

5. ANTAKYA DERMATOLOJİ GÜNLERİ

12-14 HAZİRAN 2025
ACAPULCO HOTEL, KIBRIS

BİLDİRİ ÖZETLERİ
KİTABI

www.antakyadermatolojigunleri.org



DÜZENLEME KURULU

BAŞKAN

Dr. A. Çiğdem Doğramacı

BAŞKAN YARDIMCISI

Dr. İsa An

İLETİŞİM

BİLİMSEL SEKRETERYA

Dr. A. Çiğdem Doğramacı

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD

Telefon: 0 326 229 10 00

E-posta: catahan85@yahoo.com

ORGANİZASYON SEKRETARYASI



19 Mayıs Mah. Halaskargazi Cad. T. Cemal Sk.

Cumhuriyet Apt. No:7 D:1, 34360 Şişli / İstanbul

Telefon: 0 212 230 78 68 - Faks: 0 212 234 78 68

E-posta: antakyadermatolojigunleri@invictuscongress.org

www.invictuscongress.org

5. ANTAKYA DERMATOLOJİ GÜNLERİ

12-14 HAZİRAN 2025
ACAPULCO HOTEL, KIBRIS

SÖZLÜ
BİLDİRİLER



SB01

SHORT- AND LONG-TERM EFFECTS OF THE DEVASTATING FEBRUARY 2023 EARTHQUAKES ON DERMATOLOGY PRACTICE: A RETROSPECTIVE ANALYSIS FROM THE DISASTER ZONE IN TÜRKİYE

Pınar Korkmaz¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Gaziantep, TÜRKİYE

ÖZET

Giriş: Türkiye, 6 Şubat 2023'te 400 km çapta etkili olan iki yıkıcı deprem yaşadı. Dermatoloji polikliniğine başvuru nedeni olan hastalıkların spektrumu ve insidansı yıkıcı felaketlerden büyük ölçüde etkilenmektedir.

Amaç: Depremlerden sonraki 6 aylık dönemde dermatoloji bölümüne başvuran hastalarda dermatolojik sorunların araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve metod: Depremlerden sonra, ilk 3 aylık kayıtlar (deprem grubu 1) ve ikinci 3 aylık kayıtlar (deprem grubu 2) retrospektif olarak bir önceki yılın aynı dönemleriyle (kontrol grubu 1 ve 2) karşılaştırıldı. Kısa dönem (deprem grubu 1) ve uzun döneme (deprem grubu 2) ait veriler de analiz edildi.

Sonuçlar: Polikliniklere gelen hasta başvurusu, birinci ve ikinci 3 aylık dönemlerde sırasıyla %83 ve %66 oranlarında azaldı. Enfeksiyonlar-enfestasyonlar ve ekzemalar, uzun süreli kalabalık ortamların paylaşılması ve sağlıklı koşullar nedeniyle akut ve kronik dönemde başvuruların yarıdan fazlasında sorumluyken, ürtiker ve alopesi areata gibi stresle ilişkili dermatozların insidansı uzun dönemde artmış izlendi.

Sınırlamalar: Tek merkezli retrospektif bir çalışma.

Sonuç: Tam donanımlı geçici yerleşim yerlerine hızlı geçiş ve depremden hemen sonra sağlanan psikososyal destekle dermatolojik hastalıkların çoğu önlenebilir.

Anahtar kelimeler: deprem, dermatoloji, bulaşıcı dermatozlar, stresle ilişkili dermatoz

Abstract

Background: Türkiye experienced two devastating earthquakes affecting a 400-km radius on February 6, 2023. The spectrum and incidence of diseases in a dermatology outpatient setting are strongly influenced by catastrophes.

Objective: We aimed to investigate dermatologic issues in patients admitted to dermatology department in a period of 6-months after the earthquakes.

Materials and methods: Following the earthquakes, first 3-month registrations (earthquake group 1) and second 3-month registrations (earthquake group 2) were retrospectively compared with the same periods in the previous year (control group 1 and 2). Data for short-term (earthquake group 1) and long-term (earthquake group 2) periods analysed, also.

Results: Patient flow to outpatient clinics decreased by 83% and 66% in the first and second 3-month periods, respectively. Infections–infestations and eczemas were responsible for more than half of the cases presented in short and long term due to prolonged overcrowding and unsanitary conditions, whereas the incidence of stress-related dermatoses such as urticaria and alopecia areata increased in the long term.

Limitations: A single center retrospective study.

Conclusion: By rapid transition to fully equipped temporary settlements and psychosocial support provided immediately following the earthquake, the majority of dermatologic diseases can be prevented.

Keywords: earthquake, dermatology, infectious dermatoses, stress related dermatosis

SB02**PSORİASİS TANILI HASTALARDA KLİNİK AKTİVİTE, KAŞINTI ŞİKAYETİ VE UYKU BOZUKLUĞU VARLIĞININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ****Irem Kula¹, Şebnem Aktan¹, Ceylan Avcı¹**¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar ABD

Giriş: Psoriasis, etyopatogenezinde hem genetik hem çevresel faktörlerin rol oynadığı, multifaktöriyel etyolojiye sahip kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Dünya çapında yaygın olarak bildirilen ve her yaşta ortaya çıkabilen psoriasise birçok sistemik komorbidite eşlik edebilmektedir. Psoriasis hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir. Bu çalışmada; psoriasis hastalarında kaşıntı şiddetini ve dağılımını, depresyon düzeylerini, yaşam ve uyku kalitesini değerlendirmek, bu faktörler arasındaki ilişkileri belirlemek ve elde edilen verileri sağlıklı bir kontrol grubuyla karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, Şubat 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 63 psoriasis hastası (olgu grubu) ve yaş ve cinsiyet uyumlu 63 sağlıklı bireyden (kontrol grubu) oluşan 126 kişilik bir örnekleme gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sigara ve alkol kullanımı, vücut kütle indeksi, ek hastalıkları gibi verilerle birlikte, Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) skorları toplanmıştır. Ek olarak, olgu grubundaki psoriasis hastalarına yönelik, hastalığın tanı yaşı, tanı süresi, tedavi geçmişi, Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI), Vizüel Analog Skala (VAS), 5-D Kaşıntı Ölçeği skorları da değerlendirilmiştir.

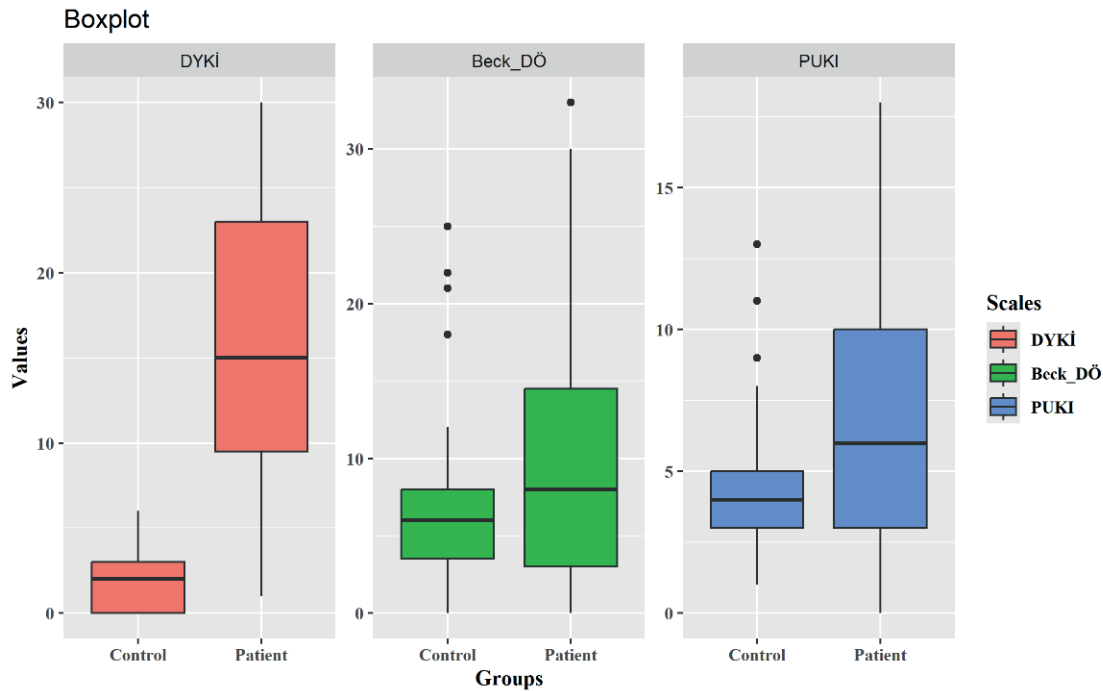
Bulgular: Çalışmaya alınan psoriasis hastalarının 35'i erkek, 28'i kadındı. Hastaların yaş ortalaması 47.56±14.47 idi. Dislipidemi oranı olgu grubunda %68,3; kontrol grubunda ise %25,4 olarak saptanmış (p<0.001); hepatosteatoz ise olgu grubunda %55,6; kontrol grubunda ise %6,3 oranında görülmüştür (p<0.001). Ayrıca, olgu grubunun vücut ağırlığı ve vücut kütle indeksi kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,004 ve p=0,002).

Psoriasis hastalarında yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede olumsuz yönde etkilendiği gözlenmiştir (p<0,001). 5-D Kaşıntı Ölçeği'ne göre, psoriasis hastalarının %87,3'ü kaşıntı yakınması olduğu belirlenmiştir. Vizüel analog skoruna göre hastaların kaşıntı şiddeti; %9,5'i hafif, %27'si orta, %63,5'i ise şiddetli veya çok şiddetli olarak sınıflandırılmıştır. 5D Kaşıntı Ölçeği'nin kısıtlama/sınırlama alt boyutuyla, uyku kalitesi (PUKİ), depresyon (BDÖ), yaşam kalitesi (DYKİ) ve PASI skoru arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (sırasıyla r=0,556, r=0,561, r=0,540, r=0,588).

Psoriasisli hastalarda %58,7'si uyku kalitesinin bozulduğu izlenirken, kontrol grubunda bu oran %36,5 olarak tespit edilmiştir ve olgu grubundaki bireylerin PUKİ skoru kontrol grubundakilerden anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,001$). Ayrıca, PUKİ ölçeğinin alt boyutları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında olgu grubunda öznel uyku kalitesi, uyku latansı, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutlarında anlamlı derecede daha olumsuz sonuçlar gözlemlenmiştir (sırasıyla $p=0,014$, $p=0,014$, $p=0,029$, $p=0,001$, $p=0,002$). Ek olarak psoriasis hastalarında PUKİ ile BDÖ arasında pozitif yönde iyi düzeyde, DYKİ ile ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler izlenmiştir ($r=0,685$, $r=0,485$).

BDÖ değerlendirmesine göre, olgu grubundaki hastaların %46'sında depresif semptomlar tespit edilmiştir. Bu hastaların %25,4'ünde hafif, %15,87'sinde orta ve %4,76'sında şiddetli düzeyde depresif belirtiler gözlemlenmiştir. Olgu grubundaki bireylerin BDÖ puanları, kontrol grubundakilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,015$).

Tartışma/sonuç: Bu çalışma, psoriasis hastalarında; kaşıntı, depresyon ve uyku bozuklukları prevalansının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksek olduğunu ve bu yakınmaların yaşam kalitesinde ciddi olumsuz etkilere yol açtığını ortaya koymaktadır. Kaşıntı, psoriasis hastalarında uyku ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Ayrıca, psoriasis hastalarında depresyon belirtilerinin yaygın olması, uyku kalitesinin belirgin etkilenmesi; psikolojik destek ve tedavi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çalışmamızın sonuçları psoriasisli bireylerde kaşıntı ve uyku problemlerinin yönetilmesinin, tedavi stratejilerinin önemli bir parçası olması gerektiğini vurgulamaktadır.



SB03

DERMATOCERRAHİDE CİNSİYET VE SÜRE İLİŞKİLİ ANALİZ; KESİTSEL ÇALIŞMA

Erişcan Melih Kırsoy¹, Yusuf Mehel¹, Mustafa Tümtürk², Nazlı Caf², Gökür Özaydın Yavuz¹, Zafer Türkoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilimdalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Atlas Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilimdalı, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç:

Bu çalışmanın amacı, dermatoloji asistanlarının gerçekleştirdiği cerrahi işlem sayılarını cinsiyet ve eğitim süreleri ile ilişkilendirerek değerlendirmektir.

Materyal-Metod:

Bu retrospektif kesitsel çalışma, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği'nde 10 Ağustos 2021 ile 10 Aralık 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilen cerrahi işlemleri kapsamaktadır. Veriler, cerrahi işlem odasında tutulan kayıtlardan alınarak IBM SPSS Statistics 26 programı ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Toplam 77 asistan çalışmaya dahil edilmiş olup, cinsiyet ve kıdem grupları arasındaki farklar incelenmiştir.

Sonuçlar:

Çalışmaya katılan asistanların %58,4'ü (n=45) kadın, %41,6'sı (n=32) erkektir. Eğitim süreleri incelendiğinde; %9,1'inin (n=7) 1 yıldan az, %27,3'ünün (n=21) 1-1.99 yıl, %48,0'inin (n=37) 2-2.99 yıl ve %15,6'sının (n=12) 3 yıl ve üzerinde olduğu görülmüştür. Asistanların gerçekleştirdiği cerrahi işlem sayıları 1 ile 33.229 arasında değişmekte olup, ortalama 13.159,05±8052,91 ve medyan 13.339 olarak bulunmuştur.

