ÇUKUROVA DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR DERNEĞİ 1992

16.

Prof. Dr. Hamdi R. Memişoğlu

ÇUKUROVA DERMATOLOJİ Günleri

24-27 Eylül 2026

Acapulco Resort Hotel • Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

BİLİMSEL PROGRAM ve BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

www.cukurovadermatoloji2026.org

Değerli Meslektaşlarımız,

16. Çukurova Dermatoloji Günleri, Çukurova Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği ve bölgedeki beş Üniversitesinin birlikteliği ile **24-27 Eylül 2026** tarihinde Acapulco Resort Hotel, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde düzenlenecektir.

16. Kongremizin ana konusu **"Dermatolojide Tedavi-7"** olup, her yönü ile güncel dermatolojik tedavi yöntemleri ele alınacaktır. Her yıl olduğu gibi, kongremiz içerisinde, alanında ismini kanıtlamış meslektaşlarımız tarafınca, uygulamalı Dermokozmetik kurslar ve workshoplar düzenlenecektir.

Siz değerli meslektaşlarımızın katılımları ve bilimsel katkıları ile kongreye onur vereceklerine inanıyor, kongreye katkıda bulunan tüm kurum ve kuruluşlara düzenleme kurulu adına en içten teşekkürlerimizi sunuyoruz. Bu kongrenin de bilimsel ve sosyal etkinlikler açısından anılarınızda uzun yıllar Çukurova sıcaklığı ile kalacağını umuyor saygılar sunuyoruz.

Simpozyum Düzenleme Kurulu

ORGANİZASYON KOMİTESİ

Simpozyum Başkanı
Prof. Dr. Mehmet Karakaş

Simpozyum Sekreteri
Dr. Ali Güzelsoy

Düzenleme Kurulu
Prof. Dr. Zafer Kurumlu
Prof. Dr. Yaşar Gül Denli
Prof. Dr. Güliz İkizoğlu
Dr. Ahmet Yakışan
Doç. Dr. Mehmet Kamil Mülayim

BİLİMSEL PROGRAM

24 EYLÜL 2026, PERŞEMBE

14:00-18:30 Teorikten Pratiğe Kozmetik Uygulamaları Kursu
Moderatörler: *Zafer Kurumlu , Gönül Ergenekon*

14:00-14:30 Botulinum Toksini
Didem Dinçer Rota

14:30-15:00 Tüm Yüz Dolgu Uygulamalarında Tehlikeli Noktalar
Gonca Gökdemir

15:00-15:30 Dolgu İle Tüm Yüz Yaklaşımı
Didem Dinçer Rota

15:30-16:00 Biostimulanlar
Selçuk Toklu

16:00-16:30 KAHVE ARASI

16:30-17:00 Mezoterapi, Yeni Nesil Skin Booster'lar, Biolifting
Erol Koç

17:00-17:30 Rejeneratif Tedaviler, SVF, Kök Hücre
Ercan Çalışkan

17:30-18:00 Eksozomlar
Ulaş Güvenç

18:00-18:30 Dolgu Komplikasyonları
Yelda Kapıcıoğlu

18:30-19:00 Açılış

25 EYLÜL 2026, CUMA

09:00-10:10	**Otoimmün Büllöz Dermatozlarda Tedavi** **Oturum Başkanları:** ***Soner Uzun, Serap Öztürkcan***	
09:00-09:15	Çocukluk Çağında Büllöz Hastalıklar: Güvenli ve Etkin Tedavi Yönetimi	***Ayşe Akman***
09:15-09:30	Pemfigusta Güncel Tedavi Stratejileri	***Soner Uzun***
09:30-09:45	Subepidermal Büllöz Hastalıklara Güncel Tedavi Yaklaşımı	***Savaş Yaylı***
09:45-10:00	Gebelikte Otoimmün Büllöz Hastalıkların Tedavisi	***Sıla Şeremet***
10:00-10:10	Tartışma	
10:10-11:20	**Dermatolojik Acillere Yaklaşım** **Oturum Başkanları:** ***Ayşe Şebnem Özkan, Mehmet Oktay Taşkapan***	
10:10-10:25	SJS-TEN'de Güncel Yaklaşım	***Esra Pancar Yüksel***
10:25-10:40	Anjiyoödem ve Anafilakside Dermatoloğun Yol Haritası	***Mehmet Oktay Taşkapan***
10:40-10:55	Eritrodermik Hastaya Yaklaşım	***Mehmet Melikoğlu***
10:55-11:10	DRESS, AGEP ve Püstüler Psoriasise Yaklaşım	***Ayşe Esra Koku Aksu***
11:10-11:20	Tartışma	
11:20-11:40	**KAHVE ARASI**	
11:40-12:35	**Olgularla Dermoskopi - 1** **Oturum Başkanları:** ***Sedef Şahin, Mehmet Karakaş***	
11:40-11:55	Melanositik Lezyonlarda Dermoskopik İpuçları	***Sedef Şahin***
11:55-12:10	Non-Melanositik Lezyonlarda Ayırıcı Tanı	***Ercan Arca***
12:10-12:25	Nadir Görülen Malign Tümörlerde Dermoskopi	***Özlem Özbağcıvan***
12:25-12:35	Tartışma	
12:35-14:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
14:00-14:55	**Olgularla Dermoskopi - 2** **Oturum Başkanları:** ***Özlem Dicle, Mehmet Karakaş***	
14:00-14:15	Saç Hastalıklarında Trikoskopik Yaklaşım	***Özlem Dicle***
14:15-14:30	Onikoskopide Tanısal İpuçları	***Fatih Göktay***
14:30-14:45	İnflamatuar Dermatozlarda Yeni Gözümüz: İnflamoskopi	***Aslı Vefa Erdemir***
14:45-14:55	Tartışma	
14:55-15:40	**UYDU SEMPOZYUMU** **Konu: İzotretinoin ile Akne Tedavisine 360 Derece Yaklaşım** **Konuşmacılar:** ***Nilsel İlter, Pelin Koçyiğit***	Drogsan Sağlığa Saygı
15:40-16:00	**KAHVE ARASI**	
16:00-17:10	**Dermatitler: Günlük Pratiğin Bitmeyen Mücadelesi** **Oturum Başkanları:** ***Meltem Önder, Suhan Günaştı Topal***	
16:00-16:15	Atopik Dermatitte Konvansiyonel Yaklaşım	***Serap Utaş***
16:15-16:30	Atopik Dermatitte Hedefe Yönelik Tedaviler	***Pınar Dursun***
16:30-16:45	El Egzamasında Tedavi	***Rafet Koca***
16:45-17:00	Sık Görülür, Az Konuşulur: Staz, Seboreik ve Nummüler Dermatit	***Meltem Önder***
17:00-17:10	Tartışma	

26 EYLÜL 2026, CUMARTESİ

09:00-10:10	**Tedavide Zorlandıklarımız - 1** **Oturum Başkanları:** ***Yaşar Gül Denli, Mehmet Kâmil Mülayim***	
09:00-09:15	Dirençli Pruritusta Tedavi Yönetimi	***Burcu Beksaç***
09:15-09:30	Kronik Ürtikerde İleri Basamak Tedaviler	***Zeynep Keskinkaya***
09:30-09:45	Melanositleri Uyandırmak: Dirençli Vitiligoda Tedavi	***Berkay Temel***
09:45-10:00	Dirençli Yüzeysel Mantar Enfeksiyonları: Tedavi Başarısızlığında Ne Yapmalı?	***Mehmet Kâmil Mülayim***
10:00-10:10	Tartışma	
10:10-11:20	**Tedavide Zorlandıklarımız - 2** **Oturum Başkanları:** ***Hatice Erdi Şanlı, Neslihan Şendur***	
10:10-10:25	Kutanöz Leishmaniasiste Tedavi	***Bilge Fettahlıoğlu Karaman***
10:25-10:40	Dirençli Verrukalarda Tedavi	***Çağrı Turan***
10:40-10:55	Sikatrisiyel Alopesilerde Tedavi	***Hatice Erdi Şanlı***
10:55-11:10	Dermatitis Artefaktaya Yaklaşım	***İlknur Kıvanç Altunay***
11:10-11:20	Tartışma	
11:20-11:40	**KAHVE ARASI**	
11:40-12:50	**Psoriasiste Tedavi** **Oturum Başkanları:** ***Mehmet Ali Gürer, Sevgi Bahadır***	
11:40-11:55	Psoriasiste Konvansiyonel Tedavi	***Ahmet Doğukan Dağdaş***
11:55-12:10	Biyolojik Tedavilerde Güncel Yaklaşımlar	***Salih Levent Çınar***
12:10-12:25	Büyüyen Bir Deride Psoriasis: Pediatrik Hastada Tedavi	***Esra Adışen***
12:25-12:40	Anatomik Bölgeye Özel Psoriasis Tedavileri	***Buğra Burç Dağtaş***
12:40-12:50	Tartışma	
12:50-14:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
14:30-15:40	**Poliklinikten Müdahale Odasına** **Oturum Başkanları:** ***Nuran Allı, Güliz İkizoğlu***	
14:30-14:45	Teşhisin İlk Adımı: Doğru Bölgeden ve Doğru Teknikle Biyopsi	***Sibel Berksoy Hayta***
14:45-15:00	Non-Melanositik Deri Tümörlerinde Cerrahi	***Tamer İrfan Kaya***
15:00-15:15	Günlük Pratiğin Demirbaşları: Kriyoterapi ve Koterin Püf Noktaları	***Pınar Öztaş***
15:15-15:30	HS Cerrahisi	***Neslihan Demirel Öğüt***
15:30-15:40	Tartışma	
15:40-16:00	**Akılcı İlaç Kullanımı**	***Ahmet Yakışan***

27 EYLÜL 2026, PAZAR

08:30-09:30	**Sözlü Bildiri Oturumu (SS-01, SS-02, SS-03, SS-04, SS-05, SS-06)** **Oturum Başkanı:** ***Necmettin Kırtak***	
09:30-10:25	**Görmek, Kaydetmek, Yorumlamak: Dermatolojide Tanısal Araçlar** **Oturum Başkanları:** ***Murat Öztaş, Gaye Sarıkan Ünal***	
09:30-09:45	Dermatolojide Hasta Fotoğraflama ve Standardizasyon	***Selen Taner Akbay***
09:45-10:00	Dermatolojide Ultrason Kullanımı	***Ayşe Akman***
10:00-10:15	Dermatolojide Yapay Zekâ	***Murat Öztaş***
10:15-10:25	Tartışma	
10:25-11:00	**KAHVE ARASI**	
11:00-12:30	**Orta Yüz ve Jawline Şekillendirmede APTOS İp Askılama Metotları**	***Hakan Erbil, Serbay Gürel***

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-05

Vitiligo Hastalarında Güneşten Korunma Bilgi Düzeyi, Davranışları ve Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Lütfullah Çelik[1]

[1]Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum

Lütfullah Çelik / Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum

GİRİŞ ve AMAÇ: Vitiligo, melanosit kaybı ile karakterize, pigmentasyon bozukluğuna neden olan yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik bir hastalıktır. Vitiligoda depigmente alanlarda melanin eksikliği nedeniyle ultraviyole duyarlılığı artmakta, kısa süreli güneş maruziyeti dahi bu alanlarda sağlam deriye kıyasla daha kolay güneş yanığı gelişmesine neden olabilmektedir. Yaz aylarında sağlam derinin bronzlaşmasına karşın depigmente alanların açık renkli kalması, vitiligo lezyonlarının daha belirgin görünmesine yol açmaktadır. Bu çalışmada vitiligo hastalarında güneşten korunma bilgi düzeyi ve güneşten korunma davranışlarının değerlendirilmesi, bu parametrelerin hastalık şiddeti, yaşam kalitesi ve klinik özelliklerle ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmaya dermatoloji polikliniğimizde vitiligo tanısıyla takip edilen 34 erişkin hasta dahil edildi. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Hastalarda güneşten korunmaya ilişkin bilgi düzeyi, literatür doğrultusunda hazırlanan 15 maddelik güneşten korunma bilgi formu ile değerlendirildi. Güneşten korunma davranışları ve güneşe maruziyet eğilimleri ise Sun Exposure and Protection Index (SEPI) ölçeğinin Türkçe versiyonu kullanılarak değerlendirildi. Hastalık şiddeti Vitiligo Area Scoring Index (VASI) ile, yaşam kalitesi ise Dermatology Life Quality Index (DLQI) ile ölçüldü. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro–Wilk testi ile değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi. İki grup karşılaştırmalarında Mann–Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal–Wallis testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Analizler R (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria) yazılımı kullanılarak gerçekleştirildi.

