

2.

İNFLAMASYON & REJUVENASYON SEMPOZYUMU

Elite World Grand Sapanca

26-28 Haziran 2025



BİLDİRİ KİTABI

Değerli meslektaşlarımız,

Kozmetoloji ve Dermatoloji Akademisyenleri Derneği tarafından bu yıl ikincisi düzenlenecek olan “2. İnflamasyon & Rejüvenasyon Sempozyumu”na sizleri davet etmekten mutluluk duyuyoruz. İnflamasyon ve Rejüvenasyon alanındaki yeniliklerin ve araştırma sonuçlarının yer alacağı zengin bilimsel program ve keyifli sosyal programlar ile tekrar bir arada olmayı umut ediyoruz.

Sempozyuma göstereceğiniz ilgi ve destekleriniz için şimdiden teşekkür ederiz.

26-28 Haziran 2025 tarihlerinde Elite World Grand Sapanca’da buluşmak dileğiyle...

Saygılarımızla



Prof. Dr. Rafet Koca
Sempozyum Başkanı



Prof. Dr. Server Serdaroğlu
Sempozyum Başkanı

SEMPOZYUM BAŞKANLARI

Prof. Dr. Rafet Koca Prof. Dr. Server Serdaroğlu

BİLİMSEL DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Yalçın Tüzün
Prof. Dr. Kenan Aydoğan
Prof. Dr. Perihan Öztürk
Prof. Dr. Burhan Engin
Prof. Dr. Zekayi Kutlubay
Prof. Dr. Hatice Erdi Şanlı
Prof. Dr. Arzu Ataseven
Prof. Dr. Erol Koç
Prof. Dr. Murat Borlu
Prof. Dr. Asena Çiğdem Doğramacı
Prof. Dr. Dilek Bayramgürler
Doç. Dr. Bahar Sevimli Dikicier
Dr. Pelin Ertop Doğan
Dr. Emel Hazinedar

BİLİMSEL SEKRETERYA

Prof. Dr. Perihan Öztürk
Prof. Dr. Arzu Ataseven
Prof. Dr. Kenan Aydoğan
Öğr. Üyesi Dr. Pelin Ertop Doğan

26 Haziran 2025 Perşembe		
13:00-13:30	AÇILIŞ	
13:30-14:25	ATOPIK DERMATİT Oturum Başkanları: Yalçın TÜZÜN, Murat BORLU, İlkin ZİNDANCI	
13:30-13:45	Atopik dermatit patogenezinde değişen ne var? Özlem SU KÜÇÜK	
13:45-14:00	Atopik dermatit tedavisinde biyolojik ilaçlar Salih Levent ÇINAR	
14:00-14:15	Atopik dermatit tedavisinde küçük moleküller Göknur KALKAN	
14:15-14:25	Tartışma	
14:25-15:05	UYDU SEMPOZYUMU I - ESTETİK DERMAL Konu: Lo La ile Spanish Glow Konuşmacı: Ecem Bulut Okut	 Estetik Dermal
15:05-15:20	KAHVE ARASI	
15:20-16:00	UYDU SEMPOZYUMU II - KOÇYİĞİT MEDİKAL Konu: Ultraformer Mpt Yeni Nesil Hifu&Lifu Sistemi Konuşmacı: Ayşegül Güney	
16:00-17:10	ZOR TEDAVİLER-1 Oturum Başkanları: Arzu ATASEVEN, Kenan AYDOĞAN, Nilgün ŞENTÜRK	
16:00-16:15	SJ-TEN İlkay CAN	
16:15-16:30	Pemfigus Rıfkiye KÜÇÜKOĞLU	
16:30-16:45	MF Dilek BAYRAMGÜRLER	
16:45-17:00	Vitiligo Kenan AYDOĞAN	
17:00-17:10	Tartışma	

27 Haziran 2025 Cuma	
08:30-09:40	PSORİASİS Oturum Başkanları: Mehmet Ali GÜNER, Server SERDAROĞLU, Akın AKTAŞ
08:30-08:45	Psoriasis tedavisinde sistemik konvansiyonel tedaviler Algün POLAT EKİNCİ
08:45-09:00	Hangi fenotipte hangi biyolojik ilacı kullanmalıyım Neslihan AKDOĞAN
09:00-09:15	Pediyatrik psoriasisde sistemik tedavi ne kullanalım? Sistemik tedaviler çocuklar için güvenli mi? Abdullah DEMİRBAŞ
09:15-09:30	Psoriasis tedavisinde gelecek ilaçlar Fatma Aslı HAPA
09:30-09:40	Tartışma
09:40-10:00	Kahve Arası
10:00-10:40	UYDU SEMPOZYUMU III - ABBVIE Konu: Cilt Temizliğinde Artan Seçenekler, İyileşen Yaşamlar Moderatör: Mehmet Melikoğlu, Seray Külcü Çakmak Konu: Skyrizi ile Plak Psoriasis Tedavisinde Sürdürülebilir Etkililik Konuşmacı: Hilal Kaya Erdoğan Konu: Rinvoq ile Atopik Dermatit Tedavisinde Sürdürülebilir Etkililik Konuşmacı: Bahar Sevimli Dikicier



10:40-12:00	SAÇ HASTALIKLARI TEDAVİSİ Oturum Başkanları: Zafer TÜRKÖĞLU, Rebiay KIRAN, Asena Çiğdem DOĞRAMACI	
10:40-10:55	Skarlı alopesiler Bahar SEVİMLİ DİKİCİER	
10:55-11:10	Alopesia areata Bengü ÇEVİRGEN CEMİL	
11:10-11:25	Androjenik alopesi Selda IŞIK MERMUTLU	
11:25-11:40	Saç hastalıklarında kozmetik uygulamalar Ayşe AKMAN	
11:40-12:00	Tartışma	
12:00-12:40	UYDU SEMPOZYUMU IV - LILLY Konu: Ixekizumab ile Orta ve Şiddetli Plak Psoriasis Tedavisinde Hızlı Başlayan Sürdürülebilir Tam İyileşme Oturum Başkanı: Server Serdaroğlu Konuşmacı: Ragıp Ertaş & Abdullah Demirbaş	
12:40-13:30	Öğle Yemeği	
13:30-14:40	ZOR TEDAVİLER-2 Oturum Başkanları: Rafet KOCA, Gülcan SAYLAM KURTİPEK	
13:30-13:45	Şiddetli akne hastasını nasıl yönetelim? Hayriye SARICAOĞLU	
13:45-14:00	Hidradenitis Süpürativa yeni tedaviler Ayşenur BOTSALI	
14:00-14:15	Omalizumab tedavisine dirençli ürtiker Ragıp ERTAŞ	
14:15-14:30	Hereditör Anjioödem Andaç SALMAN	
14:30-14:40	Tartışma	
14:40-15:20	UYDU SEMPOZYUMU V - NOVARTİS Konu: Plak Psoriasis ve Psoriatik Artrit Yönetiminde Secukinumab Etkililik ve Güvenliliği Oturum Başkanı: Rafet Koca Konuşmacı: Burçe Can Kuru, Yavuz Pehlivan	
15:20-15:35	Kahve Arası	
15:35-17:00	REJUVENASYON-1 Çığır Açan Yenilikler Oturum Başkanları: Erol KOÇ, Perihan ÖZTÜRK, Arzu ATASEVEN	
15:35-15:50	PCL-PLA-PLLA-CA. Hangisi? Pelin EŞME	
15:50-16:05	Biyostimulan Komplikasyonları nasıl yönetelim? Filiz CANPOLAT	
16:05-16:20	Cihaz bazlı kombinasyonlar daha mı başarılı? Nida GELİNCİK KAÇAR	
16:20-16:35	Biyofiller, SVF, Nanofat. Kime ve ne zaman? Ulaş GÜVENÇ	
16:35-16:50	Otolog mu? Allojenik mi? Eksozomun kaynağı önemli mi? Perihan ÖZTÜRK	
16:50-17:00	Tartışma	
17:00-18:10	DERMATOLOJİDE GÜNCEL KONULAR Oturum Başkanları: Ali KARAKUZU, Aylin TÜREL ERMERTCAN	
17:00-17:15	HPV aşısı Hilal KAYA ERDOĞAN	
17:15-17:30	Herpes zoster aşısı Zeynep ALTAN FERHATOĞLU	

17:30-17:45	Güneşten koruyucuların artıları ve eksileri Didem DİDAR BALCI
17:45-18:00	Sağlıklı deri nasıl olmalı ve nasıl korunmalı? Neslihan DEMİREL ÖĞÜT
18:00-18:10	Tartışma

28 Haziran 2025 Cumartesi

08:45-09:15	SÖZLÜ BİLDİRİLER Oturum Başkanları: Emel HAZİNEDAR, Pelin ERTOP DOĞAN SS-01, SS-02, SS-03
09:15-10:40	REJUVENASYON-2 Oturum Başkanları: Zafer KURUMLU, Serap ÖZTÜRKCAN, Recep DURSUN
09:15-09:30	Noktalarla biyolifting Mustafa Bayram
09:30-09:45	Rejuvenasyonda Peeling Ercan ARCA
09:45-10:00	Leke tedavisi Recep DURSUN
10:00-10:15	Skar tedavisi Derya UÇMAK
10:15-10:30	Uzmanına danış Zehra AŞİİRAN SERDAR
10:30-10:40	Tartışma
10:40-10:55	Kahve Arası
10:55-11:10	AKILICI İLAÇ KULLANIMI Konuşmacı: Mehmet Enes GÜNER
11:10-11:30	KAPANIŞ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Fasiyal melazmalı kadınlarda seksüel disfonksiyon: olgu-kontrol çalışmasıSerap Köran Karadoğan¹, Bora İrer²¹İBB Eşrefpaşa Hastanesi Dermatoloji Birimi²İBB Eşrefpaşa Hastanesi Üroloji Birimi

Amaç: Melazma diğer dermatozlar gibi psikososyal sorunlara yol açtığı iyi bilinen bir tablodur. Melazmada depresyon ve anksiyete gibi sık görülen psikososyal morbiditelerin aksine seksüel disfonksiyon (SD) konusunda çok fazla araştırma bulunmamaktadır. Bu konuda prospektif bir olgu-kontrol çalışması gerçekleştirmeyi planladık. Melazmalı hastalarda (Grup I) ve sağlıklı kontrollerde (Grup II) SD Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi (KSFI) kullanılarak karşılaştırıldı. Melazmanın şiddeti Modifiye Melazma Alan ve Şiddet İndeksi (mMASI) kullanılarak değerlendirildi. Her iki grup yaş bakımından ve Grup I melazma şiddeti bakımından alt gruplara ayrıldı. Bu değişkenlerin KSFI üzerine olası etkileri irdelendi.

