



IX DOD

DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

11-13 EYLÜL 2025

HYATT REGENCY İSTİNYEPARK OTEL/İZMİR

3. DOD OKULU

www.doddermatoloji.org



PROGRAM KİTABI



Saygıdeğer Meslektaşlarımız,

Dermatoonkoloji Derneği ve Dermatolojik Eğitim ve Klinik Araştırmalar Derneği iş birliği ile düzenlediğimiz IX. DOD Dermatoloji Gündemi ve III.DOD Okulu 11-13 Eylül 2025 tarihlerinde güzel İzmir’imizde gerçekleştirilmiştir.

Doğası, denizi, imbatı ile ünlü İzmir’in kurtuluşuna denk gelen günlerde toplantımızı yapmış olmanın gururunu hep birlikte yaşadık.

Kongremizde Dermatoloji, Dermatoonkoloji, Dermatoimmunoloji, Dermatolojide Yapay Zeka ve Kozmetoloji gibi konularla akademik gelişimimizi yönlendirmenin yanı sıra meslektaşlarımızın güncel pratiğinde yaşadıkları sorunlara ve gereksinimlere destek olmayı hedefledik.

Katılımlarınız ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Düzenleme Kurulu Adına

Saygılarımızla,

Prof. Dr. İlgen ERTAM SAĞDUYU

Kongre Eş Başkanı

Prof. Dr. Emel ERDAL ÇALIKOĞLU

Kongre Eş Başkanı

IX. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ 2025 KURULLAR

ONURSAL ve KURUCU BAŞKAN

Prof. Dr. A. Şebnem Özkan

KONGRE EŞ BAŞKANLARI

Prof. Dr. İlgen Ertam Sağduyu

Prof. Dr. Emel Çalıkoğlu

KONGRE GENEL SEKRETERLERİ ve 3. DOD OKULU KOORDİNATÖRLERİ

Prof. Dr. Cemal Bilaç

Doç. Dr. Özge Kaya

KONGRE BİLİMSEL KURUL

Doç. Dr. Ayda Acar

Prof. Dr. Akın Aktaş

Prof. Dr. Melih Akyol

Prof. Dr. Sibel Alper

Prof. Dr. İlknur Altunay

Prof. Dr. Deniz Aksu Arıca

Prof. Dr. Dilek Bayramgürler

Prof. Dr. Cemal Bilaç

Prof. Dr. Can Ceylan

Prof. Dr. Emel Erdal Çalıkoğlu

Prof. Dr. Tuğrul Dereli

Prof. Dr. Aylin Türel Ermertcan

Prof. Dr. Selma Emre Evrensel

Prof. Dr. Kamer Gündüz

Prof. Dr. Fatma Aslı Hapa

Prof. Dr. Işıl İnanır

Prof. Dr. Aslı Feride Kaptanoğlu

Prof. Dr. Ali Karakuzu

Doç. Dr. Özge Kaya

Prof. Dr. A. Şebnem Özkan

Prof. Dr. İlgen Ertam Sağduyu

Prof. Dr. Yunus Saral

Prof. Dr. Berna Şanlı

Prof. Dr. Nilgün Şentürk

Uzm. Dr. Banu Taşkın

Doç. Dr. Meltem Türkmen

Prof. Dr. İdil Ünal

Doç. Dr. Rukiye Yasak

*Soyadı Alfabetik Sıralanmıştır.

11 EYLÜL 2025 PERŞEMBE

13:00-14:15 Açılış

14:15-15:30 Mikozis Fungoides'te Merak Ettiklerimiz

Oturum Başkanları: A. Şebnem Özkan, Sibel Alper

14:15-14:30 MF'te Kılavuza Göre Tanı ve Evreleme

14:30-14:45 MF'te Deriye Yönelik Tedaviler

14:45-15:00 İleri Evre MF'te Sistemik Tedaviler

15:00-15:15 MF'te Elektron Beam Tedavisi

15:15-15:30 Soru-Cevap

Salon A

Dilek Bayramgürler

Melih Akyol

Ajda Güneş

Serra Kamer

15:30-15:45 Kahve Arası ☕

15:45-17:00 Onkolojiyle Beraber Hareket Edelim

Oturum Başkanları: Akın Aktaş, Hülya Ellidokuz

15:45-16:00 Dermatoonkolojide Translasyonel Modeller

16:00-16:15 İç Organ Malignitelerine Eşlik Eden Dermatolojik Bulgular

16:15-16:30 Yeni Nesil Onkolojik İlaçların Dermatolojik Yan Etkileri

16:30-16:45 Biyolojik Ajan ve Küçük Moleküller Onkolojik
Yan Etki Riskini Artırıyor mu?

16:45-17:00 Soru-Cevap

Salon A

Yasemin Başbınar

Zeynep Keskinkaya

Nilay Duman

Melis Gönülal

12 EYLÜL 2025 CUMA

08:00-08:30 Akılcı İlaç Oturumu

Salon A

Nursel Altın

08:30-09:45 Psoriasisten Korkmuyoruz

Salon A

Oturum Başkanları: Mehmet Ali Gürer, İlknur Altunay

08:30-08:45 Kılavuzlarda Yeni Ne Var?

Savaş Yaylı

08:45-09:00 Fototerapinin Yeri- Eskimeyen Dost

Cemal Bilaç

09:00-09:15 Hangi Biyolojik İlacı Seçelim?

Murat Borlu

09:15-09:30 Küçük Moleküllerin Yeri

İlknur Altunay

09:30-09:45 Soru-Cevap

08:30-09:45 DOD OKULU - Ders 1: Mikozis Fungoides'te Pratik Bilgiler

Salon B

Oturum Başkanları: Mehmet Salih Gürel, Gülhan Gürel

08:30-08:50 MF Taklitçileri

Ayda Acar

08:50-09:10 MF Tedavisinde Algoritmik Yaklaşım

Gülhan Gürel

09:10-09:30 İleri Evre Olguda Hematoloji Ne Zaman?

Zehra Akşit Bozkına

09:30-09:45 Soru-Cevap

09:45-10:00 Kahve Arası ☕

10:00-11:15 Psoriasisi Nasıl Yönetelim?

Salon A

Oturum Başkanları: Günseli Öztürk, Sevgi Akarsu

10:00-10:15 Çocuk ve Yaşlıda

Esra Adışen

10:15-10:30 Gebede

Sevgi Akarsu

10:30-10:45 Onkolojik Hastada

Nilgün Şentürk

10:45-11:00 Özel Alan Tutulumları

Didem Didar Balcı

11:00-11:15 Soru-Cevap

12 EYLÜL 2025 CUMA

10:00-11:15 DOD OKULU- Ders 2: Mikozis Fungoides Dışı Deri Lenfomaları

Salon B

Oturum Başkanları: Melih Akyol, Dilek Bayramgürler

10:00-10:15 MF Dışı T Hücreli Lenfomalar

Ayris Öztürk

10:15-10:30 B Hücreli Lenfomalar

Meltem Türkmen

10:30-10:45 Psödolenfomalar

Filiz Cebeci

10:45-11:00 PLEVA ve Pitriasis Likenoides Kronika

Sıla Şeremet

11:00-11:15 Soru-Cevap

11:15-11:30 Kahve Arası ☕

11:30-12:45 Güçlü Silahlarımız

Salon A

Oturum Başkanları: Selma Emre, Meltem Türkmen

11:30-11:50 Biyolojik Tedavi Sırasında Aşılama ve Cerrahi

Sinan Doğan

11:50-12:10 Küçük Molekülleri Hangi Hastalıklarda Tercih Edelim?
Nasıl Yönetelim?

Meltem Türkmen

12:10-12:30 IVIG Hangi Durumlarda Etkili?

Selma Emre

12:30-12:45 Soru-Cevap

11:30-12:45 DOD OKULU- Ders 3: Sarkomlar ve Özel Alan Tümörleri

Salon B

Oturum Başkanları: Arzu Kılıç, Işıl İnanır

11:30-11:45 Dermatofibrosarkoma Protuberans

Işıl İnanır

11:45-12:00 Kaposi Sarkomu ve Psödokaposi

Abdullah Kaya

12:00-12:15 Merkel Hücreli Karsinom

Seciye Eda Yüksel

12:15-12:30 Tırnak Tümörleri

Arzu Kılıç

12:30-12:45 Soru-Cevap

12:45-14:00 ÖĞLE ARASI

12 EYLÜL 2025 CUMA

14:00-14:30 UYDU SEMPOZYUMU



Cibinqo ile Atopik Dermatit Tedavisinde Farklı Vakalar

Salon A

Cemal Bilaç

14:30-15:30 İyi Bildiklerimizin Tedavisini Güncelleyelim-1

Oturum Başkanları: Murat Durdu, Ali Karakuzu

Salon A

14:30-14:45 Vitiligo

Özge Kaya

14:45-15:00 Alopesi Areata

Murat Durdu

15:00-15:15 Skabies

Cemal Bilaç

15:15-15:30 Soru-Cevap

14:30-15:30 DOD OKULU- Ders 4: Nevüsten Melanoma

Oturum Başkanları: Aylin Ermertcan, Özlem Özbağcıvan

Salon B

14:30-14:45 Nevüslerde Klinik Çeşitlilik

Tubanur Çetinarslan

14:45-15:00 Melanom Klinik Tipleri ve Evreleme

Özlem Özbağcıvan

15:00-15:15 Güncel Kılavuzlara Göre Tedavi ve Takip

Aylin Ermertcan

15:15-15:30 Soru-Cevap

15:30-15:45 Kahve Arası ☕

15:45-17:00 İyi Bildiklerimizin Tedavisini Güncelleyelim-2

Oturum Başkanları: Kamer Gündüz, Meltem Önder

Salon A

15:45-16:00 Özel Durumlarda Akne Yönetimi

Kamer Gündüz

16:00-16:15 Rozase

Turna Aydoğan

16:15-16:30 Hidradenitis Suppurativa

Neslihan Demirel Öğüt

16:30-16:45 Behçet Hastalığı

Meltem Önder

16:45-17:00 Soru-Cevap

12 EYLÜL 2025 CUMA

15:45-17:00 DOD OKULU- Ders 5: Melanom Dışı Deri Kanserleri

Salon B

Oturum Başkanları: Sema Aytekin, Bengü Gerçekler Türk

15:45-16:05 Skuamöz Hücreli Karsinom ve Öncü Lezyonları

Sema Aytekin

16:05-16:25 Skuamöz Hücreli Karsinom ve Bazal
Hücreli Karsinomda Güncel Tedavi Yaklaşımı

Ferdi Öztürk

16:25-16:45 Deri Tümörlerinin Eksizyonunda 3D Yöntemi

Bengü Gerçekler Türk

16:45-17:00 Soru-Cevap

17:00-17:15 Kahve Arası ☕

17:15-18:15 Alerjide Öne Çıkanlar

Salon A

Oturum Başkanları: Şebnem Aktan, Özlem Su Küçük

17:15-17:30 Atopik Dermatit Kliniği ve Taklitçileri

Özlem Su Küçük

17:30-17:45 Atopik Dermatit Tedavisinde Biyolojik Ajanlar
Küçük Moleküllere Karşı

Özge Sevil Karstarlı Bakay

17:45-18:00 Kronik Ürtikerde Kılavuzu Gözden Geçirelim

Şebnem Aktan

18:00-18:15 Soru-Cevap

13 EYLÜL 2025 CUMARTESİ

08:00-09:00 Sözlü Bildiriler

Salon B

Oturum Başkanları: Zerrin Öğretmen, Ferdi Öztürk

SS-01

{Mikozis fungoides}'te total cilt elektron ışınlanmasında standart ve düşük doz

uygulamalarının karşılaştırılması: Tek Merkez Deneyimi

*Yavuz Anacak, İlgen Ertam Sağduyu, Ayda Acar, Gülfiye Selin İzgi,
Tuğçe Bozkurt, Günseli Öztürk, Emine Serra Kamer*

SS-02

Yanlışlıkla Malign Melanom Tanısı Alan Selüler Blue Nevüs Olgusu

*Ferdi Öztürk, Metehan Bacak, Batuhan Mustafa Demir, Ebru Şebnem Ayva,
Cüyan Demirkese, Hayriye Sarıcaoğlu*

SS-03

Blaschko Hatlarında Yolculuk: Yüzde Üç Lineer Atrofik Lezyon, Üç Farklı Tanı

İbrahim Akçay, Ayda Acar, Banu Yaman, İdil Ünal

SS-04

2010-2025 Yılları Arasında 3. Basamak Sağlık Kurumunda Pitriazis Likenoides

Hastalarının Klinik Özellikleri, Epidemiyolojik Özellikleri ve Tedavi Yanıtlarının
Retrospektif Değerlendirilmesi

Anıl İnan, Ayda Acar, İlgen Ertam Sağduyu

SS-05

2015-2025 Yılları Arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji

Kliniği'nde Fototerapi Alan Psoriasis Hastalarının Klinik ve Tedavi
Özelliklerinin Retrospektif Değerlendirilmesi

Eda Nur Demir, İlgen Ertam Sağduyu, Ayda Acar

SS-06

Pediyatrik Mikozis Fungoides, 14 Yıllık Kapsamlı Bir İnceleme: Epidemiyolojik, Klinik

Bulgular ve Tedavi Yaklaşımları

İlgen Ertam Sağduyu, Irmak Çaprak, Ayda Acar, Banu Yaman, Taner Akalın

09:00-10:15 Büllöz Hastalıklarda Tedaviyi Gözden Geçirelim

Salon A

Oturum Başkanları: Rıfkiye Küçükoğlu, Neslihan Şendur

09:00-09:20 Pemfigus

Rıfkiye Küçükoğlu

09:20-09:40 Büllöz Pemfigoid

Handan Kelekçi

09:40-10:00 IgA ilişkili Büllöz Hastalıklar

İlkay Can

10:00-10:15 Soru-Cevap

13 EYLÜL 2025 CUMARTESİ

09:00-10:15 Kozmetoloji-1. Oturum: İlk Göz Ağrımız, Botoks Uygulamaları

Salon B

Oturum Başkanları: İdil Ünal, Berna Şanlı

09:00-09:20 Yüz Kas Anatomisi

Pelin Kartal

09:20-09:40 Botoks Uygulamalarında Püf Noktalar

İlgen Ertam Sağduyu

09:40-10:00 Komplikasyon Yönetimi

Berna Şanlı

10:00-10:15 Soru-Cevap

10:15-10:30 Kahve Arası ☕

10:30-11:45 Tanıda Algoritmaları Seviyoruz

Salon A

Oturum Başkanları: Can Ceylan, Serap Öztürkcan

10:30-10:50 Genital Ülserler

Nursel Dilek

10:50-11:10 Kutanoz Vaskülitler

Rukiye Yasak Güner

11:10-11:30 Yapay Zeka Dermatolojik Algoritmada Kullanılabilir mi?

Ece Gökyayla

11:30-11:45 Soru-Cevap

10:30-11:45 Kozmetoloji-2. Oturum: Daha Öğrenecek Çok Şey Var, Dolgu Uygulamaları

Salon B

Oturum Başkanları: Şükran Tunalı, Erol Koç

10:30-10:50 Dolgu Uygulamalarında Püf Noktalar

Fatoş Polat

10:50-11:10 Dolgu Uygulamalarında Bütünsel Yaklaşım-Az Ürün İyi Sonuç

Erol Koç

11:10-11:30 Komplikasyon Yönetimi

Burcu Yamangöktürk Solak

11:30-11:45 Soru-Cevap

11:45-12:15 UYDU SEMPOZYUMU 2 ECZACIBAŞI İLAÇ PAZARLAMA

Salon A

Moderatör: İlknur Altunay

Oprelast ile Değişimi Başlatın

Cemal Bilaç

12:15-13:30 ÖĞLE ARASI

13 EYLÜL 2025 CUMARTESİ

13:30-14:45 Dermatoloji Kursu

Salon A

Oturum Başkanları: : Işıl Karaarslan, Pelin Kartal

13:30-13:45 Bazal Hücreli Karsinomda Dermatolojik İpuçları

Ceylan Avcı

13:45-14:00 Skuamöz Hücreli Karsinom ve Aktinik
Keratozda Dermatolojik İpuçları

Ece Gökyayla

14:00-14:15 Özel Nevüslerde (Spitzoid ve Diğerleri)
Dermatolojik İpuçları

Özlem Özbağcıvan

14:15-14:30 Lentigo Maligna ve Melanomda Dermatolojik İpuçları

Bengü Çevirgen Cemil

14:30-14:45 Soru-Cevap

13:30-14:45 Kozmetoloji- 3. Oturum: Vazgeçemediklerimiz, Lazerler

Salon B

Oturum Başkanları: Hakan Erbil, Recep Dursun

13:30-13:50 Karbondioksit Lazer

Recep Dursun

13:50-14:10 Vasküler Lazer

Banu Taşkın

14:10-14:30 Akne Skarlarının Tedavisinde Fraksiyonel Lazer mi?
İğneli Radyofrekans mı?