Güneşe Maruz Kalma ve Korunma İndeksi

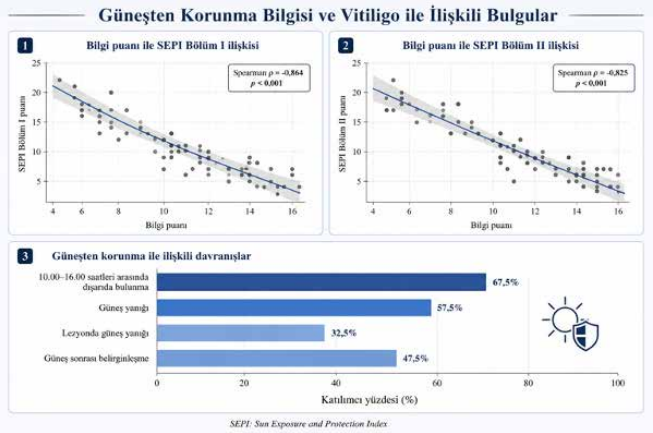
Güneşten Korunma Bilgi Formu

GÜNEŞTEN KORUNMA BİLGİ FORMU

1	Güneş ışınları yalnızca yaz aylarında cilde zarar verir.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
2	Güneş koruyucu krem yalnızca güneşli havalarda kullanılmalıdır.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
3	Bulutlu havalarda güneş koruyucu kullanmaya gerek yoktur.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
4	Güneşten korunmada yalnızca güneş koruyucu krem kullanmak yeterlidir.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
5	Güneş koruyucu dışarı çıkmadan yaklaşık 15–30 dakika önce uygulanmalıdır.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
6	Güneş koruyucu gün içinde düzenli aralıklarla yeniden uygulanmalıdır.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
7	SPF değeri arttıkça güneşten koruyuculuk artar.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
8	Şapka kullanımı güneşten korunmaya katkı sağlar.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
9	Koruyucu giysiler güneşten korunmada etkilidir.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
10	Gölge alanlarda da güneşten korunmaya dikkat edilmelidir.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
11	Güneş yanığı cilt kanseri riskini artırabilir.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
12	Vitiligo hastalarında güneşten korunma önemlidir.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
13	Güneşten korunma yalnızca vitiligo lezyonları olan bölgelere uygulanmalıdır.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
14	Dudaklar da güneşten korunmalıdır.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum
15	Çocuklar ve açık tenli bireyler güneşten daha fazla korunmalıdır.	○ Doğru	○ Yanlış	○ Bilmiyorum

BULGULAR: Çalışmaya toplam 34 vitiligo hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 28,65±9,97 yıl (minimum–maksimum: 16–49 yıl) olup, 19'u (%55,9) erkek, 15'i (%44,1) kadındı. Ortalama hastalık süresi 6,47±5,58 yıl, VASI 7,74±4,76 ve DLQI 11,56±5,06 olarak bulundu. Hastaların %26,5'i fototerapi almış veya almakta, %38,2'sinde eşlik eden otoimmün hastalık bulunmaktaydı. Katılımcıların %52,9'u güneş ışınlarının yoğun olduğu 10.00–16.00 saatleri arasında dışarıda bulunduğunu, %14,7'si son bir yıl içinde güneş yanığı geçirdiğini ve %52,9'u güneş sonrasında lezyonlarının daha belirgin hale geldiğini bildirdi. Katılımcıların %11,8'i güneş koruyucunun gün içerisinde yeniden uygulanması gerektiği bilgisini doğru olarak belirtmedi.Ortalama güneşten korunma bilgi puanı 9,58±2,63, SEPI Bölüm I puanı 15,09±6,09 ve SEPI Bölüm II puanı 7,82±3,64 idi. Kullanılan 15 maddelik bilgi formunun iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeydeydi (Cronbach α=0,68). Bilgi puanı ile SEPI Bölüm I (ρ=-0,864; p < 0,001) ve SEPI Bölüm II (ρ=-0,825; p < 0,001) arasında güçlü negatif korelasyon saptandı. VASI ile bilgi ve SEPI puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p > 0,05). Görünür bölgede lezyonu bulunan hastalarda SEPI Bölüm I ve II puanları daha yüksek olma eğiliminde olmakla birlikte, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi (SEPI-I: p=0,085; SEPI-II: p=0,196). Eğitim düzeyine göre bilgi puanı ve SEPI puanlarında anlamlı farklılık saptanırken (p < 0,05), erkekler ve kadınlar arasında bilgi puanı ile SEPI Bölüm I ve II puanları açısından anlamlı farklılık izlenmedi (p > 0,05).

Güneşten Korunma Bilgisi ve Vitiligo İle İlişkili Bulgular



Demografik ve Klinik Özellikler

Değişken	Sonuç
Hasta Sayısı	34
Yaş (Ort±SS)	28,65±9,97
Erkek	19 (%55,9)
Kadın	15 (%44,1)
Fitzpatrick Tip II	25 (%73,5)
Fitzpatrick Tip III	9 (%26,5)
Hastalık süresi (yıl)	6,47±5,58
Hastalık Şiddeti (VASI)	7,74±4,76
Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DLQI)	11,56±5,06
Fototerapi öyküsü	9 (%26,5)
Eşlik eden otoimmün hastalık varlığı	13 (%38,2)

Güneşten Korunma Bilgi ve Davranışları

Değişken	Sonuç
Bilgi puanı	9,58±2,63
SEPI Bölüm I	15,09±6,09
SEPI Bölüm II	7,82±3,64
10.00–16.00 saatleri arasında dışarıda bulunan	18 (%52,9)
Son bir yılda güneş yanığı geçiren	5 (%14,7)
Güneş sonrası lezyonların belirginleşmesi	18 (%52,9)
Güneş kreminin gün içinde tekrar uygulanması gerektiğini bilmeyenler	4 (%11,8)

Cinsiyete Göre Bilgi ve Davranış Düzeyi Karşılaştırması

Değişken	Kadın (n=15)	Erkek (n=19)	p
Bilgi puanı	10,20±2,65	9,00±2,52	0,310
SEPI Bölüm I	13,73±6,42	16,16±5,76	0,251
SEPI Bölüm II	7,40±4,36	8,16±3,04	0,465

Mann–Whitney U testi kullanıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre, vitiligo hastalarında güneşten korunma bilgi düzeyi arttıkça güneşten korunma davranışlarının anlamlı düzeyde iyileştiği, ancak bilgi düzeyi ve güneşten korunma davranışları ile hastalık şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu durum, güneşten korunma davranışlarının hastalık şiddetini etkileyen tek faktör olmaması, çalışmanın sınırlı örneklem büyüklüğünden kaynaklanmış olabilir. Bulguların daha geniş örneklemli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir. Medikal tedavilerin yanı sıra hastaların güneşten korunmaya ilişkin bilgi düzeyi ve davranışlarının değerlendirilmesi ile bilgi eksikliklerinin giderilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Vitiligo, SEPI, VASI, Güneşten korunma, Güneşten korunma bilgi düzeyi

SS-02

Apremilast Tedavisi Alan Psoriasis Hastalarının Retrospektif Değerlendirilmesi

Berkay Temel[1], Doğuhan İnalöz[1], Esra Adışen[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD

Berkay Temel / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD

GİRİŞ ve AMAÇ: Apremilast, psoriasis tedavisinde kullanılan oral fosfodiesteraz-4 inhibitörüdür. Klinik çalışmalarda etkinliği gösterilmiş olmakla birlikte, gerçek yaşam verileri tedavi seçiminde yol gösterici olmaktadır. Bu çalışmada, hastanemizde apremilast tedavisi alan psoriasis hastalarının klinik özelliklerinin, tedavi etkinliğinin, güvenlilik profilinin ve apremilastın tercih edilme nedenlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Hastanemizde apremilast tedavisi başlanan psoriasis hastalarının dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Hasta akışı, demografik ve klinik özellikler, önceki tedaviler, apremilastın tercih edilme nedenleri, tedavi süresi ve yan etkiler kaydedildi. On altı haftalık tedaviyi tamamlayan hastalarda etkinlik, başlangıç ve dördüncü ay PASI skorlarının karşılaştırılmasıyla değerlendirildi; PASI50, PASI75, PASI90 ve mutlak PASI $\leq$2 oranları hesaplandı. Güvenlilik analizi, tedavi sonrası en az bir takip değerlendirmesi bulunan hastalarda yapıldı.

BULGULAR: Toplam 78 hastaya apremilast tedavisi başlandı. Hastaların 12'si (%15,4) tedavi başlangıcından sonra takip vizitlerine gelmedi. Altı hasta (%7,7), üçünde gastrointestinal yan etki ve üçünde baş ağrısı gelişmesi nedeniyle 16 haftayı tamamlamadan tedaviyi bıraktı. 60 hasta (%76,9) etkinlik analizine dahil edildi. Bu hastaların yaş ortalaması 52,2±16,7 yıl olup %53,3'ü (n=32) kadındı. Psöriatik artrit %19,7 (n=15), komorbidite %43,4 (n=33) hastada mevcuttu. Ortalama tedavi süresi 8,9±5,0 aydı. Başlangıç PASI skoru 5,9±7,4 iken dördüncü ayda 3,3±4,3'e geriledi ($p < 0,01$).

Hastaların %51,7'si (n=31) PASI50, %30,0'ı (n=18) PASI75 ve %16,7'si (n=10) PASI90 yanıtına ulaştı. 60 hastanın %56,7'sinde (n=34) mutlak PASI ≤2 elde edildi. Hastaların %73,7'sinin (n=56) daha önce konvansiyonel sistemik tedavi, %14,5'inin (n=11) biyolojik tedavi öyküsü vardı. Apremilast, toplam 78 hastanın 45'inde (%57,7) diğer tedavilere bağlı yan etki ve 14'ünde (%17,9) tedavi yanıtsızlığı nedeniyle tercih edildi. Takip verisi bulunan 66 hastanın 22'sinde (%33,3) en az bir yan etki görüldü. En sık gastrointestinal yan etkiler (%28,8; n=19) ve baş ağrısı (%7,6; n=5) izlendi; on iki hasta (%18,2) yan etki nedeniyle tedaviyi sonlandırdı.Toplam 78 hastaya apremilast tedavisi başlandı. Hastaların 12'si (%15,4) tedavi başlangıcından sonra takip vizitlerine gelmedi. Altı hasta (%7,7), üçünde gastrointestinal yan etki ve üçünde baş ağrısı gelişmesi nedeniyle 16 haftayı tamamlamadan tedaviyi bıraktı. On altı haftalık tedaviyi tamamlayan 60 hasta (%76,9) etkinlik analizine dahil edildi. Başlangıç kohortunun yaş ortalaması 52,2±16,7 yıl olup %41,0'ı (n=32) kadındı. Psöriatik artrit %19,2 (n=15), komorbidite %42,3 (n=33) hastada mevcuttu. Ortalama tedavi süresi 8,9±5,0 aydı. Başlangıç PASI skoru 5,9±7,4 iken dördüncü ayda 3,3±4,3'e geriledi ($p<0,01$). Hastaların %51,7'si (n=31) PASI50, %30,0'ı (n=18) PASI75 ve %16,7'si (n=10) PASI90 yanıtına ulaştı. Dördüncü ay sonunda 60 hastanın %56,7'sinde (n=34) mutlak PASI ≤2 elde edildi. Hastaların %71,8'inin (n=56) daha önce konvansiyonel sistemik tedavi, %14,1'inin (n=11) biyolojik tedavi öyküsü vardı. Apremilast, toplam 78 hastanın 45'inde (%57,7) diğer tedavilere bağlı yan etki ve 14'ünde (%17,9) tedavi yanıtsızlığı nedeniyle tercih edildi. Takip verisi bulunan 66 hastanın 22'sinde (%33,3) en az bir yan etki görüldü. En sık gastrointestinal yan etkiler (%28,8; n=19) ve baş ağrısı (%7,6; n=5) izlendi; on iki hasta (%18,2) yan etki nedeniyle tedaviyi sonlandırdı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Çalışmamız, apremilastın günlük klinik uygulamada etkili ve kabul edilebilir güvenlilik profiline sahip bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir. Özellikle diğer sistemik tedavilere bağlı yan etki gelişen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda sık tercih edildiği görüldü. Bununla birlikte, takip kayıpları ve yan etkiye bağlı erken tedavi kesilmesi gerçek yaşamda tedavi devamlılığını etkileyebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, Apremilast, Etkinlik

SS-03

Sabit ilaç erüpsiyonunu taklit eden otoimmün progesteron dermatiti: tanısal güçlük yaratan bir olgu

Özlem Akın[1], Asuman Cömert Erkılınç[1]

[1]Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özlem Akın / Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ: Otoimmün progesteron dermatiti (OPD), endojen veya eksojen progesterona karşı gelişen hipersensitivite reaksiyonu ile karakterize, nadir görülen bir dermatozdur. Klinik bulgular genellikle menstrual siklusun luteal fazında ortaya çıkar ve menstruasyonun başlamasıyla geriler. Eritema multiforme, ürtiker, egzama, vezikül, püstül ve anafilaksi gibi farklı klinik tablolarla seyredebilmesi nedeniyle tanısı güç olabilmektedir. Sabit ilaç erüpsiyonunu taklit eden ve yaklaşık bir yıl sonra tanı alan bir OPD olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: Yirmi üç yaşında, ek hastalığı bulunmayan kadın hasta, yaklaşık bir yıldır yüz ve ekstremitelerinde ortaya çıkan; başlangıçta ortası morumsu ve çevresi eritemli plaklar şeklinde izlenen, zamanla morumsu hiperpigmente yamalara dönüşen kaşıntılı lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu (Resim 1). Ayrıntılı anamnezde lezyonların her menstrual siklusta kanamadan yaklaşık üç gün önce başladığı ve menstruasyonun bitiminden iki gün sonra gerilediği öğrenildi. Hastanın daha önce birinci ve ikinci kuşak antihistaminikler, topikal kortikosteroidler ve antiviral tedavilerden fayda görmediği belirlendi. Laboratuvar incelemeleri normal sınırlardaydı. Acil müdahale koşullarının sağlandığı ortamda medroksiprogesteron asetat (MPA) ile deri prick testi uygulandı ve sonuç negatif olarak değerlendirildi. Ardından serum fizyolojik ile hazırlanan 0,0001, 0,001, 0,01 ve 0,1 mg/mL konsantrasyonlarındaki MPA ile intradermal test yapıldı. Birinci, 24. ve 48. saat değerlendirmelerinde, 24. saatte 0,01 ve 0,1 mg/mL uygulama alanlarında kaşıntı, yanma hissi ile birlikte eritemli plak gelişmesi üzerine test pozitif kabul edildi (Resim 2). Serum fizyolojik kontrol alanında reaksiyon izlenmedi. Klinik öykü ve intradermal progesteron testinin pozitifliği birlikte değerlendirilerek hastaya otoimmün progesteron dermatiti tanısı konuldu. Lezyondan alınan punch biyopsi örneğinde epidermiste fokal parakeratoz, minimal akantoz ve yaygın nekrotik keratinositler; papiller dermiste belirgin interfaz dermatiti, yoğun lenfositik infiltrasyon, kapiller telenjiektaziler ve şiddetli melanin inkontinansı izlendi. Eozinofil ve plazma hücresine rastlanmadı. Histopatolojik bulgular sabit ilaç erüpsiyonu ile uyumlu interfaz dermatiti özellikleri göstermekteydi. Hastaya kombine oral kontraseptif tedavisi başlandı. İki aylık takip sonunda yeni lezyon gelişmediği, mevcut yakınmaların belirgin düzeyde gerilediği ve yaşam kalitesinin arttığı gözlendi.