Bulgular: Toplam 109 kişi (Grup I: 55, Grup II: 54) çalışmaya alındı. Grup I'de median KSFI anlamlı düzeyde daha düşüktü (27,3 vs 29,4). Uyarılma, orgasm ve tatmin Grup I'de anlamlı düzeyde daha düşüktü. Median total KSFI skorları ve SD yüzdeleri yaş ve melazmanın şiddetinden etkilenmemişti. Hafif melazmalılarda lubrikasyon orta ve şiddetli melazmalılara kıyasla daha iyiydi. Ağrı/rahatsızlık hissi şiddetli melazması olanlarda daha fazlaydı.

Sonuç: Dermatologlar melazmanın da özellikle yüz tutulumunda diğer dermatozlar gibi kadınların kendine güvenini ve ilişkilerini ve dolayısıyla seksüel yaşamını olumsuz etkileyebileceğini akılda tutmalı ve gerekirse hastaları multidisipliner bir yaklaşımla ele almalıdır. Çalışmamız melazmalı kadınlarda SD konusunda daha ayrıntılı ileri çalışmalara olan gereksinimi ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: kadın, melazma, seksüel disfonksiyon

Kaynakça

1. Abou-Taleb DAE, Ibrahim AK, Youssef EMK, Moubasher AEA (2017) Reliability, validity and sensitivity to change overtime of the modified melasma area and severity index score. Dermatol Surg 43:210–217. <https://doi.org/10.1097/DSS0000000000000974>
2. Dabas G, Vinay K, Parsad D, Kumar A, Kumaran MS (2020) Psychological disturbances in patients with pigmentary disorders: a cross-sectional study. J Eur Acad Dermatol Venereol Feb 34(2):392–399. <https://doi.org/10.1111/jdv.15987> Epub 2019 Oct 31
3. Ogbechie-Godec OA, Elbuluk N (2017) Melasma: an Up-to Date Comprehensive Review. Dermatol Ther (Heidelb). Jul 19;7(3):305–318. <https://doi.org/10.1007/s13555-017-0194-1>
4. Tsintsadze NT, Beridze L, Tsintsadze N, Krichun Y, Tsivadze N, Tsintdatze M (2015) Psychosomatic aspects in patients with dermatologic diseases. Georgian Med News Jun(243): 70–75 Jusuf NK, Putra IB, Mahdalena M (2019) Is there a correlation between severity of melasma and quality of life? Open Access Maced J Med Sci Aug 25(16):2615–2618. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.407>
5. Esposito MCC, Espósito ACC, Jorge MFS, D'elia MPB (2021) Depression, anxiety, and self-esteem in women with facial melasma: an Internet-based survey in Brazil. Int J Dermatol 60(9):e346–e347. 10.1111/ijd.15490 i WHO-Department of Reproductive Health and Research (2014) Report of a technical consultation on sexual health. (WWW document) 2006. Geneva, Switzerland. URL https://doi.org/www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_healthpdf?ua=1 (last accessed:01 June

POSTER BİLDİRİLER

Fenitoinle İndüklenen Toksik Epidermal Nekrolizli Hastada Miliaria Kristalina GelişimiEmel Hazinedar¹, Aleyna Demirel¹, Pelin Ertop Doğan¹, Ali Can Önal², Emre Işık²¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

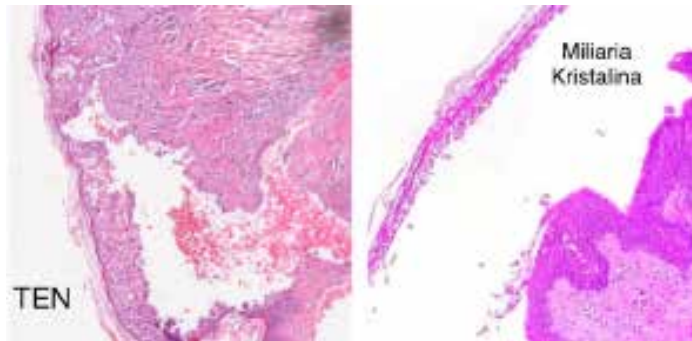
Amaç: Miliaria kristalina, ter kanallarının tıkanmasıyla karakterize, kendini sınırlayan, ektrin ter bezlerinin, benign bir hastalığı olup (1), yetişkinlerde nispeten daha nadir görülmektedir (2). Toksik epidermal nekroliz (TEN), yaygın eritem, epidermiste şiddetli ayrışmayla karakterize, sıklıkla ilaç ilişkili, ciddi ve mortal seyredabilen mukokutanöz bir reaksiyondur (3). Hastalığa sekonder gelişen epidermis hasarı, miliaria kristalina gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (4). Biz de posterimizde fenitoin ile indüklenen toksik epidermal nekrolizli olguda miliaria kristalina gelişimini sunmaktayız.

Bulgular: 57 yaş, metastatik küçük hücreli akciğer karsinomu tanılı, erkek hasta, ateş ve 4 gündür olan döküntüyle acile başvurdu. 1.5 ay önce beyin metastazı nedeniyle fenitoin başlandığı öğrenildi. Eş zamanlı radyoterapi almaktaydı. Muayenesinde; gövdede, ekstremitelerde, lividi eritem, sırtta, postauriküler bölgede erode lezyonlar (Fotoğraf 1) ve eritemli bölgelerde nikolsky pozitifliği mevcuttu. TEN ön tanısıyla biyopsi alındı. İntravenöz 80 mg metilprednisolon ve 2 gr/kg'dan toplam 150 gram/4 gün intravenöz immünglobulin başlandı. Lezyonlar, tedaviyle epitelizeasyon ve regresyon eğilimindeydi. Takibinin 9.gününde üst ekstremitede, şeffaf, fragil, veziküller, abdomende nikolsky negatif, bülle geliştiği görüldü (Fotoğraf 2). Biyopsi ve direkt immünfloresan alındı. Oda sıcaklığının düşürülmesi önerildi. 3.günde vezikülobüllöz lezyonları geriledi. Lezyonlar, hızlı regresyon ve nikolsky negatifliği sebebiyle TEN'e bağlı düşünülmedi. Takiplerinde tam epitelizeasyon sağlanan hastanın taburculuğu planlandı (Fotoğraf 3-4). İlk alınan biyopsi TEN, takipte gelişen vezikülobüllöz lezyondan alınan biyopsiyse miliaria kristalinayla uyumluydu (Fotoğraf 5-6).

Fotoğraf 1: Sırtta, ensede erode alanlar, Fotoğraf 2: Abdomende, üst ekstremitede gelişen vezikülobüllöz lezyonlar, Fotoğraf 3: Sırtta, ensede tam epitelizeasyon, Fotoğraf 4: Vezikülobüllöz lezyonlarda tam regresyon.



Fotoğraf 5: Subepidermal ayrışma-TEN, Fotoğraf 6: Ektrin duktus devamlılığında subkorneal ayrışma-Miliaria Kristalina



Sonuç: Miliaria, ekkrin ter kanallarının obstrüksiyonuyla oluşan, kendini sınırlayan, benign bir tablodur. Ter, epidermis veya dermoepidermal bileşkede birikmektedir (5,6). Obstrüksiyonun derinliğine göre; kristalina, rubra ve profunda olarak 3'e ayrılmaktadır (1). Miliaria kristalina, stratum korneumdaki ter kanallarının tıkanmasıyla gelişmektedir (5). Literatürde, TEN'in ter kanallarının yapısını bozabildiği gösterilmiştir (7). Nekrotik epidermisle reepitelizasyon alanı arasındaki boşluklarda gelişen birikim, hastalığın remisyon döneminde, tekrarlayan vezikülasyonlara yatkınlık oluşturabilmektedir (7,8). Lezyonlar, sıklıkla veziküler olup nadiren büllöz şekildedir (5). Benign seyri, spontan regresyonu nedeniyle gereksiz müdahalelerden kaçınılması açısından önemlidir. TEN hastalarında, veziküler lezyonların ayırıcı tanısında düşünülmesi ve lezyonların vezikülobüllöz karakterde olması nedeniyle olgumuzu paylaşmaktayız.