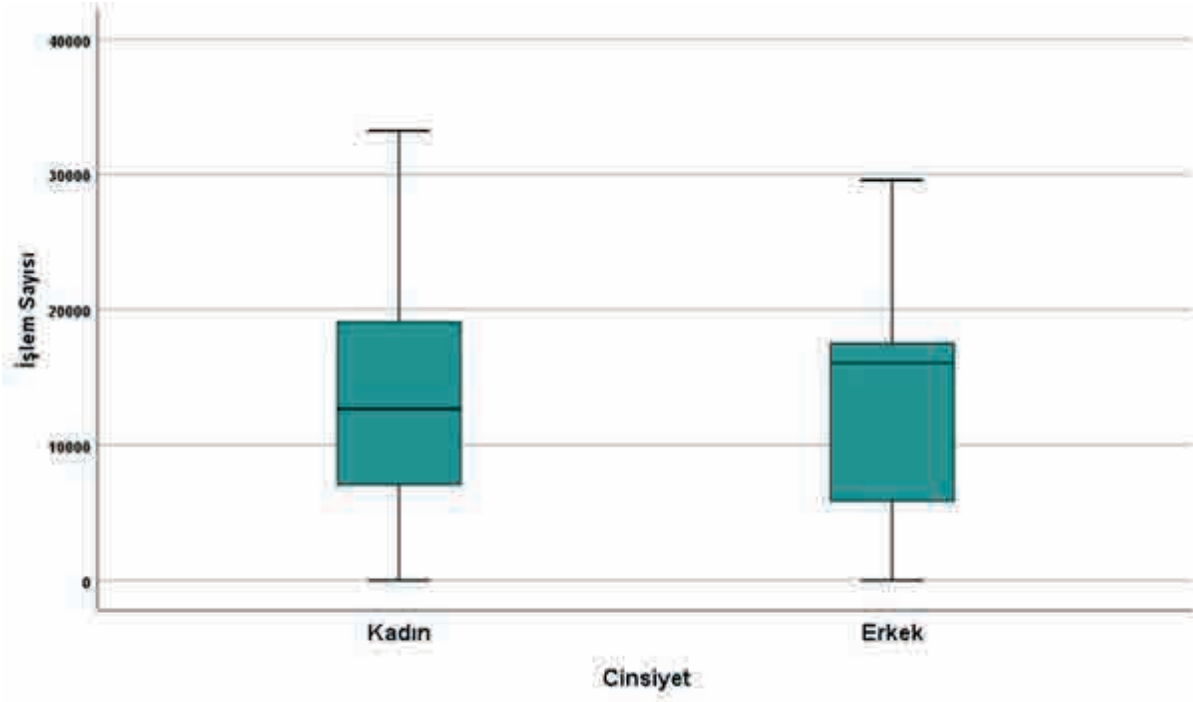
Cinsiyete göre asistanların işlem sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Ancak, eğitim sürelerine göre işlem sayıları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). 2-2.99 yıl eğitim süresi olan asistanların işlem sayıları, 3 yıl ve üzeri ile 1 yıldan az eğitim süresi olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla p=0,004; p<0,001). Eğitim süresi 1-1.99 yıl olan asistanlar, 1 yıldan az kıdemi olanlardan daha fazla işlem yapmıştır (p=0,012; p<0,05).

Kadın asistanlar arasında eğitim sürelerine göre işlem sayılarında anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). 2-2.99 yıl eğitim süresi olan kadın asistanlar, 1-1.99 yıl ve 1 yıldan az eğitim süresi olanlardan daha fazla işlem yapmıştır (sırasıyla p=0,005; p<0,001). Ancak erkek asistanların eğitim süreleri ile işlem sayıları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

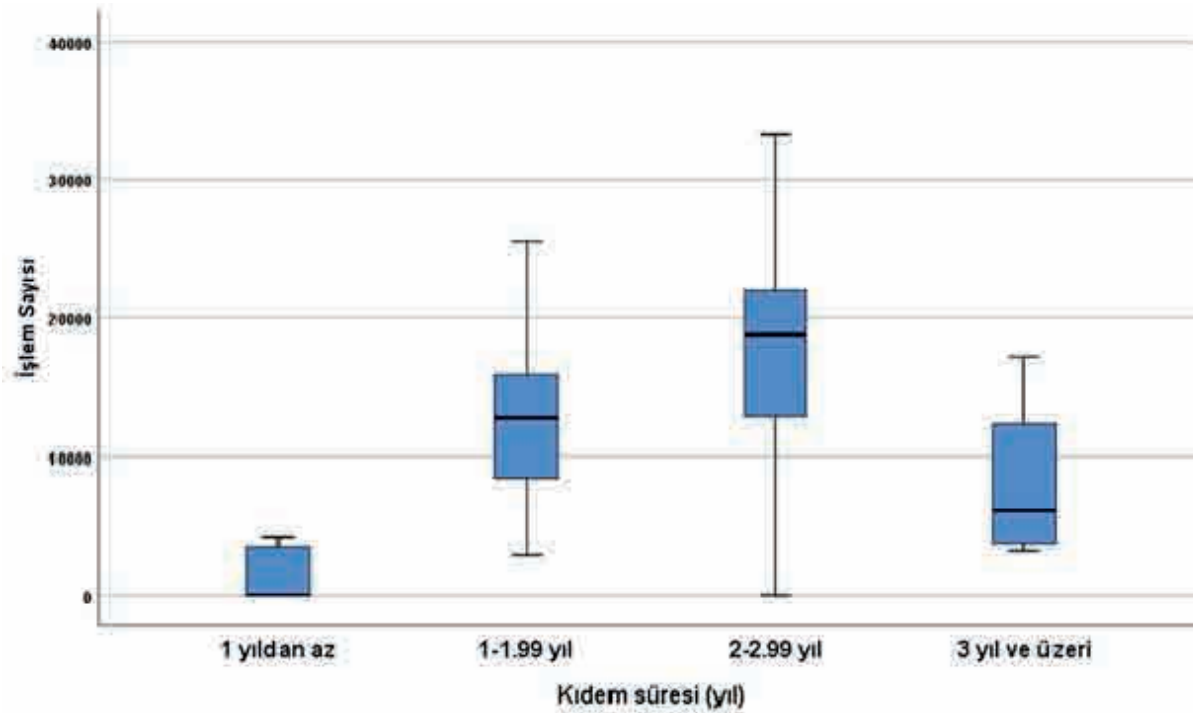
Tartışma:

Dermatoloji asistanlarının cerrahi işlem deneyimleri, eğitim düzeyi ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. 2-2.99 yıl kıdeme sahip asistanlar, diğer eğitim gruplarına göre daha fazla cerrahi işlem gerçekleştirmektedir. Kadın asistanların eğitim süreleri arttıkça işlem sayılarının arttığı gözlemlenirken, erkek asistanlar için bu ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular, dermatoloji asistanlık eğitimi sürecinde cerrahi işlem sorumluluğunun orta eğitim süresinde ve kadın cinsiyetinde olanlar tarafından karşılandığını göstermektedir.

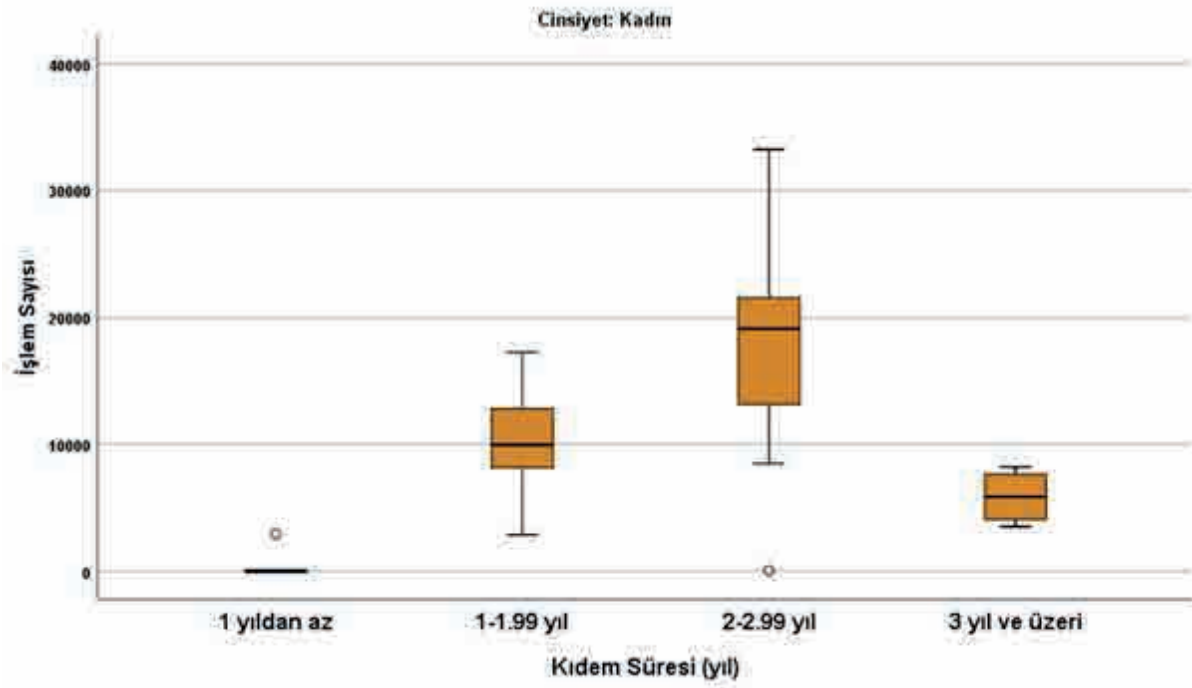
Anahtar Kelimeler: Dermatolojik cerrahi, Cinsiyet faktörleri, Asistanlık eğitimi, Cerrahi işlem, Eğitim süresi



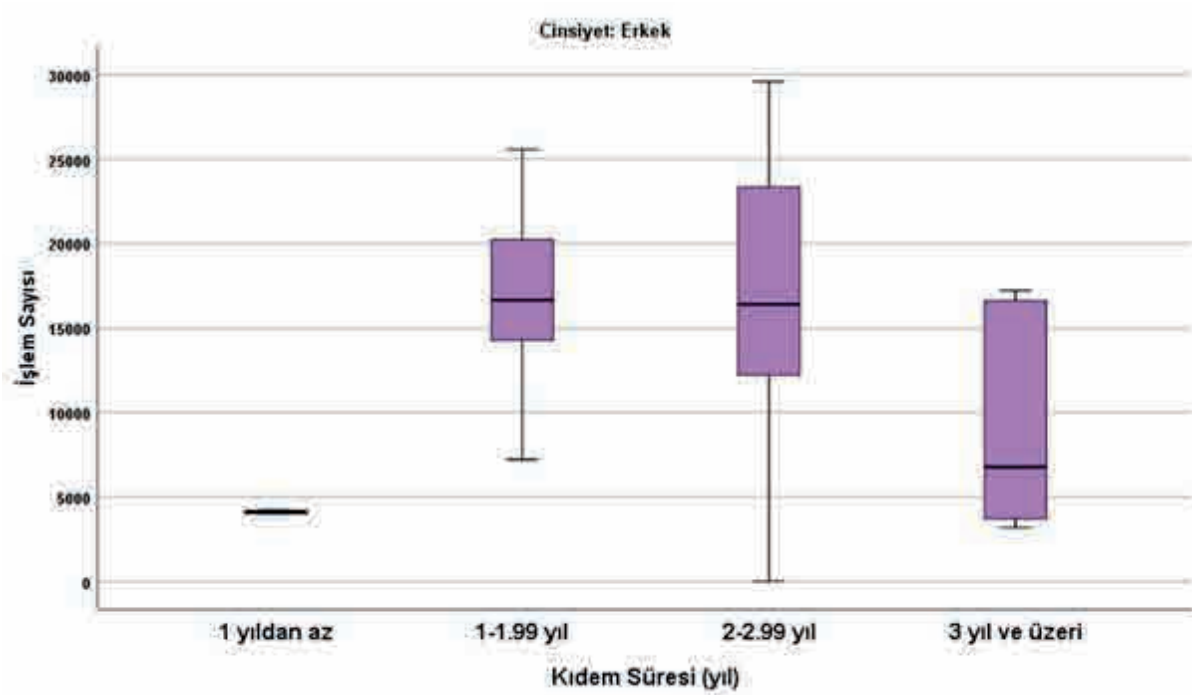
Resim-1: Cinsiyete göre işlem sayıları



Resim-2: Asistanların kıdem sürelerine göre işlem sayıları



Resim-3: Kadın asistanların kıdem sürelerine göre işlem sayıları



Resim-4: Erkek asistanların kıdem sürelerine göre işlem sayıları

		n	%
Cinsiyet	Kadın	45	58,4
Cinsiyet	Erkek	32	41,6
Kıdem süresi (yıl)	1 yıldan az	7	9,1
Kıdem süresi (yıl)	1-1.99 yıl	21	27,3
Kıdem süresi (yıl)	2-2.99 yıl	37	48,0
Kıdem süresi (yıl)	3 yıl ve üzeri	12	15,6
İşlem sayısı	Medyan (Min-Mak)	13339 (1-33229)	
İşlem sayısı	Ort±Ss	13159,05±8052,91	

Tablo-1: Demografik özelliklerin dağılımı (Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum)

		İşlem Sayısı	İşlem Sayısı	İşlem Sayısı	
		n	Medyan (Q1-Q3)	Ort±Ss	p
	Toplam	77	13339 (6194-19002)	13159,05±8052,91	
Cinsiyet	Kadın	45	12665 (6387,5-19467,5)	12691,80±8043,84	0,482
Cinsiyet	Erkek	32	16060,5 (5457,3-17576,5)	13816,13±8147,75	

Tablo-2: Cinsiyete göre işlem sayılarının değerlendirilmesi (Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma, Q1: Birinci çeyreklik, Q3: Üçüncü çeyreklik; Mann Whitney U Test)