Resim 1

Hastanın her iki el dorsumunda sabit ilaç erüpsiyonunu taklit eden morumsu hiperpigmente plaklar.

Resim 2

Medroksiprogesteron asetat ile yapılan intradermal testte 24. saatte 0,01 ve 0,1 mg/mL konsantrasyonlarında gelişen pozitif reaksiyon.

SONUÇ: Otoimmün progesteron dermatiti, değişken klinik görünümleri nedeniyle tanısı gecikebilen nadir bir dermatozdur. Menstrual siklusla ilişkili tekrarlayan döküntülerde ayrıntılı anamnez tanı açısından kritik öneme sahiptir. Sabit ilaç erüpsiyonunu taklit eden olgularda OPD ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu olgu, klinik öykü ile intradermal progesteron testinin tanıdaki değerini ve uygun tedaviyle başarılı klinik yanıt alınabileceğini göstermesi açısından sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Otoimmün progesteron dermatiti, Sabit ilaç erüpsiyonu, Ayırıcı tanı, Hipersensitivite, Menstrual siklus, İntradermal progesteron testi, Medroksiprogesteron asetat, Progesteron hipersensitivitesi

SS-04

Diz içi PRP enjeksiyonu sonrası vasküliti taklit eden nekrotik-ülseratif erüpsiyon: bir kutanöz pseudovaskülit olgusu

Mahir Dığış[1], İdil Hikmet Türkarslan[1], Kısmet Kaya[1], Betül Demir[1], İlknur Çalık[2], Tolga Hakan Polat[2], Şükrü Demir[3]

[1]fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Abd
[2]fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Abd
[3]fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Abd

İdil Hikmet Türkarslan / Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Abd

AMAÇ: Kutanöz pseudovaskülit, klinik olarak vasküliti taklit eden ancak histopatolojik olarak vaskülit bulunmayan durumları tanımlayan bir kavramdır. Trombositten zengin plazma (PRP) enjeksiyonu sonrası ciddi kutanöz advers reaksiyonlar nadir görülür. Burada diz içi PRP uygulamasından sonra alt ekstremitelerde gelişen, klinik olarak küçük-orta çaplı damar vaskülitini taklit eden ve histopatoloji ile seroloji sonucunda vaskülit dışlanan bir olgu, bu tanısal tuzağa dikkat çekilmesi amacıyla sunuldu.

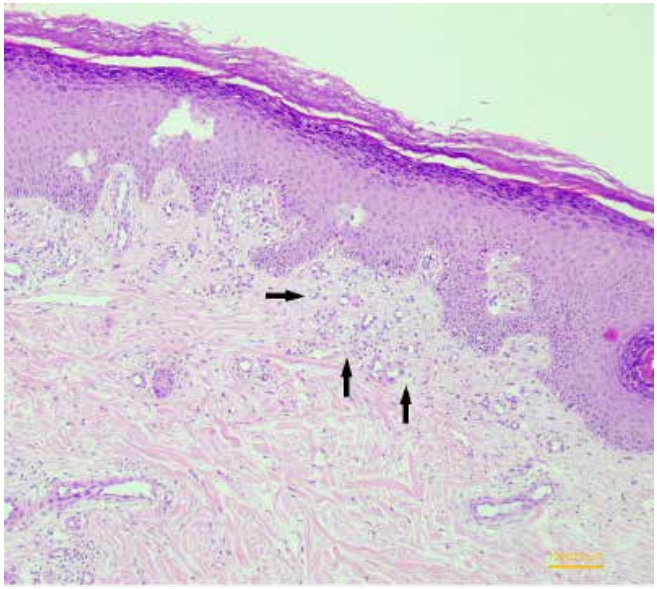
OLGU: Koroner arter hastalığı ve hipotiroidi tanılarıyla takip edilen, düzenli asetilsalisilik asit ve levotiroksin kullanan 52 yaşında erkek hastada, ortopedi kliniğinde diz içine uygulanan PRP enjeksiyonundan yaklaşık iki gün sonra her iki alt ekstremitede giderek artan, ağrılı ve zamanla ülserleşen lezyonlar gelişti. Ortopedi kliniğinde kolşisin ve topikal tedavi başlanarak dermatoloji polikliniğine yönlendirildi. Yapılan dermatolojik muayenede her iki pretibial bölge ve ayak dorsumlarında simetrik yerleşimli, distalde kümelenen çok sayıda eritemli papül, nekrotik krutlu papül, erode plak ve ülsere nodül tespit edildi (Resim 1, 2). Belirgin varis veya kronik venöz yetmezlik bulgusu izlenmedi. Distal ve nekrotik görünüm nedeniyle lökositoklastik vaskülit, kutanöz poliarteritis nodoza ve ANCA ilişkili vaskülit ön tanılarıyla punch biyopsi alındı ve sistemik tutulum açısından romatoloji ile değerlendirildi. Klinik ve

laboratuvar olarak vaskülit yönünden araştırılan hastada ANA, ENA paneli, p-ANCA ve c-ANCA negatif; C3 ve C4 normal; viral hepatit serolojisi negatif tespit edildi; sistemik tutulum saptanmadı.Hastadan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde ortokeratotik hiperkeratoz, hipergranülozis ve akantoz; yüzeyel dermiste lobüler patern oluşturan kapiller proliferasyon ile hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon (Resim 3); derin dermiste orta dereceli perivasküler lenfositik infiltrasyon ve Prusya mavisi ile yüzeyel dermiste hemosiderin birikimi izlendi (Resim 4). Nötrofilik damar infiltrasyonu, lökositoklazi veya fibrinoid nekroz görülmedi; direkt immünfloresanda immün depozit saptanmadı. Bulgular vaskülit ile uyumlu bulunmayıp hemosiderin birikimiyle seyreden staz paterni (staz dermatiti) olarak değerlendirildi. Kolşisin, kısa süreli sistemik kortikosteroid ve topikal tedavi ile lezyonlar geriledi.

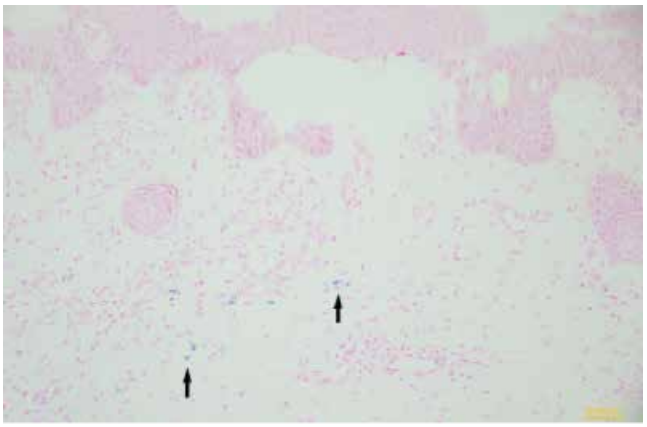
resim 1

resim 2

resim 3



resim 4



SONUÇ: Alt ekstremite distalinde akut gelişen nekrotik-ülseratif bir erüpsiyon klinik olarak vasküliti taklit edebilir; bu nedenle histopatolojik doğrulama olmadan vaskülit tanısı konulmamalı ve gereksiz immünsupresif tedaviden kaçınılmalıdır. PRP'nin içerdiği anjiyogenik büyüme faktörleri histolojideki kapiller proliferasyonla ilişkilendirilebilirse de, lezyonların enjeksiyon bölgesinden uzak ve bilateral olması doğrudan nedensel bir mekanizmayı desteklememektedir. Bu olguda ayrıca venöz yetmezliğin gösterilememesi ve tek bir yüzeyel biyopsi ile değerlendirilmesi nedeniyle etiyoloji kesinleştirilememiş, PRP ile nedensel bir ilişki kurulamamıştır.

Anahtar Kelimeler: PRP, psödovaskülit

SS-06

HIV Enfeksiyonunun Tanısında Dermatolojik Bulguların Rolü: Altı Yıllık Üçüncü Basamak Tek Merkez Deneyimi

Merve Demir[1], Başak Sena Özhan[1], Beyza Öncel[2], Harbiye Dilek Canat[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği

Başak Sena Özhan / Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ ve AMAÇ: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonunda mukokutanöz bulgular sıklıkla hastalığın ilk klinik belirtileri arasında yer almakta ve birçok olguda tanıya giden sürecin başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Dermatolojik değerlendirme, HIV enfeksiyonunun erken tanınmasında önemli bir fırsat sunmaktadır. Bu çalışmada, dermatoloji polikliniğinde HIV pozitifliği saptanan hastaların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi ve özellikle HIV tanısına yol açan dermatolojik başvuru nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'nde Haziran 2020–Haziran 2026 tarihleri arasında değerlendirilen ve dermatolojik inceleme sonrasında HIV pozitifliği saptanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, dermatolojik başvuru nedenleri ve hastaların ilk kez HIV tanısı alan veya önceden HIV tanısı bulunan olgular olarak dağılımı değerlendirildi. Her iki grubun dermatolojik başvuru nedenleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Toplam 77 hasta değerlendirildi; hastaların 71'i (%92,2) erkek, 6'sı (%7,8) kadındı. Ortalama yaş 36 yıl (17–70) idi. En sık dermatolojik başvuru nedenleri sırasıyla sifilise bağlı mukokutanöz bulgular (%42), anogenital siğil (%18), papüler purpurik erüpsiyon (%15), fungal enfeksiyonlar (%15) ve zona (%12) olarak saptandı.Hastaların

43'ü (%55,8) dermatoloji polikliniğine başvuruları sırasında ilk kez HIV tanısı aldı. Bu grupta en sık başvuru nedeni sifilise bağlı mukokutanöz bulgular olup, 23 hastada (%53,5) eş zamanlı sifilis tanısı mevcuttu. Bunu anogenital siğil, papüler purpurik erüpsiyon ve fungal enfeksiyonlar ve zona izledi. Önceden HIV tanısı bulunan hastalarda ise en sık başvuru nedenleri sifilise bağlı mukokutanöz bulgular, papüler purpurik erüpsiyon, anogenital siğil, fungal enfeksiyonlar ve psoriasis idi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Çalışmamız, dermatoloji polikliniğinin HIV enfeksiyonunun erken tanısında kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Olguların yarısından fazlasına ilk kez dermatolojik değerlendirme sırasında HIV tanısı konulmuş olması, deri bulgularının tanısal önemini ortaya koymaktadır. Özellikle sifilise bağlı mukokutanöz lezyonlar, yeni HIV tanısı alan hastalarda en sık başvuru nedeni olarak dikkat çekmiştir. Ayrıca, zona olgularının tamamının ilk kez HIV tanısı alan grupta yer alması, özellikle genç erişkinlerde veya belirgin immünsüpresyon düşündüren risk faktörleri bulunmayan hastalarda gelişen herpes zoster enfeksiyonunda HIV enfeksiyonunun mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini desteklemektedir. Günümüzde HIV ve sifilis birlikteliğinin giderek arttığı göz önüne alındığında, sifilis düşündüren mukokutanöz bulgularla başvuran hastalarda HIV enfeksiyonu mutlaka akılda tutulmalı ve uygun olgularda HIV taraması geciktirilmeden yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV enfeksiyonu, Mukokutanöz bulgular, Sifiliz, Herpes Zoster, Erken Tanı

POSTER BİLDİRİLER

PS-001

Ado-Trastuzumab Emtansine Tedavisi Sırasında Gelişen Yaygın Spider Telanjiektazi: Bir Olgu Sunumu

Ahmet Soyugür[1]

[1]Bulancak Devlet Hastanesi, Giresun

Ahmet Soyugür / Bulancak Devlet Hastanesi, Giresun

AMAÇ: Ado-trastuzumab emtansine (T-DM1), insan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 (HER2) pozitif meme kanseri olan hastalarda progresyonsuz sağkalım ve genel sağkalım oranlarını anlamlı ölçüde iyileştiren bir antikor-ilaç konjugatıdır (1). Tedavi protokollerinde yorgunluk, anemi, trombositopeni ve karaciğer enzimlerinde yükselme gibi yan etkiler yaygın olarak tanımlanmış olsa da, spider telanjiektazi gelişimi literatürde nadir bildirilen ve henüz tam olarak tanımlanmamış bir advers etkidir (1). Geniş çaplı faz III klinik çalışmalarda, T-DM1 kullanan hastalarda kanama olaylarının kontrol gruplarına göre daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiş; ancak bu durum her zaman trombosit düşüklüğü ile açıklanamamıştır (1,2). Bu olgu sunumunun amacı, T-DM1 kullanımıyla ilişkili bu vasküler toksisiteyi klinik ve dermoskopik bulgular eşliğinde sunarak dermatoloji uzmanları arasında farkındalık yaratmaktır.