Anahtar Kelimeler: toksik epidermal nekroliz, miliaria kristalina

Kaynakça

- 1-Valenzuela-Ubiña S, Villegas-Romero I, Jiménez-Gallo D, Arjona-Aguilera C, Linares-Barrios M. Miliaria crystallina induced by idarubicin and all-trans-retinoic acid: Two case reports. *Australas J Dermatol.* 2021 Aug;62(3):e408-e410. doi: 10.1111/ajd.13641. Epub 2021 Jun 9. PMID: 34106466.
- 2-Papadatos SS, Toliaki E, Kardatou ME, Galani V, Kalfountzos D. Water Drops All Over the Skin: Miliaria Crystallina in an Adult Febrile Patient with Glioblastoma. *Maedica (Bucur).* 2023 Sep;18(3):534-536. doi: 10.26574/maedica.2023.18.3.534. PMID: 38023754; PMCID: PMC10674132.
- 3-Al-Quteimat OM. Phenytoin-induced toxic epidermal necrolysis: Review and recommendations. *J Pharmacol Pharmacother.* 2016 Jul-Sep;7(3):127-32. doi: 10.4103/0976-500X.189662. PMID: 27651708; PMCID: PMC5020771.
- 4-Peng C, Chen W, Lu J, Yi X, Ding Y, Gao Y. Miliaria crystallina secondary to herbal remedies-induced toxic epidermal necrolysis: A case report. *Dermatol Ther.* 2019 Jul;32(4):e12995. doi: 10.1111/dth.12995. Epub 2019 Jun 28. PMID: 31197923.
- 5-Eshaqi FJ, Almaa ZA, Samiey F, Al Awadhi A. An Unusual Presentation of Heat Rash: Bullous Miliaria in a Middle-Aged Woman. *Cureus.* 2022 May 25;14(5):e25323. doi: 10.7759/cureus.25323. PMID: 35637920; PMCID: PMC9132497.
- 6- Vijayasankar Palaniappan, Anusuya Sadhasivamohan, Jeyalakshmi Sankarapandian, Kaliaperumal Karthikeyan, Miliaria crystallina, *Clinical and Experimental Dermatology*, Volume 48, Issue 5, May 2023, Pages 462–467,
- 7-Chuang YN, Ho YY, Chiu TM. Recurrent blisters in a case of resolving Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis . *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2014;80:546-547
- 8-S. K. Mahil, B. Martin, D. Creamer, C. H. Smith, New blisters in a patient treated for Stevens–Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis, *Clinical and Experimental Dermatology*, Volume 39, Issue 1, 1 January 2014, Pages 63–65,

Amaç: Favre-Racouchot sendromu (FRS), kronik güneş maruziyeti sonucu gelişen, özellikle yaşlı erkeklerde görülen, simetrik yerleşimli açık - kapalı komedonlar ve solar elastozis ile karakterize bir cilt hastalığıdır. Burada literatürde nadir rastlanan bir FRS olgusu sunulmaktadır.

Bulgular: Seksen bir yaşında erkek hasta, yaklaşık beş yıldır yüzünde giderek artan kabartılar ve siyah noktalar nedeniyle başvurdu. Bilinen sistemik hastalıkları arasında kronik bronşit yer almakta, düzenli ilaç kullanımı ve benzer yakınmaları olan aile öyküsü bulunmaktaydı. Meslek yaşamı boyunca çiftçilik ve hayvancılıkla uğraşmış, yıllarca sıcak ve soğuk hava koşullarına maruz kalmıştı. Otuz yılı aşkın süredir günde 15-20 adet sigara içmekteydi. Güneş koruyucu kullanma alışkanlığı bulunmamaktaydı. Radyoterapi öyküsü yoktu. Yüzündeki lezyonlar nedeniyle daha önce komedon ekstraksiyonu işlemi uygulanmış ancak belirgin fayda görmemişti. Dermatolojik muayenede; bilateral temporal, zigomatik, periorbital, preauriküler bölgede, burun ve alın bölgelerinde yaygın olarak yerleşmiş dev açık ve kapalı komedonlar, sarımsı renkte papül ve nodüller ile birlikte çok sayıda epidermal kist saptanmıştı. İnflamasyon izlenmemişti. Alın bölgesinde deri çizgilerinde belirginleşme, sulkuslarda derinleşme ve ciltte kabalaşma dikkat çekmekteydi. Dermoskopik muayenede yaygın solar hasar tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde lipit profili, karaciğer, böbrek fonksiyon testleri ve hemogram değerleri normaldi. Klinik bulgular doğrultusunda hastaya FRS tanısı konuldu. Hastaya sistemik izotretinoin tedavisi (10 mg/gün) başlandı. İki ay sonraki kontrol muayenesinde, hasta lezyonlarında hafif düzeyde gerileme olduğunu belirtti. Klinik muayenede de lezyonlarda kısmi düzelme izlendi.

Resim 1A



Resim 1B



Resim 1C



Sonuç: Kronik UV maruziyeti, tütün kullanımı ve açık hava koşullarında sürdürülen mesleki faaliyetler, sendromun patogenezinde sıkça bildirilen başlıca risk faktörleridir; sunulan olguda saptanan sigara alışkanlığı ve güneş ışığına uzun süre maruz kalmayı gerektiren çalışma yaşamı literatürde tanımlanan predispozan etmenlerle güçlü bir örtüşme göstermektedir. Olgumuzda sistemik izotretinoin ile başlanan tedavi, iki aylık takipte bile kısmi düzelme sağlamıştır. Hasta halen takibimiz altındadır ve tedavinin ilerleyen dönemlerde daha belirgin klinik fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak olgumuz; klinik bulguları, altta yatan predispozan faktörleri ve epidemiyolojik özellikleri bakımından literatürde tanımlanan FRS vakalarıyla benzerlik göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Favre-Racouchot sendromu, solar elastozis, ultraviyole maruziyeti, komedon, izotretinoin

Kaynakça

1. Patterson WM, Fox MD, Schwartz RA. Favre-Racouchot disease. *Int J Dermatol*. 2004;43(3):167-169. doi:10.1111/j.1365-4632.2004.01546.x
2. Ehsani AH, Noormohammadpour P, Ghanadan A, Razavi Z, Nouri Z. Favre-Racouchot syndrome. *Australas J Dermatol*. 2020;61(4):e480-e482. doi:10.1111/ajd.13266
3. Lewis KG, Bercovitch L, Dill SW, Robinson-Bostom L. Acquired disorders of elastic tissue: part I. Increased elastic tissue and solar elastotic syndromes. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51(1):1-21. doi:10.1016/j.jaad.2004.03.013
4. Paganelli A, Mandel VD, Kaleci S, Pellacani G, Rossi E. Favre-Racouchot disease: systematic review and possible therapeutic strategies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(12):2112-2119. doi:10.1111/jdv.15184
5. Heras JA, Jiménez F, Soguero ML, Arjona C, Plaza JA, Martínez P, Requena L. Bullous solar elastosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(3):390-393. doi:10.1111/j.1365-2230.2006.02333.x

Ekstraoküler Sebace Karsinom; Malar Bölge Yerleşimli Nadir Bir Olgu SunumuAytaç Başaran¹, Emel Hazinedar¹, Pelin Ertop Doğan¹, Ali Can Önal²¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Amaç: Sebace karsinomlar, sebace gland epitelinden gelişen oldukça nadir görülen, malign neoplazilerdir. Genellikle ileri yaşlarda ve her iki cinsiyette benzer oranlarda görülürler. Klasik olarak oküler tip ve ekstraoküler tip olarak 2'ye ayrılırlar. Olguların sadece %25'i ekstraoküler yerleşimlidir ve bunların da %75'i baş boyun bölgesinde görülür. Bu olguda 71 yaşında kadın hastada malar yerleşimli bir sebace karsinom olgusu sunulmuştur.

Bulgular: 71 yaşında kadın hasta, yaklaşık 5 yıldır olan sağ yanağındaki yara için başvurdu. Yaranın son zamanlarda giderek büyüdüğü ve üzerinin kabuk bağlamakla birlikte ara ara hafif kanamasının olduğunu ifade etti. Dermatolojik muayenede sağ malar bölgesinde eritemli zeminde yaklaşık 1x1,5 cm boyutlarında üzeri yer yer krutlu, çevresi sarımtırak görünümlü nodüler lezyon mevcuttu. (Resim 1a, 1b) Dermatoskopik muayenesinde çok sayıda arborize damar ve sarımtırak lobüle alanlar dikkat çekmekteydi. (Resim 1c) Hastanın lezyonu bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom, keratoakantom ve sebace karsinom ön tanılarıyla total eksize edildi. Patoloji sonucu sebace karsinom ile uyumlu geldi. Histopatolojisinde epidermin hemen altında infiltratif büyüme gösteren tümöral yapılar ve bu tümöral yapılarda köpüksü sitoplazmaya sahip sebace hücre içeren birçok farklılaşmış hücre görülmekteydi. (Resim 2a,2b) Hasta dermatoloji ve onkoloji takibine alındı.

