik etkisine bağı olarak ağız kuruluğu, dispepsi ve reflüdür. Literatürde daha önce tiotropium bromüre bağı kaşıntı, likenoid reaksiyon ve oral ülser ile seyreden olgular bildirilmiştir. Ancak literatürde tiotropium bromüre bağı gelişen ürtiker anjioödem bildirimine rastlanmadı. İnhaler ilaçlar ürtiker ve anjioödem etyolojisinde çok nadir de olsa rol oynayabilir.

## PS-24 Multisistemik tutulum ile seyreden alkaptonüri olgusu

Ahmet Karataş<sup>1</sup>, Sevda Önder<sup>2</sup>, Nihal Türkmen Türker<sup>3</sup>, Harun Dügeroğlu<sup>3</sup>, Mürüvvet Akçay Çelik<sup>4</sup>, Aslıhan Uzun<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Kliniği, Ordu, <sup>2</sup>Ordu Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu  
<sup>3</sup>Ordu Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu, <sup>4</sup>Ordu Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ordu, <sup>5</sup>Ordu Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu

**Amaç:** Alkaptonüri, fenilalanin ve tirozin metabolizmasında rol alan homogentisik asit oksidaz enzimidaki genetik eksiklik sonucu oluşan nadir bir metabolik bozukluktur. Homogentisik asidin özellikle bağ dokusu, kıkırdak, kutanoz doku, genitoüriner sistem, göz gibi çeşitli dokularda aşırı birikimine bağı olarak gelişen mavi-siyah renk değişiklikleri okronozis olarak adlandırılır. En önemli morbidite nedenleri, 4-6. dekadlarda görülen okronotik artropati ve kardiyovasküler tutulumdur. Kesin tedavisi yoktur ve tedavi seçenekleri genelde komplikasyonları önlemeye yöneliktir. Biz bu yazımızda okronotik böbrek tutulumu, cilt ve eklem tutulumu olan bir olguyu multisistemik tutulum ile seyretmesi ve literatürde nadir görülmesi nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

**Olgu:** Kronik böbrek hastalığı tanısıyla nefroloji kliniğinde takip edilen 68 yaşındaki kadın hasta vücutta yaygın mavi renk değişikliği nedeniyle değerlendirildi. Dermatolojik muayenesinde yüzde, kulak sayvanında, el dorsumlarında ve gövdede yaygın olarak mavi pigmente makül ve yamalar mevcuttu. Göz muayenesinde, sklera, konjonktiva ve perifer korneada hiperpigmente birikimler mevcuttu. Değerlendirilen radyolojik incelemeler okronotik artropati ile uyumlu bulundu. KOİ ile alkalize edilen idrar hastalıkla uyumlu olarak koyulaştı. İdrarda bakılan kalitatif HGA testi pozitif sonuçlandı. El dorsumundan alınan biyopsi alkaptonüri ile uyumlu idi. Hastaya klinik, laboratuvar, radyografik ve histopatolojik bulgular eşliğinde multisistemik tutulum ile seyreden alkaptonüri tanısı konuldu.

**Sonuç:** Alkaptonürinin major klinik bulguları sıklıkla hayatın dördüncü dekadında okronotik pigmentin organlarda birikimi sonucunda ortaya çıkar. Bizim hastamızda sklerada, kulak kıkırdağında ve ciltte pigmentasyon, spinal tutulum, diz eklem tutulumu ve kronik böbrek hasarı mevcuttu. Alkaptonüriye bağı gelişen komplikasyonlar literatürde çok sayıda vakada bildirilmiştir ancak bu komplikasyonlar genellikle izoledir ve bazen

fatal seyredebilir. Hastamız multisistemik tutulumu olan morbiditelerle seyreden bir vakaydı. Sonuç olarak alkaptonürik hastaların multidisipliner değerlendirilmesi bu hastalar için en doğru yaklaşım olacaktır.