OLGU: Altmış iki yaşında kadın hastaya 2024 yılında lokal ileri evre meme karsinomu tanısı konulmuştur. İmmünohistokimyasal değerlendirmede HER2 (c-ERBB2) pozitifliği saptanan hastaya, 2025 yılında 3.6 mg/kg dozunda T-DM1 tedavisi başlanmıştır. Tedavinin ilerleyen aylarında hastanın gövde ön yüzünde ve bilateral ön kol dorsumunda çok sayıda asemptomatik vasküler lezyon gelişmiştir (Şekil 1). Dermatolojik muayenede, merkezden çevreye yayılan ince vasküler dallanmalarla karakterize tipik spider telanjiektaziler izlenmiştir. Lezyonların dermoskopik incelemesinde, literatürde tanımlanan girdap görünümü ile uyumlu, merkezi arteriolden radyal olarak yayılan genişlemiş damar yapıları saptanmıştır (Şekil 2). Hastanın laboratuvar tetkiklerinde, bu ilaçla sık görülen trombositopeni veya belirgin transaminaz yüksekliği saptanmamıştır. Bu klinik tablo, vasküler ektazilerin doğrudan T-DM1'in endotel üzerindeki toksik etkilerine bağlı olarak gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Şekil 1

T-DM1 tedavisi sırasında gövde ön yüzünde gelişen yaygın spider telanjiektaziler.

Şekil 2

Lezyonun dermoskopik görünümü: merkezi arteriolden radyal olarak yayılan genişlemiş damar yapıları.

SONUÇ: Spider telanjiektaziler, merkezi bir arteriol ve ondan çevreye doğru yayılan çok sayıda küçük,

genişlemiş damarla karakterize, telanjiektazinin ayırt edici bir formudur (1). T-DM1 ilişkili spider telanjiektazilerin patofizyolojisinde, sitotoksik bileşen olan emtansin (DM1) maddesinin endotelyal mikrotübül yapısını bozarak vasküler dilatasyonu tetiklediği düşünülmektedir (3–5). Bu durum, klinik olarak kalıtsal hemorajik telanjiektazi tablosunu taklit edebilmekte ve hastalarda ciddi kozmetik kaygılara yol açabilmektedir (2,3). Literatür verileri, spider telanjiektazilerin bazen karaciğerdeki yapısal hasarın (nodüler rejeneratif hiperplazi veya psödosiroz) erken bir belirtisi olabileceğini; bu nedenle elastografi gibi ileri görüntüleme yöntemlerinin değerlendirilebileceğini vurgulamaktadır (1,6). Ayrıca, deri lezyonlarına mukoza tutulumu eşlik ettiğinde, trombosit sayısı normal olsa dahi burun kanaması veya diş eti kanaması gibi komplikasyonlar gelişebilir (1,3). Yönetimde steroid tedavisi, elektrokoter, lazer veya propranolol kullanımı gibi seçenekler literatürde yer almaktadır (1,4,5). T-DM1 tedavisi alan hastalarda kutanöz vasküler değişikliklerin titizlikle izlenmesi, hem olası kanama risklerinin öngörülmesi hem de yaşam kalitesinin korunması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ado-trastuzumab emtansine, spider telanjiektazi, vasküler toksisite, HER2 pozitif meme kanseri

PS-002

Astım Öyküsü Olan Yaşlı Bir Hastada Herpes Zoster Oftalmikusa Eşlik Eden Total Oftalmopleji

Ela Gazal[1], Merve Karabulut[1], Ümit Türsen[1]

[1]Mersin Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin

Ela Gazal / Mersin Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin

AMAÇ: Herpes zoster oftalmikus (HZO), varicella-zoster virüsünün trigeminal sinirin oftalmik dalında reaktivasyonu sonucu gelişir. HZO'da oküler yüzey tutulumu sık görülmekle birlikte, oküler motor kraniyal sinir tutulumu ve total oftalmopleji nadir komplikasyonlardır. Astımın Th2 baskın immün yanıt, göreceli Th1 aracılı antiviral hücresel immünite yetersizliği ve olası inhaler kortikosteroid maruziyeti aracılığıyla herpes zoster reaktivasyonu için klasik olmayan bir yatkınlık zemini oluşturabileceği öne sürülmektedir. Bu bildiride, belirgin immünsüpresyonu veya klasik vasküler risk faktörü olmayan, astım öykülü yaşlı bir hastada HZO'ya eşlik eden total oftalmopleji sunulmaktadır.

OLGU: Yetmiş beş yaşında erkek hasta, sağ frontal alanda 4 gündür devam eden şiddetli yanma-ağrı yakınmasını takiben 1 gün önce gelişen veziküler döküntü nedeniyle kliniğimize başvurdu. Döküntünün sağ parietal bölgeden başlayarak aynı gün içinde sağ frontoparietal ve periorbital bölgeye yayıldığı öğrenildi. Hastanın bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon, malignite, sistemik immünsüpresyon, yakın dönem enfeksiyon, biyolojik tedavi veya kronik sistemik kortikosteroid kullanımı yoktu. Tek belirgin komorbiditesi düzensiz takipli astımdı; flutikazon furoat/umeklidinyum/vilanterol içeren inhaler tedavi reçete edilmiş olmakla birlikte düzenli kullanmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede sağ oftalmik dermatom boyunca eritemli zeminde veziküler lezyonlar izlendi; Hutchinson bulgusu yoktu. Başvuru muayenesinde sağ gözün karşıya

fikse olduğu, spontan hareket etmediği ve tüm bakış yönlerinde belirgin hareket kısıtlılığı olduğu görüldü (Resim 1). Sağ gözde direkt ve indirekt ışık refleksi alınamadı. Kardinal bakış yönlerini gösteren klinik muayene fotoğraflarında sağ gözde tüm yönlerde belirgin hareket kaybı izlenmekteydi ve tablo HZO ilişkili total oftalmopleji ile uyumlu değerlendirildi. Eşlik eden oküler bulgular arasında konjonktival hiperemi/kemozis, korneal ödem, punktat epitelyal keratit, mukus plakları ve küçük parasantral epitelyal defekt mevcuttu. Fundus muayenesinde görülebilen alanlarda akut retinal nekroz bulgusu izlenmedi. Orbital, difüzyon ve maksillofasiyal manyetik rezonans görüntüleme normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde ek sistemik risk faktörü saptanmadı. Hastaya 18 gün sistemik asiklovir, ilk 3 gün metilprednizolon 40 mg/gün ve eş zamanlı topikal dermatolojik ve oftalmolojik tedaviler verildi. Tedavi sonrası deri lezyonları krutlanarak geriledi ve korneal epitelyal defekt kapandı; ancak oftalmopleji 3. hafta kontrolünde devam etmekteydi.

Resim 1

Herpes zoster oftalmikusun klinik görünümü ve eşlik eden total oftalmopleji. Sağ frontoparietal, frontal ve periorbital bölgede oftalmik dermatom dağılımına uyan eritemli zeminde vezikülo-erozif lezyonlar ve yer yer hemorajik krutlanmalar izlenmektedir. Sağ üst göz kapağında belirgin tutulum ve total pitozis mevcuttur. A: Primer bakış pozisyonunda sağ periorbital tutulum ve pitozis. B–F: Üst kapağın manuel retraksiyonu ile yapılan kardinal bakış yönleri muayenesinde, sağ gözün karşıya fikse kaldığı ve tüm bakış yönlerinde belirgin hareket kaybı gösterdiği izlenmektedir. Bulgular HZO ilişkili total oftalmopleji ile uyumludur.

SONUÇ: Bu olgu, HZO'nun başvuru anında total oftalmopleji ile prezente olabileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Literatürde HZO'ya bağlı oküler motor kraniyal sinir felçlerinin nadir olduğu, çoğunlukla döküntüden günler-haftalar sonra geliştiği ve ayırıcı tanıda görüntüleme ile kompresif, iskemik ve orbital/kavernöz sinüs patolojilerinin dışlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Bildirilen olgularda izole üçüncü sinir felci, pupil tutulumu veya multipl oküler motor sinir tutulumu gibi farklı klinik paternler tanımlanmıştır. Dermatoloji temelli bir seride 259 HZO hastasının yalnızca 5'inde okülomotor sinir felci saptanmış; bu hastaların ileri yaşta, komorbiditesi olan ancak immünsüprese olmayan hastalar olduğu bildirilmiştir. Aynı seride bronşiyal astımın bazı olgularda eşlik eden komorbidite olarak yer alması dikkat çekicidir.Hastamızda diyabet, hipertansiyon, malignite veya belirgin immünsüpresyon olmaması, astımın olası katkısını ön plana çıkarmaktadır. Güncel çalışmalar astımlı erişkinlerde herpes zoster riskinin arttığını ve bu riskin ileri yaşta daha belirgin olabileceğini göstermektedir. Astımda Th2 baskın immün yanıt, göreceli Th1 aracılı antiviral hücresel immünite yetersizliği ve latent VZV üzerindeki immün kontrolün zayıflaması, reaktivasyon için biyolojik olarak anlamlı bir zemin oluşturabilir. Düzensiz de olsa inhaler kortikosteroid içeren tedavi öyküsü de ek bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle astım, HZO ve ilişkili nöro-oftalmolojik komplikasyonlar açısından klasik olmayan ancak dikkate alınması gereken bir risk zemini olabilir.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster oftalmikus, periorbital zoster, astım, Th1/Th2 dengesizliği, total oftalmopleji, oküler motor kraniyal nöropati

PS-003

Orlistata Bağlı Büllöz Lökositoklastik Vaskülit

Ela Gazal[1], Merve Karabulut[1], Ümit Türsen[1]

[1]Mersin Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Ela Gazal / Mersin Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: İlaç ilişkili lökositoklastik vaskülit, çoğunlukla dolaşımdaki immün komplekslerin dermal postkapiller venüllerde birikmesiyle gelişen tip III hipersensitivite reaksiyonudur. Kompleman aktivasyonu ve nötrofil göçü sonucunda damar duvarında hasar, fibrinoid nekroz, lökositoklazi ve eritrosit ekstravazasyonu meydana gelir. Orlistata bağlı lökositoklastik vaskülit oldukça nadir olup büllöz lezyonlarla seyreden sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir.

OLGU: Otuz beş yaşında kadın hasta, yaklaşık 20 gündür devam eden ve her iki alt ekstremitenin distalinden başlayarak dizlere doğru yayılan döküntüler nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde diabetes mellitus, dislipidemi ve obezite bulunan hasta uzun süredir fluoksetin ve kombine oral antidiyabetik tedavi kullanmaktaydı. Başvurusundan yaklaşık 40 gün önce exenatid, orlistat, atorvastatin ve betahistin tedavileri eş zamanlı olarak başlanmıştı. Yeni ilaçların başlanmasından yaklaşık 20 gün sonra alt ekstremitelerde basmakla solmayan lezyonlar gelişmişti. Dış merkez başvurusunda exenatid kesilmiş, ancak diğer tedavilere devam edilmişti. Dermatolojik değerlendirme yapılmadığından bu dönemde doğru tanı konulmamış ve enfeksiyon dahil farklı ön tanılarla çeşitli tedaviler verilmişti. Orlistat ise kliniğimize başvurusundan dört gün önce kesilmişti. Dermatolojik muayenede her iki alt ekstremitede distal bölgelerden dizlere kadar uzanan, yer yer palpabl purpura özelliğinde, basmakla solmayan lezyonlar ile eritemli zemin üzerinde santral bül oluşumu gösteren plaklar izlendi (Resim 1). Hastada mikroskobik hematüri ve sağ el dördüncü parmakta ağrı mevcuttu. Bunun dışında belirgin sistemik organ tutulumu düşündüren bulgu saptanmadı.Kutanöz küçük damar vasküliti ön tanısıyla alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde lökositoklastik vaskülit ile uyumlu bulgular saptandı. Direkt immünofloresan incelemede damar duvarlarında IgG ve kompleman birikimi izlendi. Bu bulgular immün kompleks aracılı vaskülit mekanizmasını destekledi.Hastaya 60 mg/gün sistemik prednizolon, antihistaminik ve topikal klobetazol propiyonat tedavisi başlandı. Tedavi sonrasında bacaklardaki yanma hissinde, genel halsizlikte ve yaygın vücut ağrısında belirgin azalma izlendi. Kontrol idrar incelemesinde hematürinin gerilediği görüldü. Endokrinoloji değerlendirmesi sonrasında oral antidiyabetik tedavisi değiştirildi; atorvastatin ve betahistin tedavilerine devam edildi.