Resim 1a



Sağ malar bölgesinde eritemli zeminde yaklaşık 1x1,5 cm boyutlarında üzeri yer yer krutlu, çevresi sarımtırak görünümlü nodüler lezyon

Resim 1b



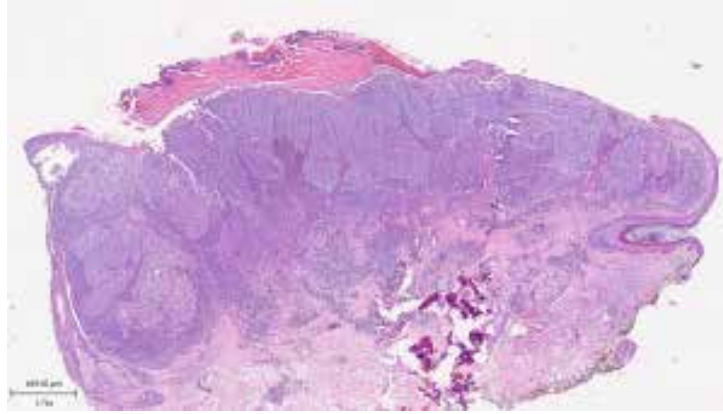
Sağ malar bölgesinde eritemli zeminde yaklaşık 1x1,5 cm boyutlarında üzeri yer yer krutlu, çevresi sarımtırak görünümlü nodüler lezyon

Resim 1c



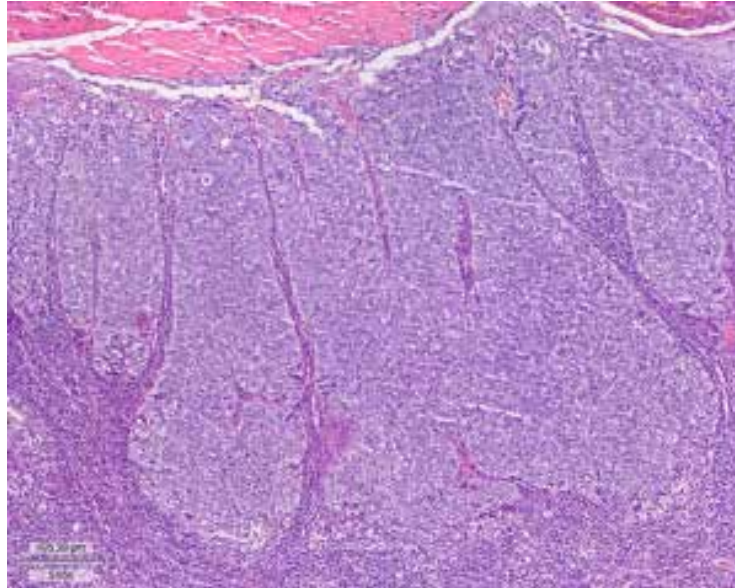
Dermatoskopide çok sayıda arborize damar ve sarımtırak lobüle alanlar görünmektedir.

Resim 2a



H&E ile boyanmıştır. Epidermisin hemen altında infiltratif büyüme gösteren tümöral yapı görünmektedir.

Resim 2b



H&E ile boyanmıştır. Yuvarlak nükleuslu, sitoplazmaları geniş vaküollü yer yer atipi ve mitoz izlenen hücreler görünmektedir.

Sonuç: Ekstraoküler sebase karsinom oldukça nadir görülür.(1) Oküler eşdeğerine benzer şekilde agresif ve potansiyel olarak letal malign neoplazilerdir.(2) Özellikle bazal hücreli karsinom ile klinik ve mikroskopik olarak benzediğinden dolayı immunohistokimyasal belirteçler ayırıcı tanıda faydalıdır. EMA(Epityyal Membran Antijeni), AR(Androjenik Reseptörü), Adipophilin ve CK7(Sitokeratin-7) pozitifliği sebase karsinom tanısında yardımcıdır.(4) Tedavi cerrahi eksizyondur. 5-6 mm'lik eksizyon marjı standart olarak kabul edilir. (5,6) Muir-Torre sendromunun bir komponenti olarak görülebilir. Bu nedenle hastalar özellikle kolorektal karsinom başta olmak üzere internal maligniteler açısından araştırılmalıdır. Sebase karsinom çeşitli sendromlara eşlik edebilir ve var olan veya sonradan gelişecek malignitelerin habercisi olabilirler.(2,3) Bu nedenle deri neoplazmlarının ayırıcı tanısında sebase karsinom akılda tutulmalı, erken tanı ve tedavinin önemli olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sebase Karsinom, Ekstraoküler, Deri Neoplazileri

Kaynakça

1. Handschel J, Herbst H, Brand B, Meyer U, Piffko J. Ağız içi yağ karsinomu. Br J Oral Maxillofac Surg. 2003;41(2):84–87. doi: 10.1016/S0266-4356(03)00036-6.
2. Duman DG, Ceyhan BB, Celikel T, Ahiskali R, Duman D. Hızla gelişen viseral metastazlara sahip ekstraorbital sebase karsinomu. Dermatol Surg. 2003;29(9):987–989. doi: 10.1046/j.1524-4725.2003.29268.x.
3. Elder D, Elenitas R, Ragsdale BD. Epidermal apendans tümörleri. Lever'in cilt histopatolojisi. 8. basım. Philadelphia: Lippincott; 1997. s. 768-9.
4. Yang HM, Cabral E, Dadras SS, Cassarino DS. Immunohistochemical expression of D2-40 in benign and malignant sebaceous tumors and comparison to basal and squamous cell carcinomas. Am J Dermatopathol. 2008 Dec;30(6):549-54. doi: 10.1097/DAD.0b013e31816d6513. PMID: 19033927.
5. Elias ML, Skula SR, Behbahani S, Lambert WC, Schwartz RA. Lokalize sebase karsinomu tedavisi: Geniş lokal eksizyon ve Mohs mikrografik cerrahisi. Dermatol Ther. 2020 Kasım; 33 (6):e13991.
6. Brady KL, Hurst EA. Sebase Karsinomu Mohs Mikrografik Cerrahi ile Tedavi Edildi. Dermatol Surg. 2017 Şubat; 43 (2):281-286.

İvermektin Kullanımı Sonrası Gelişen SDRIFE (Simetrik İlaç-ilişkili İntertriginöz Ve Fleksural Ekzantem) Olgusu

Türkan DENİZ¹, Sultan Damla ARIK¹, Gülhan GÜREL¹

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Simetrik ilaç-ilişkili İntertriginöz ve Fleksural Ekzantem (SDRIFE), sistemik olarak alınan ilaçlara karşı gelişen, özellikle intertriginöz ve fleksural bölgelerde simetrik, ani başlangıçlı ve yaygın eritemle karakterize bir ilaç hipersensitivite reaksiyonudur. Burada oral ivermektin kullanımı sonrası SDRIFE gelişen bir kadın hasta sunulmaktadır.

Bulgular: Kırk yedi yaşında kadın hasta, yaklaşık 10 gündür olan vücutta kızarıklık ve yara şikayeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünden, bir hafta önce dış merkezde skabiyes ön tanısıyla topikal permetrin ve sistemik ivermektin reçete edildiği öğrenildi. Hasta, kilosuna göre ivermektin (6 tablet) kullandıktan sonra saatler içerisinde boyun, koltuk altı ve kasık bölgelerinde kaşıntı ve kızarıklık şikayetleri başladığını belirtti. Geçirilmiş enfeksiyon ya da yeni başlanan ilaç kullanım öyküsü yoktu. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında ek hastalık bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenesinde boyunda, bilateral aksiller bölgede, kubital fossada, kol medialinde, kasıkta, uyluk medialinde ve popliteal fossada simetrik, eritemli, makülopapüler lezyonlar izlendi. Sistemik semptomu bulunmamaktaydı. Laboratuvar tetkikleri normaldi. Histopatolojik incelemede epidermiste yer yer belirgin spongiöz, üst dermiste perivasküler eozinofil içeren lenfositik inflamasyon saptandı. Klinik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde, hastaya oral ivermektin kullanımıyla tetiklenen SDRIFE tanısı konuldu. Hasta hospitalize edilerek tedavi başlandı. Oral ivermektin kesildi. Tedaviden üç hafta sonra lezyonlar tamamen geriledi.

Resim 1A



Resim 1B



Resim 1C



Sonuç: SDRIFE, karakteristik klinik bulgular ve sistemik semptomların yokluğu ile tanımlanan nadir bir ilaç reaksiyonudur. Patogenezinde tip IV gecikmiş tip hipersensitivite mekanizmasının rol oynadığı düşünülmektedir. Vakamızda, oral ivermektin kullanımını takiben gelişen ve klasik SDRIFE kriterlerini karşılayan lezyonlar saptanmıştır. Oral ivermektin genellikle iyi tolere edilmekle birlikte; ishal, gastrointestinal rahatsızlık, baş ağrısı, ateş, cilt döküntüsü ve kaşıntı gibi yan etkiler görülebilir. Histopatolojik bulgular nonspesifiktir. Tanı esas olarak klinik bulgulara dayanır. Bu olguda da histopatolojik bulgular, klinik tablo ile uyumlu şekilde SDRIFE tanısını desteklemiştir. Tedavinin temelini tetikleyici ilacın kesilmesi oluşturur. Semptomatik tedavi olarak topikal kortikosteroidler ve antihistaminikler kullanılabilir. Bu olgu, günümüzde ivermektin gibi sık reçete edilen ajanların da SDRIFE gibi kutanöz advers reaksiyonlara neden olabileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Kaynakça

1. Mohapatra M, Panda M, Kar BR, Raj C. Symmetric drug-related intertriginous and flexural exanthema due to itraconazole: an uncommon side effect of a commonly used drug. *Indian Dermatol Online J.* 2017;8(6):501–503.
2. Häusermann P, Harr T, Bircher AJ. Baboon syndrome resulting from systemic drugs: is there strife between SDRIFE and allergic contact dermatitis syndrome? *Contact Dermatitis.* 2004;51(5-6):297–310.
3. Alpagat G, Baccioglu A, Dumanoglu B, Alan Yalim S, Kalpaklioglu AF. Amoxicillin/clavulanic acid-induced symmetric drug-related intertriginous and flexural exanthema. *Cureus.* 2023;15(1):e33849.
4. Çakıcı ÖA, Güder S, Salman A, Ergun T. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema-like eruption: an addition to the spectrum of coronavirus disease 2019-related cutaneous findings. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2022;88(6):814–816.
5. Johnson-Arbor K. Ivermectin: a mini-review. *Clin Toxicol (Phila).* 2022;60(5):571–575.
6. Aroke D, Tchouakam DN, Awungia AT, Mapoh SY, Ngassa SN, Kadia BM. Ivermectin-induced Stevens-Johnson syndrome: a case report. *BMC Res Notes.* 2017;10(1):179.
7. Seegobin K, Bueno E, Maharaj S, Ashby T, Brown M, Jones L. Toxic epidermal necrolysis after ivermectin. *Am J Emerg Med.* 2018;36(5):887–889.
8. Ngwasiri CA, Abanda MH, Aminde LN. Ivermectin-induced fixed drug eruption in an elderly Cameroonian: a case report. *J Med Case Rep.* 2018;12(1):254.
9. Gürel G, Süncak B. First report of symmetrical oral ivermectin-induced drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRI-FE). *Int Clin Med Case Rep J.* 2023;2(14):1–4

Kronik Lenfositik Lösemi ile İlişkili Eozinofilik Dermatoz: Olgu Sunu Mert Akci¹, Pelin Ertop Doğan¹, Emel Hazinedar¹, Cengiz Şimşek¹, Ali Can Önal²

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Hematolojik malignitenin eozinofilik dermatozu(EDHM), hematolojik malignitelerle ilişkili, nadir görülen, kaşıntılı ve tekrarlayıcı deri lezyonlarıyla karakterize bir paraneoplastik durumdur.[1] Papül, nodül, plak veya büller şeklinde değişen lezyonlarla karşımıza çıkabilir.[2] Bu yazıda, kronik lenfositik lösemi(KLL) tanısı olan bir hastada gelişen EDHM olgusu sunulmaktadır.