	Toplam	Kadın	Erkek
1 yıldan az – 1-1.99 yıl	0,012*	0,187	-
1 yıldan az – 2-2.99 yıl	<0,001**	<0,001**	-
1 yıldan az – 3 yıl ve üzeri	0,551	-	-
1-1.99 yıl – 2-2.99 yıl	0,194	0,005**	1,000
1-1.99 yıl – 3 yıl ve üzeri	0,773	-	0,250
2-2.99 yıl – 3 yıl ve üzeri	0,004**	-	0,269

Tablo-3: Kıdem süresine göre işlem sayılarının grup içi ikili değerlendirilmesi (*p<0,05, **p<0,01; Bonferroni Dunn Test)

SB04**DİRENÇLİ VE ŞİDDETLİ ALOPESİ AREATA’NIN UPADACİTİNİB İLE BAŞARILI TEDAVİSİ: 2 OLGU SUNUMU****Ömer Karakovun¹, Erhan Ayhan¹**¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye.**Özet**

Upadacitinib son zamanlarda birçok dermatolojik hastalıkta kullanılan popüler ajanlardan biridir. Etki mekanizması nedeniyle FDA tarafından birçok inflamatuvar ve otoimmün hastalığın tedavisi için onaylanmıştır. Ancak orta-şiddetli alopesilerde FDA onayı olmadan da kullanıldığında umut verici sonuçlar alınabildiğini gösteren nadir yayınlar mevcuttur. Bu 2 olgu sunumu ile bu upadacitinibin orta-şiddetli alopesilerde iyi bir tedavi seçeneği olabileceği fikrini desteklemek ve literatüre katkıda bulunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Tedavi, Alopesi, Upadacitinib**Giriş-Amaç:**

Alopesi areata, skar bırakmayan saç kaybı ile karakterize insanların %2’sini etkileyebilen kronik inflamatuvar ve otoimmün bir hastalıktır (1). Etiyoloji ve patogenez hala net olarak bilinmemektedir. Tedavi olarak günümüzde topikal, intralezyoner, sistemik olmak üzere birçok seçenek vardır (2). Son dönemler tofacitinib ve baricitinib gibi biyolojik moleküller üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır (3). Bir diğer biyolojik molekül olan upadacitinib, JAK/STAT transkripsiyon sinyalizasyon yolu üzerinden etki eden oral bir 2. jenerasyon janus kinaz (JAK) inhibitörüdür. Bağışıklık sistemi hücrelerinde önemli bir rol oynayan ve inflamasyonun tetiklenmesinde etkili olan JAK/STAT sinyal yolağında yer alan JAK 1’i selektif olarak inhibe eder (4). Bu inhibisyon etkisi sayesinde birçok inflamatuvar ve otoimmün hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. FDA tarafından orta-şiddetli romatoid artrit (RA), psöriatik artrit, atopik dermatit, ankilozan spondilit, Crohn hastalığı ve ülseratif kolit gibi inflamatuvar ve otoimmün hastalıkların tedavisinde kullanımı onaylanmıştır (5). Fakat bu molekül aynı zamanda alopesi areata gibi diğer otoimmün hastalıkların tedavisinde kullanımı yaygın olmamakla beraber yalnızca birkaç olgu sunumu bildirilmiştir. Bizler de iki olgu sunumumuz ile upadacitinib’in dirençli ve şiddetli alopesi areata tedavisinde başarılı bir diğer tedavi seçeneği olabileceğini vurgulamak istemekteyiz.

Olgu-1: 28 yaşında 11 yıldır şiddetli alopesi areata ile takipli olan hastamıza daha önce topikal tedaviler, sistemik steroid, siklosporin, baricitinib ve tofacitinib gibi birçok tedavi seçeneği denenmiştir. Bu tedavilerden fayda görmeyen hastamıza günlük 15 mg oral upadacitinib tedavisi başlanmıştır. Tedavi öncesi SALT skoru 100 olan hastamız 4. ayda 15 mg oral upadacitinib tedavisinde fayda görmüş olup SALT skoru 10,8 ölçülmüştür. Resim-1’de de görülebileceği gibi hastamızda yeni saç çıkışları ile birlikte salt skorunda anlamlı düşüş olup upadacitinib’in şiddetli alopesi areata hastalarında kullanımını teşvik edici düzeydedir.



Resim-1: Önceki tedavi seçeneklerine dirençli hastanın günlük 15 mg upadacitinib tedavisi sonrası 4 aylık değişimi

Olgu-2 : 36 yaşında 6 yıldır alopesi totalis tanısı olan ve son 2 yıldır tarafımızca izlenen erkek hasta daha önce topikal tedaviler, sistemik steroid, siklosporin ve baricitinib tedavisi almıştır. Yaklaşık 16 ay boyunca baricitinib tedavisi alan ve SALT skoru 100'den 9,2'ye kadar gerileyen hasta son 6 ay boyunca SALT skorunda herhangi bir değişiklik tespit edilmedi. Bunun üzerine hastaya günlük 15 mg doz ile upadacitinib tedavisine başlanmasına karar verildi. 4 ay sonraki kontrolünde 6 ay boyunca baricitinib tedavisine rağmen salt skorunda belirgin farklılık gözlenmeyen hastanın resim-2'de de görülebileceği gibi SALT skorunun 9,2'den 1,9'a kadar gerilediği tespit edildi.



Resim-2: Önceki tedavi seçeneklerine rağmen 6 ayda SALT skorunda değişiklik gözlenmeyen hastanın 15 mg upadacitinib tedavisi sonrası 4 aylık değişimi

Sonuç: Son dönemde dirençli ve şiddetli aloepsi areata tedavisinde birçok farklı molekül kullanılmaktadır. Bu moleküllere cevap hastadan hastaya değişmekle beraber kesin bir tedavi söz konusu değildir. Özellikle son dönemde birçok farklı hastalıkta kullanımı FDA tarafından onaylanan selektif jak1 inhibitörü olan upadacitinibin literatürde de görülebileceği gibi alopesi areata da kullanımı söz konusudur. Bu iki olgu sunumumuzla 4 aylık kısa bir sürede 15 mg oral upadacitinibin dirençli ve şiddetli alopesi areata tedavisinde umut verici sonuçlar vaat etmektedir. Upadacitinib tedavisinin yalnızca şiddetli alopesilerde değil aynı zamanda hastamız gibi diğer tedavi seçeneklerinde istenen düzeyde sonuç alınamayan zorlu vakalarda da işe yarayabildiği gözlemlenmiştir.

Kaynaklar:

1. Zhou C, Li X, Wang C, Zhang J. Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management. Clin Rev Allergy Immunol. 2021 Dec;61(3):403-423. doi: 10.1007/s12016-021-08883-0. Epub 2021 Aug 17. PMID: 34403083.
2. Sterkens A, Lambert J, Bervoets A. Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options. Clin Exp Med. 2021 May;21(2):215-230. doi: 10.1007/s10238-020-00673-w. Epub 2021 Jan 1. PMID: 33386567.
3. King BA, Craiglow BG. Janus kinase inhibitors for alopecia areata. J Am Acad Dermatol. 2023 Aug;89(2S):S29-S32. doi: 10.1016/j.jaad.2023.05.049. PMID: 37591562.
4. Mohamed MF, Bhatnagar S, Parmentier JM, Nakasato P, Wung P. Upadacitinib: Mechanism of action, clinical, and translational science. Clin Transl Sci. 2024 Jan;17(1):e13688. doi: 10.1111/cts.13688. Epub 2023 Dec 18. PMID: 37984057; PMCID: PMC10771099.
5. Padda IS, Bhatt R, Patel P, Parmar M. Upadacitinib. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 8, 2024.

SB05

ATOPIK DERMATİTLİ HASTALARDA DUPİLUMABIN KAŞINTI DÜZEYİNE ETKİSİ

Mehmet Semih Celik¹, Hamza Aktas²

¹University of Health Sciences, Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Dermatology, Diyarbakır, Türkiye. ORCID ID: 0000-0002-3378-0619

²University of Health Sciences, Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Dermatology, Diyarbakır, Türkiye. ORCID ID: 0000-0003-3610-500X

Özet

Arka Plan ve Amaç:

Atopik dermatit, ciltte şiddetli kaşıntı ve inflamasyon ile seyreden kronik bir hastalıktır. Dupilumab, bu hastalıkta IL-4 ve IL-13'ü hedefleyen biyolojik bir ajandır. Bu çalışmada, Dupilumab tedavisinin kaşıntı üzerindeki etkisi kaşıntı sayısal derecelendirme ölçeği (NRS) skoru üzerinden değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metot:

Çalışmaya, Dupilumab tedavisi almakta olan 20 atopik dermatit hastası dahil edilmiştir. Hastaların 0 ve 3. ayda NRS skorları kaydedilmiştir. Veriler Jamovi istatistik programı ile analiz edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen veriler için Wilcoxon eşleştirilmiş test kullanılmıştır.

Bulgular:

0. ayda ortalama NRS skoru 8.15 ± 1.42 iken, 3. ayda bu skor 2.00 ± 1.34 'e düşmüştür. Bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Sonuç:

Dupilumab tedavisi, atopik dermatit hastalarında kaşıntı şiddetinde anlamlı azalma sağlamaktadır. Tedavi yanıtı erken dönemde başlamaktadır. Bu sonuçlar, dupilumabın tedavi takibinde kaşıntı NRS'nin kolay uygulanabilirliği nedeniyle kullanımını desteklemektedir.

1.Giriş

Atopik dermatit, kronik, enfeksiyöz olmayan inflamatuvar bir dermatozudur. Karakteristik özelliği cildin sürekli kaşınmasıdır. Hastalığın kronik, tekrarlayan seyri, ekonomik yük ve tüm ailenin tedavi sürecine dahil olması, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini büyük ölçüde düşürür (1). Th2 sitokinleri IL-4 ve IL-13 ve etkileşimde bulundukları heterodimerik IL-4 reseptörü (IL-4R) kompleksleri alerjik bozuklukların patogeneğinde önemli bir rol oynar. Dupilumab, her iki IL-4R kompleksinde de ortak olan IL-4 reseptör alfa zincirini (IL-4R α) hedef alan bir humanize IgG4 monoklonal antikorudur ve atopik dermatit tedavisinde kullanılmaktadır (2). Ülkemizde Ağustos 2024'geri ödeme kapsamına alınarak kullanılmaya başlanmıştır. Kaşıntı NRS, hastanın son 24 saatte yaşadığı kaşıntı şiddetini 0 ile 10 arasında değerlendiren subjektif bir ölçüm yöntemidir. 0 hiçbir kaşıntı olmadığını, 10 ise hayal edilebilecek en şiddetli kaşıntıyı temsil eder ve atopik dermatitli hastalarda kaşıntı şiddetini değerlendirmede pratik bir rol oynar (3). Biz de bu çalışmamızda dupilumab tedavisi alan hastaların demografik verilerini ve 0 ve 3. Aydaki kaşıntı NRS skorlarına bakarak bu ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

2. Materyal ve Metot

Bu çalışmaya Dupilumab tedavisi başlanan 20 atopik dermatit hastası dahil edilmiştir. Hastalar, tedavi öncesi (0. ay) ve tedavi başladıktan 3 ay sonra kontrole çağırılmıştır. Dupilumab tedavisinde ilk doz olarak 600 mg subkutan enjeksiyon uygulanmış, ardından her 2 haftada bir 300 mg subkutan enjeksiyon ile tedavi sürdürülmüştür. Hastaların kaşıntı şiddeti kaşıntı sayısal derecelendirme ölçeği (NRS) ile değerlendirilmiştir (Tablo 1). Ayrıca hastalara eşlik eden sistemik hastalıklar da kaydedilmiştir.

3. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler Jamovi yazılımı ile gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, minimum ve maksimum değerler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. 0 ve 3. ay NRS skorları arasındaki fark normal dağılım göstermediğinden Wilcoxon eşleştirilmiş test ile analiz edilmiştir. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.Sonuçlar

Çalışmaya dahil edilen 20 atopik dermatit hastasının 9'u erkek (%45), 11'i kadındı (%55). Kadın hastaların yaş ortalaması 56.3 ± 21.7 yıl, erkek hastaların yaş ortalaması ise 80.6 ± 8.19 yıl olarak hesaplanmıştır

Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar değerlendirildiğinde, 0. ayda ortalama NRS skoru 8.15 ± 1.42 olarak hesaplanmıştır. 3. ayda bu skor 2.00 ± 1.34 'e düşmüştür. Bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 2).

Tablo 1: Kaşıntı Sayısal Derecelendirme Ölçeği

NRS Skoru	Kaşıntı Şiddeti
0-3	Hafif kaşıntı
4-6	Orta şiddette kaşıntı
7-10	Şiddetli kaşıntı

Tablo 2: Tüm Grup İçin NRS Skorlarının Karşılaştırılması

Zaman	Ortalama	Standart Sapma	p Değeri
0. Ay	8.15	1.42	
3. Ay	2.00	1.34	< 0.001

Hastalar, ek hastalığı olanlar (n=8) ve olmayanlar (n=12) olarak iki gruba ayrıldı. 0. ayda ek hastalığı olmayan hastaların ortalama NRS skoru 8.42 ± 0.99 iken, 3. ayda bu skor 1.92 ± 1.24 'e düşmüştür. Ek hastalığı olan grupta ise ortalama NRS skoru 0. ayda 7.75 ± 1.91 iken, 3. ayda 1.38 ± 1.51 olarak saptanmıştır (p=0.014, p=0.002) (Tablo 3).