Resim 1

Hastanın başvurusunun ikinci günündeki klinik görünümü. A–D: Her iki alt ekstremitede distal bölgelerden dizlere doğru uzanan, basmakla solmayan eritemli-purpurik makül ve plaklar, yer yer palpabl purpuralar ve eritemli zemin üzerinde santral bül oluşumu gösteren vaskülitik lezyonlar.

SONUÇ: Lezyonların orlistat tedavisinin başlanmasından yaklaşık 20 gün sonra ortaya çıkması, exenatid kesilmesine rağmen orlistat kullanımı devam ederken vaskülitik lezyonların sürmesi ve giderek artması, klinik tablonun daha önce bildirilen orlistata bağlı büllöz lökositoklastik vaskülit olgularıyla benzerlik göstermesi ve orlistatın kesilmesinden sonra iyileşme izlenmesi, vaskülitin orlistata bağlı olduğunu desteklemektedir. Atorvastatin ve betahistin tedavilerine klinik iyileşme sırasında devam edilmiş

olması da bu ilaçların sorumluluğunu daha az olası kılmıştır.Histopatolojik olarak lökositoklastik vaskülitin gösterilmesi ve direkt immünofloresan incelemede damar duvarlarında IgG ile kompleman birikiminin saptanması, orlistatın immün kompleks aracılı tip III hipersensitivite reaksiyonu üzerinden vaskülite neden olduğunu düşündürmektedir. Kompleman aktivasyonu sonucunda gelişen nötrofilik damar duvarı hasarı, olgudaki palpabl purpura ve büllöz lezyonların oluşumunu açıklamaktadır.Bu olgu, obezite tedavisinde yaygın olarak kullanılan orlistatın nadir ancak önemli bir yan etki olarak büllöz lökositoklastik vaskülite neden olabileceğini göstermektedir. Orlistat kullanan hastalarda yeni gelişen palpabl purpura, bül veya mikroskobik hematüri varlığında ilaca bağlı vaskülit akılda tutulmalı ve sorumlu ilaç gecikmeden kesilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Orlistat, lökositoklastik vaskülit, büllöz vaskülit, ilaç ilişkili vaskülit, immün kompleks

PS-004

İntravenöz demir infüzyonu sonrası gelişen dermal pigmentasyon: Kutanöz siderozis olgusu

Güven Karakaya[1], Arzu Çalık Uygun[2]

[1]Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Edirne
[2]Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Tıbbi Patoloji, Edirne

Güven Karakaya / Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Edirne

AMAÇ: Günümüzde intravenöz demir infüzyonları demir eksikliği tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ekstravazasyona bağlı gelişen kutanöz siderozis, kalıcı dermal demir birikimi ve hiperpigmentasyon ile karakterize, nadir görülen ancak kozmetik açıdan rahatsız edici bir komplikasyondur. Klinik görünümü farklı pigmentasyon nedenleriyle karışabileceğinden tanınması önem taşımaktadır. Bu olgu sunumunda intravenöz demir infüzyonu sonrası gelişen kutanöz siderozisin klinik, dermoskopik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması, literatür eşliğinde değerlendirilmesi ve tanısal farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

OLGU: Yirmi dört yaşında kadın hasta, sağ kolunda gelişen asemptomatik kahverengi lekelenme şikâyetiyle hastanemiz Dermatoloji Polikliniği'ne başvurdu. Öyküsünden demir eksikliği anemisi nedeniyle başlanan oral demir tedavisini tolere edemediği ve bu nedenle intravenöz demir tedavisine geçildiği öğrenildi. Toplam iki doz intravenöz demir karboksimaltoz uygulanan hasta, ikinci infüzyon sırasında sağ üst ekstremitede yanma, ağrı ve eş zamanlı gelişen renk değişikliği ortaya çıktığını, infüzyon sonlandırılıncaya kadar yakınmalarının arttığını bildirdi. Lezyonlar başlangıçta ekimoz olarak değerlendirilmiş, ancak pigmentasyonun gerilememesi üzerine hastamız yaklaşık beş ay sonra polikliniğimize başvurmuştur. Yapılan dermatolojik muayenesinde sağ ön kol fleksör yüzde daha geniş çaplı olmak üzere, antekübital fossadan başlayıp sağ üst kolun her iki yüzüne yayılan düzensiz sınırlı, kahverengi-gri renkte yamalar görüldü. Lezyonlarda palpasyonla minimal bir sertlik hissi mevcuttu. Dermoskopik incelemede homojen, yapısız açık kahverengi pigmentasyon alanları gözlenirken, ultraviyole

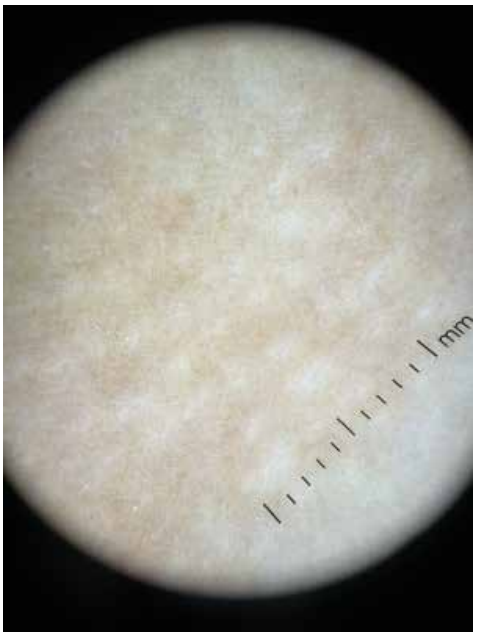
modda kontrast artışı izlenmedi. Klinik öykü ve muayene bulguları doğrultusunda kutanöz siderozis ön tanısıyla deri biyopsisi yapıldı. Ayırıcı tanıda postinflamatuvar hiperpigmentasyon ve lokalize skleroderma yer aldı. Histopatolojik incelemede dermiste, özellikle ekrin ter bezleri çevresinde yoğunlaşan hemosiderin pigment birikimi izlendi ve Perls Prusya mavisi boyası ile pozitif boyanma gösterdi. CD68 ile histiyositlerde pozitif boyanma, Masson trikrom boyasında ise kollajen demetlerinde hafif kabalaşma saptandı. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda kutanöz siderozis tanısı konulan hasta, Q-switched Nd:Yag ve pikosaniye lazer tedavisi açısından değerlendirilmek üzere üçüncü basamak bir merkeze yönlendirildi.

Şekil 1a. Karşılaştırmalı klinik görünüm

Sağ üst ekstremitede ön kol fleksör yüzde belirgin olmak üzere dirsek ve üst kola uzanan düzensiz sınırlı kahverengi-gri pigmentasyon alanları izlenmektedir. Sol üst ekstremite doğal görünümdedir.

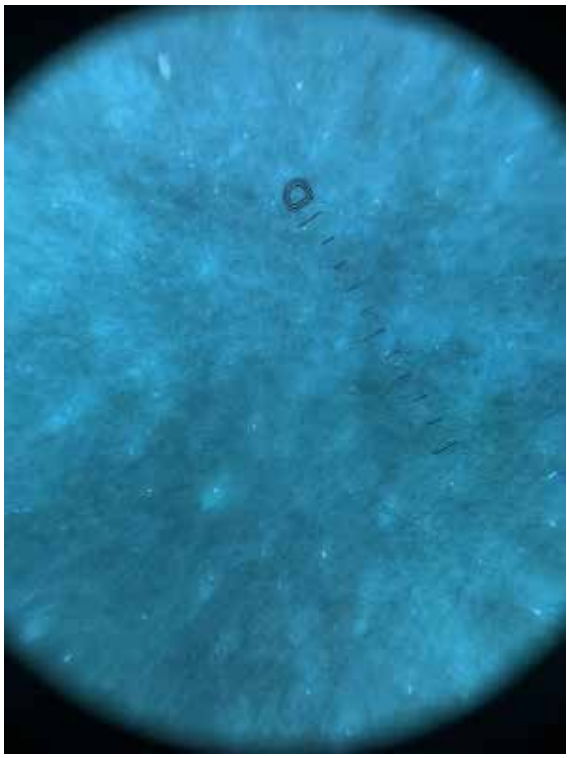
Şekil 1b. Pigmentasyonun yakın plan görünümü

Şekil 2a. Polarize ışık dermoskopik görüntü



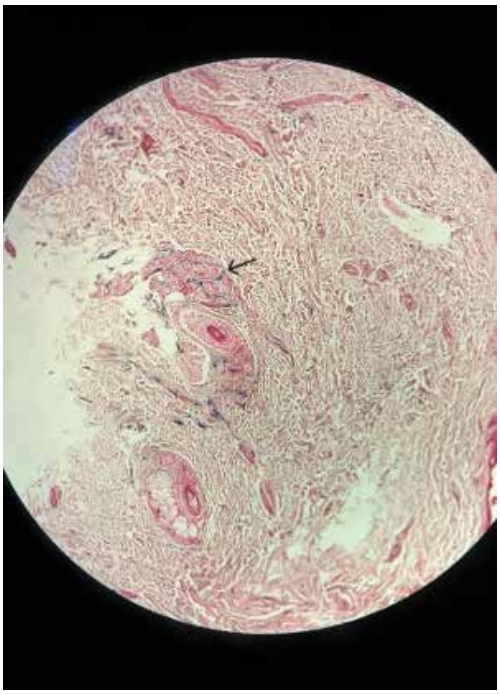
Homojen, yapısız açık kahverengi pigmentasyon alanları

Şekil 2b. Ultraviyole mod dermoskopik görüntü



Ultraviyole modda belirgin kontrast artışı izlenmemesi, histopatolojik olarak doğrulanan dermal yerleşimli demir birikimi ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Şekil 3. Histopatolojik inceleme (Perls Prusya mavisi, ×10)



Dermiste özellikle periekrin (siyah ok) demir birikimi Perls Prusya mavisi ile pozitif boyanmaktadır.

SONUÇ: Literatürde bildirilen intravenöz demir ekstravazasyonuna bağlı kutanöz siderozis olgularında en sık sorumlu preparat demir karboksimaltozdur. Kutanöz siderozis, nadir görülen ancak muhtemelen yetersiz bildirilen bir komplikasyondur. İntravenöz demir preparatlarına bağlı gelişen cilt boyanmasının insidansı klinik çalışmalarda %0,68–1,3 arasında rapor edilmiştir. İnfüzyon sırasında gelişen ağrı, yanma ve renk değişikliği ekstravazasyon açısından uyarıcı olmalı; kalıcı pigmentasyon gelişen hastalarda kutanöz siderozis ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Dermoskopik bulguların ayrıntılı olarak bildirildiği olgu sayısının sınırlı olması nedeniyle, olgumuzun klinik, dermoskopik ve histopatolojik korelasyon ile literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: kutanöz siderozis, demir karboksimaltoz, ekstravazasyon, dermoskopi, hiperpigmentasyon

PS-005

Doğal Sıcak Su Maruziyeti Sonrası Gelişen Fotodağılımlı Dermatit: Fotokontakt Dermatit Düşünülen Bir Olgu

Bengin Ayaz[1], Mustafa Esen[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Bengin Ayaz / Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

AMAÇ: Fotokontakt dermatit, ultraviyole (UV) ışınlarının fotosensitize edici ajanlarla etkileşmesi sonucu gelişen inflamatuvar bir deri hastalığı olup fototoksik ve fotoalerjik olmak üzere iki ana gruba ayrılır (1-3). Fototoksik reaksiyonlar immünolojik mekanizmadan bağımsız olarak ilk maruziyette gelişebilirken, fotoalerjik reaksiyonlar önceden duyarlanma gerektiren Tip IV aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır (1-2). Klinik olarak lezyonlar çoğunlukla güneşe maruz kalan alanlarda eritem, ödem, yanma hissi, papül, vezikül veya bül şeklinde ortaya çıkar (1-3). En sık etkenler bitkiler, ilaçlar, kozmetik ürünler ve çeşitli kimyasal maddeler olmakla birlikte çevresel maruziyetlere bağlı gelişen olgular oldukça nadirdir (1,4,5). Doğal sıcak su kaynaklarının mineral içerikleri, çözünmüş organik maddeler veya çevresel kontaminanlar uygun koşullarda fototoksik reaksiyon gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (2-5). Bu olguda doğal sıcak su maruziyeti sonrasında gelişen ve fotokontakt dermatit düşünülen nadir bir olgunun sunulması amaçlandı.