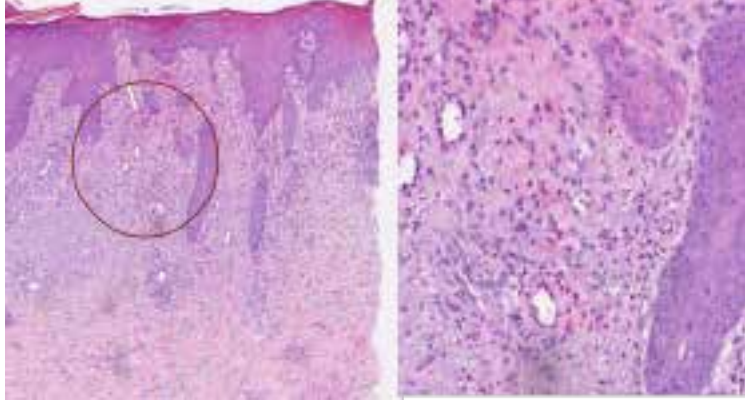
Bulgular: 60 yaşında erkek hasta, dört aydır süren kol ve bacaklardaki kaşıntı şikâyetiyle başvurdu. Sistemik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Deri muayenesinde, kollarda ve bacaklarda ekskoriye olmuş papüler ve nodüler lezyonlar izlendi(Resim 1). Gövdesinde ürtikeryal plaklar ve bilateral aksiller bölgede 8-10 cm boyutlarında konglomere lenfadenopatiler mevcuttu(Resim 2). Dermatoskopik muayenede silion görülmedi. Kan tetkiklerinde lenfositoz ve eozinofili tespit edildi. Özgeçmişinde, beş yıl önce KLL tanısı aldığı ve üç yıldır takipsiz olduğu öğrenildi. Lezyonların deri biyopsisinde, papiller ve orta dermisten subkutan dokuya kadar uzanan yoğun eozinofil infiltrasyonu izlendi(Resim 3). KLL varlığı ve bu bulgular ile birlikte hastaya EDHM tanısı konuldu. Oral antihistamin ve %0.05 klobetazol 17-propionat krem ile takibe alındı. Hematoloji tarafından Rituksimab/Venotoklaks kemoterapisi de başlanan hastanın bir ay sonraki kontrolünde lezyonlarının azaldığı ve yeni lezyon çıkışının olmadığı tespit edildi.

RESİM 1



RESİM 2





Sonuç: EDHM, 1965 yılında tanımlanmış olup, altta yatan hematolojik malignitesi olan hastalarda ortaya çıkan paraneoplastik süreçtir. [3] En sık KLL ile ilişkilendirilmekle birlikte, nadir olarak diğer hematolojik malignitelerde de görülebilir.[1] Lezyonlar maküler eritem ve ürtikeryal plaklardan nodül, papül veya veziküllere kadar değişkenlik gösterebilir.[1,2,6] Histopatolojik incelemede, eozinofiller ve lenfositlerin yüzeysel ve derin dermiste yoğun perivasküler infiltrasyonu gözlenir. İntraepidermal ve subepidermal ödem, vezikül ve büll oluşumuna neden olabilir.[1] EDHM'nin patogenezi kesin olarak bilinmemektedir; ancak eozinofiliyi destekleyen kemokinlerin, özellikle IL-3, IL-4 ve IL-5'in aşırı üretimi suçlanmaktadır. Eozinofillerin sağ kalımının da arttığı gösterilmiştir.[4] EDHM için standart tedavi rejimi bulunmamaktadır. Önerilen tedavi seçenekleri arasında topikal ve sistemik kortikosteroidler, dupilumab, monoklonal antikorlar, antihistaminler ve fototerapi bulunur.[4-6] Bu olgu, kaşıntı ve tekrarlayan cilt lezyonlarıyla başvuran hematolojik maligniteli hastalarda akılda bulundurulması gereken nadir bir durum olan EDHM tablosunu vurgulamak için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik Dermatoz, Hematolojik malignite

Kaynakça

1. Farber MJ, Forgia SL, Sahu J, Lee JB. Eosinophilic dermatosis of hematologic malignancy. J Cutan Pathol. 2012;39:690–695. [PMID: 22612903].
2. Bari O, Cohen PR. Eosinophilic dermatosis of hematologic malignancy mimicking varicella zoster infection: report in a woman with chronic lymphocytic leukemia and review of the literature. Dermatol Pract Concept. 2017;6–15. [PMID: 29085714].
3. Weed R. Exaggerated delayed hypersensitivity to mosquito bites in chronic lymphocytic leukemia. Blood 1965;26:257
4. Davis MD, et al. Exaggerated arthropod-bite lesions in patients with chronic lymphocytic leukemia: a clinical, histopathologic, and immunopathologic study of eight patients. J Am Acad Dermatol 1998;39:27
5. Lor M, Gates G, Yu Y: Eosinophilic dermatosis of hematologic malignancy effectively controlled with omalizumab maintenance therapy. Dermatol Ther. 2020, 33:e14206. 10.1111/dth.14206
6. Jin A, Pousti BT, Savage KT, Mollanazar NK, Lee JB, Hsu S: Eosinophilic dermatosis of hematologic malignancy responding to dupilumab in a patient with chronic lymphocytic leukemia. JAAD Case Rep. 2019, 5:815-7. 10.1016/j.jdc.2019.07.026

Skuamöz Hücreli Akciğer Kanseri Zemininde Gelişen Pemfigus Foliaseus OlgusuEmel Hazinedar¹, Emine Turan¹, Ahsen Demir¹, Ali Can Önal², Pelin Ertop Doğan¹¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Pemfigus foliaseus, subkorneal-intraganüler ayrışma ile seyreden, nadir görülen otoimmün büllöz bir dermatozdur (1). Literatürde pemfigus foliaseus'un malignitelere eşlik edebileceği bildirilmiştir (2, 3). Biz de skuamöz hücreli akciğer kanseri (SHAK) tanısı alan, aynı zamanda uzun süredir psöriasis vulgaris'i olan hastada gelişen pemfigus foliaseus olgumuzu sunuyoruz.

Bulgular: Altmış beş yaşında erkek hasta, uzun yıllardır psöriasis lezyonları mevcutken, SHAK tanısından hemen sonra başlayan gövde ve sırtta ağrılı yaralar şikayetleriyle başvurdu. Dermatolojik muayenede yüz, boyun, göğüs, abdomen ve ekstremitelerinde eritemli zeminde kurut ve skuamlar bulunan erode lezyonlar ile sırt ve gluteal bölgede uzun süredir var olduğu öğrenilen, eritemli, skuamlı, keskin sınırlı plaklar mevcuttu. Oral mukozada lezyon saptanmadı. Bu lezyonlardan psöriasis vulgaris ve pemfigus foliaseus ön tanıları ile histopatolojik inceleme ve DIF için biyopsi alındı. Sırttaki eritemli, skuamlı plaktan alınan biyopside hiperkeratoz, parakeratoz, granüler tabaka kaybı sergileyen psoriasiform hiperplazi izlendi ve psöriasis vulgaris tanısı doğrulandı. Yeni gelişen, kolay soyulan erode alandan alınan biyopside intra-subkorneal ayrışma ve diskreatotik hücreler, DIF'te ise epidermisin üst kesimlerinde interselüler bölgede IgG birikimi tespit edilerek pemfigus foliaseus tanısı konuldu. Malignite varlığı nedeniyle sistemik immünsüpresif tedavi verilemeyen hastaya düşük doz sistemik kortikosteroid, IVIG ve asitretin başlandı. Lezyonlar tedaviye büyük oranda yanıt verdi.