Emel Erdal Çalıkoğlu

14:30-14:45 Soru-Cevap

14:45-15:00 Kahve Arası ☕

15:00-16:15 Dermatocerrahi Kursu

Salon A

Oturum Başkanları: Tuğrul Dereli, Selcen Kundak

15:00-15:15 Dermatolojik Cerrahide Anestezi

Bengü Gerçekler Türk

15:15-15:30 Dermatocerrahide Püf Noktalar

Tuğrul Dereli

15:30-15:45 Tırnak Biyopsisi ve Cerrahisi

Ayda Acar

15:45-16:00 Bölgelere Göre Cerrahi Kapama ve Dikiş Teknikleri

Alper Alyanak

16:00-16:15 Soru-Cevap

13 EYLÜL 2025 CUMARTESİ

15:00-16:15 Kozmetoloji- 4. Oturum: Gelecekteki Tedaviler

Salon B

Oturum Başkanları: İlgen Ertam Sağduyu, Emel Erdal Çalikoğlu

15:00-15:30 Nanofat ve Svf Eksozom Tedavileri

Eray Copcu

15:30-15:45 Oral Antiaging Destekler Yeni Ne Var?

Aslı Kaptanoğlu

15:45-16:00 Saç Dökülmelerinde Eksozom Etkili mi?

Nermin Varılsüha

16:00-16:15 Soru-Cevap

16:15-17:00 KAPANIŞ

POSTERLER

- PS - 01 Psoriaziform lezyonlarla seyreden sarkoidoz olgusu**
Abdullah Kutay Masat, Işıl İnanır
- PS - 02 Amiyopatik Anti Sae1 pozitif dermatomiyozit olgusu**
Aslıhan Özel, Doğukan Özdemir, Ayda Acar, Ezgi Yıldız Güvercin, Gökhan Keser, Işıl Karaarslan
- PS - 03 Adalimumab tedavisine sekonder gelişen vitiligo olgusunun klinik bulgular ile sunumu**
Ayşegül Ulutaş, Serap Öztürkcan
- PS - 04 Literatürde nadir bir vaka: Rowell sendromu**
Beyza Çolpan, Cemal Bilaç, Peyker Temiz
- PS - 05 Edinsel immün yetmezlik sendromlu hastada toksik epidermal nekroliz {Olgu Sunumu}**
Birsen Naz Karadayı, Ayda Acar, Banu Yaman, Hüsnü Pullukçu
- PS - 06 Trikiemmal kistten gelişen trikiemmal horn**
Büşra Çelik Akbalık, Alper Alyanak, Ufuk Oktay
- PS - 07 Fasiyal yerleşimli sikatris tedavisinde kombine 585nm vasküler lazer ve fraksiyonel CO2 lazer tedavisinin etkili kullanımı: Bir olgu sunumu**
Ceylan Avcı, Emel Erdal Çalıkoğlu
- PS - 08 Psoriasisın iksekizumab ile tedavisi sırasında egzematöz lezyonlar gelişen bir olgu**
Simay Yaşbay, Fatma Aslı Hapa
- PS - 09 Pediatrik hasta: Eritema multiforme major mü Stevens-Johnson sendromu mu?**
Ece Okumuşlar Tozman, Berfin Ece Akbulut, Banu Yaman, Nilay Duman
- PS - 10 Kanserofobiye neden olan foliat papillit: Olgu sunumu**
Ege Nur Yıldız, Kamer Gündüz
- PS - 11 {Pasteurella multocida} ilişkili şiddetli erizipel**
Emircan İnce, Berfin Ece Akbulut, Özcan Sarbat, Melike Yaşar Duman, Ayda Acar
- PS - 12 B hücreli lenfoma ile ilişkili paraneoplastik pemfigus olgusu**
Fatih Boynueğrioğlu, İsmail Esendir, Başak Akıncı, Banu Yaman, Ayda Acar
- PS - 13 Anüler elastolitik dev hücreli granülom**
Furkan Emre Kotan, Banu Yaman, Nilay Duman

- PS - 14 Pemfigoid gestasyones: Topikal tedavi etkinliği**
Gizem Özer, Banu Yaman, Ayda Acar, İdil Ünal
- PS - 15 Büllöz pemfigoidde dupilumab deneyimi: Olgu sunumu**
Selda Işık Mermutlu, Özge Kaya, Zeynep Kesinkaya, Hilmi Ziya Gencer, Zerrin Öğretmen
- PS - 16 Bir adam, tek meslek, üç nadir meslek hastalığı: Literatürde ilk eşzamanlı bildirim**
İbrahim Akçay, Banu Yaman, İlgen Ertam Sağduyu
- PS - 17 Erişkin dönemde tanı alan bir olgu: Darier hastalığı**
İsmail Esendir, Banu Yaman, İdil Ünal
- PS - 18 Evde bakım hastalarında istenen dermatoloji konsültasyonlarının değerlendirilmesi**
Serap Köran Karadoğan, Helingül Alagöz, Hande Özgen, Başak Bayram
- PS - 19 Orf ve tüberkülozis verrükoza kutis: Nadir bir birliktelik**
Tolga Büyükkaya, Mervenur Kanat, Banu Yaman, İdil Ünal
- PS - 20 Erişkinde hızlı büyüme gösteren pilomatrikoma: Dermoskopi ile malign süreçlerden ayırıcı tanı**
Özlem Özbağcıvan, Nurdan Asena Çiftçi



IX DOD

DERMATOLOJİ GÜNDEMİ
11-13 EYLÜL 2025

HYATT REGENCY İSTİNYEPARK OTEL/İZMİR

3. DOD OKULU

www.doddermatoloji.org

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

SS-01

Mikozis fungoides'te total cilt elektron ışınlamasında standart ve düşük doz uygulamalarının karşılaştırılması: tek merkez deneyimi

Yavuz Anacak¹, İlgen Ertam Sağduyu², Ayda Acar², Gülfiye Selin İzgi², Tuğçe Bozkurt¹, Günseli Öztürk², Emine Serra Kamer¹

¹Ege Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Radyoterapi, MF tedavisinde etkili tedavi seçeneğidir. Erken evre ve lokalize hastalıkta lokal radyoterapi yanıt oranları yüksek olup ileri evre ve yaygın hastalıkta tüm cilt elektron ışınlaması (TSEI) en uygun radyoterapi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. TSEI, cildin homojen dozla ışınlanmasını ve toksisiteden kaçınmak amacıyla iç organların korunmasını gerektiren karmaşık bir tedavi yöntemi olup amacı cilt hastalığını kontrol altına almak, semptomları azaltmaktır. Bu çalışma TSEI ile elde edilen tedavi yanıtlarını, sağkalım sonuçlarını değerlendirmektedir.

YÖNTEM:

2011-2025 arasında MF tanılı 47 olguya Modifiye Stanford Tekniği kullanılarak TSEI uygulanmıştır. Olgular özel bir pozisyonlama düzeneği kullanılarak altı saha ve çift gantri açısıyla, günlük 1-1.2 Gy fraksiyon dozlarıyla tüm cilt yüzeyine tedavi almış, 2011-2016 arasında 19 hastaya 36 Gy standart doz radyoterapi (SD-TSEI); 2017-2025 arasında ise 28 hastaya 12 Gy düşük doz radyoterapi (LD-TSEI) uygulandı. LD grubunda ilk seri radyoterapi sonrası yanıt alınamayan veya relaps-progresyon gösteren 12 hastaya ikinci seri TSEI ve 3 hastaya üçüncü seri TSEI uygulandı. Olguların yaş ortalaması 57 (31-88) olup 13'ü (%27,7) kadın, 34'ü (%72,3) erkek cinsiyetti. TNMB evreleme sistemine göre 2 olgu (%4,3) evre I, 22'si (%46,8) evre II, 14'ü (%29,8) evre III ve 9'u (%19,1) evre IV olarak evrelendi.

BULGULAR:

SD grubunda 15 hastada tam yanıt, 4 hastada kısmi yanıt; LD grubunda 20 hastada tam yanıt ve 8 hastada kısmi yanıt elde edildi. Ortalama relaps süresi HD grubunda 14,8 ay iken LD grubunda 11,6 aydı. İlk TSEI uygulanmasından itibaren 5 yıl hastalığa özel sağkalım SD:%42,1 ve LD:%72,2 ($p>0,05$); genel sağkalım SD:%50,1 ve LD:%75 ($p>0,05$) olarak hesaplandı. Bir hastada lökopeni ve tüm hastalarda hafif-orta eritem dışında yan etki gözlenmedi.

SONUÇ:

TSEI, MF tedavisinde tüm evrelerde kullanılabilen etkili bir seçenektir. Tanıdan TSEI endikasyonuna kadar geçen süre yaklaşık 5 yıl olup, tedavi sonrası hastaların yarısı 5 yıl içinde progresyon veya başka nedenlerle kaybedilmektedir. SD-TSEI yüksek tam yanıt sağlasa da ciddi cilt toksisitesine, yoğun bakım ihtiyacına ve relaps sonrası yeniden ışınlamada zorluklara yol açar. LD-TSEI ile tam yanıt oranları, HD-TSEI uygulamasına göre daha düşük olmakla beraber sağkalım açısından her iki uygulama arasında bir fark bulunmamaktadır. 12 Gy olarak seriler halinde uygulanan, gerektiğinde tekrarlanabilen LD-TSEI, kolay uygulanabilirliği, düşük toksisitesi, tekrarlanabilir oluşu nedeniyle merkezimizde tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mikozis fungoides, Radyoterapi, Sağkalım, TSEİ, Yanıt oranı

Tablo 1

	SD-TSEİ	LD-TSEİ	Tüm Grup
Yıl	2011-2016	2017-2025	2011-2025
Hasta Sayısı	19	28	47
Fraksiyon Dozu	1.2 Gy	1 Gy	
Fraksiyon Sayısı	30	12	
Toplam Doz	36 Gy	12 Gy	
2. Seri TSEİ	2 Hasta	12 Hasta	12 Hasta
3. Seri TSEİ		3 Hasta	3 Hasta

Tablo 2.

	SD-TSEİ	LD-TSEİ	Tüm Grup
Yıl	2011-2016	2017-2025	2011-2015
Yanıt (CR / PR)	15 / 4	20 / 8	35 / 12
Relaps	17	21	38
Relaps Süresi	14.8 ay	11.6 ay	13 ay
Exitus	15 / 19	8 / 28	23 / 47
5y - DSS*	%42,1	%72,2	%61
5y - OS**	%50,1	%75	%54,4

*DSS, hastalığa özel sağkalım; **OS, genel sağkalım. CR: Tam yanıt; PR: Parsiyel yanıt

SS-02

Yanlışlıkla Malign Melanom Tanısı Alan Selüler Blue Nevüs Olgusu

Ferdi Öztürk¹, Metehan Bacak¹, Batuhan Mustafa Demir¹, Ebru Şebnem Ayva², Cüyan Demirkese³, Hayriye Sarıcaoglu¹

¹Uludağ Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Acıbadem Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Melanom, yüksek insidans ve mortalite oranlarına sahip agresif bir deri kanseridir. Selüler blue nevüs, ilk olarak 1949 yılında Allen tarafından tanımlanmış olup, genellikle gluteal bölge, baş-boyun ve ekstremiteler bölgelerinde dermis ve deri altı dokuda yerleşimli küçük melanositik bir tümör olarak ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte, selüler blue nevüs gibi bazı benign melanositik lezyonlar hem klinik hem de histopatolojik olarak melanomu taklit edebilir. Bu durum yanlış tanıya ve gereksiz tedavilere neden olabilir. Doğru tanı, hem gereksiz cerrahi girişimleri önlemek hem de hastada oluşabilecek psikolojik yükü azaltmak açısından büyük önem taşır.

OLGU:

32 yaşında kadın hasta, gebelik sırasında boyut artışı gösteren gluteal bölgedeki bir nevüsün cerrahi olarak çıkarılması öyküsü ile başvurdu. Cerrahi işlem Temmuz 2024'te Yunanistan'daki bir hastanede gerçekleştirilmişti. Eksize edilen lezyonun histopatolojik değerlendirmesi sonucunda, başlangıçta malign melanom tanısı konulmuş; Breslow kalınlığı 14 mm, Clark seviyesi IV, çevre cerrahi sınırlar 1–3 mm ve derin cerrahi sınır pozitifliği olarak raporlanmıştı. Hasta, söz konusu malign melanom tanısının ileri yönetimi ve takibi amacıyla Eylül 2024'te kliniğimize başvurdu.

PET BT görüntülemesinde sakral bölgede cerrahiye bağlı değişikliklerle uyumlu ılımlı FDG tutulumu dışında özellik saptanmadı. Takiben, hastaya dış merkezde sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) ve lezyonun geniş reeksizyonunu yapıldı. Orijinal patoloji preparatlarının tekrar değerlendirilmesinde nükleer pleomorfizm, tümör nekrozu veya atipik mitoz içermeyen iğsi hücreli melanositik proliferasyon saptandı ve mitotik aktivite $<1/\text{mm}^2$ olarak değerlendirildi. Bulgular selüler blue nevüs ile uyumluydu.

İnguinal SLNB örneğinde, kapsüler ve trabeküler bölgelerde Melan-A ve Sox-10 ile pozitif boyanan, ancak PRAME negatif olan iğsi melanositik hücreler izlenmiştir. Belirgin sitolojik atipi olmaması, PRAME negatifliği ve hücrelerin lenf nodu içindeki yerleşim şekli, benign nevüs hücre inklüzyonu lehine yorumlanmıştır. Üçüncü merkez görüşü ile primer lezyonun selüler blue nevüs, SLNB bulgularının ise benign intranodal nevüs inklüzyonları olduğu doğrulanmıştır.

SONUÇ:

Bu olgu, selüler blue nevüsün malign melanomu taklit edebileceğini ve yanlış tanıya neden olabileceğini göstermektedir. Klinikopatolojik korelasyonun dikkatli yapılması ve PRAME gibi yardımcı immünohistokimyasal belirteçlerin kullanılması, tanı doğruluğu açısından önemlidir. Dermatolog ve patoloğların bu tür taklitçi lezyonlara karşı farkındalığı, gereksiz tedavi uygulamalarının önüne geçilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Selüler blue nevüs, melanom taklitçileri, yanlış tanı, sentinel lenf nodu biyopsisi, PRAME

Resim 1.



Eksizyon Öncesi Sağ Gluteal Bölgede Nodüler Lezyon

Resim 2.



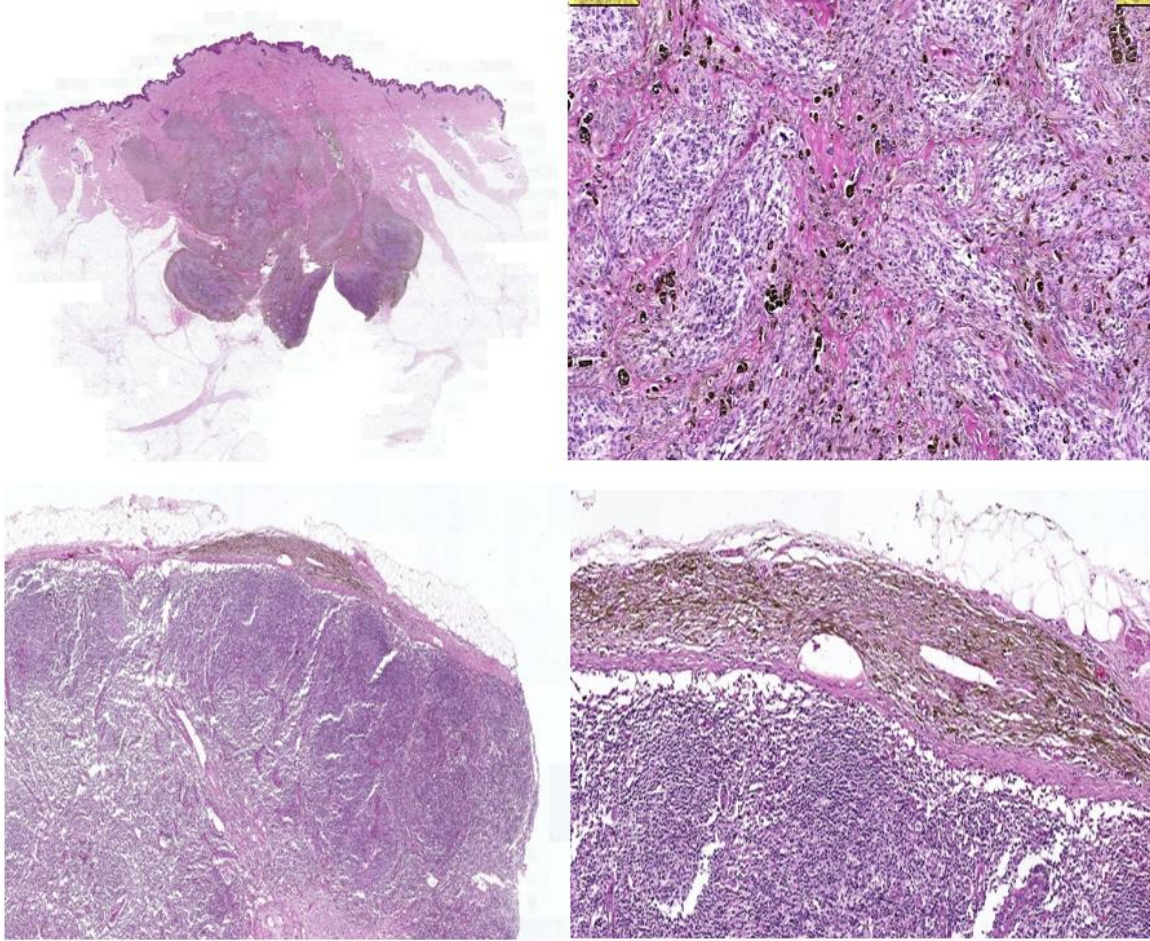
Eksizyon Sonrası Sağ Gluteal Bölge

Resim 3.