Tablo 3: Her iki grubun kendi içindeki NRS skor değişimi (Wilcoxon Testi Sonuçları)

Grup	(NRS 0) Ortalama $\pm$ SD	(NRS 3) Ortalama $\pm$ SD	p değeri
Ek hastalık olan (n=8)	7.75 ± 1.91	1.38 ± 1.51	0.014
Ek hastalık olmayan (n=12)	8.42 ± 0.99	1.92 ± 1.24 'e	0.002

5.Tartışma

Bu çalışmada dupilumabın atopik dermatitli hastalardaki kaşıntı şiddetine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hastalarda pratik olarak kullanılabilen kaşıntı NRS skorlamaları 0 ve 3. Aylarda ölçülmüş ve hastalardaki kaşıntı şiddeti anlamlı olarak azalmıştır bu da bize dupilumabın kısa sürede hastaların yaşam kalitesine yaptığı katkıyı göstermektedir.

Atopik dermatit, kronik, enfeksiyöz olmayan inflamatuvar bir dermatozudur. Karakteristik bir özelliği cildin sürekli kaşınmasıdır. Hastalığın kronik, tekrarlayan seyri, ekonomik yük ve tüm ailenin tedavi sürecine dahil olması, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini büyük ölçüde düşürür (1). Kaşıntı NRS, hastanın son 24 saatte yaşadığı kaşıntı şiddetini 0 ile 10 arasında değerlendirdiği subjektif bir ölçüm yöntemidir. 0 hiçbir kaşıntı olmadığını, 10 ise hayal edilebilecek en şiddetli kaşıntıyı temsil eder ve kolay uygulanabilirliği nedeniyle atopik dermatitli hastalarda kaşıntı şiddetini değerlendirmede pratik bir rol oynar (3).

Orta -şiddetli ve konvansiyonel tedavilere cevap vermeyen atopik dermatit hastalarında İnterlökin-4 ve interlökin-13'ü bloke eden tamamen insan monoklonal antikoru olan Dupilumab başarı ile kullanılmaktadır (4).

Atopik dermatitli hastalarda dupilumabın kaşıntı düzeyine ve dolayısı ile tedavi başarısını NRS ile değerlendiren bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan biri 2677 hasta ile yapılan bir çalışmadır. Çalışmayı orta-şiddetli atopik dermaiti hastaları oluşturmaktaydı. Hastaların %70 inde NRS skorlarında 4 yıla kadar en az ≥ 4 puanlık azalmanın devam ettiği izlenmiştir. (5). Yine dupilumab ile tedavi edilen 127 dupilumab hastası sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında gece uykusu ve NRS skorlarında anlamlı şekilde değişim izlenmiştir (6). Retrospektif 30 hasta ile yapılan başka bir çalışmada da dupilumabın 12. Haftada hem kaşıntı NRS hem de uyku NRS de anlamlı değişiklik yarattığı gözlemlendi (7). Dupilumab atopik dermatit dışında prurigo nodulariste kullanılan bir tedavi ajanıdır. Yapılan bir çalışmada prurigo nodularis nedeniyle tedavi alan toplam 200 hasta değerlendirilmiş ve 24. haftanın sonunda hastaların %60'ında NRS skorlarında ≥ 4 puanlık düşüş yaşanmış ve nodüllerde de gerileme izlenmiştir (8).

Sonuç olarak çalışmamızda dupilumabın hastaların yaşam kalitesi üzerinde önemli bir pozitif etkisinin olduğu saptanmıştır. Özellikle kaşıntıyı azaltmadaki etkili olduğunu kaşıntı NRS ölçeği ile gösterilmiştir. Kolay uygulanabilir ve pratik bir yöntem olması nedeniyle kaşıntı NRS ölçeği tedaviye cevabı değerlendirmek amacıyla kullanılabilir. Dupixentin etkinliğinin saptanabilmesi için uzun dönem takip süresi ve daha fazla hasta sayısının olduğu daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Referanslar

1. Sroka-Tomaszewska J, Trzeciak M. Molecular Mechanisms of Atopic Dermatitis Pathogenesis. *Int J Mol Sci*. 16 Nisan 2021;22(8):4130.
2. Harb H, Chatila T. Mechanisms of Dupilumab. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol*. Ocak 2020;50(1):5-14.
3. Gooderham MJ, Bissonnette R, Grewal P, Lansang P, Papp KA, Hong C ho. Approach to the Assessment and Management of Adult Patients With Atopic Dermatitis: A Consensus Document. Section II: Tools for Assessing the Severity of Atopic Dermatitis. *J Cutan Med Surg [Internet]*. 15 Kasım 2018 [a.yer 06 Nisan 2025]; Erişim adresi: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1203475418803628?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
4. Beck LA, Thaçi D, Hamilton JD, Graham NM, Bieber T, Rocklin R, vd. Dupilumab treatment in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. *N Engl J Med*. 10 Temmuz 2014;371(2):130-9.
5. Beck LA, Deleuran M, Bissonnette R, de Bruin-Weller M, Galus R, Nakahara T, vd. Dupilumab Provides Acceptable Safety and Sustained Efficacy for up to 4 Years in an Open-Label Study of Adults with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis. *Am J Clin Dermatol*. 2022;23(3):393-408.
6. Merola JF, Chiou AS, During E, Costanzo A, Foley P, Alfalasi A, vd. Dupilumab significantly improves sleep in adults with atopic dermatitis: results from the 12-week placebo-controlled period of the 24-week phase IV randomized double-blinded placebo-controlled DUPISTAD study. *Br J Dermatol*. 16 Kasım 2023;189(6):685-94.
7. Limão R, Brás R, Pedro E, Silva SL, Lopes A. Dupilumab in patients with atopic dermatitis: assessing treatment response, clinical features and potential biomarkers in real-life. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 09 Nisan 2024;
8. Yosipovitch G, Mollanazar N, Ständer S, Kwatra SG, Kim BS, Laws E, vd. Dupilumab in patients with prurigo nodularis: two randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trials. *Nat Med*. 2023;29(5):1180-90.

SB06**PSORİASİS HASTALARINDA SİSTEMİK TEDAVİ SIRASINDA HBV REAKTİVASYONU: HBV SEROLOJİK PROFİLLERİNE GÖRE RİSK DAĞILIMI****Gamze Taş Aygar¹, Oğuz Kaan Yılmaz¹, Hanife Karataş¹, Selda Pelin Kartal¹**¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği**Amaç**

Psoriasis tedavisinde kullanılan sistemik ajanlar, latent hepatit B enfeksiyonu bulunan hastalarda HBV reaktivasyonuna yol açabilir. Bu çalışmada, HBc IgG pozitif, başlangıçta HBV DNA negatif olan psoriasis hastalarında sistemik immünsüpresif tedavi sırasında gelişen HBV reaktivasyonu sıklığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Etlik Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği Psoriasis Takip Polikliniği'nde sistemik tedavi alan 1200 psoriasisli hasta retrospektif olarak tarandı. HBc IgG pozitif, başlangıçta HBV DNA negatif olan ve sistemik immünsüpresif tedavi başlanan 138 hasta çalışmaya dahil edildi. HBsAg durumu pozitif ya da negatif olmasına göre kaydedildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, kullandıkları ilaç, tedavi süresi ve takipte HBV DNA pozitifleşme durumu değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 138 hastanın 51'i kadın (%37,0) ve 87'si erkekti (%63,0). Ortalama yaş $56,9 \pm 11,8$ (28-80) yılı olarak hesaplandı. En sık kullanılan sistemik tedaviler; metotreksat (n=42, %30,4), ixekizumab (n=23, %16,7), risankizumab (n=17, %12,3), sekukinumab (n=20, %14,5) ve guselkumab (n=13, %9,4) idi. Tedavi süresi ortalama $21,3 \pm 18,9$ ay (3-108 ay) idi. HBsAg pozitif ve anti-HBs negatif olan 10 hastanın 7'sine antiviral profilaksi başlanmış, 3'üne ise profilaksi verilmeden tedaviye başlanmıştı. Profilaksi almayan 3 MTX kullanan hastanın 2'sinde HBV DNA reaktivasyonu gelişti. HBsAg negatif ve profilaksi almayan 128 hastanın 3'ünde (%2,3) HBV DNA reaktivasyonu saptandı. Bu hastaların biri metotreksat, biri ixekizumab ve biri sekukinumab tedavisi altındaydı. Profilaksi verilen toplam 7 hastanın; 2'si sekukinumab, 2'si guselkumab, 1'i risankizumab, 1'i ixekizumab ve 1'i apremilast tedavisi almaktaydı. Bu hastalardan guselkumab kullanan 1 hastada ve risankizumab kullanan 1 hastada HBV DNA reaktivasyonu gelişti. Profilaksi verilen diğer 5 hastada reaktivasyon izlenmedi. Toplamda 7 hastada (%5) HBV DNA reaktivasyonu saptandı ve hastaların antiviral tedavileri düzenlendi. Reaktivasyon hastaların tedavilerinin ortalama 15. ayında gerçekleşti. Hiçbir hastada aktif hepatit gelişimi gözlenmedi. Kullanılan sistemik tedaviler arasında HBV reaktivasyonu riski açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,435). Antijen/antikor profilleri incelendiğinde; HBsAg pozitif ve anti-HBs negatif hastalarda reaktivasyon oranı %40 ile en yüksek oranda izlenmiştir. HBsAg ve anti-HBs negatif hastalarda reaktivasyon oranı %7,7, HBsAg negatif ve anti-HBs pozitif hastalarda ise %0,98 olarak bulunmuştur.

Sonuç

Bu çalışmada, HBc IgG pozitif ve başlangıçta HBV DNA negatif olan psoriasis hastalarında sistemik tedavi sürecinde HBV reaktivasyonu görülebileceği gösterilmiştir. Reaktivasyon, en sık HBsAg pozitif ve anti-HBs negatif hastalarda gözlenmiş olmakla birlikte, HBsAg negatif hastalarda da reaktivasyon gelişebileceği dikkat çekici bir bulgu olarak ortaya konmuştur. Bu durum, yalnızca HBsAg pozitif hastaların değil, HBsAg negatif ancak HBV ile karşılaşmış hastaların da tedavi sürecinde yakından izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Çalışmada reaktivasyon gelişen tüm hastalarda antiviral tedavi ile kontrol sağlanmış, hiçbir hastada aktif hepatit veya klinik olarak anlamlı karaciğer hasarı gelişmediği görülmüştür. Bu sonuçlar, psoriasis tedavisinde kullanılan immünosüpresif ve biyolojik ajanlar açısından dikkatli hasta seçimi, uygun profilaksi ve düzenli izlem ile HBV reaktivasyonunun güvenli şekilde yönetilebileceğini ortaya koymaktadır.

SB07

ATİPİK TUTULUM BÖLGESİNDE GÖRÜLEN GRANÜLOMATÖZ GEVŞEK DERİ SENDROMU, BİR OLGU SUNUMU

Bahadır Aslanca¹

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Amaç

Granülomatöz gevşek deri sendromu (GSS) , mikozis fungoides (MF) 'in bir varyantı olarak tanımlanan nadir ve yavaş seyreden bir durumdur. Histolojik olarak elastik liflerin kaybı, atipik T lenfositler, histiyositler ve dev hücreler tarafından oluşturulan fleksural alanlarda hacimli ve sarkık cilt kıvrımlarının gelişimi ile karakterizedir. Granülomatöz gevşek deri sendromu çok nadir olarak ikincil lenfomalara neden olabilir. Hastalığın sakin seyrine rağmen dermatologların bu hastalığı erken tanınması, takip etmesi, yönetmesi ve olumsuz bir sonucu önlemesi gerekmektedir. Burada hastalık ilerledikçe klasik bölgelerin de tutulduğu ancak olağandışı bir tutulum bölgesinden başlayan nadir görülen bir granülomatöz gevşek deri sendromu olgumuzu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Mikozis fungoides, kutanöz lenfoma, granülomatöz

Giriş

Primer kutanöz lenfomalar çok nadiren granülomatöz özellikler gösterir (% 2) ve bunlar arasında granülomatöz gevşek deri sendromu ve granülomatöz mikozis fungoides bulunur. Granülomatöz Mikozis Fungoides (GMF), belirgin granülomatöz infiltrasyonla karakterize, mikozis fungoidesin nadir bir histopatolojik varyantıdır. Genellikle 3. ve 4. dekadadaki yetişkin erkeklerde ortaya çıkan, çoğunlukla fleksural bölgelerde kaşıntı ve eritemle birlikte gevşek cilt ve kırışıklıkların ortaya çıkmasıyla karakterizedir. Burada klasik bölgelerin de tutulduğu ancak olağandışı bir tutulum bölgesinden başlayan nadir görülen bir granülomatöz gevşek deri sendromu vakamızı sunuyoruz.

Olgu Özeti

48 yaşında erkek hasta, 1 yıl önce ilk olarak sırt bölgesinden başlayan, 6 aylık bir sürede aksiller, abdominal ve genital bölgede de ortaya çıkan gevşek cilt ve yaygın kaşıntı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Muayenesinde sırt, aksilla, karın ve genital bölgesinde keskin sınırlı, skuamlı, hiperpigmente plaklar görüldü (Resim 1). Hastanın cildi başvuru sırasında yaygın eritemle ve skuamla kaplıydı. (Resim 2). Sırttaki ve karın kıvrımlarındaki gevşek deri atrofik poikilodermatöz plaklara benziyordu.

Hastanın sırtındaki gevşek deri bölgesinden alınan biyopsi kesitlerinde materyal keratotik, granüler tabakası belirgin, reteleri düzleşmiş ve yer yer lenfosit ekzositozu(epidermotropizm) , emperipolesis gözlenmiştir. Histopatolojik olarak Elastik van gieson boyamasıyla elastik liflerdeki kayıp gösterilmiştir. Kesitler immunohistokimyasal olarak CD3, CD4, CD5, CD1a (fokal) pozitif, CD20, CD8 ve CD7 negatif boyanmıştır. Yukarıdaki klinik ve histopatolojik bulgulara dayanarak hastamıza mikozis fungoidesin bir varyantı olan granülomatöz gevşek deri sendromu tanısı koyduk. Hastaya topikal beksaroten jel ve PUVA fototerapi kombinasyonu başlandı.Klinik yanıtın iyi olmaması üzerine hasta ileri tetkik ve tedavi için hemato-onkoloji bölümüne yönlendirildi.