OLGU: Altmış dokuz yaşında, hayvancılıkla uğraşan erkek hasta yaklaşık bir aydır devam eden yüz, saçlı deri ve her iki üst ekstremitede kızarıklık ve yanma yakınması ile hastanemize başvurdu. Ayrıntılı anamnezinde yakınmalarının başlamasından önce halk arasında 'şifalı su' olarak bilinen doğal sıcak su kaynağında yaklaşık bir saat kaldığı, suyun sodalı olabileceğini ancak kimyasal içeriğinin bilinmediği öğrenildi. Maruziyetten aynı gün birkaç saat sonra yüzde başlayan kızarıklık ve yanmanın ilerleyen günlerde saçlı deri ve üst ekstremitelere yayıldığı belirtildi. Dış merkezde yalnızca nemlendirici tedavi uygulanmış ancak fayda görmeyince kliniğimize yatırıldı. Özgeçmiş, soygeçmiş ve düzenli ilaç kullanım öyküsünde özellik yoktu. Dermatolojik muayenede bilateral malar bölgelerde belirgin diffüz eritem ve yüzeyel telenjiektaziler, frontal ve paryetal saçlı deride yaygın eritemli maküler alanlar izlendi. Her iki üst ekstremitenin özellikle ekstansör yüzlerinde ve dirseklerde yoğunlaşan eritemli maküller ile hafif infiltratif papüller, yer yer ekskoriyasyon, hemorajik krut ve yüzeyel erozyon alanları mevcuttu. Dermoskopik incelemede eritemli zemin üzerinde lineer-dallanan vasküler yapılar ve ince yüzeyel skuamlar izlendi. Klinik bulgular ve ayrıntılı maruziyet öyküsü birlikte değerlendirilerek fotokontakt dermatit ön tanısıyla intravenöz metilprednizolon (40 mg/gün), topikal klobetazol propiyonat ve yoğun nemlendirici tedavi başlandı. Tedavinin dördüncü gününde eritem ve inflamatuvar bulgularda belirgin gerileme, yanma yakınmalarında ise anlamlı düzelme gözlendi.

Resim 1

Yüz ve saçlı deride güneşe maruz kalan alanlarda yerleşen yaygın eritemli maküler lezyonlar ile bilateral malar bölgelerde belirgin eritem ve yüzeyel telenjektaziler.

Resim 2

Yüz ve saçlı deride güneşe maruz kalan alanlarda yerleşen yaygın eritemli maküler lezyonlar ile bilateral malar bölgelerde belirgin eritem ve yüzeyel telenjektaziler.

Resim 3

Her iki üst ekstremitenin ekstansör yüzlerinde ve dirseklerde fotodağılım gösteren eritemli makül ve hafif infiltratif papüller ile yer yer ekskoriyasyon, hemorajik krut ve yüzeyel erozyon alanları.

Resim 4

Her iki üst ekstremitenin ekstansör yüzlerinde ve dirseklerde fotodağılım gösteren eritemli makül ve hafif infiltratif papüller ile yer yer ekskoriyasyon, hemorajik krut ve yüzeyel erozyon alanları.

SONUÇ: Fotokontakt dermatit tanısında ayrıntılı çevresel maruziyet öyküsü, lezyonların fotodağılım göstermesi ve klinik seyir tanıya ulaşmada en önemli basamaklardır (1-3). Doğal sıcak su kaynakları genellikle terapötik amaçla kullanılmasına rağmen içeriklerindeki mineral bileşenler ve olası fotosensitize edici maddeler nedeniyle nadiren fototoksik reaksiyonlara yol açabilmektedir (2-5). Bununla birlikte fotoyama testi, deri biyopsisi ve maruz kalınan suyun kimyasal analizinin yapılamamış olması nedeniyle kesin tanı konulamamış, olgu klinik olarak 'fotokontakt dermatit düşünülen olgu' şeklinde değerlendirilmiştir. Alışılmadık çevresel maruziyetlerin ayrıntılı sorgulanması fotodağılımlı dermatozların tanınmasında önemlidir (1,4,5). Maruziyet sonrası saatler içinde gelişen lezyonlar ve sistemik kortikosteroide yanıt fototoksik reaksiyonu

destekledi. Güncel Referanslar1. Johansen JD, Mahler V, Lepoittevin JP, Frosch PJ, editors. Contact Dermatitis. 7th ed. Springer; 2024.2. Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. Dermatology. 5th ed. Elsevier; 2024. Chapter: Photosensitivity disorders.3. Griffiths CEM, Barker J, Bleiker TO, Chalmers R, Creamer D, editors. Rook's Textbook of Dermatology. 10th ed. Wiley-Blackwell; 2024.4. John SM, Bonertz A, Zimmer J, Aerts O, Bauer A, Bova M, et al. Contact Dermatitis. 2024;91(2):91-103.5. Elsner P, Schliemann S, Skudlik C, Mahler V, Rustemeyer T, Uter W, et al. J Dtsch Dermatol Ges. 2022;20(Suppl 2):1-44.

Anahtar Kelimeler: fotokontakt dermatit, fotodağılımlı dermatit., doğal sıcak su, fotosensitivite, fototoksik reaksiyon

PS-006

Pinkus'un Fibroepitelyal Tümörü: Sakral Yerleşimli Bir Olgu

Ayça Akyıldız[1], Sema Aytekin[1], Yelda Demirkol[1]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ayça Akyıldız / Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ: Giriş ve AmaçPinkus'un fibroepitelyal tümörü (PFT), ilk kez Hermann Pinkus tarafından 1953 yılında tanımlanan, nadir görülen fibroepitelyal bir kutanöz neoplazmdır. Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasında çoğunlukla bazal hücreli karsinomun düşük riskli histopatolojik bir varyantı olarak kabul edilmekle birlikte, trikoblastom spektrumunda yer aldığını savunan görüşler de devam etmektedir. Bu nedenle tümörün biyolojik davranışı halen tartışmalı olup, dermatopatoloji alanında ilgi çekmeye devam etmektedir. Pinkus'un fibroepitelyal tümörü çoğunlukla orta ve ileri yaş erişkinlerde görülmekte olup kadın ve erkeklerde benzer sıklıkta izlenmektedir. En sık gövdeye, özellikle lumbosakral ve sakral bölgeye yerleşmekle birlikte kalça, kasık ve proksimal ekstremitelerde de görülebilmektedir. Klinik olarak deri renginde veya hafif eritemli, yavaş büyüyen papül, plak ya da polipoid nodül şeklinde ortaya çıkar. Klinik görünümünün oldukça değişken olması nedeniyle akrokordon, fibrom, intradermal nevüs, seboreik keratoz, adneksiyal tümörler ve diğer bazal hücreli karsinom alt tipleri ile karışabilmekte, bu durum tanıda gecikmeye neden olabilmektedir. Histopatolojik olarak epidermis ile bağlantılı ince, dallanan ve anastomoz yapan bazaloid hücre kordonlarının fibromiksoid veya fibrovasküler stroma içerisinde uzanması karakteristik özelliğidir. Son yıllarda dermoskopik özelliklerinin daha iyi tanımlanmasıyla birlikte ince arborizan damarlar, beyaz parlak çizgiler, yapısız pembe-beyaz alanlar ve yer yer gri-kahverengi pigmentasyon gibi bulguların tanıya katkı sağlayabileceği bildirilmiştir. Bununla birlikte kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Nadir görülmesi, klinik olarak

sıklıkla benign lezyonları taklit etmesi ve ayırıcı tanıda güçlük oluşturması nedeniyle Pinkus'un fibroepitelyal tümörüne ilişkin olgu bildirimleri önemini korumaktadır. Bu olgu sunumunda, sakral bölgede yerleşen ve histopatolojik inceleme sonucunda Pinkus'un fibroepitelyal tümörü tanısı alan 63 yaşındaki kadın hastanın klinik özelliklerinin sunulması ve bu nadir tümörün klinik pratikte akılda tutulmasının öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

OLGU: Altmış üç yaşında kadın hasta, yaklaşık 3–4 yıldır kalçada zamanla büyüyen ben şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede her iki gluteal bölge arasında orta hatta yerleşimli, yaklaşık 4–5 cm çapında, 3–4 cm yüksekliğinde, saplı, pembe renkli, nemli görünümde nodüler lezyon izlendi (Resim 1). Dermoskopik incelemede pembe zemin üzerinde yer yer atipik vasküler yapılar dikkati çekmekteydi . Lezyonun klinik görünümü, dermoskopik bulguları ve hastanın lezyonda büyüme tariflemesi nedeniyle skuamöz hücreli karsinom (SCC), amelanotik melanom ve bazal hücreli karsinom (BCC) ön tanıları ile punch biyopsi örneği alındı.Punch biyopsinin histopatolojik incelemesi sonucu bazal hücreli karsinom olarak raporlandı. Bunun üzerine hasta total eksizyon amacıyla Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'ne yönlendirildi. Lezyon uygun cerrahi sınırlarla tamamen eksize edildi. Eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesinde tanı Pinkus'un fibroepitelyal tümörü olarak doğrulandı.Hastanın takiplerinde eksizyon alanında nüks bulgusuna rastlanmadı ve yeni lezyon gelişimi izlenmedi.

Resim 1

Sakral bölgede ıslak görünümde pembe saplı lezyon

SONUÇ: Pinkus'un fibroepitelyal tümörü, bazal hücreli karsinomun nadir görülen ve düşük agresif davranış gösteren bir varyantı olup, klinik olarak sıklıkla benign kutanöz lezyonları taklit edebilmektedir. Bu nedenle özellikle uzun süredir mevcut olan, zamanla büyüme gösteren ve atipik dermoskopik bulgular içeren polipoid lezyonlarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Dermoskopi tanısal şüphe oluşturmada yol gösterici olmakla birlikte kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Erken tanı ve uygun cerrahi eksizyon ile başarılı tedavi sağlanabilmekte, nüks riski düşük seyretmektedir. Sunulan olgu, klinik ve dermoskopik değerlendirme ile histopatolojik doğrulamanın birlikte ele alınmasının doğru tanı ve tedavi yaklaşımındaki önemini bir kez daha göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Pinkus'un Fibroepitelyal Tümörü, Bazal Hücreli Kanser

PS-007

Blaschkoid Liken Planus: Nadir Bir Klinik Varyant

Yelda Demirkol[1], Sema Aytekin[1], Umut Günal[1]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yelda Demirkol / Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ: Liken planus (LP); deri, mukozalar, saçlı deri ve tırnakları tutabilen, T lenfosit aracılı kronik inflamatuvar bir dermatozdur. Klinik olarak klasik, hipertrofik, atrofik, aktinik, büllöz, pigmentoz ve lineer gibi çeşitli varyantları tanımlanmıştır. Blaschkoid liken planus, embriyolojik gelişim hatlarını temsil eden Blaschko çizgileri boyunca yerleşim gösteren nadir bir lineer LP varyantıdır. Klinik görünümü nedeniyle lichen striatus, inflamatuvar lineer verrüköz epidermal nevüs (ILVEN), lineer psoriasis ve diğer lineer dermatozlarla karışabilmektedir. Bu olguda, nadir görülen Blaschkoid liken planusun klinik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması ve ayırıcı tanısına dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

OLGU: Kırk dört yaşında kadın hasta, yaklaşık bir aydır devam eden kaşıntılı döküntü yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede gövdenin sol lateralinde Blaschko çizgilerini takip eden lineer dizilim gösteren, yer yer birleşme eğiliminde eritemli likenoid papül ve plaklar izlendi. Ayrıca her iki ön kolda dağınık yerleşimli likenoid papüller mevcuttu. Oral mukoza, genital mukoza ve tırnak muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Gövdedeki lineer lezyondan alınan punch biyopsisinin histopatolojik incelemesinde kompakt ortokeratoz, kama şeklinde hipergranüloz, düzensiz akantoz, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, Civatte (kolloid) cisimcikleri, papiller dermiste bant tarzında yoğun lenfosit infiltrasyonu ve pigment inkontinansı izlendi. Histopatolojik bulgular liken planus ile uyumlu olarak değerlendirildi. Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya Blaschkoid liken planus tanısı konuldu. Topikal klobetazol propiyonat tedavisi başlanan hastanın takiplerinde lezyonlarında belirgin gerileme gözlendi.