Sentinel Lenf Nodu Eksizyon Bölgeleri (inguinal bölge)

Resim 4.



İntrakapsüler/İntratrabüler Benign Nevüs İnküzyonları

SS-03

Blaschko Hatlarında Yolculuk: Yüzde Üç Lineer Atrofik Lezyon, Üç Farklı Tanı

İbrahim Akçay¹, Ayda Acar¹, Banu Yaman², İdil Ünal¹

¹Ege Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç-Yöntem

Blaschko hatları, embriyonik dönemde epidermal hücrelerin klonal migrasyonunu yansıtan görünmez çizgilerdir. Bu çalışmada, bir ay içinde yüzün sağ tarafında benzer lineer atrofik plaklarla başvuran üç kadın olgu karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Klinik benzerliklerine rağmen, her biri klinik, histopatolojik ve görüntüleme bulgularına dayanarak farklı tanıları almıştır. Bu olgular, yüz bölgesinde lineer atrofik lezyonlarla seyreden dermatozlarda ayırıcı tanının önemini vurgulamakta ve farklı etiyolojilere dair farkındalık yaratmayı amaçlamaktadır.

Bulgular

Olgu 1:

40 yaşındaki kadın hasta, frontal bölgeden başlayarak sağ kafa derisine doğru uzanan lineer, skleroatrofik ve hiperpigmente bir plak ile başvurdu. Saçlı deride sikatrisiyel alopesi, saçlı deri ve kulak arkasında eritemli, skuamli ve kaşıntılı annüler plaklar mevcuttu. Dermoskopide foliküler tıkaçlar, beyaz yapısız alanlar ve yüzeyel telanjiektaziler izlendi. Serolojik incelemede ANA, 1/80 titrede granüler paternle pozitif; anti-SSA pozitifliği saptandı. Frontal saç çizgisinden alınan biyopside epidermal atrofi, bazal hücrelerde vakuoler dejenerasyon ve direkt immüno Floresan (DIF) incelemesinde dermoepidermal bileşkede granüler IgM birikimi izlendi. Tüm bulgular doğrultusunda, hasta en coup de sabre'yi taklit eden diskoid lupus eritematozus (DLE) tanısı aldı.

Olgu 2:

36 yaşındaki kadın hasta, 9 yaşında başlayan ve sağ alın, burun ile çeneyi tutan lineer, atrofik ve sklerotik bir plak nedeniyle başvurdu. ANA, 1/80 titrede granüler paternle pozitif saptandı. Şiddetli baş ağrılarının yakının hastanın kranial görüntülemeleri olağan olarak değerlendirildi. Histopatolojik incelemede dermiste yaygın subkutan fibrozis, foliküler yapı kaybı izlendi. Klinik ve histopatolojik bulguların ışığında hastaya en coup de sabre morfea tanısı kondu.

Olgu 3:

35 yaşındaki kadın hasta, 12 yıldır ilerleyici seyirli olarak sağ frontotemporal bölgeden başlayarak alın ve buruna uzanan lineer atrofi ile başvurdu. Lezyon, alın ve burunun sağ üçte birlik bölümünü etkiliyordu. ANA, 1/320 titrede granüler paternle pozitif; izole anti-DFS70 pozitifliği (+++) saptandı. Kranial görüntülemede alın ve burun bölgesinde subkutan yağ dokusunda atrofi gözlemlendi. Klinik, serolojik ve görüntüleme bulguları doğrultusunda hastaya Parry-Romberg sendromu tanısı kondu.

SONUÇ

Benzer klinik görünümle seyreden ve birbirini taklit edebilen lineer atrofik yüz lezyonlarında doğru tanıya ulaşmak, multidisipliner yaklaşım gerektirir. Yüzde blaschko hattı boyunca seyreden bu üç nadir olgu literatürde ilk kez aynı seride karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Bu bildiri, yüzde lineer atrofik lezyonlarda ayırıcı tanının zorluğunu ve tanısal farkındalığın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ayırıcı tanı, Diskoid lupus eritematozus, En coup de sabre morfea, Parry-Romberg sendromu, Blaschko çizgileri

Olgu Fotoğrafları



En Coup De Sabreyi Taklit Eden Diskoid Lupus Eritematozus; En Coup De Sabre Morfea, Parry Romberg Sendromu tanımlı hastalar

Ayırıcı Tanı Tablosu

PARAMETRELER	En Coup De Sabreyi Taklit Eden DLE	En Coup De Sabre Morfea	Parry Romberg Sendromu
Tipik Başlangıç Yaşı	30-50 yaş	Çocukluk – erken erişkinlik	10-20 yaş
Klinik Dağılım	Frontal saç çizgisi boyunca lineer sklerotik ve atrofik plak; saçlı deri ve diğer bölgelerde diskoid ek lezyonlar	Lineer sklerotik plak; alın, burun, çene bölgelerini de kapsayabilen	Yüzün bir yarısında konkav atrofi, subkutan yağ kaybı, ilerleyici asimetri
Dermoskopi Bulguları	Foliküler tıkaçlar, beyaz yapısız alanlar, yüzeysel telanjiektaziler	Beyaz yapısız alanlar, atrofiye eşlik eden pigment düzensizliği	Atrofik ve soluk zemin ve pigment değişiklikleri
Histopatolojik Özellikler	Epidermal atrofi, bazal vakuoler dejenerasyon, perifoliküler lenfosit infiltratı, DIF'te immünooglobulin birikimi	Dermal fibrozis ve kolajen artışı, deri ek yapılarında kayıp	Subkutan yağ dokusu kaybı, dermiste hafif infiltrasyon saptanabilir
Serolojik Bulgular	ANA (+), anti-SSA/SSB pozitifliği görülebilir	ANA genelde negatif veya düşük titrede pozitif	ANA (+) olabilir
Görüntüleme Bulguları	Genellikle olağan; atipik yerleşimlerde değerlendirilebilir	BT/MRG ile cilt altı yağ dokusu, yumuşak doku ve fibrotik değişiklikler izlenebilir	BT/MRG ile cilt altı yağ dokusu, kas ve/veya kemik düzeyinde atrofi izlenebilir
Ayırıcı Tanıda Önemli Nokta	Dermoskopi, DIF ve eşlik eden diskoid lezyonlar ayırıcı tanıda yardımcıdır	Histopatolojik olarak belirgin fibrozis ve folikül kaybı tanıda belirleyicidir	Klinik progresyon, yüz asimetrisi ve subkutan atrofi ayırıcı tanıda yardımcıdır

SS-04

2010-2025 Yılları Arasında 3. Basamak Sağlık Kurumunda Pitriazis Likenoides Hastalarının Klinik Özellikleri, Epidemiyolojik Özellikleri ve Tedavi Yanıtlarının Retrospektif Değerlendirilmesi

Anıl İnan, Ayda Acar, İlgen Ertam Sağduyu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

AMAÇ:

Pitriazis likenoides (PL), PLEVA (pityriasis lichenoides et varioliformis acuta) ve PLK (pityriasis lichenoides chronica) olmak üzere iki formu bulunan nadir inflamatuvar dermatozdur. Çalışmada merkezimizde takipli PL hastalarının klinik özellikleri, tedavi yanıtları, gelişen yan etkilerin ve nükslerin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

2010–2025 yılları arasında dermatoloji kliniğimize başvurarak PL tanısı almış hastaların dosyaları retrospektif olarak taranmıştır. Dahil edilen 35 hastanın demografik bilgileri, klinik bulguları, biyopsi sonuçları, önceki ve merkezimizde başlanan tedavileri, fototerapi detayları, tedavi yanıtı ve nüks gelişimi değerlendirilmiştir. Nüks, yeniden sistemik tedavi ihtiyacı olarak tanımlandı. Nüks tedavileri analiz edildi. İstatistiksel analizler SPSS25.0 programıyla gerçekleştirildi, anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR:

Dahil edilen 35 hastanın 22'si (%62.9) kadın, 13'ü (%37.1) erkek, yaş ortalaması 36.63 ± 16.74 olarak saptandı. Hastaların 9'unda komorbidite mevcut olup en sık hipertansiyon saptanmıştır. Hastalar 31 PLK (%88.6) ve 4 PLEVA (%11.4) olarak sınıflandırıldı. Hastaların 29'unda (%82.9) biyopsi uyumlu, 6'sında (%17.1) şüpheli olarak raporlandı. Hastaların 14'ü başvuru öncesinde sistemik tedavi almıştı, en sık sistemik antibiyotik (%25.7) kullanılmıştı.

35 hastadan 18 (%51.4)'ine dbUVB fototerapi, 15 (%42.9)'ine fototerapi dışı sistemik tedavi, 2 (%5.7)'sine yalnızca topikal kortikosteroid başlandı. Fototerapi dışı sistemik tedavide azitromisin (n=9), doksisisiklin (n=4), asitretin (n=1) ve izotretinoin (n=1) verildi. Ortalama seans sayısı 49.6 ± 23.6 , kümülatif doz $47.1 \pm 21.5 \text{ J/cm}^2$ hesaplandı. Fototerapiye bağlı yan etki 6 hastada gözlemlendi (3'ünde belirgin eritem, 2'sinde hafif eritem, 1'inde kaşıntı).

Fototerapi alan 18 hastanın tamamında, sistemik antibiyotik alan 13 hastanın 9'unda, isotretinoin ve asitretin başlanan 1'er hastada, topikal steroid başlanan 2 hastanın 1'inde tedavi yanıtı alındı. Fototerapi başlanan hastalarla sistemik antibiyotik başlananların tedavi yanıtı karşılaştırıldığında fototerapi daha üstün saptandı ($p < 0.05$).

Tedaviye yanıt veren 30 hastanın 11'inde nüks gözlemlendi. Bu hastaların 3'üne fototerapi, 5'ine sistemik antibiyoterapi, 1'ine metotreksat, 2'sine sistemik tedaviyi reddettikleri için topikal steroid verildi. Fototerapi başlanan ve nüks gelişen hastalarda incelenen fototerapi parametreleriyle nüks arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

SONUÇ

PL hastalarının klinik seyri, tedaviye yanıtları ve nüks oranları heterojenlik göstermektedir. dbUVB tedavisi, sistemik antibiyotiğe kıyasla daha yüksek tedavi yanıtıyla dikkat çekmiştir. Nüks gelişen hastalarda, nüks gelişimiyle ilgili incelenen parametreler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hastalığın nadir görülmesi nedeniyle tedavide bireyselleştirilmiş yaklaşım önemli olup, dbUVB etkili ve güvenli bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dar bant UVB fototerapi, Pityriasis lichenoides (PLEVA, PLK), Retrospektif klinik değerlendirme, Sistemik antibiyotik tedavisi, Tedavi yanıtı ve nüks

Demografik ve Klinik Veriler

Parametre	PLK/PLEVA (n=35)
PLEVA/PLK (n/%)	
PLEVA	4 (%11,4)
PLK	31 (%88,6)
Cinsiyet	
Kadın	22 (%62,9)
Erkek	13 (%37,1)
Yaş (ortalama)	36.63 ± 16.74
Hastalık Süresi (ortalama ay)	40,09
Ek Hastalık	
Yok	26
Var	9
Semptom Lokalizasyonu	
Gövde ve Ekstremiteler	31
Ekstremiteler	3
Gövde	1
Biyopsi	
Uyumlu	29 (%82,9)
Şüpheli	6 (%17,1))

Fototerapi Dışı Tedavi Verileri

	Fototerapi Dışı Tedavi Alanlar (n= 17)
Başlanan Tedavi	
Topikal Steroid	2
Sistemik Antibiyotik (n=13)	13
Azitromisin	9
Doksisiklin	4
Retinoid (n=2)	2
Asitretin	1
İsotretionin	1
Tedavi Yanıtı	
Yanıt Alındı	12
Yanıt Alınmadı	5
Tedavi Sonrası Nüks (Yanıt Alan Hastalarda n=12)	
Yok	9
Var	3

Fototerapi Verileri

	Fototerapi Tedavisi Uygulanmış Hastalar (n= 18)
Erişkin/Pediyatrik	
Erişkin (>18 yaş)	16
Çocuk (<18 yaş)	2
Deri Tipi	
1	1
2	13
3	4
4	0
5	0
Yan Etki	
Yok	12
Var	6
Hafif Eritem	2
Belirgin Eritem	3
Kaşıntı	1
Tedavi Yanıtı	
Yanıt Alındı	18
Yanıt Alınmadı	0
Tedavi Sonrası Nüks	
Yok	10
Var	8
Toplam Seans Sayısı (ortalama)	49,6 ± 23,6
Kümülatif Doz (ortalama)	47,1 ± 21,5 J/cm ²
Seans Başına Ortalama Doz (ortalama)	1,02 J/cm ²

Fototerapi-Sistemik Antibiyotik Tedavi Kıyaslama

Başlanan Tedavi	Tedavi Yanıtı	
	Yanıt Var	Yanıt Yok
Fototerapi (db UVB)	18	0
Sistemik Antibiyotik	9	4

Tedavi Verileri

	PLK/PLEVA (n=35)
Önceden Alınan Sistemik Tedavi	
Sistemik tedavi almamış	21
Sistemik tedavi almış	14
azitromisin	3
doksisiklin	6
metotreksat	1
asitretin	2
isotretionin	1
fototerapi	1
Başlanan Tedavi	
Fototerapi (duvb)	18
Sadece Topikal Tedavi (topikal steroid)	2
Fototerapi Dışı Sistemik Tedavi	15
azitromisin	9
doksisiklin	4
asitretin	1
isotretionin	1
Tedaviye Yanıt	
Yanıt alındı	30
Yanıt alınmadı	5
Tedavi Yanıt Alınan Hastalar (n=30)	
Tedavi Sonrası Nüks	
Var	11
Yok	19
Nüks Eden Hastalar (n=11)	
Nüks İçin Başlanan Tedavi	
Fototerapi (duvb)	2
Fototerapi (puva)	1
doksisiklin	1
azitromisin	4
metotreksat	1
topikal steroid	2
Nükse Kadar Geçen Süre Ortalama Süre (ay)	4,64
Nüks Tedavisine Yanıt	
Var	10
Yok	1

SS-05

2015-2025 Yılları Arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde Fototerapi Alan Psoriasis Hastalarının Klinik ve Tedavi Özelliklerinin Retrospektif Değerlendirilmesi

Eda Nur Demir, İlgen Ertam Sağduyu, Ayda Acar

Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Bu çalışmanın amacı, psoriasis hastalarında fototerapi yanıt oranlarına etki eden faktörleri belirlemek ve ileriye yönelik tedavi stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

YÖNTEM:

Bu retrospektif çalışmada, 2015–2025 yılları arasında kliniğimizde PUVA, NB-UVB, lokal PUVA, lokal NB-UVB uygulanan 227 psoriasis hastası değerlendirildi. Tek tip fototerapi almış ve tek alt tipe sahip 201 hasta analize dahil edildi. Demografik özellikler, alt tipler, komorbiditeler, sistemik tedavi öyküsü, artrit, fototerapi türü, doz, seans sayısı, PASI skorları, yan etkiler, tedavi bırakma nedenleri ve Fitzpatrick deri tipi kaydedildi. İstatistiksel analizler SPSS 25.0 programı ile gerçekleştirilmiş olup anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Hastalar palmoplantar psoriasis ($n=48$), palmoplantar püstülosis ($n=25$), plak tip ($n=102$) ve guttat tip ($n=26$) olarak sınıflandırıldı. Çalışmaya dahil edilen 227 hastanın %52,9'u kadın, %47,1'i erkekti; palmoplantar tip kadınlarda, plak tip erkeklerde daha sık izlendi ($p < 0,001$). Ortalama yaş $45,1 \pm 14,7$ yıl olup, en yaygın alt tip plak psoriasis idi (%48,5). Hastaların %28,6'sında komorbidite (en sık hipertansiyon), %4,8'inde psoriatik artrit, %8,4'ünde aile öyküsü vardı. %86,2'si Fitzpatrick deri tipi 2 idi. %76,7'si sistemik tedavi almamıştı; alanların %17,2'si asitretin, %6,2'si diğer ajanları kullanmaktaydı.

Fototerapi yöntemlerinden sistemik NB-UVB %54,8 ile en sık tercih edilirken, lokal PUVA %25,9, lokal NB-UVB %19,4 oranında uygulandı. Yan etki oranı %7 ile düşüktü; %76,9 oranında tedavi tamamlandı. En sık bırakma nedenleri yanıt yetersizliği (%8) ve hasta isteği idi (%6,7).

Toplam kümülatif doz $61,5 \pm 73,9$ J/cm², ortalama seans sayısı $29,5 \pm 18,6$ idi. Başlangıç PASI skoru 7,88'den 3,82'ye geriledi. Palmoplantar tipler daha yüksek doz ve daha fazla seansla tedavi edildi ($p < 0,001$).