resim 1



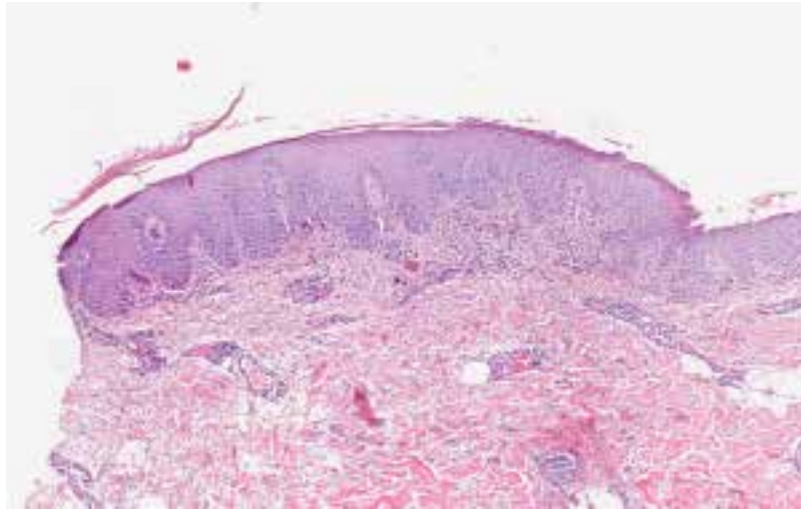
Göğüs ön yüzde, karında yer yer eritemli skuamlı, yer yer erode alanlar

resim 2

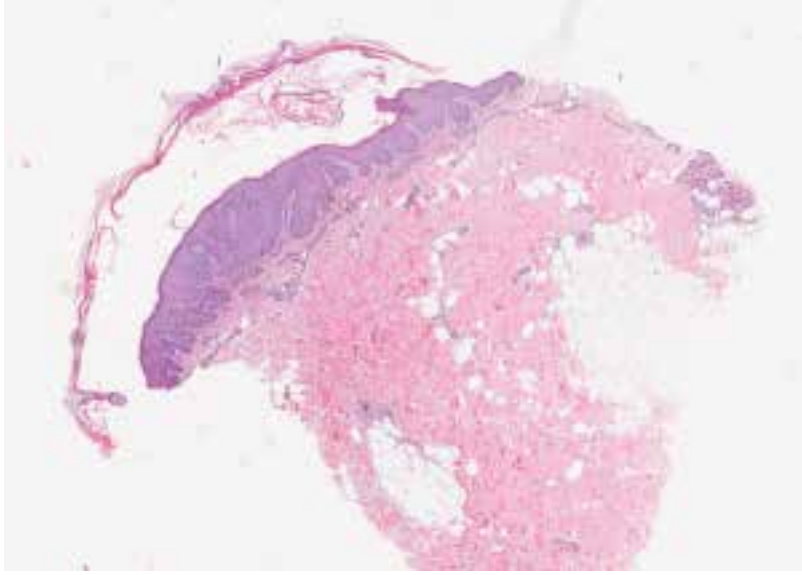


Sırtta eritemli skuamlı plaklar

Resim 3



Hiperkeratoz ve parakeratoz gösteren, yer yer granüler tabaka kaybı sergileyen psörisiform hiperplazili epidermis



İntra-subkorneal ayrışma ve diskeratotik hücreler

Sonuç: Paraneoplastik pemfigusun malignitelerle olan bağlantısı bilinmektedir ve oral mukozal şiddetli tutulum ile karakterizedir (1). Nonparaneoplastik pemfigus olgularının değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında, özellikle pemfigus foliaceusun nonmelanom deri kanserleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (3). Literatürde, ASHK ve deri SHK'unun desmoglein-1 ekspresyonunu artırdığı ve pemfigus foliaceus gelişiminde patojenik rolü olabileceği belirtilmiştir (3, 4, 5). Bizim olgumuzda, psöriasis lezyonları mevcutken SHAK sonrası pemfigus foliaceus tablosu gelişmiş olup, iki tabloya ait lezyonlar bir arada izlenmiştir. Bu nedenle, hastanın dermatolojik muayenesinin önemini vurgulamak ve pemfigus foliaceus'un SHK ile ilişkisine dikkat çekmek amacıyla bu olguyu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Pemfigus Foliaceus, skuamöz hücreli akciğer kanseri

Kaynakça

1. Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatology. 4th ed. Elsevier; 2018.
2. Luo Y, Fei X, Wang M, Yang H, Zhang Y, Chen Y, Luo Y, Ding X, Gao C, Shen F, Wang R, Li B, Kuai L, Zheng Q, Li M, Song J. Epidemiology of malignant tumors in patients with pemphigus: an analysis of trends from 1955 to 2021. Clin Exp Med. 2024 May 17;24(1):100.
3. Takata T, Kume M, Tarutani M, Sano S. Desmoglein 1 expression on lung carcinoma cells in a patient with pemphigus foliaceus. Int J Dermatol. 2013;52(11):1450-1453.
4. Inaoki M, Kaji K, Furuse S, et al. Pemphigus foliaceus developing after metastasis of cutaneous squamous cell carcinoma to regional lymph nodes. J Am Acad Dermatol. 2001;45(5):767-770. doi:10.1067/mjd.2001.117398
5. Kridin K, Zelber-Sagi S, & Bergman R. (2016). Pemphigus foliaceus and malignancy: A population-based study of 275 patients. Journal of the American Academy of Dermatology, 74(4), 753–759. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.11.029>

Omalizumab ve Siklosporin Kombine Tedavisi Alan Kronik İdiopatik Ürtiker Tanılı Hastada Gelişen Herpes Zoster OlgusuMerve Topuz¹, Sevede Nur Agaya¹, Emel Hazinedar¹, Pelin Ertop Doğan¹, Rafet Koca²¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Zonguldak²Özel Klinik, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Zonguldak

Amaç: Herpes zoster veya zona, varisella zoster virüs (VZV) reaktivasyonu nedenli tek taraflı ağrı ve tek bir dorsal kök veya kranial duyuşal gangliyon tarafından innerve edilen cilt alanıyla sınırlı veziküler döküntü ile karakterize lokalize bir hastalıktır.(1) Olgumuzda kronik idiyatik ürtiker nedenli omalizumab ve siklosporin kombine tedavisi altında herpes zoster gelişen bir hastayı sunmaktayız.

Bulgular: 60 yaşında kadın hasta, 11 yıldır kronik idiyatik ürtiker tanısıyla takip edilmekteydi. Omalizumab 300 mg /28 gün ve tam doz antihistamin tedavisi altında şikayetlerinin gerilememesi nedeniyle omalizumab dozu 450 mg/28 güne yükseltildi. 1 yıldır 450 mg omalizumab ve tam doz antihistamin tedavisiyle kontrol altındayken dispne ve anjioödem şikayetleri olması nedeniyle 300 mg/gün siklosporin tedavisi başlandı. Hastanın şikayetlerinin omalizumab ve siklosporin tedavisiyle tamamen gerilemesi nedeniyle siklosporin dozu kademeli olarak 100 mg/güne düşüldü. (UAS-7:0 UKT:16) Hasta 4.5 aydır siklosporin ve omalizumab tedavisi altındayken sırtta yanma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde lomber bölgede L2 dermatomuyla uyumlu üzeri yer yer krutlu eritemli grube veziküller saptandı. Herpes zoster olarak değerlendirildi. Biyokimya testleri ve tam kan sayımı istendi. Valasiklovir 3x1000 mg tedavisi başlandı. Siklosporin tedavisi sonlandırıldı. Kronik ürtiker tedavisine omalizumab ile devam etmesi planlandı.

Resim 1



L2 dermatomunda grubu krutlu veziküller

Sonuç: Herpes zoster için kanıtlanmış risk faktörleri arasında 50 yaş üstü olmak, akut enfeksiyonlar, psikolojik stres, kadın cinsiyet, diyabetes mellitus, sistemik lupus eritematozus, psoriasis, inflamatuvar barsak hastalıkları gibi kronik hastalıklar, kemik iliği nakli, malignite, organ transplantasyonu veya HIV enfeksiyonu gibi immunsupresyon sebepleri yer alır. Ayrıca siklofosfamid, azatiopürin, hidroksiklorokin, kortikosteroid ve Janus kinaz inhibitörleri gibi ilaçların kullanımıyla da herpes zoster riskinde artış bildirilmiştir.(2) Mohta ve ark.ları tarafından kronik idiyatik ürtiker tanısıyla siklosporin tedavisi almaktayken COVID-19 aşılması sonrası herpes zoster gelişen üç vaka bildirilmiş, viremi nedeniyle indüklenen lenfopeni ve CD4 T hücre sayısında azalma yanı sıra siklosporin nedenli T hücresi baskılanmasının da VZV'nin yeniden aktifleşmesini tetiklemede rol oynayabileceğini belirtmiştir.(3) Risk faktörü olan 50 yaş üzeri hastalarda herpes zoster akılda tutulmalı, uygun hastalara aşılama önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: herpes zoster, siklosporin, kronik idiyatik ürtiker

Kaynakça

1. Oxman, M.N., *Herpes zoster pathogenesis and cell-mediated immunity and immunosenescence*. Journal of Osteopathic Medicine, 2009. **109**(s62): p. 13-17.
2. Oleszko, M., et al., *Herpes Zoster: Risk Factors for Occurrence, Complications, and Recurrence with a Focus on Immunocompromised Patients*. Diseases, 2025. **13**(3): p. 71.
3. Mohta, A., et al., *Recurrent herpes zoster after COVID-19 vaccination in patients with chronic urticaria being treated with cyclosporine—A report of 3 cases*. Journal of Cosmetic Dermatology, 2021. **20**(11): p. 3384.

ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU SONRASI GELİŞEN SWEET SENDROMU

Zeynep Şahan Kılıç¹, Pelin Ertop Doğan¹, Emel Hazinedar¹, Ali Can Önal²

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Akut febril nötrofilik dermatoz olarak da bilinen Sweet sendromu(SS), ateş, artralji ve baş ağrısı gibi sistemik semptomlarla birlikte seyreden, hassas, eritematöz plak veya nodüllerin ani başlangıcıyla karakterize edilen, nadir görülen bir dermatolojik tablodur. (1) Sweet sendromu; klasik/idiyopatik, malignite ile ilişkili ve ilaçla indüklenen olmak üzere üç klinik formda görülebilir. Klasik formu sıklıkla üst solunum yolu enfeksiyonları(ÜSYE) başta olmak üzere enfeksiyonları takiben gelişmektedir.(2) Bu yazıda, ÜSYE sonrası gelişen bir Sweet sendromu vakası sunulmaktadır.