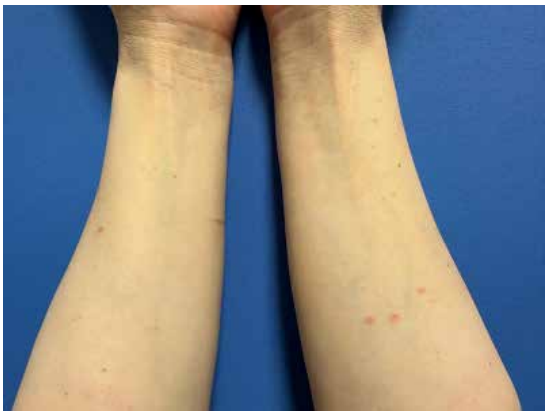
Resim 1

Gövdedeki blaschkoid dağılım

Resim 2

Ön kollardaki klasik likenoid papüller

Resim 3



SONUÇ: Liken planus olgularının yalnızca yaklaşık %0,2–0,6'sını lineer/Blaschkoid varyantların oluşturduğu bildirilmektedir. Histopatolojik özellikleri klasik liken planus ile benzer olduğundan tanıda en önemli ipucu lezyonların Blaschko çizgileri boyunca karakteristik dağılım göstermesidir. Blaschkoid liken planusun patogenezinde, embriyogenez sırasında gelişen kutanöz mozaiklik zemininde çevresel veya immünolojik bir tetikleyicinin sitotoksik T hücre yanıtını başlatmasının rol oynadığı düşünülmektedir. Bu nedenle lezyonlar Blaschko çizgilerini takip eder. Literatürde bildirilen olguların çoğunda lezyonların tek taraflı yerleşim gösterdiği, mukoza ve tırnak tutulumunun genellikle bulunmadığı ve topikal kortikosteroid tedavisine iyi yanıt alındığı bildirilmektedir. Bizim olgumuz da gövdede Blaschko çizgilerini takip eden lineer yerleşim, klasik liken planus ile uyumlu histopatolojik bulgular ve güçlü topikal kortikosteroid tedavisine belirgin yanıt göstermesi bakımından literatür ile uyumludur.Blaschko çizgileri boyunca gelişen likenoid erüpsiyonlarda Blaschkoid liken planus ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalı; doğru tanı için klinik dağılım ile histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Liken planus, Blaschko çizgileri, Blaschkoid liken planus

PS-008

Degos benzeri atrofik lezyonların eşlik ettiği kutanöz lupus eritematozus: nadir bir olgu

Kübra Zinnur[1], Hatip Erol[1], Varol Lütfü Aksungur[1], Melis Ladin Yamaç[2], Arbil Açıkalın[2]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Adana

Kübra Zinnur / Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

AMAÇ: Kutanöz lupus eritematozus (KLE), deri ile sınırlı yerleşim gösteren ve sistemik lupus eritematozus (SLE) ile değişen derecelerde ilişkili olabilen, otoimmün bağ dokusu hastalığıdır. Akut, subakut, kronik ve intermitan klinik alt tiplere ayrılmaktadır. Degos hastalığı ise başlıca deri, gastrointestinal sistem ve santral sinir sistemindeki küçük ve orta çaplı damarları tutabilen nadir görülen bir trombo-vaskülopatidir. Klinik olarak lezyonlar, merkezi porselen beyazı atrofik alan ve bunu çevreleyen eritemli telenjiektatik halka ile karakterizedir. Kronik kutanöz lupus eritematozus (KKLE) olgularında Degos benzeri lezyonların varlığı literatürde oldukça nadir bildirilmiştir. Bu olguda, Degos benzeri atrofik lezyonlarla seyreden kronik kutanöz lupus eritematozusun klinik, dermoskopik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: 21 yaşında kadın hasta, sekiz aydır devam eden her iki el parmaklarındaki ağrılı, kaşıntılı ve morumsu şişlikler nedeniyle değerlendirildi. Detaylı dermatolojik muayenede el parmaklarında eritematöz-viyolase plaklar, sol ön kolda çevresinde hafif eritemli halka bulunan porselen beyazı atrofik plaklar ve saçlı deride skatrisyel alopesik yamalar saptandı. Ön koldaki atrofik lezyonların dermoskopisinde santral yapısız beyaz alanı çevreleyen ince serpijinöz telenjiektaziler izlendi. Serolojik incelemede ANA ve anti-U1-RNP pozitifliği saptandı. Hastada ateş,

artrit, oral ülser, serozit, hematolojik, renal ve nörolojik tutulum gibi sistemik lupus eritematozusu düşündüren bulgular saptanmadı. Atrofik lezyondan yapılan histopatolojik incelemede bazal vakuoler dejenerasyon, kapiller tromboz ve dermal müsin birikimi izlendi. DİF incelemesinde dermoepidermal bileşke ve damar duvarlarında granüler IgM birikimi görüldü. Romatolojik değerlendirmede sistemik tutulum lehine bulgu saptanmadı.

Resim 1

El parmaklarında eritematöz-viyolase plaklar ve sol ön kolda çevresel eritemli porselen beyazı atrofik plaklar

Resim 2

Atrofik lezyonun dermoskopisinde santral yapısız beyaz alan ve çevresinde ince serpinjinöz telenjiektaziler

SONUÇ: Klinik, histopatolojik ve immünolojik bulgular doğrultusunda kronik kutanöz lupus eritematozus tanısı konuldu. Ön koldaki porselen beyazı atrofik plaklar lupus eritematozus ile ilişkili Degos-benzeri lezyonlar olarak değerlendirildi. El parmaklarındaki lezyonlar klinik açıdan chilblain lupus, saçlı derideki alopesik alanlar ise diskoid lupus eritematozus lehine değerlendirildi. Bu olgu, Degos hastalığını düşündüren porselen beyazı atrofik lezyonların ayırıcı tanısında kutanöz lupus eritematozusun da göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Lupus eritematozus, Degos hastalığı, Porselen beyazı atrofi, Telenjiektazi

PS-009

Keloid Ve Verrüyü Taklit Eden Atipik Kutanöz Prezantasyonlu Bir Poems Sendromu Vakası

Emre Ece[1], Hülya Albayrak[1], Eray Vatansever[1]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Emre Ece / Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

AMAÇ: POEMS sendromu; polinöropati, organomegali, endokrinopati, monoklonal protein ve deri değişiklikleri ile karakterize, nadir görülen bir plazma hücresi diskrazisidir. Deri bulguları hastaların büyük çoğunluğunda izlense de lezyonların polimorfik yapısı, sıklıkla yanlış tanılara ve etkisiz tedavilere yol açmaktadır. Hastalığın patogenezinde rol oynayan en önemli sitokinlerden biri vasküler endotelyal büyüme faktörüdür (VEGF). Artan VEGF seviyeleri anjiyogenezi tetikleyerek kapiller hemanjiyom gibi vasküler proliferasyonların oluşumuna zemin hazırlar. Bu bildiride, kutanöz lezyonları klinik olarak keloid ve verrü ile karıştırılan, atipik görünümlü bir POEMS sendromu vakası sunulmaktadır.

OLGU: POEMS sendromu tanısı alan 64 yaşındaki erkek hasta, takip sürecinde gövdesinde gelişen yaygın lezyonlar nedeniyle kliniğimizce değerlendirildi. Hastanın özgeçmişinde; polinöropati sebebiyle nöroloji, monoklonal gamapati sebebiyle hematoloji, multipl endokrin bozukluk (hipogonadizm ve hipotiroidi) nedeniyle endokrinoloji ve benign prostat hiperplazisi sebebiyle üroloji takipleri mevcut olup, otolog kemik iliği transplantasyonu öyküsü bulunmaktaydı. Hastanın dermatolojik muayenesinde; gövde ve sırt bölgesinde yaygın, polimorfik, yer yer fibromatoz, yer yer keloid benzeri multipl lezyonlar izlendi. Bilateral meme uçlarında ise papillamatöz değişiklikler saptandı. Hastanın lezyonlarının daha önce dış merkezde "keloid"(resim 2b) olarak değerlendirildiği ve intralezyonel steroid (İLS) uygulandığı,"siğil (verrü)"(resim 2a) sanılarak çeşitli topikal solüsyonların kullanıldığı öğrenildi. Bu hatalı uygulamaların lezyonlarda herhangi bir gerileme sağlamadığı belirtildi. Dermatolojik muayenede sklerotik değişiklik, hipertrikoz, Raynaud fenomeni veya kalsifilaksi izlenmedi. Tanısal amaçlı gövdeden yapılan üç adet punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde; sol skapuladaki lezyon akantoz ve papillamatoz gösteren, stroması fibrotik yumuşak fibrom (akrokordon) ile uyumlu bulunmuş; göğüs ön yüzü ve sırt orta hattan alınan lezyonlarda ise dermiste endotelle döşeli kapiller vasküler yapılardan oluşan tümöral görünüm izlenerek "kapiller hemanjiyom (glomerüler hemanjiyom)" tanısı konulmuştur.

SONUÇ: POEMS sendromunda kutanöz lezyonların klinik olarak keloid veya verrüyü taklit etmesi, hastalığın dermatolojik "taklitçi" özelliğini ve tanısal zorluğunu gözler önüne sermektedir. Fizik muayenede saptanan ve literatürde nadir görülen meme ucu papillamatöz değişiklikleri, bu klinik spektrumun çeşitliliğine dikkat çekmektedir. POEMS sendromlu hastalarda görülen her türlü kutanöz lezyonun vasküler bir komponent içerebileceği ve klinik olarak keloid ya da fibrom sanılan yapıların aslında sistemik bir anjiyogenetik sürecin yansıması olabileceği unutulmamalıdır. Sonuç olarak; bu tür nadir ve multiorgan tutulumu gösteren hastalıklarda multidisipliner yaklaşım ve histopatolojik korelasyon, hatalı ve etkisiz uygulamaların önüne geçilmesi açısından kritik önem taşımaktadır.

Resim 1

Resim 2

Anahtar Kelimeler: Poems sendromu, deri belirtileri, kapiller hemanjiyom, glomerüler hemanjiyom

PS-010

Atipik yerleşimli dev bazal hücreli karsinom: skuamöz hücreli karsinomu taklit eden bir olgu

Umut Günal[1], Sema Aytekin[1], Ayça Akyıldız[1]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

Umut Günal / Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

AMAÇ: Bazal hücreli karsinom (BHK), en sık görülen kutanöz malignite olmasına karşın, en geniş çapı 5 cm ve üzerinde olan lezyonlar dev bazal hücreli karsinom (DBHK) olarak tanımlanır ve tüm BHK'ların yalnızca %0,5-1'ini oluşturur. Dev BHK'lar, klasik BHK'lara kıyasla daha invaziv davranış gösterebilir; derin doku invazyonu, yüksek morbidite ve nadiren metastaz ile ilişkilidir. Güncel seriler, DBHK gelişiminin çoğunlukla tanı gecikmesi veya başlangıçta uygulanan uygun olmayan tedavi yaklaşımları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, güneş maruziyetinin sınırlı olduğu anatomik bölgelerde gelişen ekzofitik-vejetatif lezyonlar, klinik olarak skuamöz hücreli karsinom (SCC) ve diğer agresif kutanöz maligniteleri taklit ederek tanısal güçlük oluşturabilir. Bu bildiride, histopatolojik doğrulama yapılmaksızın kriyoterapi uygulanan, sonrasında gerilemeyerek boyut artışı gösteren ve klinik olarak SCC'yi taklit eden atipik yerleşimli bir DBHK olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: Doksan dört yaşında kadın hasta, sağ üst kol iç yüzünde yaklaşık 2-3 yıldır bulunan, son iki aydır kanama ve seropürülan akıntının eşlik ettiği kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden, lezyona yaklaşık iki yıl önce dış merkezde histopatolojik doğrulama yapılmaksızın birkaç kez kriyoterapi uygulandığı, ancak lezyonun gerilemeyerek boyutlarında artış olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenede sağ üst kol iç yüzünde yaklaşık 5 × 5 cm boyutlarında, ekzofitik, multilobüle,

kolay kanayan, vejetatif-ülsere tümöral kitle izlendi. Klinik görünümü nedeniyle ön planda SCC, ayırıcı tanıda ise malign melanom düşünüldü ve lezyondan punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede periferik palizatlanma gösteren bazaloid hücre adaları ile belirgin peritümöral kleft oluşumu saptanarak BHK tanısı doğrulandı. Hasta, geniş cerrahi eksizyon ve rekonstrüksiyon planlanması amacıyla Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğine yönlendirildi.

RESİM 1

Sağ üst kol iç yüzünde yaklaşık 5 × 5 cm boyutlarında, ekzofitik, multilobüle, vejetatif-ülsere tümöral kitle.

RESİM 2

Lezyonun yakın plan görünümü; multilobüle vejetatif yapı ile yüzey ülserasyonu dikkati çekmektedir.

SONUÇ: Dev BHK, nadir görülmesine karşın özellikle güneş maruziyetinin sınırlı olduğu anatomik bölgelerde vejetatif morfoloji sergilediğinde klinik olarak SCC başta olmak üzere diğer agresif kutanöz maligniteleri taklit edebilir. Bu olgu, histopatolojik doğrulama yapılmaksızın uygulanan destrüktif tedavilerin tanıda gecikmeye ve uygun tedavinin ertelenmesine yol açabileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Uzun süredir mevcut, iyileşmeyen, kanamalı veya vejetatif kutanöz lezyonlarda anatomik lokalizasyon ne olursa olsun BHK ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli; ablatif veya destrüktif tedavi uygulanmadan önce histopatolojik doğrulama sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dev bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom, kriyoterapi

PS-011

Pityriasis lichenoides benzeri klinik prezentasyon gösteren Tip B lenfomatoid papüloz olgusu

Aslı Ergül[1], Zeynep Topkarcı[1]

[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bakırköy, İstanbul

Aslı Ergül / Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bakırköy, İstanbul

AMAÇ: Lenfomatoid papüloz, tekrarlayan ve spontan gerileme gösterebilen papüler lezyonlarla seyreden primer kutanöz CD30 pozitif lenfoproliferatif hastalıklardan biridir. Klinik ve histopatolojik özellikleri nedeniyle pityriasis lichenoides ve mikozis fungoides ile karışabilmektedir. Tanısal güçlük oluşturan bir çocuk olgunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: Çocuk yaş grubundaki hasta, yaklaşık 4 aydır devam eden, zaman zaman gerileyip yeniden ortaya çıkan, gövde ve ekstremitelerde yaygın, hafif kaşıntılı, eritemli ve yer yer krutlu papüler lezyonlar nedeniyle değerlendirildi. Klinik olarak pityriasis lichenoides, mikozis fungoides ve lenfomatoid papüloz ön tanıları düşünüldü. Başlangıçta azitromisin ve topikal tedaviler uygulandı. Sonrasında dar bant UVB fototerapisi başlandı ancak yeterli yanıt alınamadı. Punch biyopsi incelemesinde epidermotropik atipik T hücreli lenfoid infiltrasyon saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede CD3 pozitif lenfoid hücrelerde CD4, CD2, CD5 ve CD7 ekspresyonunda değişen oranlarda kayıp izlenirken CD8 ekspresyonu korundu. Az sayıda CD30 pozitif hücre mevcuttu.Histopatolojik değerlendirmede pityriasis lichenoides lehine bulgu saptanmadı. Klinik olarak lezyonların papüler karakterde olması, gerileyip yeniden ortaya çıkması ve CD30 pozitif hücrelerin varlığı nedeniyle öncelikle Tip B lenfomatoid papüloz düşünüldü. Mikozis fungoides tanısının ise tamamen dışlanamayacağı belirtildi. Dar bant UVB tedavisine yetersiz yanıt sonrası düşük doz metotreksat tedavisi başlandı. İzlemde lezyonlarda belirgin gerileme gözlendi. Son kontrolde yalnızca sınırlı sayıda lezyon mevcut olup yaygın tutulumun büyük ölçüde düzeldiği izlendi.