Fototerapi öncesi-sonrası PASI tüm alt tiplerde anlamlı azaldı ($p < 0,001$); en iyi yanıt plak ve guttat tiplerdeydi. Psoriasis tipi ve fototerapi tipine göre PASI skorları anlamlı farklılık gösterdi ($p < 0,001$); en yüksek değerler sistemik NB-UVB grubundaydı.

SONUÇ:

Fototerapi, psoriasis tedavisinde etkili ve güvenli bir yöntemdir. Palmoplantar psoriasis ve püstülosis daha dirençli alt tipler olup, daha yüksek doz ve uzun süreli tedavi gerektirmiştir. Düşük yan etki ve yüksek tedavi tamamlama oranları fototerapinin güvenilirliğini desteklemektedir. PASI skorları tedavi sonrası anlamlı şekilde azalmıştır. Çalışma, alt tipe ve hasta özelliklerine göre bireyselleştirilmiş fototerapi stratejilerinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: fototerapi, psoriasis, retrospektif

SS-06

Pedriatrik Mikozis Fungoides, 14 Yıllık Kapsamlı Bir İnceleme: Epidemiyolojik, Klinik Bulgular ve Tedavi Yaklaşımları

İlgen Ertam Sağduyu¹, Irmak Çaprak¹, Ayda Acar¹, Banu Yaman², Taner Akalın²

¹Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Mikozis fungoides (MF), en yaygın kutanöz T-hücreli lenfoma olup çocuklukta nadir görülür. Pedriatrik olgular sıklıkla hipopigmente plaklar ve benign dermatozları taklit eden formlarla görülerek tanıda gecikmelere yol açabilmektedir. Bu çalışmada, 2011–2025 yılları arasında izlenen 11 pedriatrik MF olgusunun epidemiyolojik, klinik özellikleri ile tanı ve tedavi yaklaşımları değerlendirilerek, tanısal farkındalık ve uzun dönem izlem gerekliliğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Fototerapi Birimi'nde 2011–2025 yılları arasında takip edilen, tanı anında 0–18 yaş aralığında, verileri eksiksiz 11 pedriatrik MF hastası retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların demografik bilgileri, klinik alt tipleri, lezyon lokalizasyonları, biyopsi sonuçları, tedaviler ve yanıtları analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 25.0 programıyla gerçekleştirilmiş, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR:

On bir hastanın 6'sı (%54,5) erkek, 5'i (%45,5) kadındı; başlangıç yaş ortalaması 9,55 (min.-maks: 2 –17), tanı yaş ortalaması 11,91 (min.-maks: 3 –18) idi. Hastaların 2'sinde ek hastalık mevcuttu: vitiligo (n=1), polikistik böbrek (n=1). İlk tanılar: atopik dermatit (%18,2), dermatit (%63,6), liken aureus (%9,1), pitriyazis rosea (%9,1) idi. Hastaların %45,4'ü hipopigmente, %27,3'ü follikülotropik, %27,3'ü klasik MF tanısı aldı. %90,9'u (n=10) evre 1B, %9,1'i (n=1) evre 1A idi. Lezyonlar %36,4 (n=4) eritemli yama, %45,4 (n=5) hipopigmente yama, %18,2 (n=2) foliküler ve alopesik yama şeklindeydi. Lezyonların %54,6'sı gövdede, %27,3'ü bacak, %18,2'si koldaydı. Biyopsilerde %54,6'sı kuşkulu, %45,4'ü MF uyumluydu. Tedavide; yalnız topikal steroid alan iki hastadan biri tam, biri kısmi yanıt verdi. DUVB ve topikal steroid kombinasyonu uygulanan iki hastadan biri tam, biri kısmi yanıtlıydı. PUVA ile topikal steroid alan bir hastada kısmi yanıt alındı. Tam yanıt alınan hastaların %50'si folikülotropik, %25'i hipopigmente, %25'i klasik MF tanılıydı. MF alt tipleri ile tedavi yanıtları arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktu. ($p=0,943$) Hastalığın başlangıç ve tanı yaşı ile MF alt tipleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktu. ($p=0,28$ $p=0,1$)

SONUÇ:

Çalışmada, olguların çoğu hipopigmente/eritemli yama ile evre 1B'de tanı almıştır.Çoğunda ilk tanı dermatitti, bu da tanıda gecikmeye neden olabilecek klinik benzerliği göstermektedir. En sık alt tip hipopigmente MF'tir, lezyonlar ağırlıklı olarak gövde ve ekstremitelerde yerleşmiştir. Topikal tedavi ve fototerapi en sık uygulanan yöntemlerdir. Genel tedavi yanıtı yüksek bulunmuştur. Bulgular erken tanının ve uzun dönem izlemin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mikozis fungoides, pedriatrik, fototerapi



IX DOD

DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

11-13 EYLÜL 2025

HYATT REGENCY İSTİNYEPARK OTEL/İZMİR

3. DOD OKULU

www.doddermatoloji.org

POSTER BİLDİRİ SUNUMLARI

PS-01

Psoriaziform Lezyonlarla Seyreden Sarkoidoz Olgusu

Abdullah Kutay Masat, Işıl İnandır

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa

GİRİŞ

Sarkoidoz, multisistemik, nonkazeifiye granülomatöz inflamasyonla karakterize, etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış kronik bir hastalıktır [1]. En sık akciğerleri ve mediastinal lenf nodlarını tutmakla birlikte; deri, göz, karaciğer gibi birçok sistemi etkileyebilir [2]. Kutanöz sarkoidoz, hastaların %25'inde görülür ve oldukça değişken klinik formlarda kendini gösterebilir [3]. Psoriaziform (psoriazis benzeri) lezyonlar sarkoidozda nadir bir kutanöz bulgudur ve ayırıcı tanıda klinisyeni zorlayabilir [4].

OLGU SUNUMU

Bir senedir saçlı deride ve gövdede yaygın döküntü şikâyeti olan 39 yaşında erkek hasta dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Son iki aydır döküntülerle birlikte öksürük ve nefes darlığında artış tarifliyordu. Hastanın 9 yıl önce akciğer sarkoidozu tanısı aldığı, ancak daha önce hiç cilt lezyonu gelişmediği öğrenildi [5]. Herhangi bir sistemik veya topikal ilaç kullanımı yoktu. Mevcut döküntüler psoriaziform görünümlü olup saçlı deri, üst ekstremitelerde ekstansörlerinde yerleşimliydi. Klinik ön tanı olarak kutanöz sarkoidozun psoriaziform varyantı düşünülerek biyopsi alındı ve hasta, sarkoidoz reaktivasyonu açısından göğüs hastalıklarına yönlendirildi. Göğüs hastalıkları tarafından istenen toraks BT'de bilateral hiler LAP ve parankimal fibrotik değişikliklerde progresyon saptandı. Serum ACE düzeyi referans üst sınırının belirgin üzerinde ölçüldü [6]. Hasta, göğüs hastalıkları tarafından sarkoidoz reaktivasyonu olarak değerlendirilerek sistemik steroid (doz düşümü planıyla prednol 32 mg/gün) tedavisi başlandı. Başlanan tedavi sonrası döküntülerde belirgin gerileme izlendi. Biyopsi sonucu nonkazeifiye granülomlarla uyumlu olup sarkoidoz başta olmak üzere granülomatöz dermatitlerle uyumlu raporlandı [7].

SONUÇ

Kutanöz sarkoidoz, klinik olarak birçok dermatozu taklit edebilir ve psoriaziform görünümle prezente olması nadirdir [4,8]. Bu olguda olduğu gibi, daha önce sistemik sarkoidoz tanısı almış hastalarda ortaya çıkan atipik döküntüler, hastalığın reaktivasyonu açısından önem taşır. Doğru tanı için klinik, histopatolojik ve sistemik değerlendirme bir bütün olarak ele alınmalıdır [9]. Psoriazis benzeri lezyonların sadece psoriazise özgü olmadığını ve granülomatöz dermatozların da bu şekilde prezente olabileceğini akılda tutmak gereklidir [10].

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, psoriaziform, dermatit, granülomatöz

Fig1.



Ön profilden 4 haftalık sistemik steroid tedavisi öncesi (sol) ve sonrası (sağ)

Fig2.



Sağ yan profilden 4 haftalık sistemik steroid tedavisi öncesi (sol) ve sonrası (sağ)

PS-02

Amiyopatik Anti Sae1 Pozitif Dermatomiyozit Olgusu

Aslıhan Özel¹, Doğukan Özdemir¹, Ayda Acar¹, Ezgi Yıldız Güvercin², Gökhan Keser², Işıl Karaarslan¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ:

Dermatomiyozit proksimal kas güçsüzlüğü ve deri bulgularıyla seyreden otoimmünite zemininde gelişen idiyopatik sistemik miyopatidir. Kas ve deri bulguları dışında, pulmoner, kardiyak ve gastrointestinal sistemleri tutabilmektedir. Hastalık nadir de olsa, miyozit olmadan deri bulguları ile başlayabilir. Amiyopatik Dermatomiyozit (CADM) olarak bilinen bu tabloda, en az 6 ay süreyle kas bulguları olmadan sadece gottron papülleri, gottron belirtisi, ve heliotrop döküntü gibi deri bulguları olur. Olguların yaklaşık %5'inde ileride kas tutulumu da eklenerek klasik dermatomiyozit gelişir. Bu yazıda CADM şeklinde başlayan, sonrasında kas tutulumu eklenen, deri bulguları tedaviye dirençli, Anti-Sae1 pozitif bir olgu sunulmaktadır.

OLGU:

57 yaş kadın hasta Mart 2024'te yüzde, kollarda kaşıntı ve deride kızarıklık nedeniyle dış merkeze başvurusunda bası ürtikeri düşünülerek antihistaminik tedavisi verilmiş. Lezyonlarının gerilememesi nedeniyle metilprednizolon da verilen hastanın göz kapaklarında şişlik başlaması ve lezyonlarının yayılması üzerine Ocak 2025'te servisimize yatırıldı. Dermatolojik muayenesinde periorbital bölgede ödem, yüzde eritematöz döküntü, nazolabial sulkuslarda eritem (Resim-1), sternal bölgede kırmızı-viyalose renkte yamasal lezyon ve birkaç adet anüler görünümde viyalose renkte maküler lezyon, sırt üst tarafında kırmızı-viyalose renkte yamasal lezyon, aynı zamanda flajellat eritemleri (Resim-2), saçlı deride, periungal bölgede eritem tespit edildi. Hastanın kas gücü ve kas enzimleri dahil, biyokimya testleri normaldi. Sırt üst kısımdaki eritemli yamasal alandan alınan deri biyopsisi interfaz dermatitiyle uyumlu bulundu. Yatışının yaklaşık 15. gününde ilk kez kas enzimleri yüksek (Kreatin kinaz: 832 U/L, miyogloblin: 722 µg/L) saptandı. İnflamatuvar miyozit paneli istendi ve Anti Sae1 pozitifliği görüldü. Romatoloji'ye devrolan hastaya beş gün pulse metilprednizolon tedavisi verildi ve 1 mg/kg/gün parçalı dozla idame edildi. Siklofosfamid 1000 mg pulse tedavisi ve ardından endikasyon dışı onay ile beş günde toplam 2gr/kg IVIG tedavisi verildi. Daha sonra yine endikasyon dışı onay ile klasik dozda Rituksimab (15 gün arayla iki kere 1000 mg) verildi. Bu tedaviyle kas enzimleri normal geldi. Fakat idame metilprednizolon dozunun 16 mg altına inmesiyle, deri lezyonları tekrar alevlendi. Mikofenolat mofetil ve siklosporin A tedavilerinin eklenmesiyle deri lezyonları da kontrol altına alındı.

SONUÇ:

Anti Sae1 pozitifliği dermatomiyozit olgularında nadir görülmektedir. Deri bulgularının ön planda ve dirençli olduğu bir alt grubu tanımlar. Henüz kas enzimlerinin normal olduğu ama özgün deri bulgularının öncelik ettiği olgularda hastalığın CADM şeklinde başlayabileceğini klinisyen akılda bulundurmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Amiyopatik, anti sae 1, dermatomiyozit,

Resim-1



Periorbital bölgede ödem, yüzde yaygın eritematöz döküntü mevcut. Nazolabial sulkuslarda da eritem olduğu dikkat çekmekte.

Resim-2



Sırt üst tarafında kırmızı-viyalose renkte yamasal lezyon aynı zamanda flajellat eritemler dikkati çekmekte. Birkaç adet anüler paternde maküler lezyon görülmekte.

PS-03

Adalimumab tedavisine sekonder gelişen vitiligo olgusunun klinik bulgular ile sunumu

Ayşegül Ulutaş, Serap Öztürkcan

Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

Vitiligo epidermal melanositlerin kaybı sonucu gelişen kronik, deride depigmentasyona yol açan bir hastalıktır. Vitiligo lezyonları genellikle sütlü beyaz renkte sınırları belirgin makuler lezyonlar şeklinde görülür. Vitiligo hem çevresel hem genetik nedenlerle meydana gelebilir. Genetik olarak Crohn hastalığı, ülseratif kolit, tiroid hastalıkları, psoriasis gibi birçok otoimmün hastalıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Çevresel nedenler araştırıldığında literatürde immün check point inhibitörü ilaçlar, anti TNF ajanlar ile ilişkili vitiligo lezyonları gelişen olgular bildirilmiştir. Biz de bu olgumuzda anti TNF ajan olan Adalimumab kullanımına bağlı vitiligo lezyonları gelişen hastamızdan bahsedeceğiz.

Otuz beş yaş erkek hasta kliniğimize 2 aydır olan ellerde beyaz leke şikayeti ile başvurdu. Romatoid artrit nedeniyle dış merkezde takip edilmekteydi. Bilinen başka ek hastalık ve düzenli kullandığı ilaç yoktu. Hastanın kendisinde ve ailesinde vitiligo öyküsü bulunmamaktaydı. Hasta daha önce Adalimumab subkutan tedavi 4 doz almıştı ve bu tedaviden sonra ellerden başlayıp bileklere uzanan leke şikayeti ile gelmişti. Lekelerin Adalimumab kullanımından yaklaşık 1 ay sonra meydana geldiğini beyan ediyordu. Romatoloji doktoru tarafından Adalimumab tedavisi kesilmiş Secukinumab tedavisine geçilmişti. Yapılan dermatolojik fizik muayenede bilateral el dorsumunda ve bilateral el bileklerinde hipopigmente makuler lezyonlar mevcuttu. (Resim-1 ve 2) Yapılan Wood bakısında lezyonlar depigmente görünümdeydi. Biz hastamıza haftaiçi takrolimus %0.1 merhem haftasonu mometazon furoat %0.1 krem tedavisi verdik ve 1 ay sonra poliklinik kontrolü önerdik. Yapılan bazı çalışmalarda Secukinumab kullanımı sonrasında vitiligo lezyonlarında artış saptandığını gördük ve hastamızı ilaç değişimi açısından romatoloji doktoruna yönlendirdik.

Anti-TNF ajanlarla tedavi sırasında vitiligo gelişimini açıklamak için birkaç hipotez önerilmiştir. Epidemiyolojik veriler TNF inhibisyonunun sitokin dengesini bozduğunu ve ardından epidermise otoreaktif T hücrelerinin salınmasına yol açarak melanositlerin yıkımına neden olabileceğini desteklemektedir. Bir diğer hipotez TNFα'nın melanogenez üzerindeki fizyolojik etkisinin durdurulmasından kaynaklanabiliyor olmasıdır. Yapılan çalışmalar vitiligoya yatkınlığı olan ancak henüz vitiligo geliştirmemiş kişilerde hastalığın başlangıcını tetikleyebildiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, otoimmünite, vitiligo

Resim 1



Klinik görünüm. Hastanın poliklinik başvuru sırasında bilateral el dorsumunda hipopigmente maküler lezyonları mevcuttu.

Resim 2



Hastanın poliklinik başvurusu sırasında bilateral el bileklerinden ön kola uzanan hipopigmente makuler lezyonları görülmekte.

PS-04

Literatürde Nadir Bir Vaka: Rowell Sendromu

Beyza Çolpan¹, Cemal Bilaç¹, Peyker Temiz²

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Manisa

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Manisa

GİRİŞ-AMAÇ:

Rowell sendromu, lupus eritematozus ile eritema multiforme (EM) benzeri cilt lezyonlarının birlikteliği ile karakterize nadir bir hastalıktır. Lupus ve EM arasındaki ilişki ilk kez Scholtz tarafından 1922 yılında tanımlansa da 1963 yılında Profesör Neville Rowell ve meslektaşları, diskoid lupus eritematozus (DLE) ve EM benzeri deri lezyonları olan dört kadın hastayı literatüre bildirmiştir. Bu olgu bildirisinde; iki sene önce sistemik lupus eritematozus(SLE) tanısı alan, benekli tip ANA pozitifliği ile birlikte, anti Ro(SS-A), anti La (SS-B) pozitifliği izlenen 32 yaşında bir kadın hastada, yeni gelişen EM lezyonlarının klinik ve histopatolojik bulguları sunulmuştur.