Resim 1: Sırtta, aksillada, karında ve genital bölgede görülen keskin sınırlı, skuamlı, hiperpigmente plaklar



Resim 2. Tüm vücutta yaygın eritem ve skuam

Tartışma

Granülomatöz gevşek deri sendromu, ilk olarak 1973'te tanımlanan ve yaklaşık 60 vaka ile son derece nadir görülen bir MF formudur. Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırmasına göre GSS, mikozis fungoidesin bir alt tipi olarak kabul edilmektedir. Yaygın klinik, ağırlıklı olarak aksiller ve inguinal gibi kıvrım bölgelerini tutan, keskin sınırlı, ağrısız, poikilodermatöz, sertleşmiş yama ve plaklar olarak ortaya çıkar ancak klinik oldukça değişkenlik gösterebilir. Boyut birkaç yıl içerisinde yavaş ve kademeli olarak artar, bu da fazladan gevşek deri kıvrımlarına yol açar.

Bizim olgumuz yukarıdaki bulguların aksine intertriginöz olmayan alanlardan başlamıştı daha sonra intertriginöz alanlar da tutulmuştu. İntertriginöz olmayan sırt bölgesindeki lezyonlar yukardaki bulgularla örtüşecek şekilde fazladan gevşek deri kıvrımları oluşturmamıştı.

GSS için standart bir tedavi protokolü yoktur ve belirli bir tedavi rejimini seçmek tamamen hastalığın evresine bağlıdır. Bu hastalık için topikal ve sistemik kortikosteroidler, nitrojen mustard, topikal ve sistemik retinoidler, PUVA tedavisi, interferon alfa, azatiyopürin, cerrahi eksizyon, radyoterapi ve çoklu kemoterapi (Siklofosfamid, doxorubisin, vincristine ve prednisolon – CHOP) içeren çeşitli tedaviler önerilmektedir.

Sonuç

Olgumuz bu nadir hastalığın daha iyi anlaşılabilmesine katkıda bulunmaktadır.

SB08

BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM OLGULARININ 5 YILLIK EPİDEMİYOLOJİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Mustafa Esen¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

GİRİŞ: Kutanöz bazal hücreli karsinom (BCC), klinik olarak yavaş büyüyen lokal invaziv bir lezyon olarak ortaya çıkar, nadiren metastaz yapar ve son derece düşük bir ölüm oranına sahiptir. Bu çalışmamızda Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2020-2025 yılları arasında BCC tanısı alan hastaların epidemiyolojik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kliniğimizde 2020-2025 yılları arasında BCC tanısı alan 301 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaşı, cinsiyeti, hastalık süresi, tümör boyutu, lezyonların lokalizasyonu, histolojik alt tipi ile cerrahi sınır pozitifliği değerlendirildi. Kaydedilen verilerin analizleri SPSS 26.0 (SPSS inc) ile yapıldı.

BULGULAR: Çalışmamızda 301 hasta ve 362 BCC lezyonuna ilişkin veriler değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 63,96±13,47 (min:22-maks:93)'ydi. 138 (%45,8) kadın, 163 (%54,2) erkek hasta mevcuttu. Ortanca hastalık süresi 16 (6-76) aydı. 210 (%69,8) hastada komorbidite mevcuttu. En sık eşlik eden komorbiditeler %23,3 KVVH, %15,3 GİS hastalığı ve %13,3 ile enfeksiyöz hastalıklardı. En sık görülen BCC alt tipleri mikst, nodüler ve yüzeyeldi (sırasıyla %26,2, %24,3 ve %17,4). Morfeiform, infundibulokistik, pigmente ve fibroepitelyoma/pinkus birer hasta ile az görülen alt tiplerdi. BCC lezyonları en sık burun/burun dorsumu/burun alar kanatta (%31,2) yerleşim gösterirken en az tragus anterior alanda saptandı. Hastaların %81,7'sinde 1 lezyon, %14,6'sında 2 lezyon ve %3,7'sinde 3 lezyon tespit edildi. Hastaların lezyon en küçük çapı ortanca değeri 1 (0,1-4,6) cm, lezyon en büyük çapı ortanca değeri 1,2 (0,2-6,5) cm, lezyon alanı ortanca değeri 1,09 (0,03-29,25) cm² bulundu. Tümör cerrahi sınırı negatif olan lezyon sayısı 355 (%98,1)'ti.

SONUÇ: Çalışmamızda literatür ile benzer olarak en sık tümör yerleşimi baş-boyun lokalizasyonunda ve en sık nodüler alt tip olarak bulunmuştur. Çalışmamızda cerrahi sınır pozitifliği %1,9 olarak bulunmuş olup literatürde bildirilen (%9-37,2) oranlardan oldukça düşüktür. Çalışmamız BCC lezyonlarının cerrahi tedavisinde ideal olarak yeterli cerrahi sınır elde edilebilmesi için eksizyon sınırlarının doğru olarak belirlenmesinin de önemini vurgulamaktadır.

5. ANTAKYA DERMATOLOJİ GÜNLERİ

12-14 HAZİRAN 2025
ACAPULCO HOTEL, KIBRIS

POSTER
BİLDİRİLER



PB01

PRİMER ESANSİYEL CUTIS VERTICIS GYRATA

Özlem Devran Gevher¹, Bahadır Aslanca², Mustafa Aksoy³, Murat Öztürk⁴, İsa An²

¹Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Şanlıurfa

²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Şanlıurfa

³Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Şanlıurfa

⁴Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Van

Yirmi altı yaşında kadın hasta 3 yıldan beri var olan saçlı deri kıvrımları nedeniyle kliniğimize başvurdu. Daha önce bilinen sistemik ve dermatolojik hastalığı olmayan hastanın muayenesinde saçlı deride oksipital bölgede anteroposterior eğilim gösteren ve simetrik longitudinal uzanan değişik uzunluk ve derinlikte çok sayıda yumuşak ve süngerimsi kıvrımlar görüldü. (Resim 1) Tam kan sayımı ve biyokimya testleri normal olan hastanın yapılan saçlı deri yüzeysel ultrasonografik inceleme, beyin bilgisayarlı tomografi incelemesi ve oftalmolojik muayenesinde patolojik bulguya rastlanılmadı. Histopatolojik incelemede normal epidermal ve dermal bulgular görüldü. Klinik bulgular, yapılan testlerin sonuçları ve histopatolojik bulgulara dayanılarak hastaya primer esansiyel cutis verticis gyrata tanısı konuldu.

Cutis verticis (CVG) saçlı deride beyin giruslarına benzer tarzda derin kırışıklık ve katlantı oluşumuna verilen genel bir isimdir. CVG'nin tanısı klinik görünüm ve saçlı derinin histopatolojik incelenmesiyle birlikte sekonder nedenlerin dışlanmasıyla konulur. CVG 'nin primer ve sekonder formları mevcut olup primer esansiyel formda kutanöz değişiklikler dışında başka herhangi bir bozuklukla ilişkili değildir. Primer non- esansiyel form ise mental retardasyon, epileptik krizler ve oküler bozukluklarla ilişkilidir. Sekonder CVG formun ise konjenital nevus ve nörofibrom gibi tümörlerden gelişebileceği bildirilmiştir. Tedavi kozmetik açıdan gerekli olup cerrahi eksizyondur.

Primer esansiyel CVG tanısı nörolojik ve oftalmolojik değişikliklerle birlikte etyolojide rol oynayan diğer dermatolojik ve sistemik hastalıkların ekarte edilmesiyle konulmaktadır. Nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle bu olgu sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Tripathi M, Mukherjee KK. Cutis verticis gyrata: an interesting cutaneous finding in acromegaly. NJDVL. 2015;13:73-4.
2. Al-Bedaia M, Al-Khenaizan S. Acromegaly presenting as cutis verticis gyrata. Int J Dermatol. 2008;47:164.
3. Sriphrapadang C, Chadpraorn N. Bulldog scalp. Clev Clin J Med. 2016;83:90-1.



Resim 1

PB02**KRONİK GRANÜLOMATÖZ HASTALIĞI OLAN BİR ÇOCUKTA
NÖTROFİLİK EKRİN HİDRADENİT OLGUSU****Zeki Taşdemir**

Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Kırklareli

GİRİŞ-AMAÇ: Nötrofilik ekrin hidradenit (NEH), malignite, kemoterapötik ajanlar, enfeksiyon ve bazı ilaçlarla birliktelik gösterebilen ve ekrin ter bezlerini etkileyen reaktif bir dermatozdur. NEH'in orijinal tanımı ilk defa Harris ve ark. tarafından, sitarabin alan bir akut myeloid sendromlu hastada yapılmıştır. Hastalık 6 aylıktan 79 yaşına kadar olan bireylerde rapor edilmiştir. Çocuklarda idiyopatik olarak da görülebilir. İyi prognozlu olup kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Bu yazıda literatürde nadir bildirilen olası bir NEH ve kronik granülomatöz hastalık (KGH) birlikteliği sunulmuştur.

OLGU: Dokuz yaşında, KGH tanısı almış bir erkek hasta, 4 haftadır sağ avuç içinde yer alan, kızarıklık, kabarıklık, ağrılı, mercimek büyüklüğünde iki adet şişlik şikâyeti ile başvurdu. Şikâyetlerine ateş ve el-ayak terlemesi (palmoplantar hiperhidroz) eşlik etmekteydi. Hasta, herhangi bir ilaç (sitotoksik/immünomodülatör) kullanmamış ve öncesinde travma öyküsü bulunmamaktaydı. Amoksisilin ve klavulanik asit içeren 2 haftalık antibiyotik tedavisi tamamlanmış ancak şikâyetlerinde düzelme olmamıştı. Dermatolojik muayenede, sağ avuç içinde 1,5 × 1,5 ila 2 × 2 cm boyutlarında, birbirinden bağımsız, ağrılı, eritemli, viyolase renkli iki adet nodül saptandı. Ayrıca avuç içlerinde ve ayak tabanlarında belirgin hiperhidroz gözlemlendi. Laboratuvar incelemelerinde nötropeni (toplam lökosit sayısı - 2800/mm³) ve %12 nötrofil oranı tespit edildi. Diğer tüm hematolojik ve radyolojik incelemeler normaldi. Nodülden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermiste nötrofilik ekzositoz, yüzeysel ve orta dermiste ekrin bezler çevresinde nötrofilik infiltrasyon izlendi. Derin dermiste ise nötrofillerin yoğun olarak bulunduğu, nekroz ile karakterize bir abse formasyonu tespit edilerek NEH tanısı doğrulandı.

TARTIŞMA: NEH, ekrin bezlerden ter ile salgılanan bir ilacın doğrudan sitotoksitesisi sonucu gelişebileceği gibi, paraneoplastik sendromun bir formu olarak da ortaya çıkabilir. NEH lezyonları tek veya çok sayıda olup genellikle gövde ve ekstremitelerde eritemli veya purpurik maküller, papüller, nodüller veya plaklar şeklinde görülür. Palmoplantar formu ise malignite öyküsü olmayan çocuklarda ortaya çıkar. Bu durum, tedavi gerektirebilecek enfeksiyöz dermatozlardan ayırt edilmelidir. NEH'in kesin tanısı, ekrin bezlerin içinde ve çevresinde yoğun nötrofilik infiltrasyonun yanı sıra ekrin epitel hücrelerinde nekrozun görüldüğü histolojik özelliklere dayanır. Hastamızda mevcut olan palmoplantar hiperhidroz, NEH'in başlamasında tetikleyici bir faktör olabilir. Hiperhidrozun artmasıyla birlikte laktat, üre, elektrolitler ve eser elementler gibi ter bileşenlerinin salgılanmasının artması, ter bezleri çevresindeki mikroçevrenin değişmesine yol açarak inflamatuvar bir süreci başlatabilir ve NEH'in gelişimine neden olabilir. Kronik granülomatöz hastalık (KGH), fagositlerin bakterisidal süperoksit anyonları (O₂⁻) üretememesinden kaynaklanan bir immün yetmezlik hastalığıdır. Bu durum, tekrarlayan ve yaşamı tehdit edebilen bakteriyel ve fungal enfeksiyonlara yol açar. KGH'de nötrofillerin uygunsuz solunumsal patlama (respiratory burst) aktivitesi, hastamızda NEH'in inflamatuvar sürecini daha da şiddetlendirmiş olabilir. Dolayısıyla NEH ile KGH arasında bir ilişki olabilir veya bu durum sadece tesadüfi bir birliktelik olabilir. Çocuğa anti-inflamatuvar ilaçlar ve topikal %20 alüminyum heksahidrat losyonu ile birlikte günde iki kez 5 gün boyunca trimetoprim-sülfametoksazol (TMP-SMX) tedavisi verildi. Nodüller 10 gün içinde tamamen iyileşti. Hasta 6 aydır takip edilmekte olup herhangi bir nüks gözlenmemiştir. TMP-SMX, KGH hastalarında profilaksi için tercih edilen antibiyotiktir. Antimikrobiyal aktivitesinin yanı sıra nötrofillerin hareket bozukluklarını da düzelttiği bilinmektedir. TMP-SMX'in bu özellikleri, anti-inflamatuvar ilaçlarla birlikte hastamızda lezyonların iyileşmesine katkıda bulunmuş olabilir. Bu olgu sunumu NEH ile KGH arasındaki olası bir ilişkiyi tanımlamaktadır.