SONUÇ: Çocukluk çağında tekrarlayıcı papüler döküntülerle başvuran olgularda lenfomatoid papüloz, pityriasis lichenoides ve mikozis fungoides ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Klinik seyir, histopatolojik inceleme ve immünofenotipik bulguların birlikte değerlendirilmesi tanıya ulaşmada kritik öneme sahiptir. Bu olguda klinik ve patolojik veriler Tip B lenfomatoid papüloz lehine değerlendirilmiş olup hasta mikozis fungoides açısından yakın izlem altında tutulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lenfomatoid papüloz, Tip B lenfomatoid papüloz, pityriasis lichenoides, mikozis fungoides, çocukluk çağı, epidermotropizm, CD30, kutanöz T hücreli lenfoma, papüler erüpsiyon, metotreksat

PS-012

Oral Liken Planusta Gözden Kaçabilecek Bir Tetikleyici: Dental Amalgam

Elif Ortalık Devebacak[1]

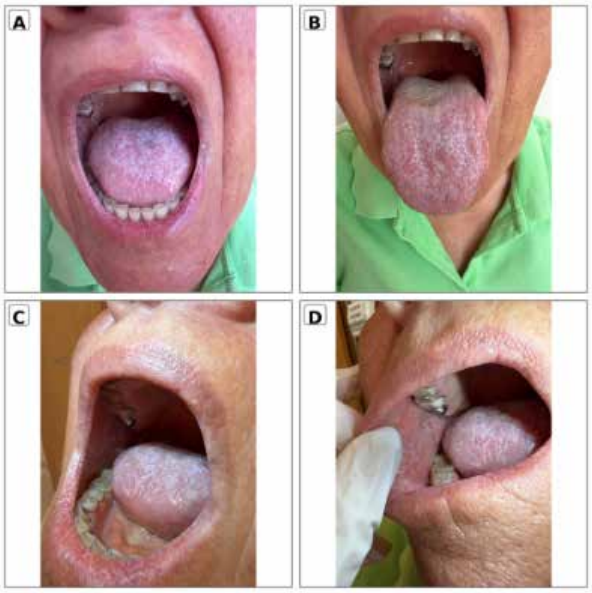
[1]İzmir Çeşme Alper Çizgenakat Devlet Hastanesi

Elif Ortalık Devebacak / İzmir Çeşme Alper Çizgenakat Devlet Hastanesi

AMAÇ: Oral liken planus (OLP), kronik inflamatuvar seyir gösteren ve hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde etkileyebilen bir mukozal hastalıktır. Etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte çeşitli lokal ve sistemik faktörlerin hastalığın ortaya çıkışı veya devamlılığında rol oynayabileceği düşünülmektedir. Dental amalgam restorasyonları, özellikle içerdiği cıva ve diğer metal bileşenlerine karşı gelişebilen gecikmiş tip hipersensitivite aracılığıyla oral mukozada likenoid inflamasyonu tetikleyebilen faktörler arasında yer almaktadır. Bu olguda, uzun yıllardır amalgam restorasyonları bulunan ve histopatolojik olarak liken planus tanısı desteklenen bir hastada amalgamın olası tetikleyici rolüne dikkat çekilmesi amaçlandı.

OLGU: Altmış bir yaşında kadın hasta, yaklaşık iki yıldır devam eden ağızda yanma şikâyeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Oral muayenede bukkal mukozada retiküler beyaz çizgilenmeler ile dil dorsumunda yaygın, yer yer birleşme eğiliminde retiküler ve keratotik beyaz alanlar izlendi. Hastanın posterior dişlerinde uzun yıllardır mevcut olan amalgam restorasyonlar dikkati çekti. Oral mukozal lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesi liken planus ile uyumlu olarak raporlandı. Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek oral liken planus tanısı konuldu. Dental amalgamların oral likenoid inflamasyondaki olası rolü göz önüne alınarak hastanın restorasyonlarının dental açıdan değerlendirilmesi planlandı.

Şekil 1.



Şekil 1. Oral liken planuslu hastanın klinik görünümü. (A–B) Dil dorsumunda yaygın retiküler ve plağımsı beyaz keratotik lezyonlar. (C) Oral kavitenin genel görünümü ve posterior dental restorasyonlar. (D) Amalgam restorasyona komşu bukkal mukozada retiküler beyaz çizgilenmeler.

SONUÇ: Dental amalgam ile ilişkili oral likenoid reaksiyonlar, klinik ve histopatolojik olarak klasik OLP ile büyük ölçüde örtüşebilir. Amalgam bileşenlerine karşı gelişen kontakt hipersensitivitenin mukozada T hücre aracılı inflamatuvar yanıtı tetikleyebileceği düşünülmektedir. Özellikle restorasyonlara komşu mukozada gelişen retiküler, plak benzeri veya eroziv lezyonlarda bu ilişkinin sorgulanması önemlidir.Amalgam restorasyonlarının değiştirilmesi sonrasında oral likenoid lezyonlarda kısmi veya tam gerileme bildirilmesi, dental materyallerin seçilmiş olgularda hastalığı başlatan veya sürdüren bir kofaktör olabileceğini desteklemektedir. Bununla birlikte OLP ve amalgam ilişkili oral likenoid reaksiyon arasındaki klinik ve histopatolojik benzerlik nedeniyle ayrım her zaman kolay değildir. Bu nedenle ayrıntılı dental öykü, lezyonların dağılımı ve dental restorasyonlarla ilişkisi değerlendirilmelidir.Oral liken planus değerlendirilirken yalnızca mukozal lezyonlara değil,

hastanın ağzındaki dental materyallere de bakılmalıdır. Amalgam restorasyonlar bazı hastalarda likenoid inflamasyonu tetikleyen veya sürdüren değiştirilebilir bir faktör olabilir. Bu olgu, kronik oral liken planusta dental restorasyonların sorgulanmasının önemini vurgulamaktadır

Anahtar Kelimeler: Dental amalgam, oral liken planus, oral likenoid reaksiyon, kontakt hipersensitivite.

PS-013

Kutanöz tutulum ile prezante olan mantle hücreli lenfoma: Nadir bir olgu sunumu

Kübra Ataman Efe[1], Harbiye Dilek Canat[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

Kübra Ataman Efe / Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Mantle hücreli lenfoma (MHL), genellikle lenf nodları, dalak ve kemik iliğini tutan nadir ve agresif bir olgun B hücreli neoplazmdır. Hastalığın deri tutulumu oldukça nadirdir (yaklaşık %2) ve literatürde çoğunlukla sistemik hastalığın sekonder yayılımı olarak bildirilmiştir. Deri lezyonları, sistemik semptomlar ortaya çıkmadan önce MHL'nin ilk belirtisi olabilmektedir. Bu sunumda, B semptomları olmaksızın hızlı büyüyen kutanöz nodül ile başvuran ve MHL tanısı alan nadir bir olgunun sunulması ve ayırıcı tanıya dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

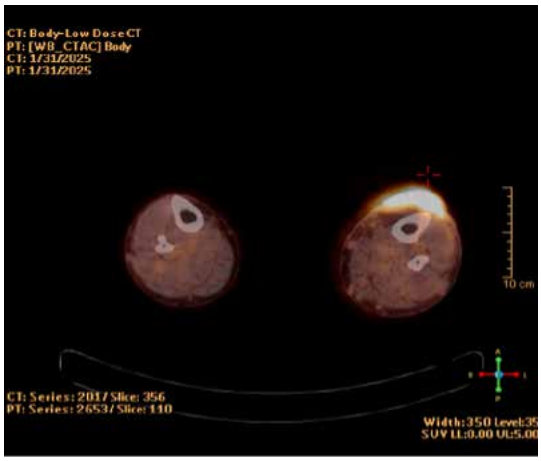
OLGU: 70 yaşında erkek hasta, sol bacağında 3-4 ay önce küçük bir kabarıklık olarak başlayıp hızla büyüyen şişlik şikayetiyle hastanemiz polikliniğine başvurdu. Hastanın ağrı, kaşıntı, ateş, gece terlemesi veya kilo kaybı gibi ek şikayeti ile bilinen sistemik bir hastalık veya ilaç kullanım öyküsü bulunmuyordu. Fizik muayenesinde sol kruris anteriorda yaklaşık 5x5 cm boyutlarında, pembe renkli, üzeri krutlu, hafif lobüle konturlu nodül ve lezyon çevresinde inferiorda daha belirgin olmak üzere lividi renkte plaklar izlendi. Ayrıca sol kruriste ayak bileğinden diz altına uzanan yaygın variköz venler mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde (Hgb, WBC, PLT, CRP, LDH) anlamlı özellik saptanmadı. Lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde; üst dermisten başlayıp retiküler dermisi kaplayan, nükleer membranları düzensiz, orta büyüklükte lenfositlerden oluşan infiltrasyon izlendi. İmmünhistokimyasal boyamalarda tümöral hücrelerde CD5, CD20, Bcl-2, FOXP1, Cyclin D1, IgM ve Sox11 ile yaygın pozitif boyanma; CD10 , CD30, Bcl-6 ve EBER ile negatif boyanma saptandı Ki-67 proliferasyon indeksi %70-80 olarak bulundu. Hastaya mevcut klinik, histopatolojik ve immünhistokimyasal bulgular ışığında "Mantle Hücreli Lenfoma" tanısı konuldu. Sistemik tutulumu değerlendirmek ve evreleme amacıyla istenen PET-BT'de sol servikal bölge, sol aksilla ve sol inguinal bölgede büyüğü 20x12 mm boyutlarında yoğun FDG tutulumu gösteren hipermetabolik lenf nodları ve sol kruris anteriordaki nodülde yoğun FDG tutulumu izlendi. Hasta tedavi planlaması için hematoloji kliniğine yönlendirildi.

sol kruriste nodül

vsol kruriste pembe renkli, üzeri krutlu, hafif lobüle konturlu nodül ve çevresindeki lividi renkte plaklar

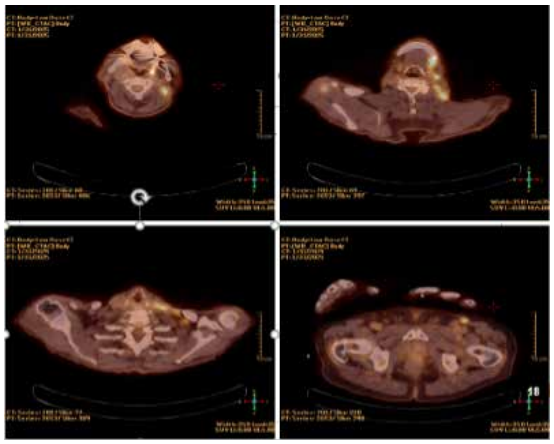
sol kruriste nodül

PET-CT



PET-CT'de yoğun FDG tutulumu gösteren nodül

PET-CT LENF NODU TUTULUMLARI



sol servikal, sol aksiller ve sol inguinal bölgede bulunan hipermetabolik lenf nodları

SONUÇ: MHL'de deri tutulumu çok nadir görülmekle birlikte blastoid kökenli hücrelerle ilişkilidir ve kötü prognozludur. Olgumuzda olduğu gibi, hastaların klasik B semptomları tariflemediği ve izole, hızlı büyüyen kutanöz lezyonlarla başvurduğu durumlarda ayırıcı tanıda kutanöz lenfomalar akılda tutulmalıdır. Erken dönemde yapılan deri biyopsisi ve histopatolojik incelemeler (özellikle Cyclin D1 pozitifliği), hastalığın hızla tanınması ve multidisipliner tedavi yaklaşımının başlatılabilmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: mantle hücreli lenfoma, B hücreli lenfoma, kutanöz tutulum

Organizasyon Sekretaryası

FİGÜR
KONGRE & ORGANİZASYON

Figür Kongre Organizasyonları ve Tic. A.Ş.
Tel: 0 212 381 46 00
E-posta: cukurovadermatoloji@figur.net

www.cukurovadermatoloji2026.org