OLGU:

Otuz iki yaşında kadın hasta, son iki haftadır yüz bölgesi ve tüm vücutta, kaşıntı ve yanma hissinin eşlik ettiği yaygın kızarıklık şikayeti ile acil servise başvurusu sonrasında tarafımıza yapılan konsültasyonda değerlendirildi. Dermatolojik muayenesinde; yüzde, özellikle her iki malar bölge ve çene bölgesinde belirgin olmak üzere ve tüm vücutta, yer yer hedef tahtası şeklinde olan, çapları 5-50 mm arasında değişen, eritemli-ödemli plak ve papüller(Fotoğraf 1-2); her iki palmoplantar bölgede 5-10 mm çaplarında eritemli-viyolase renkli, hedef tahtası benzeri grube papüller(Fotoğraf 3-4); ağız içinde, sağ üst 3. molar diş hizasında, 4-5 mm boyutlarında oral mukozada erozyon izlendi (Fotoğraf 5). Subakut lupus eritematozus, enfeksiyona ve/veya ilaçlara bağlı EM, granüloma annulare, ürtikeryal vaskülit ve RS ön tanılarıyla hasta Dermatoloji Kliniği'nde interne edildi.

Detaylı onam formu alınarak yatış ön tanıları ile dirseğindeki vezikülobüllöz lezyondan punch biyopsi (4 mm) alındı. Bulgular "EM ile uyumludur" şeklinde raporlandı (Fotoğraf 6- 7). Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde, hasta SLE ve EM birlikteliği ile Zeitouni ve arkadaşlarının literatürde önerdiği tanı kriterlerini karşılayarak Rowell sendromu olarak değerlendirildi.

Hastaya intravenöz (IV) prednizolon (1 mg/kg/gün) formunda 60 mg/gün steroid başlandı. Göz konsültasyonunda patoloji saptanmayan hastaya hidroksiklorokin (günde iki kez 200 mg) tedaviye eklendi. Yeni çıkan ve dirençli olan lezyonlarına %0,05 klobetazol 17-propiyonat krem (topikal) tedavisi başlandı. Vücutta oluşabilecek yeni lezyonlar açısından ve biyopsi alanının pansumanı ile hasta tarafımızca rutin takibe alındı.

TARTIŞMA-SONUÇ:

Bu olgu; Torchia ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Rowell sendromu için literatürde önerilen tanı kriterlerini kronik kutanöz lupus eritematozus bulguları yokluğunda karşılamamış olsa da 2000 yılında Zeitouni ve arkadaşları tarafından önerilen 3 major + 1 minör tanı kriterlerini karşıladı ve kliniğimizce Rowell sendromu olarak değerlendirilerek takip ve tedavisi yapıldı.

Anahtar Kelimeler: eritema multiforme(EM), rowell sendromu (RS), sistemik lupus eritematosus (SLE)

Fotoğraf-1



Dermatolojik muayenesinde; tüm vücutta, yer yer hedef tahtası şeklinde olan, çapları 5-50 mm arasında değişen,eritemli-ödemli plak ve papüller

Fotoğraf-2



Fotoğraf-3



her iki palmoplantar bölgede 5-10 mm çaplarında eritemli-viyolase renkli, hedef tahtası benzeri grube plaklar

Fotoğraf-4

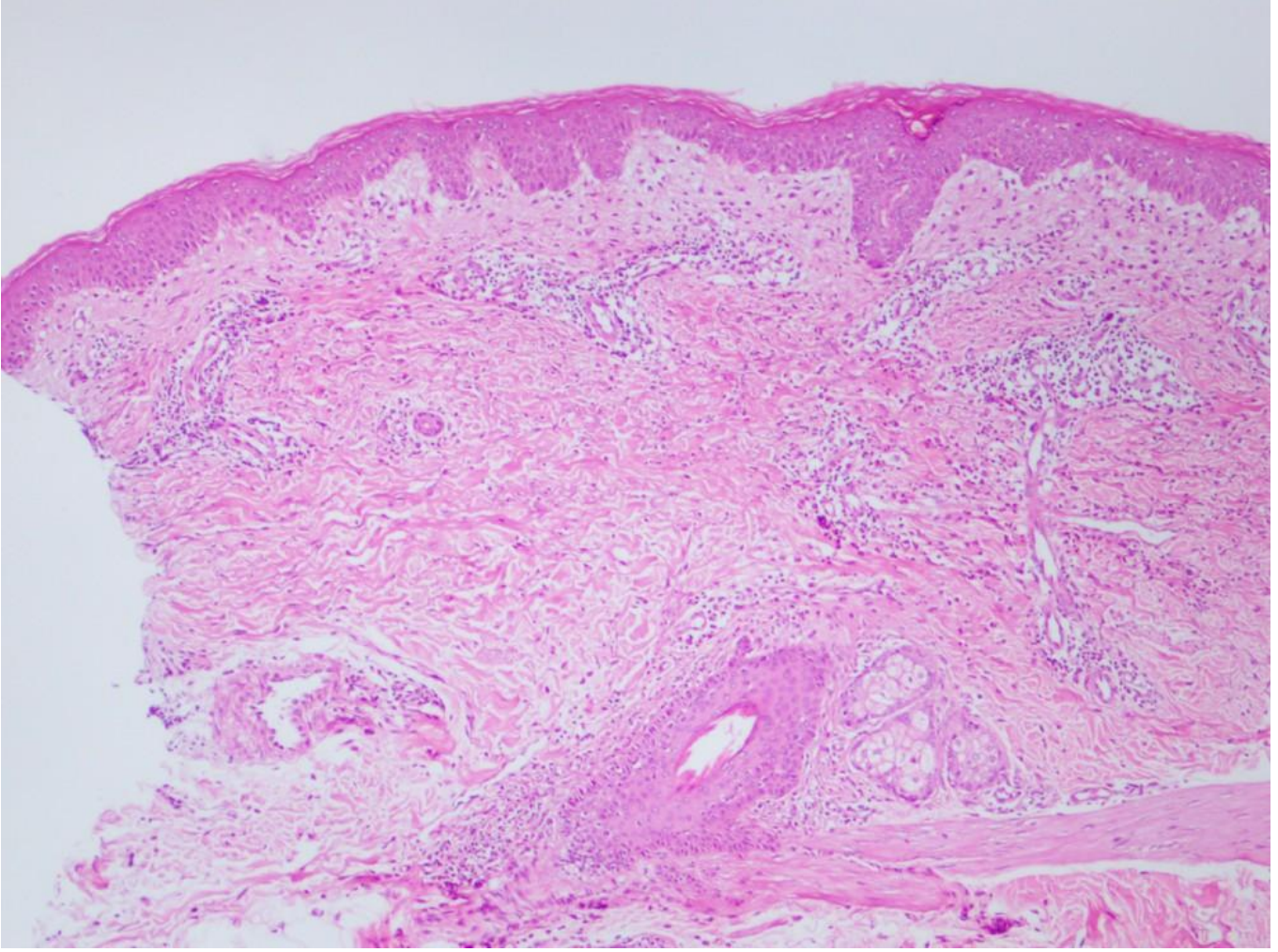


Fotoğraf-5



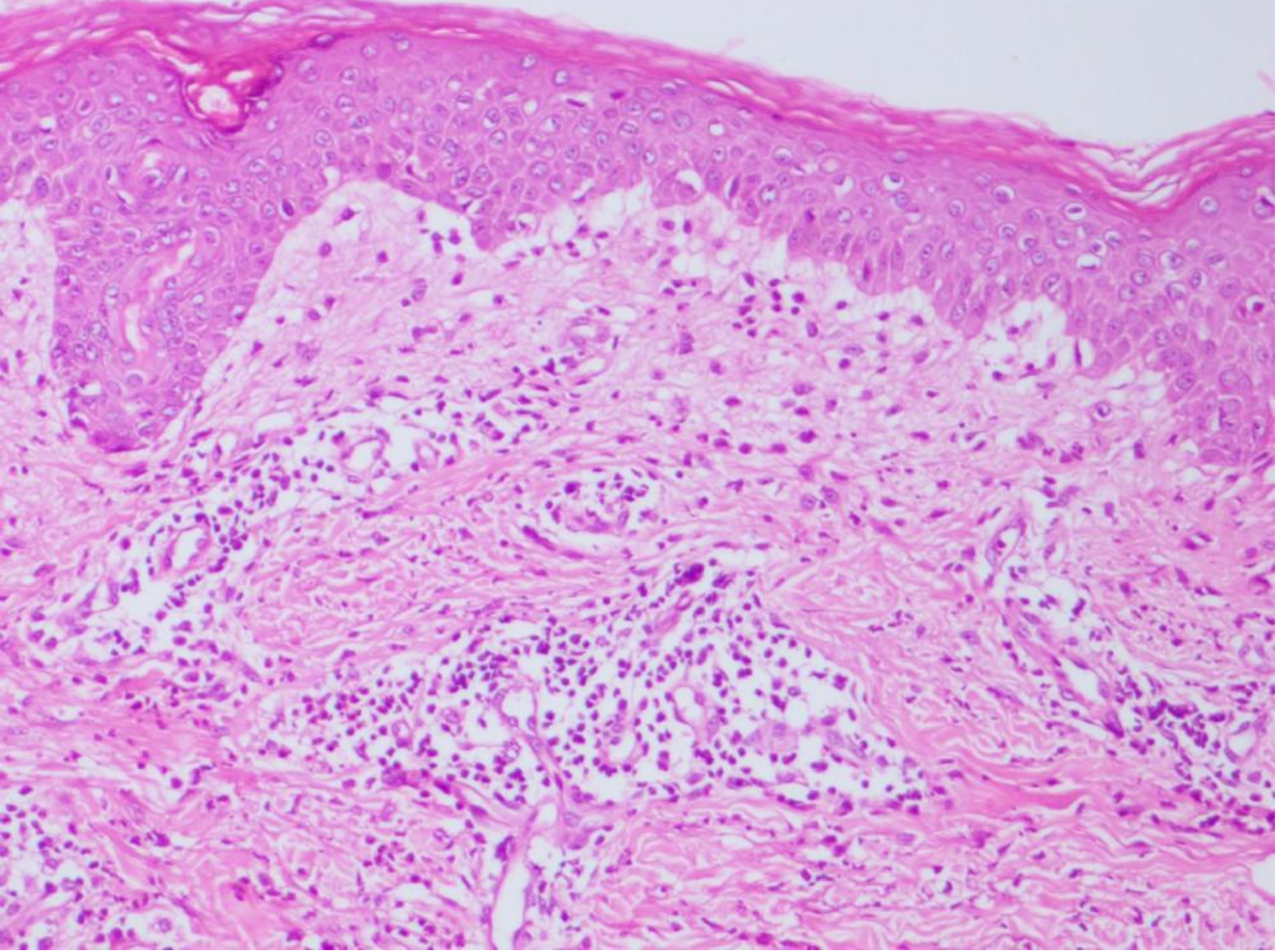
Ağız içinde, sağ üst 3. molar diş hizasında, 4-5 mm boyutlarında oral mukozada erozyon izlendi

Fotoğraf-6



Olağan epidermis altında bazal vakuolizasyon, papiller dermiste ödem ve perivasküler kronik yangısal hücre infiltrasyonu

Fotoğraf-7



Olağan epidermis altında bazal vakuolizasyon, papiller dermiste ödem ve perivasküler kronik yangısal hücre infiltrasyonu

PS-05

Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromlu Hastada Toksik Epidermal Nekroliz Olgu Sunumu

Birsen Naz Karadayı¹, Ayda Acar¹, Banu Yaman², Hüsnü Pullukçu³

¹Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş-AMAÇ:

Toksik epidermal nekroliz (TEN); akut başlangıçlı, deri ve mukozaları tutan şiddetli döküntü ile seyreden bir hastalıktır. Nadir görülmesine rağmen yüksek mortalite ve morbiditeye yol açan TEN'in erken tanı ve tedavisi önem taşımaktadır. İlaçlar en yaygın tetikleyici ajan olarak kabul edilen hastalıkta, enfeksiyonlar ve aşılar da etiyolojide suçlanmaktadır. Çeşitli risk faktörlerine sahip hastalarda toksik epidermal nekroliz gelişme sıklığı artmış olup, kazanılmış immün yetmezlik sendromlu hastalarda TEN gelişim riskinin yaklaşık 1000 kat arttığı saptanmıştır.

YÖNTEM:

Kazanılmış immün yetmezlik sendromlu, sitomegalovirüs pnömonisi nedeniyle gansiklovir, dışkıda criptosporium saptanması üzerine azitromisin tedavilerinin üçüncü haftasında yaygın döküntü şikayetiyle tarafımıza danışılan ve toksik epidermal nekroliz tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

BULGULAR:

Kırk yedi yaş erkek hasta, bilinen ülseratif kolit ve kazanılmış immün yetmezlik sendromlu hasta sitomegalovirüs ve aspergillus pnömonisi nedeniyle enfeksiyon hastalıkları servisinde yatarak tedavi edilmiştir. Gansiklovir ve amfoterasin B tedavileri başlanmış. Takibi sırasında hematokezya gelişen hastanın dışkıda criptosporium saptanması üzerine azitromisin antibiyoterapisi eklenmiş. Hasta deri döküntüsü nedeniyle tarafımıza danışılmış olup tüm vücutta yaygın purpurik döküntü, oral mukozada erode alanlar, Nikolsky pozitifliği nedeniyle toksik epidermal nekroliz düşünülerek frozen biyopsi alınmıştır. Frozen biyopsi sonucu tam kat nekroz olarak sonuçlanan hasta 2gr/kg İVİG ve 0,5 mg/kg metilprednizolon ile tedavi edilmiştir.

SONUÇ:

Toksik epidermal nekroliz, dermatolojik acil durumlardan biri olup; tanı ve tedavide geç kalınmaması gereken bir durumdur. Bu olgu sunumumuzda TEN hastamızın tanı ve tedavi süreci ve ayırıcı tanılar literatür bilgileri eşliğinde tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: ilaç reaksiyonu, kazanılmış immün yetmezlik sendromu, toksik epidermal nekroliz,

deri döküntüsü



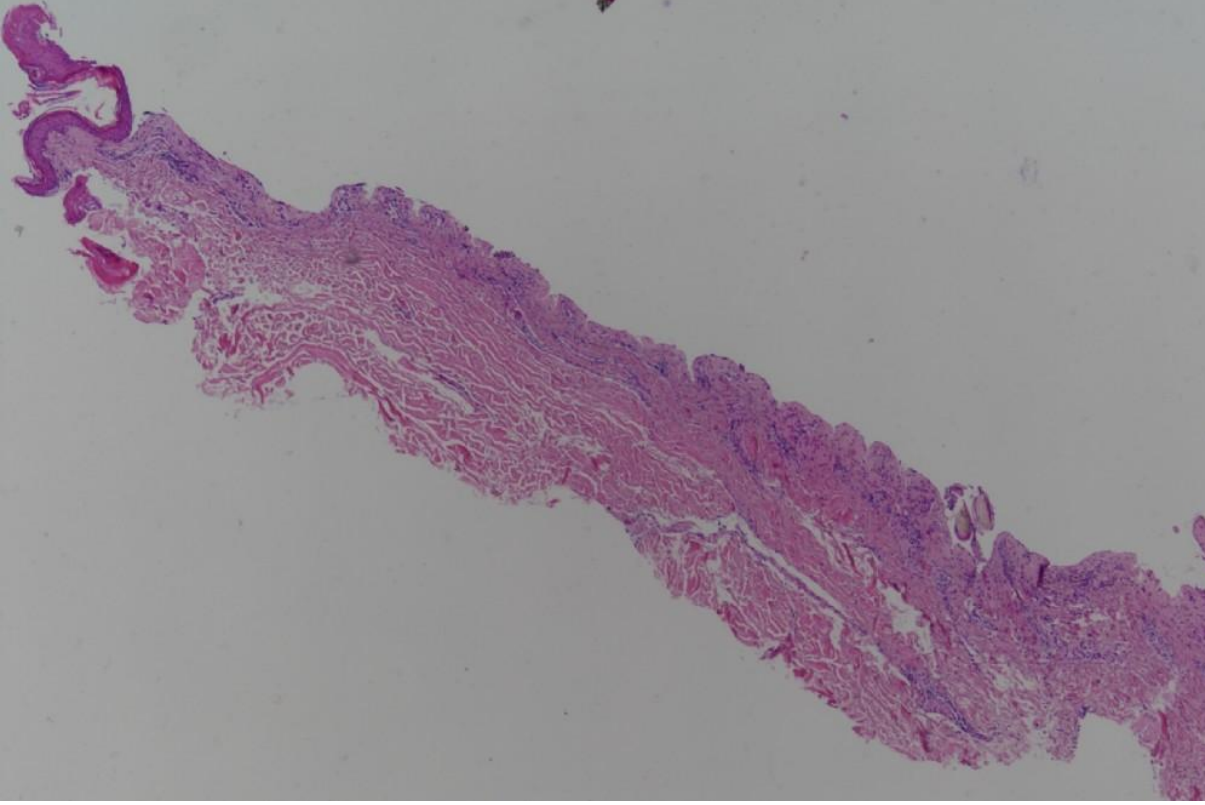
Benekli toksik epidermal nekroliz

mukoza tutulumu



Dudakta erozyon

patoloji epidermal nekroz



Epidermal nekroz

PS-06

Trikilemmal kistten gelişen trikilemmal horn

Büşra Çelik Akbalık, Alper Alyanak, Ufuk Oktay

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ

Trikilemmal kist, saç folikülünün dış kök kılıfından kaynaklanan, özellikle saçlı deride ve kadınlarda daha sık görülen iyi huylu bir adneksal tümördür. Hastalar genellikle tek lezyonla başvururlar, ancak bazen birden fazla lezyon görülebilir.