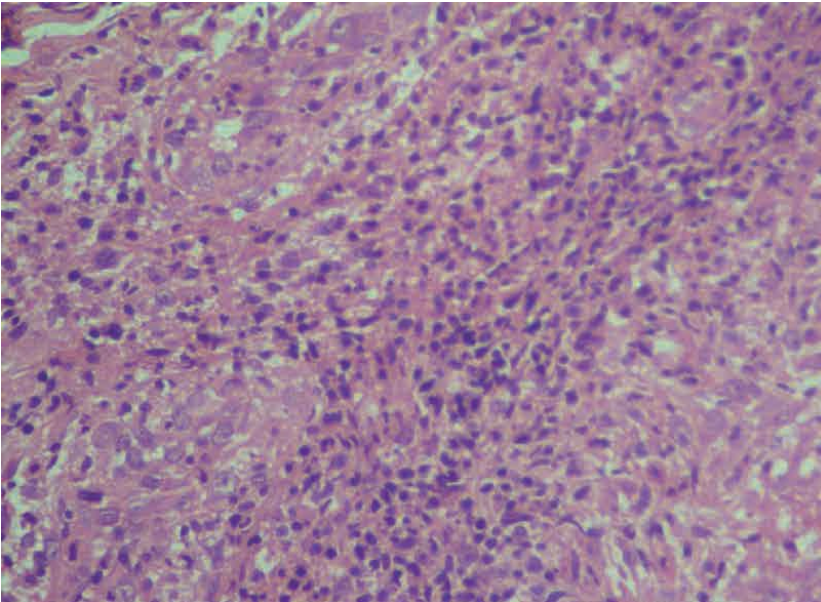
Anahtar Kelimeler: Nötrofilik ekrin hidradenit, kronik granülomatöz hastalık, ağrılı nodül

resim 1



Sağ avuç içinde eritemli nodül

resim 2



Dermiste nötrofilik apse, (H ve E, ×40)

PB03



Yaygın Vitiligoda Monobenzone Depigmentasyonu: Bir Klinik Deneyim ve Uygulama İncelikleri

Mevlûde Duru¹, Ahmet Uğur Atılan¹

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye



Giriş

Vitiligo, melanositlerin seçici kaybıyla ilişkili beyaz maküllerin gelişimiyle klinik olarak karakterize edilen, etiyojisi bilinmeyen edinilmiş bir pigmentasyon bozukluğudur. Hastaların yarısı hastalığı 20 yaşından önce geliştirir.[1] Vitiligo ayrıca otoimmün tiroid hastalıkları, alopesi areata ve halo nevüs gibi çeşitli otoimmün hastalıklarla da ilişkilendirilebilir. Hastalığın seyri öngörülemez ve tedaviye yanıt değişir. Depigmentasyon, ciddi psikolojik sıkıntının, yaşam kalitesinin azalmasının ve psikiyatrik morbidite riskinin artmasının kaynağı olabilir.[1] Vitiligo universalis gibi ilerlemiş hastalarda repigmentasyon tedavisi yerine depigmentasyon tedavisi de düşünülebilir. Monobenzonhidrokinonun [Benoquin] monobenzil eteri) en etkili depigmentasyon ajanıdır. Ancak, ilacın kalıcı ve etkili yapısı nedeniyle kullanımı sınırlıdır. Bu vaka, zamanında ve agresif bir monobenzon tedavisinin ne zaman haklı olduğunu gösteren bir örnektir ve şiddetli vitiligo hastasının yaşam kalitesinde önemli bir artışla sonuçlanan mükemmel klinik yanıt göstermektedir.[2]

Olgu

75 yaş erkek hasta yüzünde 2 senedir yaygın lekeler nedeniyle başvurdu. Hastamız önceden esmer olduğunu bile hatırlamıyordu yüzünde lekeler çıktığını ifade ediyordu. Eski fotoğraflarını istediğimizde ten renginin Fitzpatrick tip 4 ile uyumlu olduğunu görerek vitiligo universalis tanısı koyduk. Bilinen ek hastalığı ve ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Daha önce bu şikayete yönelik tıbbi bir başvurusu bulunmamaktaydı. Fizik muayene: Yüzde malar bölgeden preaurikuler bölge ve yer yer aurikülayı kaplayan turuncu-kahverengi renkte makül ve yamalar mevcuttu ve lezyon dışındaki tüm vücutta yaygın depigmentasyon izlenmekteydi. Wood bakıda yaygın tebeşir beyazı refle mevcuttu. monobenzone %20 krem haftada 3 gün ince bir tabaka halinde başlanarak ilerleyen zamanda hergün sürmek üzere reçete ettik. Hasta ve yakını oluşabilecek cilt hassasiyeti ve depigmentasyonun geridönüşümsüz olduğu konusunda bilgilendirilerek onamı alındı. Hasta 10 gün sonra yüzünde kızarıklık yanma hassasiyet şikayeti oldu, monotone krema ara verilmesi söylenerek kullanımı hakkında tekrar bilgilendirildi. Hastamız bize tekrar 4 ay sonra başvurduğunda yüzünün tamamen depigmentasyonu tamamlanmıştı. Hastamız memnundu güneşe bağlı repigmentasyon gelişmemesi adına idame tedavisini planladık.



Tartışma

Bu vaka vitiligo universalisde depigmentasyon kararı verilmesinde net bir fikir birliği olmayıp lezyonların yerleşim yeri ve dağılım yüzdesi dikkate alınarak hasta bazı seçim yapılması ve bu konuda konsensus oluşmasının gerekliliğini de ortaya koymuştur. Tretinoin, MBEH ile kombinasyon halinde cildin depigmentasyonunu hızlandırabilir, ancak irritasyon yan etkisini de artırabileceği unutulmamalıdır, dirençli hastada kullanılabilir ancak bizim vakamızda gerek olmamıştır.[1] %88 Fenol de cildi depigmente etmede etkilidir ancak geniş alanlara uygulanması karaciğer ve böbrek için toksiktir. [1] Lazer cihazları melanositleri seçici olarak yok ederek depigmentasyon oluşturabilir ancak bu teknik ağırlı ve pahalı olabilir.[1] Kriyoterapi ucuz bir depigmentasyon tedavisidir ancak yara izi riski nedeniyle yalnızca deneyimli dermatologlar tarafından kullanılmalıdır.[1] Monobenzone yan etkileri arasında cilt tahrişi, kontakt dermatit, oküler yan etkiler, ekzojen okronozis ve nadiren güneşe maruz kalma nedeniyle ilaca reaksiyon olarak repigmentasyon olabilir.[2],[6] Ancak depigmentasyon tedavileri arasında maliyet ve yan etkiler göz önüne alındığında en uygulanabilir seçenek gibi görünmektedir.

SONUÇ

Vitiligo vücudun çoğunu kaplıyorsa, repigmentasyon tedavisinden normal kalan cildi depigmente etmek daha kolay olabilir.[1] Bu vaka bize hastamızın yaşı ne olursa olsun vitiligo tedavisinin psikososyal önemini ve depigmentasyon tedavisi tercih edilebilecek hasta grubunu belirlemek adına yol göstermiştir. Monometil hidrokinon eteri depigmentasyon için başarıyla kullanılarak şiddetli vitiligo hastasının yaşam kalitesinde önemli düzeyde artışını ve tam klinik yanıtını göstermiştir. Hafif derece irritan kontakt dermatit dışında başka bir yan etki gözlenmemiştir ve kontakt dermatitin yönetimi konusunda da katkı sağlamıştır.

Monobenzone(113.5gr)krem ülkemizde 10205 HBYS koduyla EK-4 D Listesinde yer almayan hastalıklar medulla koduyla tek hekim raporu ile temin edilebilmektedir

Monobenzone Kullanımında Dikkat Edilmesi

Gerekenler	Açıklama
Alınacak Onam	
Bilgilendirme (Onam)	Tedavinin kalıcı olduğu, yan etkiler ve repigmentasyon riski anlatılmalı
Tolerans testi	Başlangıçta küçük alana ince tabaka ile cilt yanıtı test edilmeli
Uygulama şekli	İnce tabaka, göz kapakları/mukoza temasından kaçınılmalı
Güneşten korunma	SPF50+ günlük; beyaz cilt ultraviyoleye çok duyarlı
Yaş/Koşullar	Gebelik/laktasyon ve 12 yaş altı

Uzun Dönem İdame Tedavi Planı

İzlem Adımı	Detay / Öneri
Tedavi süresi	1-4 ay içinde etki yoksa tedavi sonlandırılmalı
İdame dozu	Depigmentasyon tamamlandıktan sonra haftada 1-2 kez krem
Güneşten korunma	SPF50+ günlük; beyaz cilt güneşe hassas
Dermatolojik takip	3-6 ayda bir kontrol; değişiklikte tedavi ayarlanmalı
Psikososyal destek	Danışmanlık ve kozmetik öneriler

Referanslar

- 1) AlGhamdi KM, Kumar A. Depigmentation therapies for normal skin in vitiligo universalis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011 Jul;25(7):749-57. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03876.x. Epub 2010 Nov 4. PMID: 21054565.
- 2) Rordam OM, Lenouvel EW, Maalo M. Successful treatment of extensive vitiligo with monobenzone. J Clin Aesthet Dermatol. 2012 Dec;5(12):36-9. PMID: 23277803; PMCID: PMC3533321.
- 3) Iannella G, Greco A, Didona D, Didona B, Granata G, Manno A, Pasquariello B, Magliulo G. Vitiligo: Pathogenesis, clinical variants and treatment approaches. Autoimmun Rev. 2016 Apr;15(4):335-43. doi: 10.1016/j.autrev.2015.12.006. Epub 2015 Dec 23. PMID: 26724277.
- 4) Oakley AM. Rapid repigmentation after depigmentation therapy: vitiligo treated with monobenzyl ether of hydroquinone. Australas J Dermatol. 1996 May;37(2):96-8. doi: 10.1111/j.1440-0960.1996.tb01014.x. PMID: 8687336.
- 5) Alkhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Rosic V. Vitiligo: a comprehensive overview Part I. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up. J Am Acad Dermatol. 2011 Sep;65(3):473-491. doi: 10.1016/j.jaad.2010.11.061. PMID: 21839315.



YÜZDE YAYGIN FİBROEPİTELYAL POLİPLERLE SEYREDEN BİR OLGU: SENDROMİK BİR DURUMUN HABERCİSİ Mİ?

Selen Taner Akbay¹, Selen Aşkar¹, Damla Kızıltan¹, Betül Oruç¹, Nisa Kızılay¹, Asena Çiğdem Doğramacı¹
1: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ

- Fibroepitelyal polipler (akrokordonlar), genellikle intertriginöz bölgelerde izlenen benign, yumuşak kıvamlı, pedinküllü deri lezyonlarıdır. Yüz bölgesi gibi atipik yerleşimlerde ve çok sayıda görülmeleri nadir olup, bazı genetik veya sistemik hastalıkların belirtisi olabilir. Bu yazıda, yüzde yaygın fibroepitelyal poliplerle başvuran bir hastada sendromik ilişki olasılığı tartışılmıştır

OLGU SUNUMU

63 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 yıldır burun dorsumu ve her iki malar bölgesinde giderek artan sayıda kabarıklık şikayetiyle başvurdu. Lezyonlar (resim 1) deri renginde, ekzofitik, papüler yapıdaydı ve çapları 0.5 cm'ye kadar ulaşıyordu. Dermoskopide (resim 2) yüzeyel, ortası keratinize sınırları düzenli, pigment ağı ve damarlanma izlenmeyen ve homojen görümlü papüler yapılar izlendi. Lezyonlar ağrısızdı ve yalnızca kozmetik rahatsızlık yaratıyordu. Özgeçmişinde konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği ve tip 2 diyabetes mellitus bulunmaktaydı. Düzenli kullandığı ilaçlar arasında metoprolol, furosemid, asetilsalisilik asit, doksazosin ve metformin yer alıyordu. Aile öyküsünde babasında da benzer deri lezyonları mevcuttu, ancak bilinen bir malignite yoktu. Ateş, kilo kaybı ve gece terlemesi gibi sistemik semptomlar tariflenmedi.

Klinik ön tanıları arasında trikoepitelyoma, trikolemmoma, siringom, adenoma sebaceum, fibroepitelyoma ve anjiom yer aldı. Sol malar bölgeden alınan punch biyopsi sonucunda tanı fibroepitelyal polip olarak raporlandı.

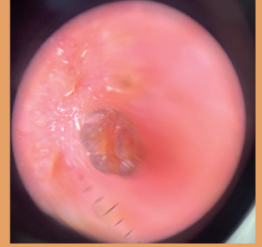
Lezyonların yüz gibi atipik bir bölgede yaygın ve simetrik yerleşimi, altta yatan bir sendromik durum ihtimalini gündeme getirdi. Bu nedenle hasta; Cowden Sendromu (PTEN mutasyonu), Gardner Sendromu (APC gen mutasyonu) ve Tüberoskleroz Kompleksi (TSC1/TSC2) açısından ileri tetkik ve genetik danışmanlık için yönlendirildi. Taramalar henüz tamamlanmadığı için kesin sendromik tanı konulamamıştır.

Hastanın takiplerinde hemoglobin 8.5 g/dL saptandı ve bir yıldır süren anemisi nedeniyle hematoloji tarafından değerlendirildi. Ön planda kronik hastalık anemisi düşünüldü. Malignite dışlanması amacıyla endoskopi ve kolonoskopi planlandı ancak gelişen akciğer ödemi ve pnömoni sonrası koroner yoğun bakımda yatış gerektiren süreçte alveolar hemoraji ve hematemez gelişti. Endoskopi işlemi, klinik iyileşme sonrasına ertelendi.

Ayrıca, hastanın göz kliniğinde yapılan kontrollerde (anamnez notu olmamakla birlikte) son iki yıl içinde 3-4 kez intravitreal anti-VEGF (bevacizumab) enjeksiyonu yapıldığı öğrenildi. KBB değerlendirmesinde de temporal MR'da bilateral otit ve mastoidit ile uyumlu bulgular raporlandı.