## PS-25 Isotretinoin akne hastalarında immunoinflamatuvar yanıtı nasıl etkiliyor?

Sevda Önder<sup>1</sup>, Murat Öztürk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu, <sup>2</sup>Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Van

**Amaç:** Akne vulgaris kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Oral isotretinoin (ISO) şiddetli akne ve konvansiyonel tedavilere dirençli akne de kullanılan en etkili tedavi ajanıdır. ISO'nin hematolojik parametreler ve inflamatuvar oranlar üzerindeki etkilerini gösteren çalışma sayısı azdır ve sonuçlar ise çelişkilidir. Bildiğimiz kadarıyla şu ana kadar ISO tedavisi verilen akne hastalarında MHO (monosit/hdl oranı) çalışılmamıştır. Bu çalışmada ISO tedavisi verilen hastalarda MHO, MPV, NLO(nötrofil/lenfosit oranı) ve PLO(platelet/lenfosit oranı) değerlerini tespit etmeyi ve ISO nin akne hastalarında immunoinflamatuvar yanıtı nasıl etkilediğini incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmada en az üç ay süreyle ISO tedavisi alan toplam 116 akne hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ISO tedavisi 0.5-1 mg/kg dozunda verildi. Hastaların tedavi öncesindeki white blood cell (WBC), nötrofil, lenfosit, monosit, platelet, MPV, platelet, plateletcrit, platelet distribution width (PDW), NLO, PLO, total kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid, HDL kolesterol ve MHO incelendi.

**Bulgular:** Üç aylık tedavi sonunda tedavi öncesine göre MPV ve MHO değerinde anlamlı artma saptandı (P<0.05), NLO ve PLO değerinde anlamlı bir değişiklik saptanmadı (p>0.05), nötrofil sayısında anlamlı bir azalma gözlemlendi (p<0.05), WBC, lenfosit, monosit, platelet, plateletcrit ve pdw değerinde anlamlı değişiklikler olmadı (p>0.05). Hastaların lipid değerleri tedavi öncesinde ve üç aylık tedavi sonrasında karşılaştırıldığında Total kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid değerlerinde anlamlı artma tespit edildi (p<0.05). HDL kolesterol değerlerinde ise tedavinin üçüncü ayında tedavi öncesine göre anlamlı azalma gözlemlendi (p<0.05).

**Sonuç:** Çalışmada MPV değeri ve MHO oranının artması, NLO, PLO gibi inflamatuvar parametrelerde azalma görülmemesi nedeniyle ISO tedavisinin inflamasyonu tetikleyebileceğini düşünmekteyiz. ISO tedavisi gören hastaların gelişebilecek inflamatuvar hastalıklar açısından yakın takip edilmesinin doğru olacağı sonucuna vardık.

## PS-26 Erlotinib kaynaklı şiddetli akneiform döküntü

Sevda Önder<sup>1</sup>, Fatma Etgü<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:** Erlotinib epidermal büyüme faktörü reseptör inhibitörlerinden tirozin kinaz inhibitörüdür. Küçük hücreli akciğer kanseri gibi solid tümörlerin tedavisinde kullanılmaktadır. Burada küçük hücreli akciğer kanseri nedeniyle erlotinib tedavisi alan bir hastada gelişen akneiforma erüpsiyona ve tedavi sırasında görülebilecek diğer dermatolojik yan etkilere dikkat çekmeyi amaçladık.

**Olgu:** Onkoloji servisinde küçük hücreli akciğer kanseri nedeniyle takip edilen 59 yaşındaki kadın hasta yüzde, saçlı deride ve boyunda yaygın kızarıklık ve yaralar nedeniyle değerlendirildi. Hastanın öyküsünde iki ay önce akciğer kanseri nedeniyle erlotinib tedavisinin başladığı ve şikayetlerinin tedavi başladıktan 1 hafta sonra ortaya çıktığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde çene etrafında daha yoğun olmak üzere tüm yüzde, saçlı deride ve yer yer boyunda eritemli papül ve püstüller mevcuttu. Hastaya topikal klindamisin ve benzoil peroksit kombinasyonu tedavisi başlandı ve hasta takibe alındı.

**Tartışma:** Erlotinibe bağlı kseroderma, kaşıntı, seboreik dermatit, paronişi, piyojenik granülom gibi çok sayıda dermatolojik yan etki görülebilse de en sık karşılaşılan dermatolojik yan etki akneiform döküntülerdir. Bu döküntüler hafif seyredebileceği gibi hastanın tedaviye uyumunu etkileyecek düzeyde şiddetli de olabilir. Akneiform döküntülerin patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Tedavi akneiform döküntünün şiddetine göre düzenlenir. Hafif hastalıkta metronidazole jel, eritromisin, klindamisin, benzoil peroksit kullanılabilir. Şiddetli hastalıkta oral antihistaminikler, tetrasiklin, doksisisiklin kullanılabilir.