Trikilemmal horn, granüler tabaka içermeyen trikilemmal keratinizasyon ile karakterizedir nadir bir kutanöz horn alt tipidir. Trikilemmal kistlerin rüptüründen sonra ya da boşaltılma girişimi sonrası gelişebileceği bildirilen nadir bir tablodur. Bu yazıda, trikilemmal kistten gelişen trikilemmal horn olgusu sunulmaktadır.

OLGU

49 yaşında kadın hasta, son 3 aydır kafa derisinde yavaş büyüyen, ağrısız, sert yüzeyli bir kitle ile başvurdu.

Fizik muayenede, sol parietal bölgede yer alan 2 cm çapında, eritemli subkutan nodül ve nodülün merkezinden yüzeye doğru uzanan, yaklaşık 1,5 cm çapında, bitişik, sert, sarımsı iki papül gözlendi.

Ultrasonografide, bölgeyi kaplayan kitlenin heterojen bir iç yapıya sahip olduğu, kaba kalsifikasyonlar içerdiği ve vasküler yapılardan yoksun olduğu, trikilemmal kisti düşündürdüğü belirtildi. Alınan punch biyopsi sonucu trikilemmal kist olarak raporlandı.

TARTIŞMA

Trikilemmal keratinizasyon, granüler tabaka oluşturmaksızın keratinositlerin lameller keratin içinde ani olgunlaşmasıyla karakterizedir. Bu özellik, trikilemmal kistlerin, trikoepiteliomaların ve proliferatif trikilemmal tümörlerin temel ayırt edici histolojik bulgusudur.

Literatürde, trikilemmal kistlerden sonra trikilemmal horn geliştiğine dair nadir vakalar bildirilmiştir. Lim ve arkadaşları, trikilemmal kistin üstünde gelişen boynuz benzeri yapının, trikilemmal horn olarak adlandırılabilceğini vurgulamıştır

Trikilemmal horn genellikle benign karakterde olmasına rağmen, ayırıcı tanı açısından trikilemmal kist, epidermoid kist, aktinik keratoz, skuamöz hücreli karsinom gibi oluşumlarla ayrımı önemlidir.. Bu nedenle, histopatolojik değerlendirme kritik önemdedir.

SONUÇ

Trikilemmal boynuz, kutanöz boynuzun nadir görülen bir varyantıdır ve genellikle kafa derisindeki trikilemmal kistlerden gelişir. Klinik olarak klasik kutanöz boynuzlara benzese de, histopatolojik olarak trikilemmal keratinizasyon ile ayırt edilir. Bu gibi durumlarda malignite olasılığı göz ardı edilmemeli ve cerrahi eksizyondan sonra histolojik inceleme yapılmalıdır. Bu sunum, iyi huylu kistik lezyonların dikkat çekici ve nadir görünömlere sahip olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Trikilemmal kist, trikilemmal horn, kutanöz horn

trikilemmal horn



trikilemmal kistten çıkan trikilemmal horn



PS-07

Fasiyal yerleşimli sikatris tedavisinde kombine 585nm vasküler lazer ve fraksiyonel CO2 lazer tedavisinin etkili kullanımı: bir olgu sunumu

Ceylan Avcı, Emel Erdal Çalikoğlu

Dokuz Eylül Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Yüz yerleşimli sikatrisler hastalarda anksiyete ve depresyon gibi ağır duygusal yüke neden olabilmektedir. Sutur sonrası oluşan cerrahi yara izleri eritemli, atrofik ya da hipertrofik olduğu zaman daha da dikkat çekici olmaktadır. Burada, yüzün sağ yarısında araç içi trafik kazası sonrası laserasyon nedeni ile sutur atılmış hastanın sikatris tedavisinde kullanılan vasküler ve fraksiyonel CO2 lazer kombinasyon tedavisinin etkinliği değerlendirilmiştir.

OLGU:

22 yaşında kadın hasta yüz sağ yarısında oblik yerleşimli lineer uzanım gösteren sikatris nedeni ile DEUTF Dermatoloji Anabilim Dalı Kozmetoloji ünitesine başvurdu. Hastanın 6 ay önce araç içi trafik kazası sonrası kafa travması ve yüz derisinde laserasyon nedeni ile sutur öyküsü bulunmaktaydı. Deri bilimsel bakısında, sağ zigomatik bölgeden üst dudak sağ yarısına ve glabelladan frontal alana uzanan üzerinde telengiektaziler olan yer yer atrofik sikatris alanları izlendi (Resim 1.a-1.b). Hastanın onamı alındıktan sonra sikatris alanlarına 585nm vasküler lazer (5w/20ms, 1,2 mm) ve sonrasında fraksiyonel CO2 lazer (10.2mj/340µs) tedavisi uygulandı. Bir ay aralar ile toplam 3 seans tedavi uygulanan hastanın kontrol muayenesinde eritem ve telengiektazilerde gerileme, atrofik ve parlak beyaz görünümde ve sikatris genişliğinde azalma izlendi (Resim 2.a-2.b). Hastanın yaz aylarındaki tedavisi radyofrekans mikroigneleme ve intralezyonel trombositten zengin plazma şeklinde devam etmektedir.

SONUÇ:

Olgumuzda her iki lazerin kombine kullanımı ile sikatrisin hem vasküler hem de strüktürel bileşenlerine eşzamanlı olarak etki edilmesi amaçlanmıştır. 585 nm dalga boyundaki vasküler lazer özellikle hemoglobini selektif olarak hedef alarak telanjiektazi damar duvarında termal hasar oluşturur ve vasküler regresyona neden olur. Vasküler lazerin cerrahi sikatrislerde pigmentasyon, damarlanma, esneklik ve yükseklik açısından etkili ve güvenli olduğu randomize kontrollü çalışmaların değerlendirildiği bir meta-analizde gösterilmiştir. Fraksiyonel CO₂ lazer (10.600 nm dalga boyu) fraksiyonel ablasyon yoluyla mikroskobik termal hasar zonları oluşturur. Bu sayede hem epidermal hem de dermal düzeyde kontrollü hasar meydana gelir ve bu da neokollajenezis, elastin sentezi ve epidermal rejenerasyonu uyarır. Fraksiyonel yapı, sağlam doku adacıklarının korunmasını sağlayarak iyileşmeyi hızlandırır ve komplikasyon riskini azaltır. Literatürde kombinasyon tedavilerinin yanık sikatrislerinde monoterapiye göre daha etkili olduğu belirtilmiştir. Yüz bölgesindeki sikatrislerin yönetimi estetik kaygılar nedeniyle dikkatli bir yaklaşım gerektirdiğinden kombine vasküler ve fraksiyonel CO₂ lazer tedavisi uyguladığımız olguyu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: yüzde sikatris, fraksiyonel CO₂ lazer, vasküler lazer, kombinasyon tedavisi

Resim 1.a ve 1.b



Resim 2.b ve 2.b



PS-08

PSORİASİSİN İKSEKİZUMAB ile TEDAVİSİ SIRASINDA EGZEMATÖZ LEZYONLAR GELİŞEN BİR OLGU

Dr. Simay Yaşbay, Prof. Dr. Fatma Aslı Hapa

Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Abd, İzmir

Literatürde anti IL17-A tedavileri sırasında egzamatöz erüpsiyonların gelişebildiği görülmektedir. Secukinumab tedavisi sırasında göz kapağı dermatiti gelişen bir hastada tedavinin kesilmesi ile dermatit gerilemiştir(2). İnfliximab ile psoriatik artrit tedavisi alan başka bir hastada sedef semptomları gerilerken tedavinin birinci haftasında egzamatöz lezyonlar çıkmış ve tedavi kesilmiştir. İxekizumab tedavisine geçildikten sonra infliximab tedavisinde görülene benzer egzamatöz lezyonlar görülmüştür. İxekizumab tedavisi de kesilmiş ve egzamatöz lezyonlar topikal kortikosteroidler ile tedavi edilmiştir(3). Başka bir vakada ixekizumab tedavisinin 5. ayında egzamatöz lezyonları gelişen hasta ixekizumabın kesilmesi, oral prednisolon tedavisine rağmen egzamatöz lezyonların tedavisi sağlanamamış, dupilumab tedavisine başlanmıştır. Dupilumab tedavisinin 2. haftasında egzamatize lezyonlarda remisyon görülmüştür(4). Bu vakalardan çıkarılabileceği gibi psoriasis tedavisi sırasında çıkan atopik dermatit benzeri lezyonlar; ilaca spesifik bir durum değildir.

Anahtar Kelimeler: İxekizumab, Psoriasis, Egzema

PS-09

Pediyatrik hasta: Eritema Multiforme Major mü Stevens-Johnson Sendromu mu?

Ece Okumuşlar Tozman¹, Berfin Ece Akbulut¹, Banu Yaman², Nilay Duman¹

¹Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ

Eritema multiforme major (EMM) ve Stevens-Johnson sendromu (SJS) klinik olarak benzer mukokütanöz bulgularla seyreden, ancak etiyopatogenez ve prognoz açısından ayrılan iki hastalıktır. Özellikle pediyatrik hastalarda viral enfeksiyonlar ve ilaç kullanımı bu tabloların en sık tetikleyici nedenleridir. Klinik, laboratuvar ve histopatolojik veriler, bu iki tablonun ayırıcı tanısında önemlidir.

OLGU

Bilinen hastalığı olmayan 7 yaş erkek hastanın ilk olarak üst dudakta başlayan uçuk şikayeti bir hafta sürmüştü. Uçuk şikayetinden 1 hafta sonra başlayan boğaz ağrısı sebebiyle dış merkeze başvurmuş. Hastaya amoksisilin-klavulanik asit ve ibuprofen reçete edilmiş. İlaçları kullandıktan 1 gün sonra dudaklarda şişme ve dudak içinde veziküler lezyonları oluşmuş. Ekstremitelerde hedef benzeri büllöz lezyonlarla seyreden döküntü başlamış. Semptomları devam ederken gözde sarı akıntı, her iki göz, göz kapaklarında şişlik ve kızarıklık oluşunca tarafımıza başvurmuş. Fizik muayenede: Dudaklarda erozyon, krutlar vardı ve oral mukozada tutulum mevcuttu. Hastanın sol ön kol ve parmaklarında, abdomeninde ve bacaklarında targetoid karakterde ortasında büleri olan lezyonları mevcuttu. Hastanın başvurusunda CRP ve prokalsitonini yükseldi, nötrofilisi, monositozu ve lökositozu mevcuttu. Viral serolojide HSV Tip I ve Tip II Ig M negatif, HSV Tip I Ig G pozitif, Mycoplasma Pneumonia Ig M pozitif olarak sonuçlanmıştı. Alınan patoloji örneğinde kesitlerde epidermiste fokal tam kata ulaşan çok sayıda tek hücre nekrozları izlendi. EMM olarak kabul edilen olguya asiklovir 30mg/kg/g, klindamisin 30 mg/kg/g, prednol 1 mg/kg/g dozunda başlandı. Bu tedavilerin 7.gününde lezyonlar büyük oranda regrese oldu.

SONUÇ

EMM ile SJS'nin ayırıcı tanısı özellikle çocuk hastalarda klinik olarak zordur. SJS, genellikle ilaca bağlı gelişirken, EMM daha çok enfeksiyon ilişkili, hedef lezyonlarla karakterizedir ve sıklıkla HSV ile ilişkilidir. HSV, EM'nin baskın nedeni olsa da özellikle, mukozit, konjonktivit ve hedef benzeri veya büllöz deri döküntüleri ile şiddetli bir akro-mukozal prezentasyon, öncelikli olarak toplum kökenli pnömöni olmak üzere M. pneumoniae enfeksiyonlu hastalarda görülebilir. Bu varyant en sık genç erkek çocuklarında ve ergenlerde görülür. Olgumuzla EMM ve SJS ayırıcı tanısı ve EMM etiyolojisine yönelik literatüre katkı sunmayı amaçlamaktayız.

Anahtar Kelimeler: Eritema Multiforme Major, Mycoplasma Pneumonia, Stevens-Johnson Sendromu

PS-10

Kanserofobiye neden olan foliat papillit: Olgu sunumu

Ege Nur Yıldız, Kamer Gündüz

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Manisa

AMAÇ:

Foliat papillit, dilin arka dorsumundaki çıkıntıların inflamasyonu ile seyreden benign bir patoloji olup hastalarda kanserofobiye neden olabilmektedir. Dilde şişlik, özellikle sıcak ve baharatlı gıdalarla yanma-ağrı hissi olabilir. Bu olgu sunumunda foliat papillit tanılı hastamızda gözlenen kanserofobi ve tedavi olarak verilen magic gargara majistralinin etkisi aktarılacaktır.

YÖNTEM:

Anamnez ve fizik muayene bulgularıyla tanı koyulan bir olgunun sunumu gerçekleştirilecektir.

BULGULAR:

Polikliniğimize 2 yıldır dil arkasında sızlama, ağrı ve yanma şikayetleri mevcut olan 42 yaşındaki kadın hasta başvuruyor. Hastanın dermatolojik fizik muayenesinde dil mukozasında bilateral arka lingual sırtta belirginleşmiş papüller izlendi. (Resim 1. ve Resim 2.) Daha önce bu şikayetler için çeşitli topikal anestezi spreyler kullanmış ancak tedavi yanıtı alamamış. Hastanın hipotiroidi özgeçmişi mevcut olup günlük levotiroksin sodyum 75 mikrogram kullanıyordu. Hasta, dilinde mevcut olan şikayetlerinin kanser belirtisi olduğu konusunda ciddi endişe duymaktaydı. Kliniğimizde yaptığımız tahlillerde hemogram tetkikleri olağan bulunurken demir (54 ug/ml) ve ferritin (10 ng/ml) değerleri düşük saptandı. Hastaya, şikayetlerinin kanser ile ilişkili olmadığı konusunda açıklama yapıldı, acılı ve baharatlı gıdalardan uzak durması önerildi, majistral olarak hazırlanan magic gargara (6 mg prednizolon, 750 mg tetrasiklin, 30 ml nistatin ve 100 ml setirizin içerir.) önerildi. 5 gün sonra yapılan kontrolde hastanın yakınmalarının gerilediği öğrenildi.

SONUÇ:

Dilde yanma-ağrı yakınması olan hastalarda ayırıcı tanıda travma, demir ve vitamin eksiklikleri, ağızda yanma sendromu gibi pek çok hastalık yer alır. Foliat papillit de ayırıcı tanıda yer alan fakat çoğunlukla ilk anda hekimlerin aklına gelmeyen tablolarda yer alır. Malign hastalıklar yönünden endişe duyan hastalara durum açıklanmalı ve yatıştırılmalıdır. Olgumuzda majistral ilaç olarak hazırlanan magic gargara tedavisi sonrası semptomlar ve lezyonlar gerilemiştir.

Anahtar Kelimeler: Folate papillit, kanserofobi, magic gargara

Resim 1



Resim 2



PS-11

Pasteurella multocida ilişkili Şiddetli Erizipel

Emircan İnce¹, Berfin Ece Akbulut¹, Özcan Sarbat², Melike Yasar-Duman², Ayda Acar¹

¹Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Pasteurella multocida genellikle hayvan ısırığı veya tırmalamasını takiben gelişen yumuşak doku enfeksiyonlarına yol açan, gram-negatif bir kokobasildir. Özellikle immünsüprese bireylerde nadir fakat ciddi sistemik enfeksiyonlara neden olabilir. Bu olguda rituksimab tedavisi sonrası gelişen *P. multocida* kaynaklı şiddetli erizipel vakası sunulmaktadır.

OLGU:

Yetmiş üç yaşındaki kadın hasta 14 yıldır pemfigus vulgaris tanısıyla izlenmekteydi. Rituksimab tedavileri sonrası gelişen hipogamaglobulinemiye bağlı IVIG replasman tedavisi planlanmıştı. Sol bacağından sokak kedisi tarafından ısırılması sonrası yüksek ateş ve kötü genel durum ile başvuran hasta, kuduz aşısı ve oral antibiyotik sonrası düzelmeyince kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede ısırık alanında eritem, ödem ve lenfanjit bulguları mevcuttu. Laboratuvarında yüksek CRP (229 mg/L), prokalsitonin (54 µg/L) ve lökositoz (20.330/µL) saptandı. Doku kültüründe *Pasteurella multocida* ve *Staphylococcus aureus* üredi. Hastaya intravenöz ampisilin-sulbaktam ve IVIG tedavisi verildi. Klinik yanıt sonrası hasta taburcu edildi.