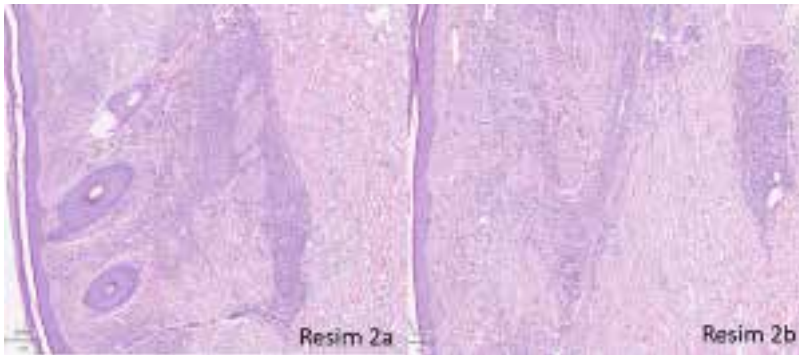
Bulgular: Yetmiş yaşında kadın hasta, yaklaşık 10 gündür kol ve bacaklarında ortaya çıkan lezyonlar nedeniyle başvurdu. Anamnezinden, bu lezyonların başlamasından yaklaşık üç gün önce ÜSYE geçirdiği öğrenildi. Dermatolojik muayenede; bilateral kollar, bacaklar, gluteal bölge, gövde ve burunda ısı artışı ve ağrının eşlik ettiği yaygın, eritemli papül, plak ve nodüler lezyonlar mevcuttu(Resim 1a, 1b, 1c). Laboratuvar tetkiklerinde nötrofili ve artmış C-reaktif protein(CRP) düzeyi saptandı. Lezyonlardan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde, üst dermiste bant tarzında nötrofilden zengin inflamasyon izlendi ve bulgular Sweet sendromu ile uyumlu olarak değerlendirildi(Resim 2a, 2b). Hastaya SS tanısı konuldu. Malignite açısından tarandı, ancak herhangi bir malignite saptanmadı. Topikal kortikosteroid tedavisi başlanan hastada, lezyonlarda belirgin gerileme gözlemlendi.

Resim 1a, 1b,1c



Gluteal bölge, bilateral bacak arkası, kollar ve burunda eritemli papül ve plaklar

Resim 2a,2b



Üst dermiste bant tarzında nötrofilden zengin inflamasyon (H&E x200)

Sonuç: SS, ilk olarak 1964 yılında Dr. R.D. Sweet tarafından tanımlanan, nadir görülen immünolojik aracılı bir dermatozdur. Klinik olarak ani başlayan ateş, lökositoz ve hassas, ağrılı, eritematöz, iyi sınırlı papül ve plaklarla karakterizedir.(3) Kesin patogenezi bilinmemekle birlikte, bakteriyel, viral veya tümör antijenlerine karşı gelişen aşırı duyarlılık yanıtı ile nötrofil aktivasyonu ve infiltrasyonu sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca granülosit koloni uyarıcı faktör(G-CSF), interlekin-1 ve interferon-gama gibi sitokinlerin de etkili olduğu düşünülmektedir.(4) Histopatolojide en karakteristik bulgu, retiküler dermiste yoğun nötrofilik infiltrasyondur. Laboratuvar bulguları; yüksek eritrosit sedimentasyon hızı(ESH), CRP, periferik lökositoz ve nötrofili şeklindedir.(5) SS; ÜSYE, gastrointestinal enfeksiyonlar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, gebelik, hematolojik maligniteler, solid tümörler ve G-CSF gibi bazı ilaçlarla ilişkilendirilmiştir.(6) Malignite veya inflamatuvar hastalık yokluğunda, SS genellikle sistemik kortikosteroidlere iyi yanıt verir ve çoğu zaman kendi kendini sınırlar.(7)

Anahtar Kelimeler: Sweet sendromu, Nötrofili, Üst solunum yolu enfeksiyonu

Kaynakça

- 1) Stevens G J, Yutronic H J, Pizarro O J, Velozo P L. Sweet Syndrome in Pediatrics. A case report. Rev Chil Pediatr. 2018 Aug;89(4):511-515.
- 2) Su WP, Liu HN. Diagnostic criteria for Sweet's syndrome. Cutis. 1986;167---74.
- 3) Sweet RD. An acute febrile neutrophilic dermatosis. Br J Der matol. 1964:349---56.
- 4) Gurnari C, Franceschini L, Anemona L, Passarelli F, Vaccarini S, Pupo L, Provenzano I, Nasso D, Rizzo M, Cantonetti M. Multipl mi-yelomlu bir hastada tekrarlayan Sweet sendromu. Clin Vaka Temsilcisi 2018 Ekim; 6 (10):1958-1960.
- 5) Corazza M, Lauriola MM, Borghi A, Marzola A, Virgili A. Sweet's syndrome: a retrospective clinical, histopathological and immuno-histochemical analysis of 11 cases. Acta Dermo Si liogr. 2008:601---6.
- 6) Cohen PR. Sweet's syndrome – A comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. Orphanet J Rare Dis 2007;2:34.
- 7) Corbeddu M, Pilloni L, Pau M, Pinna AL, Rongioletti F, Atzori L. Treatment of Sweet's syndrome in pregnancy. Dermatol Ther. 2018 Jul;31(4):e12619.

Kozmetik Sorunlara Yol Açan Kalıcı Bir Pigmentasyon: Kutanöz Sideroz OlgusuBelgin Küçükyangöz¹, Betül Şereflican¹¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Kutanöz sideroz, deride demir birikimiyle karakterize olan ve kalıcı pigmentasyona yol açan nadir bir klinik tablodur. Genellikle parenteral demir tedavileri sırasında ilacın ekstrevasasyonu sonucu, dermis ve subkutan dokuda demir birikimi ile gelişir (1,2). Bu olguda, intramüsküler demir enjeksiyonunu takiben gelişen ve gluteal bölgede lokalize olan nadir bir kutanöz sideroz vakasının sunulması amaçlanmaktadır.

Bulgular: 45 yaşında kadın hasta, her iki kalçada bir yıldır olan renk değişikliği nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde sistemik hastalığı olmayan hastanın, 1 yıl önce miyom nedeniyle histerektomi ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Operasyon sonrası hemoglobin:8,4 g/dl, hematokrit: %26,4 olarak saptanmış ve hastaya gün aşırı beş doz IM demir III polimaltoz enjeksiyonu uygulanmış. Enjeksiyonların ardından her iki kalçada açık kahverengi renk değişikliği oluşmuş ve zamanla koyulaşmış. Lezyonlarda gerileme olmaması nedeniyle hasta bir yıl sonra kliniğimize başvurdu. Muayenesinde bilateral gluteal bölgenin posterolateralinde, sınırları belirsiz, sağda 5×10 cm, solda 5x7 cm ebatlarında, açık ve koyu kahverengi tonlar içeren, asemptomatik iki yama tespit edildi. Biyopsi önerildi ancak hasta kabul etmedi. Anamnez ve fizik muayene bulguları eşliğinde hastaya kutanöz sideroz tanısı konuldu. Topikal tedavilerden fayda görmeyen hastaya pigmentasyon odaklı lazer tedavisi önerildi.

Resim 1



Sağ gluteal bölge lateralinde hiperpigmente düzensiz sınırlı yama

Resim 2



Sol gluteal bölge lateralinde hiperpigmente düzensiz sınırlı yama

Sonuç: Parenteral demir tedavisine bağlı gelişen kutanöz sideroz, enjeksiyon bölgesine yakın, lokalize, hiperpigmente, düzensiz sınırlı ve farklı tonlarda lezyonlarla karakterizedir (1,3). Bu nadir durum, genellikle günler ya da haftalar içinde ortaya çıkar. Lezyonların boyutu 1,0 cm ile 8,0 cm arasında değişebilir (1,4). Cilt hiperpigmentasyonu kalıcı olup kendiliğinden gerilemez ve bu durum, hastalarda önemli düzeyde psikolojik rahatsızlığa yol açabilir (5). Pigmentler dermal ve subkutan dokuda biriktiği için yüzeysel tedaviler (kremler, soyma ve dermabrazyon) genellikle etkili değildir. Son yıllarda kutanöz sideroz tedavisinde Q- swiched lazerlerin tedavide etkili olduğu bildirilmiştir (4-6).Sonuç olarak; İntramüsküler demir enjeksiyonlarına bağlı kutanöz siderozis, literatürde nadir olarak bildirilmektedir. Estetik ve psikolojik etkileri ve tedavisinin güçlüğü göz önüne alındığında, bu durumun önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu olguyla, parenteral demir tedavilerinde doğru enjeksiyon tekniklerinin uygulanmasının gerekliliği vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kutanöz sideroz, demir enjeksiyonu, pigmentasyon

Kaynakça

1. Lloyd AA, Graves MS, Ross EV. Cutaneous siderosis secondary to intramuscular iron dextran treated with 755nm Q-switched alexandrite laser: A case report. *Lasers Surg Med.* 2015 Jul;47(5):386-7. doi: 10.1002/lsm.22353. Epub 2015 May 20. PMID: 25994768.
2. Fernandez-Flores A, Fernandez-Parrado M, Alzoghby-Abi Chaker J, Angulo AG. Axillary Cutaneous Hemosiderosis in a Patient With Hyperhidrosis, After Intravenous Iron Infusion. *Am J Dermatopathol.* 2023 Jul 1;45(7):463-465. doi: 10.1097/DAD.0000000000002461. PMID: 37249371.
3. Sharma AN, Golbari NM, Grushchak S, Andrade AR, Zachary CB. Treatment of Iron-Induced Cutaneous Hyperpigmentation With Energy-Based Devices. *Lasers Surg Med.* 2024 Sep;56(7):625-631. doi: 10.1002/lsm.23825. Epub 2024 Jul 15. PMID: 39010642.
4. Raulin C, Werner S, Greve B. Circumscribed pigmentations after iron injections-treatment with Q-switched laser systems. *Lasers Surg Med.* 2001;28(5):456-60. doi: 10.1002/lsm.107 PMID: 11413558.
5. Heidemeyer K, Feldmeyer L, Raeber I, Dietrich N, Cazzaniga S, Yawalkar N, Seyed Jafari SM, Borradori L, Adatto M. Successful Treatment of Iatrogenic Cutaneous Siderosis with Pigment Lasers: A Retrospective Study in 15 Consecutive Patients. *Acta Derm Venereol.* 2020 May 28;100(10):adv00148. doi: 10.2340/00015555-3503. PMID: 32399574; PMCID: PMC9137371.
6. Ozlu E, Karadag AS, Bilgili SG, Bayram I. Cutaneous siderosis after intramuscular iron injections: a case report. *Cutan Ocul Toxicol.* 2014 Dec;33(4):348-50. doi: 10.3109/15569527.2013.875558. Epub 2014 Mar 18. PMID: 24641114.