**Sonuç:** Erlotinibe bağlı akneiform döküntüler hastanın yaşam kalitesini etkilediği gibi tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır. Bu döküntülerin erken tanınması ve tedavisi hastanın tedaviye uyumunu önemli oranda arttırmaktadır. Bu nedenle dermatolog ve onkologların deri yan etkilerinin takibi açısından birlikte çalışmaları hasta tedavisine katkı sağlayacaktır.

## PS-27 Adalimumab tedavisi ile paradoks psoriasis gelişen hidradenitis suppurativa olgunun sekukinumab ile başarılı tedavisi

Sevim Baysak<sup>1</sup>, Tuğba Falay Gür<sup>1</sup>, Neslihan Kaya Terzi<sup>2</sup>, Sevil Savaş Erdoğan<sup>1</sup>, Cüneyt Kara<sup>1</sup>, Bilal Doğan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, <sup>2</sup>Istanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

**Giriş:** Psoriasis ve hidradenitis suppurativa (HS) artrit, metabolik sendrom, obezite ve sigara ile ilişkili enflematuvar dermatozlardır. Burada adalimumabın indüklediği şiddetli alopesinin eşlik ettiği saçlı deri, aksiller, suprapubik ve intergluteal bölgenin tutulduğu paradoks psoriasisın sekukinumab ile başarılı bir şekilde tedavi edildiği bir HS'lı olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** 6 yıldır psoriasis ve 3 yıldır HS nedeniyle takip edilen 24 yaşında kadın hastamız 3 aydır HS nedeniyle adalimumab tedavisi alıyordu. Hastamız yaklaşık 2 hafta önce başlayan ve giderek artan kaşıntılı ve kabuklu yaralar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastamızın dermatolojik muayesinde saçlı deride yaygın alopesinin eşlik ettiği, suprapubik bölgede ve ayak tabanında eritemli ve yer yer sarı renkli kurutlu, her iki aksiller ve intergluteal bölgede ise eritemli plak lezyonlar gözlemlendi. Alınan biyopsi psoriasisiform dermatit ile uyumluydu. Paradoks psoriasis tanısı ile sekukinumab başlandı. Tedavinin ikinci ayında lezyonlarda düzelme izlendi ve hastada saç kaybı görülmedi.

**Tartışma:** Anti- TNF-  $\alpha$  tedavisi ile tedavi edilen hastalarda, paradoksal psoriasis olarak adlandırılan psoriatik lezyonların başlaması ya da kötüleşmesi, bilinen bir fenomendir. Hidradenitis suppurativa patogenezi hakkında bilgi sınırlıdır ve antimikrobiyal ilaçlar, immünsupresanlar ve cerrahi prosedürlerle yapılan tedaviler farklı sonuçlar göstermiştir. İnterlökin-17A(IL-17A) ve İnterlökin-17F ( IL-17F), benzer özelliklere sahiptir ve hepsi enflematuvar yanıtta yer alan sitokinler, kemokinler, antimikrobiyal peptitler ve metaloproteinazların üretimini indüklerler. Psoriasisde anti-IL-17A tedavisinin etkinliği kanıtlanmıştır. İnterlökin-17'nin hidradenitis suppurativa patogenezindeki rolü konusunda fikir birliği yoktur. Biz vakamızı adalimumabın indüklediği alopesinin eşlik ettiği şiddetli saçlı deri tutulumlu ve invers psoriasisın sekukinumab ile başarılı bir şekilde tedavi edildiği HS'lı ilk olgu olması nedeniyle sunmayı uygun gördük.

## PS-28 İntravenöz immunglobulin ve metotreksat ile tedavi edilen dirençli bir bülloz pemfigoid olgusu

Sinan Doğan<sup>1</sup>, Aslı Hapa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, İzmir