SONUÇ:

P. multocida enfeksiyonları genellikle iyi seyirli olsa da, yaşlı ve bağışıklığı baskılanmış hastalarda ciddi enfeksiyonlara neden olabilir. Bu olgu, rituksimab tedavisi sonrası gelişen ilk *P. multocida* ilişkili erizipel vakası olarak literatüre katkı sunmaktadır. Erken tanı ve uygun tedavi, sepsis gibi komplikasyonların önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Bağışıklığı baskılanmış bireylerde, özellikle evcil hayvan teması öyküsü bulunan hastalarda *P. multocida* enfeksiyonları ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Erizipel, İmmünsüpresyon, *Pasteurella multocida*, Pemfigus vulgaris, Rituksimab
Şekil a ve b, Şekil c ve d



Şekil a ve b: Sol medial ve lateral malleoller üzerinde keskin sınırlı ödemli plak ve ısırık izleri. Şekil c ve d: Tedavi sonrasında sol medial ve lateral malleoller bölgelerin görünümü

PS-12

B Hücreli Lenfoma ile İlişkili Paraneoplastik Pemfigus Olgusu

Fatih Boynueğrioğlu¹, İsmail Esendir¹, Başak Akıncı¹, Banu Yaman², Ayda Acar¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Paraneoplastik pemfigus (PNP), sıklıkla hematolojik malignitelerle ilişkili, nadir görülen ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden otoimmün bülöz bir hastalıktır. Mukoza tutulumu ön planda olup, klinik seyri sıklıkla dirençlidir. Burada, düşük dereceli B hücreli lenfoma tanısı sonrasında mukokutanöz lezyonlarla başvuran bir kadın hastanın bulguları üzerinden PNP'nin tanı süreci, klinik özellikleri ve tedaviye yanıtı değerlendirilmiştir.

YÖNTEM:

Kırk sekiz yaşındaki kadın hasta, üst solunum yolu enfeksiyonu benzeri yakınmalar ve aksiller şişlik ile başvurduktan sonra lenfoma tanısı almıştır. Takipte gelişen oral erozyonlar ve yaygın deri lezyonları üzerine acil servise başvuran hastada PNP düşünülerek hastaneye yatırılarak izlenmiştir. Tanı sürecinde klinik muayene, histopatoloji, direkt immüno Floresan, serolojik testler ve görüntüleme yöntemleri birlikte analiz edilmiştir.

BULGULAR:

Dış merkezde CD20 ve Bcl-2 pozitifliği gösteren düşük dereceli B hücreli lenfoma tanısı konan hastanın, PET-BT'de yaygın lenfadenopati ve ektranodal tutulum saptanmıştır. Ağız ve vücutta yaralar gelişmesi üzerine acil servise başvuran hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde oral mukozada eksülserasyonlar, üst ve alt dudakta hemorajik krutların izlendiği erozyonlar (Şekil-1), ekstremitelerde ve gövdede eritemli, skuamli plaklar ve likenoid papüller (Şekil-2) gözlenmiştir. PNP ön tanısıyla kliniğimize yatırılarak izlenen hastanın lezyonlarından alınan biyopsisinde bazal vakuoler dejenerasyon, intra/subepidermal ayrışma ve yüzeyel lenfositik infiltrasyon görülmüş; DIF'te dermoepidermal bileşkede granüler C3 birikimi izlenmiştir. Serolojik testlerde Anti-Desmoglein 3 (2.45) ve Anti-Envoplakin (1.55) pozitif bulunmuştur. Bu bulgularla paraneoplastik pemfigus tanısı konulmuş; sistemik metilprednizolon tedavisi başlanmış ve hematoloji tarafından 6 kür rituksimab-bendamustin kombinasyonu uygulanmıştır. Klinik bulgular tedavi sonrası belirgin şekilde gerilemiştir (Şekil-3).

SONUÇ:

PNP, özellikle hematolojik malignitelerin dermatolojik yansıması olarak ortaya çıkabilir. Klinik olarak dirençli mukozal erozyonları ve polimorfik deri döküntüleriyle başvuran hastalarda paraneoplastik etioloji akılda tutulmalı; tanıda multidisipliner yaklaşım benimsenmelidir. Bu olgu, erken tanı ve uygun immünosupresif tedavi ile PNP'de başarılı sonuçlar elde edilebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Lenfoma, Mukozit, Paraneoplastik Pemfigus

Şekil-1



Şekil-2



Şekil-3



PS-13

Anüler elastolitik dev hücreli granülom

Furkan Emre Kotan¹, Banu Yaman², Nilay Duman¹

¹Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Anüler elastolitik dev hücreli granülom (AEDHG), çoğunlukla orta yaş kadınlarda görülen, nadir, kronik seyirli bir granümatöz dermatozdur. Patogenezi tam olarak açıklanamamakla birlikte, ultraviyole ışını, ısı ve diğer çevresel etkenlerin dermal elastik liflerde antijenik değişikliğe yol açarak hücreli immün yanıtı tetiklediği düşünülmektedir. Klinik olarak güneşe maruz kalan alanlarda ortaya çıkan, ortası atrofik, kenarları hafif kabarık anüler plaklarla karakterizedir. Histopatolojik olarak, elastik liflerin çok çekirdekli dev hücreler tarafından fagosite edildiği ve elastoliz ile birlikte granümatöz inflamasyonun izlendiği bilinmektedir. Bu bildiride, elli yaş erkek hastada yaklaşık beş yıldır mevcut olan, her iki üst ekstremitte ekstansör yüzü ve enseye yerleşimli, ortası hafif atrofik, viyolese renkli anüler plaklarla seyreden AEDHG olgusu sunulmuştur. Tanı, klinik değerlendirme ile histopatolojik bulguların birlikte yorumlanması sonucunda konulmuştur. Hastaya dönüşümlü topikal klobetazol propiyonat ve takrolimus tedavisi başlanmış, takipte lezyonlarda belirgin regresyon görülmüştür. AEDHG, ayırıcı tanıda granüloma annulare, anüler liken planus ve kutanöz sarkoidoz gibi tablolarla benzerlik gösterdiğinden tanısal güçlükler yaratabilir. Bu olgu, nadir görülen bu dermatozun ayırıcı tanıdaki yeri konusunda farkındalık oluşturmak ve klinik olarak benzer granümatöz hastalıklardan ayırımında dikkat edilmesi gereken özellikleri vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Anüler elastolitik dev hücreli granülom, granüloma annulare, granümatöz dermatoz

PS-14

Pemfigoid Gestasyones: Topikal Tedavi Etkinliği

Gizem Özer, Banu Yaman, Ayda Acar, İdil Ünal
Ege Üniversitesi tıp fakültesi hastanesi

Pemfigoid gestasyones (PG), gebeliğin özellikle ikinci veya üçüncü trimesterinde ortaya çıkan nadir bir otoimmün büllöz dermatozdur. Bu hastalıkta BP180 adlı hemidesmozomal proteinin NC16A bölgesine karşı gelişen IgG otoantikorları rol oynar. Klinik olarak şiddetli kaşıntı, ürtikeryal plaklar ve gergin büllerle karakterizedir. Büllöz pemfigoid ile immünopatolojik benzerlik gösterir.

Bu yazıda, 26. gebelik haftasında olan 27 yaşındaki multigravid bir kadında gelişen PG olgusu sunulmuştur. Lezyonlar karında başlamış ve kollara-bacaklara yayılmıştır. Dış merkezde topikal kortikosteroid ve antihistaminik tedavisine yanıt alınamamıştır. Fizik muayenede eritemli plaklar üzerinde "tesbih dizisi" şeklinde dizilmiş vezikülobüllöz lezyonlar ve eksülserasyonlar saptanmış, mukozal tutulum izlenmemiştir. Fetal ultrasonografide anomali saptanmamıştır.

Hastanın sol alt ekstremitte proksimalinden 4 mm punch biyopsi alınmış olup histopatolojik incelemede subepidermal bül, eozinofil ağırlıklı inflamasyon, perivasküler lenfosit infiltrasyonu saptanmıştır. Direkt immünfloresan (DIF) incelemede, dermoepidermal bileşkede lineer C3c birikimi görülmüş, IgG, IgA, IgM, C1q, ve fibrinojen negatif saptanmış ve tanısı netleşmiştir. Hastaya betametazon valerat krem kollara bacaklara ve abdomene dönüşümlü uygulanmaya başlanmış, Eau Borique %2 ile yaş pansuman ve oral setirizin tedavisi uygulanmış; klinik yanıt alınmıştır. Takiplerinde nüks gözlenmemiştir.

Laboratuvar testlerinde lökositoz, eozinofili, yüksek CRP, düşük albümin ve vitamin B12 düzeyi ile birlikte ANA pozitifliği saptanmış; ancak ANA paneli negatif, ANCA ve desmoglein 1/3 negatif saptanmıştır.

PG'nin ayırıcı tanısında polimorfik gebelik erüpsiyonu, gebeliğin atopik erüpsiyonu, gebeliğin intrahepatik kolestazi ve lineer IgA dermatozu yer alır. Tanı klinik değerlendirme, histopatoloji ve DIF ile konulmalı; tedavi semptomların şiddetine göre topikal veya sistemik olarak düzenlenmelidir.

Pemfigoid gestasyones, 1/1700 ile 1/50.000 gebelikte görülen bir büllü hastalıktır. Hastanın gebeliği nedeniyle tedavi yöntemleri sınırlıdır ve hekimleri zorlayıcı olabilmektedir. Hastaya en az zarar verecek şekilde tedavinin planlanması önemlidir. Daha önce düzensiz topikal kortikosteroid kullanımıyla klinik yanıt alamayan hastamızın, topikal tedavinin uygun kullanımı ile remisyona girdiği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: gestasyonel dermatozlar, otoimmün büllöz dermatozlar, pemfigoid gestasyones

bacak posteriorları



tedavi öncesi. eritemli zeminde yer yer veziküller ve eksülserie alanlar

sağ alt ekstremit



tedavi öncesi, sağ alt ekstremitde proksimalinde tesbih dizisi şeklinde dizilmiş eritemli zeminde yer yer veziküller ve eksülsere alanlar

tedavi sonrası



uygun topikal tedavi sonrası bacak posteriorlarında postinflamatuvar hiperpigmentasyon ile iyileşme görülmektedir.

PS-15

Büllöz pemfigoidde dupilumab deneyimi: Olgu sunumu

Selda Işık Mermutlu, Özge Kaya, Zeynep Keskinaya, Hilmi Ziya Gencer, Zerrin Öğretmen
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Çanakkale

AMAÇ

Büllöz pemfigoid, genellikle ileri yaş grubunda görülen, deride gergin büller ve ürtikeryal plaklarla karakterize otoimmün bir hastalıktır. Hastalıkta esas olarak hemidesmozomal yapıların bileşeni BP180 ve BP230 proteinlerine karşı gelişen IgG antikoru, dermoepidermal ayrışmaya yol açarak karakteristik subepidermal büllerin oluşmasına neden olur ve bu süreçte Th2 aracılı inflamatuvar yanıt önemli rol oynar. Bu çalışmada, dupilumab ile başarılı şekilde kontrol altına alınan standart tedaviye dirençli bir büllöz pemfigoid olgusu sunulmaktadır.

YÖNTEM/BULGULAR

Bilinen esansiyel hipertansiyon ve karotis arter hastalığı tanısı olan 71 yaşında kadın hasta, iki aydır süren yoğun kaşıntı ve yaygın kaşıntılı döküntü şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde gövde, kol ve bacaklarda yaygın ürtikeryal plaklar ve üzerinde yer yer sağlam büller ve erode alanlar saptandı. Direkt ve indirekt Nikolsky bulguları negatifti. Mukoza tutulumu saptanmadı. Deri lezyonlarından alınan biyopsilerin histopatolojik ve direkt immüno Floresan incelemesi büllöz pemfigoidle uyumlu olarak sonuçlandı. Tedavide 0,75 mg/kg/gün dozunda sistemik metilprednizolon başlandı; ancak yeni bül oluşumunun devam etmesi ve hastanın yoğun kaşıntısı olması üzerine ek dahili problemleri de göz önünde bulundurularak omalizumab (300 mg/ay) tedavisi eklendi. Beş doz omalizumab tedavisi ve 10 aydır değişen dozlarda sistemik metilprednizolon tedavisine rağmen remisyon sağlanamayan hastanın omalizumab tedavisi kesilerek dupilumab tedavisi (600 mg başlangıç dozunu takiben 2 haftada bir 300 mg olmak üzere) başlandı. Dupilumab tedavisinin dördüncü haftasında yeni bül gelişimi durdu; ürtikeryal lezyonlar ve kaşıntı şikayeti geriledi.

SONUÇ

Büllöz pemfigoid, ileri yaşta sık görülen, Th2 yanıtı ve eozinofil aktivasyonu ile ilişkili otoimmün bir deri hastalığıdır. Standart tedavi genellikle kortikosteroid ve immünsüpresanlara dayanır; ancak bu ilaçlar yaşlı hastalarda ciddi yan etki riski taşır. Dupilumab, IL-4 ve IL-13 sinyalizasyonunu inhibe ederek Th2 aracılı inflamasyonu baskılar. Son yıllarda yapılan çok merkezli çalışmalar, dupilumabın konvansiyonel tedaviye dirençli büllöz pemfigoid olgularında etkili ve güvenli olduğunu göstermektedir. Çeşitli vaka serilerinde hastaların %70'inden fazlasında tam ya da kısmi yanıt bildirilmektedir. Ayrıca kaşıntı semptomlarında hızlı ve belirgin düzelme sağlandığı, yan etkilerin ise çoğunlukla hafif enjeksiyon reaksiyonlarıyla sınırlı kaldığı belirtilmiştir. Sunulan olguda da sistemik steroid ve omalizumaba yanıtızsızlık sonrası uygulanan dupilumab tedavisi ile yeni bül oluşumu durdurulmuş, kaşıntı gerilemiş ve lezyonlarda iyileşme sağlanmıştır. Bu durum, dupilumabın özellikle yaşlı ve komorbid hastalarda tercih edilebilecek bir seçenek olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Büllöz pemfigoid, dupilumab, pruritus

PS-16

Bir Adam, Tek Meslek, Üç Nadir Meslek Hastalığı: Literatürde İlk Eşzamanlı Bildirim

İbrahim Akçay¹, Banu Yaman², İlgen Ertam Sağduyu¹

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

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-YÖNTEM

Meslek kaynaklı hastalıklar arasında deri hastalıkları en sık karşılaşılan meslek hastalığı grubunu oluşturmaktadır. Bu sunumda, 40 yıllık akaryakıt tanker şoförlüğü geçmişi olan 67 yaşındaki erkek hastada gelişen üç farklı ve nadir meslek hastalığı, multidisipliner bakış açısıyla ele alınmıştır.

BULGULAR

Fizik muayenede; yüz ve boyun bölgesinde yaygın sklerotik deri görünümü, özellikle yüzün sol tarafında belirgin dev komedonlar ve kistik lezyonlar izlendi. Ense bölgesinde cutis rhomboidalis nuchae dikkati çekmekteydi. Sakal ve bıyık bölgesinde fokal alopesi, el ve ayak parmaklarında çomaklaşma, periungual eritem ve oskültasyon ile fizik muayene bulgularında inspiratuvar sonu ince raller saptandı.

Hastanın bilinen ek hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı yoktu. 50 paket-yıllık sigara öyküsü mevcut olup, alkol veya yasa dışı madde kullanımı bulunmamaktaydı.

Laboratuvar incelemelerinde ANA ve ANCA negatif, biyokimyasal parametreler normal, hemogramda periferik eozinofili saptandı. Yüz ve boyun bölgesinden alınan biyopsilerde epidermal atrofi, belirgin solar dejenerasyon, elastozis ve artmış dermal kollajen izlenmiştir.

Yüzün sol yarısında yerleşmiş dev komedonlar, kistler ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya Favre-Racouchot sendromu tanısı konmuştur.

Yüksek çözünürlüklü toraks BT'de her iki alt lobda bal peteği görünümü saptanmış; el ve ayak parmaklarında çomaklaşma, oskültasyon bulguları ve yapılan solunum fonksiyon testleri sonucunda hastaya interstisyel akciğer hastalığı tanısı konulmuştur.

Yüzde maske benzeri sklerotik deri görünümü, mimiklerde kaybolma, ağız ve boyun hareketlerinde kısıtlılık olması nedeniyle paraneoplastik pseudoskleroderma ön tanısı ile yapılan sistemik taramada mediastende 17 mm boyutunda lenf nodu saptanmış, endobronşiyal ultrasonografi (EBUS) eşliğinde alınan biyopside antrasotik lenf nodları ve benign bronşiyal aspirasyon sitolojisi izlenmiştir.

Detaylı mesleki öyküde, hastanın yıllar boyunca yakıt transferi sırasında hortumu ağız yoluyla negatif basınç oluşturarak çekme alışkanlığı olduğu, bu sırada benzin yutma ve solvent buharına maruz kalma öyküsü bulunduğu öğrenilmiştir. Bu maruziyet şekli, literatürde daha önce bildirilmemiş nadir bir mesleki risk faktörüdür.

Literatürde, solvent maruziyetine bağlı skleroderma-benzeri tablolar, interstisyel akciğer hastalığı ve periferik eozinofili birlikteliği tanımlanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda hastaya toksik skleroderma-benzeri tablo tanısı konmuştur.