Resim 1: Deri renginde, ekzofitik, çapları 0.5 cm'ye kadar ulaşan papüller



Resim 2: Dermoskopide yüzeyel, ortası keratinize sınırları düzenli, pigment ağı ve damarlanma izlenmeyen, homojen görümlü papül

TARTIŞMA

Fibroepitelyal poliplerin çoğu izole ve benign lezyonlardır. Ancak özellikle yüz gibi alışılmadık lokalizasyonlarda çok sayıda görülmeleri, sendromik hastalıkları akla getirmelidir. Bu olguda lezyonların görünümü ve dağılımı özellikle Cowden sendromu başta olmak üzere çeşitli genetik bozukluklarla uyumlu olabileceğini düşündürmüştür.

Cowden sendromu, PTEN mutasyonu ile ilişkili olup, mukokutanöz lezyonlar, gastrointestinal polipler ve tiroid-meme kanseri riski ile karakterizedir. Aynı zamanda fibroepitelyal polip, trikoepitelyoma, siringom gibi lezyonlara da sık rastlanır. Bu olguda aile öyküsünde benzer lezyonların olması da sendromik bir geçişi düşündürmektedir. Gardner sendromu ve TSC gibi diğer olasılıkların dışlanması da önemlidir.

SONUÇ

Yüz bölgesinde yaygın ve çok sayıda fibroepitelyal polip varlığı, sadece kozmetik değil, genetik ve sistemik bir hastalığın belirtisi olabilir. Bu olgu, dermatologların fibroepitelyal polipleri değerlendirirken yalnızca lezyon bazlı değil, hasta bazlı geniş bir perspektifle yaklaşmaları gerektiğini vurgulamaktadır

KAYNAKÇA

- Tamega AA, Aranha AM, Guiotoku MM, Miot HA, Marques ME. Association between skin tags and insulin resistance. An Bras Dermatol. 2010;85(1):25-31.
- Pilarski R, Burt R, Kohlman W, Pho L, Shannon KM, Swisher E. Cowden syndrome and the PTEN hamartoma tumor syndrome: systematic review and revised diagnostic criteria. J Natl Cancer Inst. 2013;105(21):1607-1616.

PB05

PLEKSİFORM NÖROFİBROM:
DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNDE
NADİR BİR TANI

Selen TANER AKBAY¹, Sümeyye ATKAN¹, Muhammet ADIGÜZEL¹, Gizem KAYNAR BEYAZ²,
Esin DOĞAN², Asena Çiğdem DOĞRAMACI¹

1. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

2. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ

Nörofibromatozis tip 1 (NF1), sinir sistemi, deri ve diğer organları etkileyen otozomal dominant geçişli genetik bir hastalıktır.¹ Hastalığın temel özelliklerinden biri, sinir kılıflarından kaynaklanan tümörler olan nörofibromların gelişimidir. Pleksiform nörofibromlar ise, birden fazla sinir demetini infiltre eden ve genellikle büyük boyutlara ulaşabilen, diffüz büyüyen nörofibrom alt tipidir.² Bu olgu sunumunda, pleksiform nörofibromu olan bir NF1 vakası sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

28 yaşında kadın hasta, doğuştan beri sağ boyun bölgesinde mevcut olan kahverengi kitle şikayeti ile dermatoloji kliniğine başvurdu.

Fizik muayenede; sağ boyun anterior ve lateralden başlayıp meme ve sırta uzanan, yaklaşık 40x20 cm çapında, hiperpigmente zemin üzerinde gevşek deri alanları içeren plak tarzında lezyonlar mevcut (**Resim-1**). Sağ preauriküler alanda hipertrikozis mevcut. Vücutta yaygın ve deri ile aynı renkte yumuşak kıvrımlı yaklaşık 1 cm çapında papüler lezyonlar ve yaklaşık 10 adet, 3-5 cm çapında hiperpigmente yama şeklinde deri lezyonları mevcut (**Resim-2**).

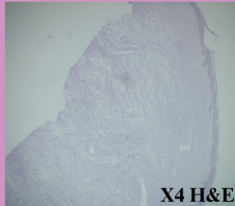


Resim-1

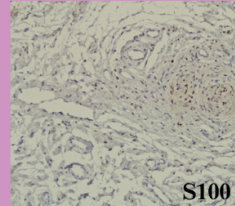


Resim-2

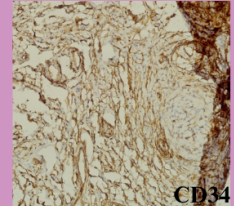
Hastanın alınan öyküsünde; görme, işitme ve nörolojik şikayetlerinin olmadığı saptandı. Kronik hastalığı ve düzenli kullandığı ilaç yoktu. Aile öyküsünde nörofibromatozis tanısı yoktu. Pleksiform nörofibrom ön tanısı ile hastadan deri biyopsisi alındı. Genetik hastalıklarına NF1 ve NF2 gen mutasyonlarının araştırılması için yönlendirildi. Göz hastalıklarına Lisch nodülü açısından danışıldı. Ortopedi'ye kemik patolojisi açısından danışıldı. Dahiliye'ye diyabet ve tiroit hastalıkları açısından danışıldı. Nörolojiye leptomeningeal nörofibrom açısından danışıldı. Göz hastalıklarında yapılan oküler muayenesinde lisch nodülü saptandı. Ortopedi'de yapılan muayenede kemik patolojisi saptanmadı. Dahiliye'de yapılan muayenede tetkikler normal ve patoloji saptanmadı. Patoloji sonucu; epidermiste hafif spongiöz, bazal vakuolar değişiklik, dilate kapiller yapılar ve perivasküler lenfositler, lenfositik egzositoz izlendi (**Resim-3a**). Uygulanan immün belirteçlerden CD4 ve CD1a seyrek pozitif reaksiyon verdi. İmmünohistokimya incelemesinde S100+ ve CD34+ saptandı (**Resim-3b,3c**). Bu bulgular ışığında hastaya pleksiform nörofibrom tanısı koyuldu.



Resim-3a: Epidermiste hafif spongiöz, bazal vakuolar değişiklik, dilate kapiller yapılar ve perivasküler lenfositler, lenfositik egzositoz



Resim-3b



Resim-3c

TARTIŞMA

Pleksiform nörofibromlar, NF1 hastalarının yaklaşık %10-20'sinde görülür ve önemli morbiditeye neden olabilir.¹ Bu olguda, hastanın erken yaşta başlayan deri bulguları ve ilerleyen dönemde ortaya çıkan boyundaki pleksiform nörofibrom, tipik bir NF1 prezentasyonunu yansıtmaktadır. Pleksiform nörofibromların yönetimi, tümörün lokalizasyonu, boyutu ve semptomlarına göre değişir.³ Bu tür vakalarda multidisipliner bir yaklaşım (nörolog, onkolog, radyolog, plastik cerrah, psikolog) önemlidir.³

KAYNAKÇA

1- Ferner, R. E., & Huson, S. M. (2015). Neurofibromatosis type 1. In Handbook of clinical neurology (Vol. 132, pp. 159-173). Elsevier.

2- Dabbs, K. H., Ferner, R. E., & Korf, B. R. (2018). Neurofibromatosis type 1: clinical diagnosis, management, and current research. Seminars in Pediatric Neurology, 25, 36-47.

3- Kluwe, L., Mautner, V. F., & Ferner, R. E. (2020). Plexiform neurofibromas in neurofibromatosis type 1: a review. Journal of Neuro-Oncology, 149(1), 1-10.

SONUÇ

Bu olgu sunumu, pleksiform nörofibromun NF1'in önemli bir komplikasyonu olduğunu ve bu hastaların uzun süreli ve multidisipliner bir yaklaşımla izlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Erken tanı, düzenli takip ve uygun tedavi stratejileri, hastaların yaşam kalitesini artırmada önemli rol oynar.^{2,3}

PB06

Tosilizumab Tedavisi Altındaki Romatoid Artritli Hastada Gelişen

Psoriasis: Nadir Bir Paradoksal Reaksiyonun Sunumu

Selen TANER AKBAY¹, Umut BUĞDAY¹, Didar GÜRSOY KUZULUK² Asena Çiğdem DOĞRAMACI¹¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ

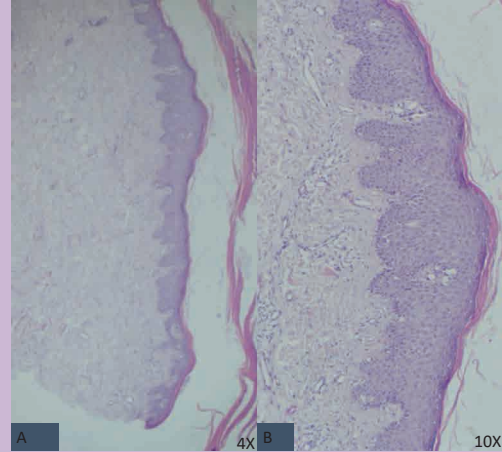
Tosilizumab, interlökin-6(IL-6) reseptörünü bloke eden humanize monoklonal antikordur^{1,2}. Romatoid artrit(RA) gibi inflamatuvar hastalıkların tedavisinde önemlidir. Biyolojik ajanlara bağlı psoriasis gelişimi, özellikle anti-tümör nekroz faktör (TNF) ajanlarla görülebilmekle birlikte, IL-6 reseptör blokörü olan Tosilizumab ile de paradoksal reaksiyonlar şeklinde psoriasis ortaya çıkabilmektedir. ^{1,2,3,4} Bu olgu sunumunda, Romatoid artrit tedavisi için Tosilizumab başlandıktan kısa süre sonra de novo plak psoriasis gelişen bir hasta sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

56 yaş kadın hasta kliniğimize saçlı deride, kollarda ve sol bacakta kızamıklık ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde saçlı deride, bilateral dirseklerde, göbek çevresinde ve sol bacakta eritemli gümüş renkli skuamli plak lezyonlar izlendi. Hasta öyküsünde Romatoid artrit tanısı ile romatolojide takipli olduğunu meloksikam, metotreksat, sertolizumab, rituksimab, leflunomid gibi çeşitli tedavilere yeterli yanıt alınmadığı için romatoloji tarafından Tosilizumab tedavisine başladığını ve Tosilizumab başlandıktan 4 hafta sonra deri lezyonlarının ortaya çıktığını ifade etti. Hastanın aile öyküsünde psoriasis bulunmamaktaydı ve önceki tedavilerinde psoriasisform lezyon öyküsü yoktu. Yapılan dermatolojik muayenede saçlı deride ve ekstremitelerde eritemli skuamli plak lezyonlar mevcuttu. (Resim 1). Tanıyı doğrulamak amacıyla alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde hiperkeratoz, parakeratoz, epidermiste granüler tabakada fokal kayıp, irregüler akantoz dermiste perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu izlendi. (Resim 2). Deri biyopsisinin histopatolojik incelemesi psoriasis ile uyumlu bulundu. Romatolojiye konsülte edilerek Tosilizumab tedavisi kesildi. Hastaya topikal steroid tedavisi başlandı.



Resim 1A-1B: Saçlı deride sağ temporal bölgede, frontoparietal bölgede (1A) ve sol alt ekstremitelerde (1B) eritemli skuamli plak lezyonlar



Resim 2A-2B: Kesitlerde hiperkeratoz, parakeratoz, epidermiste granüler tabakada fokal kayıp, irregüler akantoz dermiste perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu mevcut

TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda, Tosilizumab tedavisi altındaki Romatoid artrit hastasında de novo psoriasis gelişimi gözlemlenmiştir. Hastanın aile öyküsünde psoriasis bulunmaması ve önceki tedavilerinde psoriasisform lezyon öyküsü olmaması, gelişen psoriasisin doğrudan Tosilizumab tedavisi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde Tosilizumab kullanımına bağlı psoriasisform döküntü veya psoriasis olguları rapor edilmiştir. ^{1,2,3,4} Tosilizumabın IL-6 sinyal yolunu bloke etmesiyle ortaya çıkan psoriasisin altında yatan mekanizma tam olarak anlaşılamamış olsa da sitokin dengesindeki değişiklikler sorumlu tutulmaktadır. ^{1,2} IL-6 inhibisyonunun, psoriasis patogenezinde kritik rol oynayan IL-17/IL-23 aksının aktivasyonuna neden olabileceği düşünülmektedir. ^{1,2} Bu durum, normalde IL-6 tarafından baskılanan inflamatuvar yolların, IL-6 sinyalinin bloke edilmesiyle aktive olması şeklinde paradoksal bir etki mekanizmasına işaret etmektedir. ^{1,2} Çoğu Tosilizumaba bağlı psoriasis vakasında, ilacın kesilmesi lezyonlarda gerileme sağlar. Nielly ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada vakaların %69'unda Tosilizumab kesildikten sonra lezyonlarda gerileme olduğu bildirilmiştir. ⁴ Olgu sunumumuzda da Tosilizumabın kesilmesi ve topikal steroid tedavisi ile başarılı bir klinik yanıt elde edilmiştir. Nadiren de olsa, bazı durumlarda doz aralığının kısaltılması da bir tedavi stratejisi olarak önerilmiştir. ²

SONUÇ

Tosilizumab tedavisi sırasında psoriasis gelişimi nadir görülen bir durumdur. Bu vaka, Romatoid artrit tedavisinde kullanılan Tosilizumab gibi biyolojik ajanların nadir de olsa paradoksal reaksiyonlara neden olabileceğini ve tedavi sürecinde beklenmedik dermatolojik bulguların yakından takip edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu tür olguların bildirilmesi, biyolojik tedavilerin potansiyel yan etkilerinin daha iyi anlaşılmasına ve hastaların daha güvenli yönetilmesine katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

- 1- Palmou-Fontana N, Sanchez Gavi no JA, McGonagle D, ~ et al. Tocilizumab-induced psoriasisform rash in rheumatoid arthritis. *Dermatology* 2014; 228: 311–313.
- 2- Hayakawa M, Izumi K, Higashida-Konishi M, Ushikubo M, Tsukamoto M, Akiya K, Araki K, Oshima H. Tocilizumab-induced psoriasis-like eruption resolved by shortening the dose interval in a patient with rheumatoid arthritis: a case-based review. *Rheumatol Int*. 2019 Jan;39(1):161-166. doi: 10.1007/s00296-018-4175-1. Epub 2018 Oct 24. PMID: 30357484
- 3-Laurent S, Le Parc JM, Clérici T, Bréban M, Mahé E (2010) Onset of psoriasis following treatment with tocilizumab. *Br J Dermatol* 163:1364–1365
- 4- Nielly, Hubert & Biale, Lisa & Gilardin, L. & Carmoi, Thierry & Eon, A. & Vanquethem, H. & Fougereousse, A-C. (2024). Tocilizumab-induced psoriatic eruption : a case report and a case-based review. *Rheumatology International*. 44. 2205-2212. 10.1007/s00296-024-05663-9.