Bülloz pemfigoid (BP) derinin ve mukoz membranların en sık görülen subepidermal otoimmün bülloz hastalığıdır. Bu hastalık tipik olarak yaşlıları etkiler, kaşıntı eşliğinde lokalize veya jeneralize bülloz lezyonlarla kendini gösterir. Altmış beş yaşında kadın hasta 10 yıldır bülloz pemfigoid tanısıyla takip edilmektedir. Bu yıllar içerisinde artan ve azalan dozlarda sistemik kortikosteroid tedavisinin yanı sıra hastaya oral azotiyopurin 100 mg, tetrasiklin tablet, niasinamid tablet tedavileri de uygulandı ancak bül çıkışı ve kaşıntı şikayeti bu tedavilerle tam olarak fayda görmedi. Bu bulgularla dirençli bülloz pemfigoid olarak kabul edilen hasta 0.4 gr/kg/gün 5 gün süreyle ayda bir intravenöz immunglobulin tedavisi başlandı. Bül çıkışı azalan ancak kaşıntı şikayeti halen devam eden hastanın tedavisine intravenöz immunglobulin yanısıra parenteral metotreksat 15 mg/hafta da eklendi. Bülloz pemfigoid genel olarak topikal ve oral düşük doz oral kortikosteroid tedavisine iyi yanıt vermektedir. Bu olgu vesilesiyle çoğunlukla selim seyirli olan bu hastalığın nadiren de olsa dirençli seyredebildiğini ve intravenöz immunglobulin yanı sıra metotreksat tedavisinin uygun tedavi seçenekleri olabileceğini hatırlatmak istedik.

## PS-29 Dirençli alopesi totalisi olan adölesan bir hastada sistemik tofasitinib tedavisi

Zeynep Gizem Kaya Islamoğlu<sup>1</sup>, Mehmet Akyürek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Konya

**Giriş:** Alopesi areata (AA) skatrizan olmayan saç dökülmesi ile karakterize yaygın bir otoimmün hastalıktır. Kıl köklerini ve tırnakları tutar. Genel popülasyonun %0.1-0.2 'inde gözlenir. Her iki cinste ve her yaşta görülebilir. Tüm saçlı deriyi tutan alopesi totalis, tüm vücut kıllarını tutan alopesi universalis olmak üzere iki varyantı mevcuttur. Vakamızda diğer tedavilere dirençli adölesan bir alopesi totalis hastasında tofasitinib tedavisi sonuçları sunulmaktadır.

**Olgu:** On dört yaşında erkek hasta beş yıldır saçlarda dökülme şikayeti ile başvurdu. Hastaya topikal, intra-lezyonel ve sistemik steroid tedavileri sırasıyla verildi. Beraberinde topikal minoksidil ve vitamin takviyeleri verildi. Sistemik steroid doz azaltımında nöks gözlemlendi. Hastaya metotreksat ve siklosporin ile devam edildi. Her iki tedavide de tam iyileşme olmadı ve 6 aydan sonra nöks gözlemlendi. Hasta uzaktan geldiği için fototerapi uygulanamadı. Hastanın SALT skoru=S4 (%75-80 tutulum)tü. Hastaya tofasitinib 10mg/gün dozunda 3 ay boyunca, 7.5mg/gün dozunda 3 ay boyunca toplamda 6 ay verildi. Beraberinde minoksidil %5 sprey kullanıldı. 6 ayın sonunda tüm saçlarda çıkış gözlenen hastanın tedavisi kesildi. Tedavi esnasında akne dışında herhangi bir yan etki gözlenmedi ve kan parametrelerinde herhangi bir değişiklik olmadı. Tedavisiz izlemin 3. ayında nöks gözlenmedi.

**Sonuç:** JAK-STAT yolunun CD8 + NKG2D + hücre tepkisine aracılık etmede oynadığı kritik rol göz önüne alındığında, JAK inhibitörlerinin alopesi areata tedavisinde önemli bir yere sahip olduğu gözlenmektedir. Tofasitinib, ruxolitib ve baricitinib olmak üzere 3 adet JAK inhibitörü mevcuttur. Her 3 ajanın da alopesi areata için FDA onayı yoktur. Vakamızda oral tofasitinib tercih edilmiştir. JAK inhibitörleri alopesi areatada patofizyolojinin temeline etki etmektedir, oldukça güvenli ve başarılı sonuçları olduğunu söyleyebiliriz.