SONUÇ

Meslek hastalıkları, düşünüldüğünden çok daha yaygın ve sistemik etkilerle seyreden klinik tablolara neden olabilmektedir. Bu olgu; literatürde ilk kez aynı kişide eş zamanlı tanımlanan üç nadir meslek hastalığını içermesi, özgün mesleki maruziyet şekli ve multidisipliner tanı süreci ile dikkat çekmekte, detaylı mesleki öykünün tanıdaki belirleyici rolünü vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Favre-Racouchot Sendromu, İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Meslek Hastalığı, Toksik Skleroderma Benzeri Tablo,

Olgu Fizik Muayene Bulguları 1



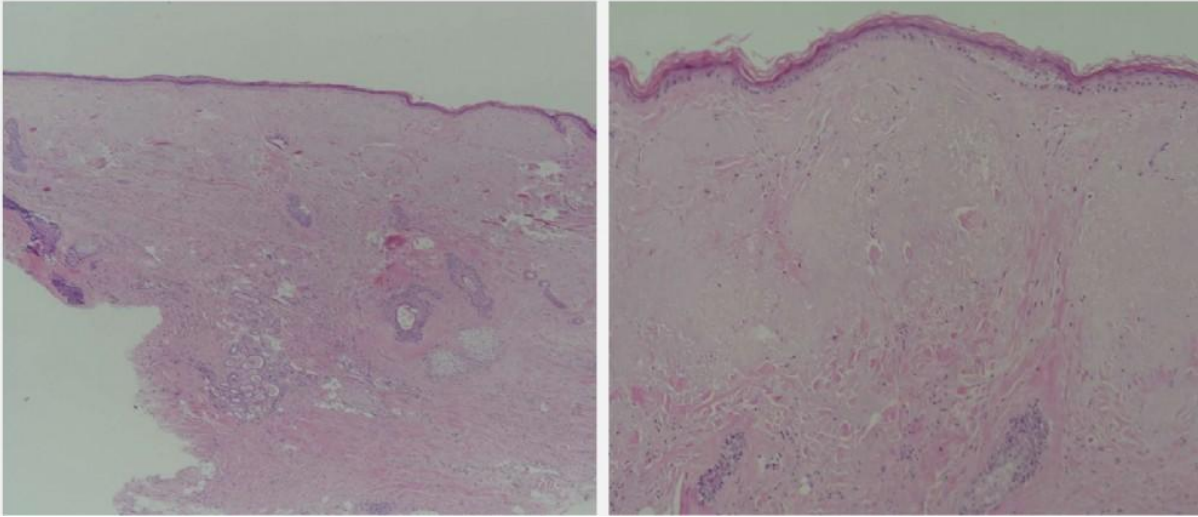
Yüz ve boyun bölgesinde kar maskesi tarzında beyaz sklerotik deri görünümü, Yüz sol yarısında dev komedonlar ve kistik lezyonlar, Ense bölgesinde cutis rhomboidalis nuchae bulgusu

Olgu Fizik Muayene Bulguları 2



Bıyık bölgesinde fokal sakal bölgesinde diffüz alopesi, Ağız bölgesinde düğme ağzı benzeri sklerotik görünüm, El ve ayak parmaklarında periungal eritem ve çomaklaşma bulgusu

Histopatoloji Bulguları



Hematoksilen-eozin ile boyanmış kesitler: x20/ x100: Ter bezlerinin altına kadar uzanan kollajen artışı ve kollajen kalınlaşması, belirgin solar elastozis ve epidermal atrofi

PS-17

Erişkin Dönemde Tanı Alan Bir Olgu: Darier Hastalığı

İsmail Esendir¹, Banu Yaman², İdil Ünal¹

¹Ege Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Darier hastalığı (keratosis follicularis), genellikle ergenlik çağında başlayan, otozomal dominant geçişli, nadir görülen bir genodermatozudur. Bu olgu, erişkin yaşta tanı konan nadir bir Darier hastalığı vakasının sunulması ve ayırıcı tanıda dikkat çekilmesi amacıyla paylaşılmıştır.

OLGU:

53 yaşında erkek hasta, 30 yıldır yaz aylarında artış gösteren, kaşıntılı, kabuklu deri lezyonları nedeniyle başvurdu. Lezyonlarının ilk kez bu kadar yaygınlaştığını ve şiddetlendiğini ifade etti. Hastanın mesleki olarak matbaa makineleriyle çalıştığı ve kurşunla temas öyküsü olduğu öğrenildi. Fizik muayenede gövde, ekstremiteler, kulak arkası ve saçlı deride kaşıntılı, hiperkeratotik papüller ve plak lezyonlar izlendi. El ve ayak tırnaklarında subungual hiperkeratoz, distal onikoliz ve V şeklinde çentikler saptandı. Lezyondan alınan biyopside epidermiste suprabazal akantoliz, diskeratotik hücreler ve yüzeysel dermiste perivasküler melanofaj içeren lenfositik infiltrasyon görüldü. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda Darier hastalığı tanısı konuldu.

Tedavi ve SONUÇ:

Hastaya önce topikal keratolitik ve topikal kortikosteroid tedavisi verildi. Kısmi yanıt alınması üzerine sistemik asitretin tedavisi başlandı ve topikal tedaviye devam edildi. Takipte lezyonlarda belirgin gerileme gözlemlendi. Bu olgu, Darier hastalığının erişkin dönemde tanı alabileceğini ve sistemik retinoid tedavisinin etkinliğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: darier hastalığı, genodermatoz, hiperkeratotik papül

PS-18

Evde Bakım Hastalarında İstenen Dermatoloji Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi

Serap Köran Karadoğan¹, Helingül Alagöz², Hande Özgen³, Başak Bayram²

¹Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi, Evde Bakım Birimi, İzmir

³Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ:

Evde Bakım Biriminde değerlendirilen hastalarda genelde polikliniklerde muayene edilen hastalara kıyasla çoklu ilaç kullanımı, eşlik eden hastalıklar ve immun supresyon nedeniyle klinik bulgular daha komplike hale gelebilmektedir. Bu çalışmada İBB Eşrefpaşa Hastanesi Evde Bakım Birimi'nden yönlendirilen dermatoloji konsültasyonlarını irdelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Çalışmamıza Mart 2022-Mart 2025 tarihleri arasında İBB Eşrefpaşa Hastanesi Evde Bakım Birimi'nde değerlendirilen ve dermatolojik şikayetleri nedeniyle birimizden konsültasyon istenmesi nedeniyle muayene edilen 18 yaşın üstündeki tüm hastalar dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, primer hastalığı, eşlik eden hastalıkları, ilaç anamnezi, yatağa bağımlılık düzeyi, havalı yatak kullanım durumu, dermatolojik lezyonlarının lokalizasyonu, dermatoloji konsültasyonu sonucu ve -varsa- yapılan işlem (koterizasyon, kriyoterapi, biyopsi vb) kaydedildi. Fiziksel aktivite kısıtlılığına göre yatağa tam bağımlı, yarı bağımlı, destekle mobil ve mobil olarak gruplandı. Evde Bakım hastalarında hangi dermatolojik hastalıkların daha ön planda gözlendiği analiz edildi. Konsültasyon sonucu varsa en sık işlemlerin gerçekleştirildiği irdelendi.

SONUÇLAR:

Çalışma grubumuzu oluşturan 94 hastanın yaş ortalaması 78.9±11.9'du ve %67'si (n=63) kadındı. Olguların %62.8 (n=59)'i yatalaktı. Yatalak olan bu 59 hastanın %96.6 (n=57)'si yatağa tam bağımlı idi. Mobil olan 35 olgunun %88.6'sı (n=31) destekle mobildi. Olguların %44.7 (n=42)'sinde havalı yatak kullanılmaktaydı. En sık eşlik eden hastalık grubu kalp damar sistemi hastalıkları (%65) idi. Olguların dermatolojik şikayet süresinin ortancası 45 (2-6480) gündü. En sık konulan tanı egzematöz hastalıklar (%37.2) ve kserosisti (%31.3).
TARTIŞMA: Evde Bakım Birimi hastalarında istenen dermatoloji konsültasyonlarının dağılımını bilmek nispeten sık görülen hastalıkların belirlenmesine yardımcı olacaktır. Bu konuda hem bakım veren personele hem hasta yakınlarına örneğin deri bakımı, nemlendirici kullanımı ve aşırı sabun veya irritan madde kullanımından kaçınma gibi koruyucu önlemler konusunda eğitimler verilmesi en sık görülen kserosis ve buna bağlı deri hastalıklarını azaltmada etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, dermatoloji konsültasyonları, bakım

PS-19

Orf ve Tüberkülozis Verrükoza Kutis: Nadir Bir Birliktelik

Tolga Büyükkaya¹, Mervenur Kanat², Banu Yaman³, İdil Ünal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Orf, genellikle enfekte koyun ve keçilerle temas yoluyla insanlara bulaşan *Parapoxvirus* kaynaklı viral bir zoonotik enfeksiyondur. Tüberkülozis verrükoza kutis (TVK), önceden duyarlanmış bireylerde travma sonrası *Mycobacterium tuberculosis* 'in deriye inokülasyonu ile gelişen nadir bir kutanöz tüberküloz formudur. Her iki hastalık da hayvanlarla yakın teması olan bireylerde daha sık görülmekte olup, aynı hastada eşzamanlı bulunmaları son derece seyrek.

Yirmi yaşında, kasap olarak çalışan erkek hasta, her iki elde ikinci parmaklarda ülser lezyonlar ve sol el dorsumunda, üçüncü metakarpofalangeal (MKF) eklem üzerinde kronik verrüköz plak nedeniyle başvurdu. Klinik olarak akut lezyonlar için Orf ön tanısı düşünüldü. Sol el MKF üzerindeki kronik lezyondan alınan biyopsi non-kazeifiye granülomatöz inflamasyon izlendi; mikobakteriyel PCR'da *Mycobacterium tuberculosis complex* saptanarak TVK tanısı doğrulandı. İnterferon Gama Salınım Testi (IGRA) da pozitif. Orf lezyonları için destek tedavisi önerilirken, TVK için iki ay dördü ve dört ay ikili antitüberküloz tedavi başlandı. Takipte her iki lezyonda da belirgin iyileşme izlendi.

Bu olgu, hayvanlarla yakın teması olan bireylerde ortaya çıkan kronik verrüköz veya ülseratif cilt lezyonlarının ayırıcı tanısında enfeksiyöz etkenlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini ve erken dönemde yapılan biyopsi ile mikrobiyolojik doğrulamanın doğru tanı için kritik önemde olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz dermatit, Kutanöz Tüberküloz, Orf, Tüberkülozis Verrükoza Kutis, Zoonotik Enfeksiyon

Sağ elde Orf lezyonu



Sol elde Orf ve TVK lezyonu



PS-20

Erişkinde Hızlı Büyüme Gösteren Pilomatrikoma: Dermoskopi ile Malign Süreçlerden Ayırıcı Tanı

Özlem Özbağcıvan, Nurdan Asena Çiftçi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

AMAÇ:

Pilomatrikoma, kıl matriks hücrelerinden köken alan, benign seyirli ve nadir görülen bir deri tümörüdür. En sık çocukluk çağında görülür ve genellikle baş-boyun bölgesinde yerleşir. Klinik olarak tipik görünümü; yavaş büyüyen, ağrısız, deri altında sert, nodüler kitle şeklindedir (1). Bu olguda, erişkin bir hastada hızlı büyüme göstererek ilk değerlendirmede keratoakantom, skuamöz hücreli karsinom (SHK) ve malign pilomatrilal karsinom ön tanımlarını düşündüren, ancak dermoskopik bulgular ile pilomatrikoma tanısı desteklenen bir kadın hasta sunulmaktadır.

OLGU:

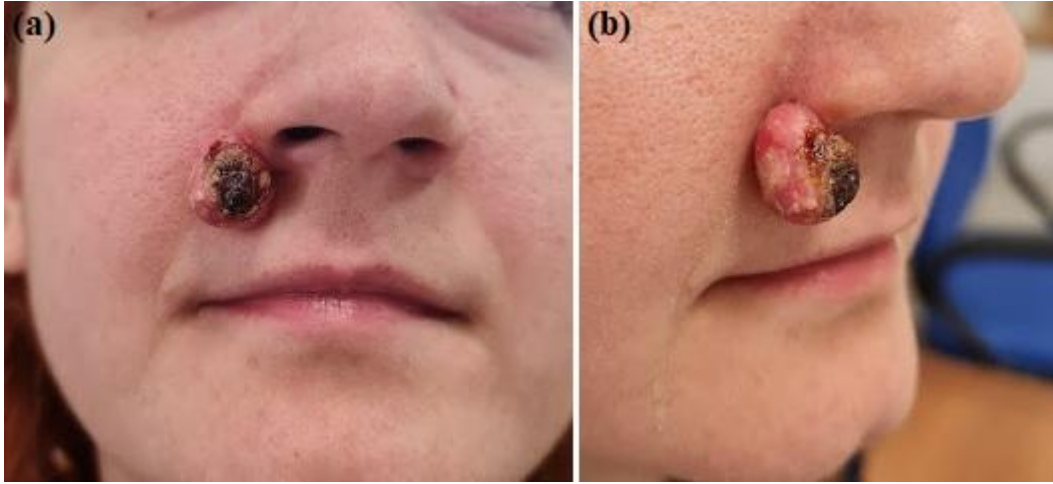
Yirmi beş yaşında kadın hasta, sağ burun kenarında uzun süredir mevcut olan, ancak son beş aydır hızlı büyüme ve kanama gösteren kitle nedeniyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik bulunmayan hastanın dermatolojik muayenesinde, sağ nazolabial sulkusta 2 × 2,5 cm boyutlarında, üzerinde hemorajik krut bulunan sert kıvamlı bir tümör izlendi (**Resim 1**). Dermoskopik incelemede homojen ve düzenli lobüler beyaz-sarı alanlar, homojen mavimsi alanlar ile lineer ve dallanan damarlar saptandı (**Resim 2**). Bu bulgular, malign olasılıklardan uzaklaştırarak pilomatrikoma tanısını destekledi. Lezyonun total eksizyonu sonrası histopatolojik inceleme ile tanı doğrulandı.

SONUÇ:

Çocukluk döneminde, yavaş büyüme gösteren sert kıvamlı kitlelerde pilomatrikoma tanısını koymak genellikle zor değildir. Ancak erişkin hastalarda hızlı büyüme ve kanama öyküsü mevcutsa keratoakantom, SHK ve malign pilomatrilal karsinom mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Pilomatrilomanın dermoskopisinde izlenen beyaz-sarımsı lobüler yapılar lezyonun içerdiği keratin ve kalsifikasyonu; mavi-morumsu alanlar dermal komponent ve hemosiderini; lineer ve arborizan damarlar ise yüzeysel vaskülerizasyonu yansıtır (1,2). Düzenli ve tanınabilir bu paternlerin aksine, asimetrik ve düzensiz beyaz yapılar, polimorfik damar paternleri ve yüzey ülserasyonu daha çok malign pilomatrilal karsinom, keratoakantom ve SHK’de görülür (3). Kesin tanı, histopatolojik incelemede bazaloid hücre adacıkları, anükleer “hayalet hücreler” ve kalsifikasyonun gösterilmesi ile konur. Benign pilomatrikoma mükemmel prognoza sahiptir (1). Malign dönüşüm nadir olmakla birlikte, olgumuzda olduğu gibi hızlı büyüme, ağrı ve ülserasyon gibi atipik özellikler gösteren olgularda malign süreçlerle mutlaka ayırıcı tanı yapılmalıdır. Dermoskopi, bu açıdan oldukça yararlı ve hızlı bir değerlendirme olanağı sunmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Neema S, Kashif AW, Vasudevan B. Dermoscopy of Pilomatrixoma. Indian Dermatol Online J. 2022;14:450-451.
- 2- Zaballos P, Llambrich A, Puig S, Malvey J. Dermoscopic findings of pilomatricomas. Dermatology. 2008;217:225-30.
- 3- Popadić M, Brasanac D. Dermoscopic Differentiation of Pilomatricoma From Pilomatrical Carcinoma. Dermatol Surg. 2021;47:1657-1658.



Resim 1. Sağ nazolabial sulkusta 2 × 2,5 cm boyutlarında, üzerinde hemorajik krut bulunan sert kıvamlı tümör.



Resim 2. Dermoskopik incelemede lobüler beyaz-sarı alanlar (siyah yıldız), homojen mavimsi alanlar (kırmızı yıldız) ile lineer ve dallanan damarlar (siyah daire).



BİLİMSEL SEKRETERYA

Dermatoonkoloji Derneği

Kültür Mah. 1389 Sok. No : 9 Rahmi Zallak Apt.

K : 1 D : 1 Alsancak - Konak / İzmir

Tel : 0 232 464 04 58 / Faks : 0 232 464 04 57

Web : www.dermatoonkoloji.com



Dermatolojik Eğitim ve Klinik Araştırmalar Derneği DEKAD

Örtülüöınar Mah. Reşat Şemsettin Sok. No: 24 Her-İş Pasajı

D:Kat:2, 58030 Merkez/Sivas

dermadekad2022@gmail.com