DEPREMDEN SONRA SIKLIĞI ARTAN KUTANÖZ
LEISHMANİASİS OLGULARINDAN BİR KLİNİK SUNUMEzgi TAN¹, Ali Fırat ARSLAN¹, Zeynep KITAY¹, Mehmet Fatih ESMEK¹, Selen Taner AKBAY¹, Asena Çiğdem DOĞRAMACI¹

1. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ

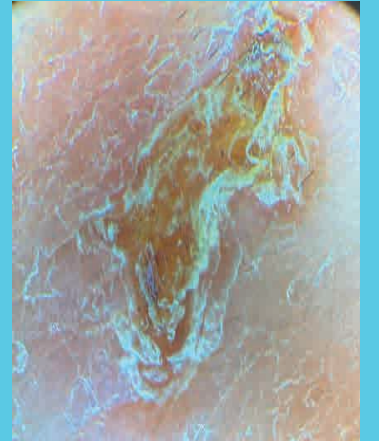
Leishmaniasis, Leishmania cinsi parazitlerin etken olduğu ve enfekte dişi kum sinekleri (Phlebotomus türleri) ile bulaşan bir enfeksiyon hastalığıdır. İnsanda başta L. tropica, L. major ve L. infantum olmak üzere 20'den fazla Leishmania türü hastalığa yol açabilmektedir. Klinik olarak üç ana formu vardır: Kutanoz Leishmaniasis (deride ülseratif lezyonlar ile seyreden), Mukokutanöz Leishmaniasis (deri ve mukozaları tutan) ve Visseral Leishmaniasis (iç organ tutulumuyla seyreden). Kutanoz Leishmaniasis (KL), ülserasyona eğilimli papülonodüler lezyonlar ile seyreden, Güney ve Güneydoğu Anadolu'nun belirli bölgelerinde endemik olarak görülen bir hastalıktır. Genellikle ülseratif papülonodüler lezyonlar şeklinde seyretse de eritemli endüre plaklar, verrüköz plaklar ve parmak distallerinde prezente olduğunda paronisi benzeri lezyonlar şeklinde de görülebilir.

OLGU SUNUMU

44 yaşında kadın hasta, sağ kolda 2 yıldır olan yara şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hasta bir sinek ısırığı sonrası kolunda önce bir kızarıklık, kızarıklık sonrası sivilce gibi bir yara oluştuğunu ve mevcut yarada büyüme olunca dış merkez başvurusunda şarkçıbanı tanısı aldığını ve kas içi glukantim tedavisi başlandığını ifade etti. Aldığı tedavilerle tamamen fayda görmediğini ifade etti. Hasta; Leishmania için endemik bölgelerden biri olan Hatay'ın Samandağ ilçesinde ikamet etmekte. Hayvan teması mevcut değildi, ailede benzer bir lezyon ve öykü yoktu. Sistemik hastalığı, düzenli kullandığı bir ilacı yoktu. Yapılan dermatolojik muayenesinde sağ humerus posteriorda 3 cm çapında düzensiz sınırlı, anüler, eritemli zeminde merkezinde sarı-beyaz krutlanmalar içeren, palpasyonda ağrısız plak lezyon saptandı (Resim 1). Lezyonun dermoskopik görünümünde; merkezinde sarı-beyaz krutlanmalar içeren, düzenli noktasal kanama odakları ve periferinde eritemli halo ile çevrenleme izlendi (Resim 2). Mevcut lezyonun ayıncı tanılarında numuler dermatit, fungal enfeksiyonlar, atipik mikobakteri enfeksiyonları, kutanoz lepra gibi inflamatuvar hastalıkların yanı sıra Bowen hastalığı, aktinik keratoz gibi premalign tanıların da yer alması nedeniyle önce fungal enfeksiyonlar ve Leishmaniasis tanılarının dışlanması amacıyla nativ ve Leishmania smear ile mikroskopik örneklemeler planlandı. Hastanın alınan smear yaymasında aktif amastigot ve kinetoplastlar görülmesi sonucu hastaya Kutanoz Leishmaniasis tanısı konuldu. Hastaya haftalık intralezyoner glukantim tedavisi başlandı. 4 seans intralezyoner glukantim tedavisi sonrası lezyonda %50'den fazla iyileşme sağlandı.



Resim 1 : Düzensiz sınırlı anüler eritemli merkezi sarı krutlanma ve minimal ülserasyon içeren lezyon



Resim 2 : Merkezde sarı-beyaz krutlanmalar

TARTIŞMA

Endemik olmayan yerlerde ve atipik klinik lezyonları olan hastalarda Leishmaniasis tanısı koymak zor olabilir. Türkiye'de Kutanoz Leishmaniasis vaka sıklığı Sağlık Bakanlığı verilerine göre yılda yaklaşık 2.500 düzeyinde seyretmektedir¹ ve olguların büyük bölümü Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde (özellikle Şanlıurfa, Adana, Osmaniye ve Hatay illerinde) görülmektedir. Hatay ili, geçmişten bu yana endemik KL bölgelerinden biri olup, deprem öncesinde de KL vakaları sık görülmektedir. 6 Şubat 2023 tarihinde Hatay'ı da etkileyen büyük deprem sonrasında bölgede Leishmaniasis bulaşma riskinin belirgin biçimde arttığı bildirilmektedir. Depremle birlikte çadır ve konteyner gibi toplu yaşam alanlarında yerleşmenin zorunlu olması, mevcut sağlık altyapısı ve çevre şartlarının bozulması phlebotomların çoğalması için elverişli bir ortam oluşturmaktadır^{2,3}. Hatay Tabip Odası verilerine göre deprem öncesinde Hatay Büyükşehir Belediyesi vektör mücadelesinde ~120 bin civarında üreme odağı ile mücadele ederken, deprem sonrasında hasarlı binalardaki su depoları, dökülen gıda maddeleri ve diğer atıklar nedeniyle üreme odaklarının "milyonların üzerine" çıktığı belirtilmektedir. Bu dramatik artış, tatarcık popülasyonunun da deprem sonrası hızla yükselebileceğini göstermektedir. Dolayısıyla deprem gibi doğal afetler sonrasında ortaya çıkabilecek Leishmaniasis vakalarını erken tanıyabilmek için sağlık çalışanlarının farkındalığı yüksek olmalıdır^{4,5}.

SONUÇ

KL tipik olgular dışında atipik seyir de gösterebilen, tanısı zaman alabilen bir hastalıktır. Bu vaka özellikle doğal afet bölgelerinde artabilecek Leishmaniasis vakaları gibi kutanoz bulaşıcı hastalıkların görülme ihtimalinin göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Afetler sonrasında ortaya çıkabilecek vektör kaynaklı enfeksiyon riskine karşı erken tanı ve uygun tedavi planlaması, hem hastanın prognozu hem de halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- 1- Tunalı V, Harman M, Özbilgin A. Depremlerin Ardından Sıtma, Leishmaniasis ve Uyuş Riskinin İncelenmesi ve Korunma Önerileri. Türkiye Parazit Derg. 2023 Dec;47(4):249-255. doi:10.4274/tpd.galenos.2023.26122.
- 2- Mbui J, Macharia M, Maranga D, Okoyo C. Assessment of a decentralization model in improving treatment and care of visceral leishmaniasis in Turkana County, Kenya: A mixed method study. PLoS One. 2025 May 20;20(5):e0323990. doi: 10.1371/journal.pone.0323990. PMID: 40392936; PMCID: PMC12091879.
- 3- CDC. Health information for travelers to Haiti. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2010. Available at <http://wwwnc.cdc.gov/travel/destinations/haiti.aspx>. Accessed March 2, 2010.
- 4- Aflatoonian MR, Sharifi I, Aflatoonian B, Shirzadi MR, Gouya MM, Keramanizadeh A. A Review of Impact of Bam Earthquake on Cutaneous Leishmaniasis and Status: Epidemic of Old Foci, Emergence of New Foci and Changes in Features of the Disease. J Arthropod Borne Dis. 2016;10(3):272-281.
- 5- Eisele TP, Keating J, Bennett A, et al. Prevalence of Plasmodium falciparum infection in rainy season, Artibonite Valley, Haiti, 2006. Emerg Infect Dis 2007;13:1494-6.

PB08



Nadir Görülen CARMIL2 Eksikliği İmmün Yetmezlik Vakasında HPV Enfeksiyonu



Selen Taner AKBAY¹, Selim Can BAL¹, Merve NARİN¹, Asena Çiğdem DOĞRAMACI¹

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı¹

GİRİŞ

İnsan CARMIL2 eksikliği, bozuk CD28 aracılı TCR ko-sinyallemesi ve bozulmuş sitoskeletal dinamiklerle, dermatit, EBV ile ilişkili düz kas tümörleri, inflamatuvar bağırsak hastalığı (IBD) ile ilişkili otozomal resesif bir primer immün yetmezlik hastalığıdır(1,2). Burada, ellerinde yaygın verruollerin eşlik ettiği CARMIL2 gen mutasyonu olan bir olgu sunulacaktır.

OLGU SUNUMU

10 yaş erkek hasta, ellerindeki ve kollarındaki yaraları nedeniyle polikliniğe başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde bilateral el dorsumunda ve kolları dirseklere kadar uzanan 0.3 cm çapında kırmızı renkli çok sayıda papüler lezyonlar mevcuttu. Dermoskopik görüntüsünde kanama odakları görüldü. Lezyonlara kriyoterapi uygulandığında göbekenleme görülmeydi. Hastanın yüzünde, antekübital fossada bilateral eritemli likenifiye plak lezyonları vardı. Ayrıca hasta 1 yaşından beri immün yetmezlik tanılı (CARMIL2 gen mutasyonu). Gastrik ülser, sinüzit ve tüberküloz yatkınlığı mevcut. Hastamız 2 yıl önce 6 ay INH tedavisi almış, 3 ayda 1 IVIG tedavisi almakta. Ailede kardeşinde de immün yetmezlik mevcut. Anne ve babasında 2. derecede akrabalık mevcuttu. Hastaya Verruca Vulgaris tanısı konuldu ve topikal kalsipotriol tedavisi başlandı.



TARTIŞMA

CARMIL 2 eksikliği, HPV de dahil olmak üzere çeşitli bakteriyel, mikobakteriyel ve viral patojenlere yatkınlık oluşturur(3). Yapılan bir çalışmada incelenen 15 CARMIL2 eksikliği olan hastada en belirgin semptomlar; çeşitli deri belirtileri (atopik ve seboroik dermatit, psöriazis benzeri döküntü), enfeksiyon sıklığının artması (EBV, CMV, Varicella vb) ve kronik ishal idi. Hastalarda ayrıca belirgin alerjen duyarlılığı olmadan alerjik rinit ve astım gibi alerjik belirtiler vardı ve iki kardeşte EBV ile ilişkili düz kas tümörleri gelişti(4).

SONUÇ

Çocuk hastalarda özellikle el dorsumunda ve kolları yaygın verru saptanan hastalarda immün yetmezlik sendromları ve bu sendromlarda görülen olası ek patolojiler araştırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Stark BC, Lanier MH, Cooper JA. CARMIL family proteins as multidomain regulators of actin-based motility. Mol Biol Cell 2017;28:1713-23
2. Schober T, Magg T, Laschinger M, Rohlf M, Linhares ND, Puchalka J, et al. A human immunodeficiency syndrome caused by mutations in CARMIL2. Nat Commun (2017) 8:14209. 10.1038/ncomms14209
3. Lévy R, Gothe F, Momenlani M, Magg T, Materna M, Peters P et al (2023) Human CARMIL2 deficiency underlies a broader immunological and clinical phenotype than CD28 deficiency. J Exp Med 220(2):e20220275
4. Kolkusa B, Baser D, Akcam B, Danielson J, Bilgic Eltan S, Haliloglu Y, et al. Evolution and long-term outcomes of combined immunodeficiency due to CARMIL2 deficiency. Allergy. (2022) 77(3):1004–19. 10.1111/all.15010

İLETİŞİM

BİLİMSEL SEKRETERYA

Dr. A. Çiğdem Doğramacı

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD

Telefon: 0 326 229 10 00

E-posta: catahan85@yahoo.com

ORGANİZASYON SEKRETARYASI



19 Mayıs Mah. Halaskargazi Cad. T. Cemal Sk.

Cumhuriyet Apt. No:7 D:1, 34360 Şişli / İstanbul

Telefon: 0 212 230 78 68 - Faks: 0 212 234 78 68

E-posta: antakyadermatolojigunleri@invictuscongress.org

www.invictuscongress.org