## PS-30 Stevens-Johnson sendromunu taklit eden metronidazole bağlı izole mukozal fiks ilaç erüpsiyonu

Zeynep Yılmaz<sup>1</sup>, Haşim Atakan Erol<sup>2</sup>, Esen Özkaya<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sinop Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Sinop, <sup>2</sup>Sinop Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Sinop, <sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Karakteristik deri lezyonları olmaksızın izole mukozal tutulum ile seyreden fiks ilaç erüpsiyonu tanınması güç bir tablodur. Bu çalışmada metronidazol alımını takiben oral ve nazal mukozada şiddetli tutulum ile seyreden bir fiks ilaç erüpsiyonu olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** Seksenüç yaşında erkek hastaya gastroenterit tanısıyla siprofloksasin ve metronidazol tedavileri başlanmıştı. Tedavinin dördüncü gününde dil dorsumu, bilateral bukkal mukoza, sert ve yumuşak damakta yaygın erozyon, üzerleri yer yer fibrin tabakasıyla kaplı plaklar, burun içi ve dudaklarda hemorajik krutlar gelişti. Eşlik eden diğer mukoza veya deri lezyonu gözlenmedi. Hastanın son üç yılda iki kez gastroenterit tanısıyla metronidazol tedavisi gördüğü, tedaviyi takiben birkaç gün içinde ağız ve burun içinde benzer şikayetlerin geliştiği, ilacın kesilmesiyle kendiliğinden gerilediği öğrenildi. Bu nedenle ön planda metronidazole bağlı fiks ilaç erüpsiyonu düşünüldü. Metronidazol ile ilaç reaksiyonu arasındaki ilişki, Naranjo ve Dünya Sağlık Örgütü ölçeklerine göre olası olarak değerlendirildi. Metronidazol tedavisi sonlandırılan hastanın lezyonları beş gün metilprednizolon 40mg/gün i.v., profilaktik flukonazol 100mg/gün p.o. ve topikal mupirosin tedavisiyle belirgin olarak geriledi.

**Sonuç:** İzole mukozal tutulumla seyreden fiks ilaç erüpsiyonu nadir bir tablo olup multipl eroziv lezyonlarla seyreden olgularda ayırıcı tanıya otoimmün büllöz hastalıklar ve büllöz ilaç erüpsiyonları (Stevens-Johnson sendromu [SJS], eritema multiforme majör) girmektedir. Olgumuzda lezyonların ilaç kullanımını takiben kısa süre içinde ortaya çıkması otoimmün büllöz hastalıklardan; geçmişte aynı ilaçla, aynı bölgede benzer lezyonların gelişmesi, hızla gerilemesi ve eşlik eden deri tutulumunun olmaması da SJS ve eritema multiforme majör tanılarından uzaklaştırmıştır. İzole mukozal fiks ilaç erüpsiyonunun ayırıcı tanıda akılda tutulmasının agresif

tedavilerin önüne geçilmesi açısından önemli olduğu görüşünderiz.

## PS-31 Pemfigusun klinik özellikleri ve seyri

Hüseyin Cahit Ülker<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Devlet Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Antalya

**Giriş:** Pemfigusun klinik seyrini çok sayıda faktör etkilemektedir. Bu çalışmada, literatürde bildirilenlerin yanı sıra tanıda gecikme, tedavi ve kontrollere gösterilen uyum, tedavi protokolleri, lezyon yerleşim yeri, tedaviye dirençli lezyonların yerleşim yeri gibi faktörlerin pemfigusun klinik seyri üzerine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Metod:** Burada retrospektif olarak büllü hastalıklar polikliniğinde 2005-2010 yılları arasında takip edilen ve histopatolojik incelemeye ek olarak DİF, İİF, ELİSA yöntemleriyle tanı konan 61 pemfigus hastası (ortalama yaş=53.03±13.9; K/E=1.7/1; takip süresi=37.7±32.2 ay) alındı. Hastaların demografik özellikleri, klinik bulguların ortaya çıkışı kronolojik olarak incelendi.

**Sonuç:** Hastalarımızın % 65'inde başlangıçta oral lezyon bulunmaktaydı. Ağız içerisinde en sık tutulum yeri yanak (%37) mukozasıydı. Başlangıç lezyonu ağız mukozası olanların takipleri sırasında atakların ve tedaviye dirençli lezyonların yine daha çok ağızda ortaya çıktığı saptandı (p=0.01). Takip ve tedaviye uyum gösteren hastalarda göstermeyenlere göre PDAI değerlerinde belirgin bir azalma saptandı (p=0.02).). Ailede DM öyküsü varlığının ve vücut kitle indeksi (VKİ) yüksekliğinin ilaca bağlı DM gelişme riskini arttırdığı saptandı (p=0.04, p=0.03 sırasıyla)..

**Tartışma:** Tedaviye dirençli lezyonların ve atakların yerleşim yerlerinin daha çok hastalığın başlangıç yerinde olduğu dikkate alınmalıdır. Osteoporoz gelişiminin, KS kullanım süresiyle, DM gelişiminin ise daha çok aile öyküsü ve başlangıç VKİ ile ilişkili bulunması, yan etkilerin saptanması ve önlenmesi açısından uyarıcı olmalıdır.