Bir Olgu, İki Dermatoz: Yaygın Tinea Incognito ve SifilizAysu Ecem Altun¹, Sevim Baysak¹, Şirin Yaşar¹, İlkin Zindancı¹¹SBÜ, Hamidiye Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji ABD

Amaç: Tinea incognito, topikal veya sistemik kortikosteroidlerin yanlış/gereksiz kullanımı sonucu klasik dermatofit enfeksiyonu bulgularının maskelendiği bir dermatofitozudur. (1) Papüloskuamöz lezyonlarla karakterize dermatozlarla ayırıcı tanısı zorlayıcı olabilir. Bu nedenle, KOH ile yapılan nativ preparat mikroskopisi, tanıda basit, güvenilir ve etkili bir yöntemdir. (2) Bu olguda, tinea incognito ön tanısıyla başvuran ve değerlendirme sürecinde insidental olarak sifiliz seropozitifliği saptanan bir hasta sunulmaktadır.

Bulgular: Kırk sekiz yaşındaki erkek hasta, altı aydır tüm vücudunda giderek artan eritemli, keskin sınırlı anüler plak lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta, bu lezyonlar için daha önce dış merkezde numuler dermatit ön tanısıyla topikal kortikosteroid kullandığını belirtti. Klinik muayenesinde yaygın, keskin sınırlı, eritemli plaklar gözlemlendi. Olgu tinea incognito lehine değerlendirilip, klinik şüphe üzerine serolojik testleri istendi ve lezyon kenarından hazırlanan nativ preparatın %10 potasyum hidroksit (KOH) solüsyonu ile incelenmesinde çok sayıda hif ve spor görüldü. Serolojik tarama sonuçlarında VDRL 1/280, RPR 1/64 sulandırma pozitif ve TPHA pozitif olarak değerlendirildi. Hastaya sistemik deposilin 2.400.000 IU haftada 1 IM/3 doz antibiyoterapi, itrakonazol 2x1 dozda 15 gün süreyle antifungal tedavi başlandı. Ayrıca topikal olarak lulikonazol ve terbinafin krem ile ketokonazol içeren şampuan tedaviye eklendi. Tedavi öncesi lezyonlar klinik olarak fotoğraflandı. Üç hafta sonra yapılan kontrol muayenesinde lezyonlarda belirgin klinik düzelme gözlemlendi. Serolojik testlerin tekrarı için 3 ay sonraya kontrol randevusu verildi. Bu süreçte topikal antifungal tedaviye devam edildi.

tedavi öncesi resim 1



tedavi öncesi resim 2



Sonuç: Tinea incognito'da klasik dermatofitoz lezyonlarının aksine, lezyonlar sıklıkla keskin sınırlı değildir, daha yaygındır ve birçok dermatozla klinik olarak karışabilir. Bu olgularda tanı, klinik şüpheye dayalı mikolojik inceleme ve kültür ile doğrulanmalıdır. (1) Tinea incognito, yanlış tanı konulup uygun olmayan tedavi uygulandığında, lezyonların tipik görünümü kaybolarak tanınması güç hale gelir. Ayırıcı tanıda KOH bakısı yüzeysel mantar enfeksiyonlarında kullanılan basit, hızlı ve düşük maliyetli bir mikroskopik inceleme yöntemidir. (2) Yaygın tinea incognito olgularında, altta yatan immünsüpresyon ve sifiliz gibi sistemik hastalıkların da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekmektedir. (3)(4)

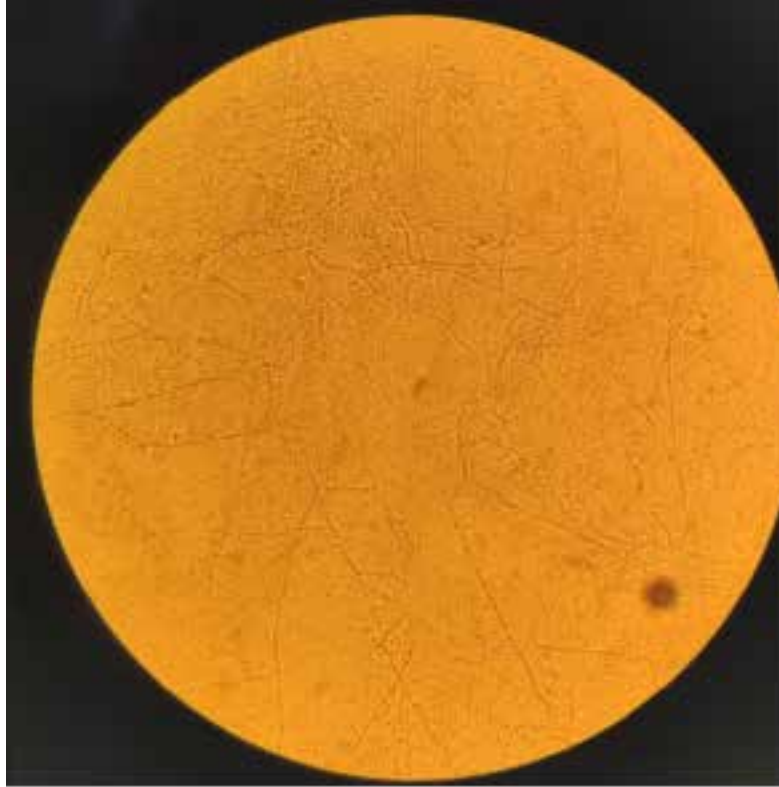
tedavi sonrası resim 1



tedavi sonrası resim 2



KOH nativ preparat



Anahtar Kelimeler: tinea incognito, tinea corporis, sifiliz, dermatofitoz, potasyum hidroksit

Kaynakça

- 1- Roberta A, Gabriela MC, Lucio V, Oliverio W. *Tinea incognito* Clinics in Dermatology. 2010;March-April 137-9.
- 2- S Hsu, E H Le, M R Khoshevis. *Differential diagnosis of annular lesions* American Family Physician 2001;64(2):289-297
- 3- Hook EW, Marra CM. *Acquired syphilis in adults*. N Engl J Med. 1992;326:1060–9.
- 4- Cynthia Y, Muji I, Idrianti IP. *Secondary syphilis mimicking tinea cruris in an HIV infected patient: a case report*. Pan African Medical Journal. 2021; Feb 5;38:113.

Nadir Rastlanan Olgu: Çocukluk Döneminde Seboreik Keratoz

Aleyna Demirel¹, Betül Keskin¹, Aybüke Nazlı Aydemir Geren¹, Pelin Ertop Doğan¹, Emel Hazinedar¹, Eda Ayman Şeker²

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Seboreik keratoz , genellikle orta yaşlı ve yaşlı bireylerde yaygın görülen benign epidermal lezyondur. Genellikle yüz, gövde ve ekstremitelerde yer alan, iyi sınırlı, pigmentli, mumsu ve verrükoz papüller veya plaklarla karakterizedir¹ . Biz de posterimizde seboreik keratoz tanısı koyulan pediatrik bir olgumuzu sunmaktayız.

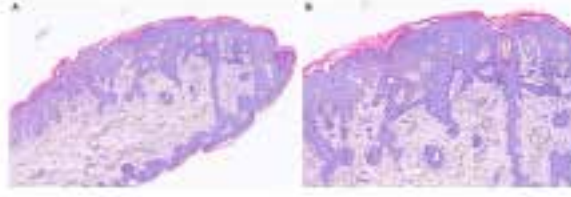
Bulgular: On yaşında erkek hasta ,yaklaşık bir buçuk aydır göbek üzerinde olan herhangi bir ek şikayet tariflemeyi kabarıklık şikayeti ile başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde umblikus sol üstte yerleşik yaklaşık beş milimetre çapında olan hiperpigmente yüzeyi hafif hiperkeratotik lezyonu mevcuttu (Fotoğraf 4). Dermatoskopik muayenede üzerinde hafif noktasal vasküler alanlar ve hafif sarımsı skuamasyon mevcuttu (Fotoğraf 3). Lezyonun eksizyonu planlandı Histopatolojik incelemede displazi olmaksızın bazaloid keratinosit proliferasyonu ve boynuz psödokist formasyonu olan hiperkeratoz gözlemlendi (Fotoğraf 1,2). Histopatolojik bulgularla hastaya seboreik keratoz tanısı koyuldu. Hasta tarafımızca takibe alındı.

Fotoğraf 3



Fotoğraf 4





Resim 1: Seboreik keratoz ile uyumlu histopatolojik görünüm
A) Yüzeyde hiperkeratoz gösteren, retiküler paternde anastomoz yapan, skuamöz epitel proliferasyonu ile karakterize benign epidermal lezyon B) Atipi göstermeyen ve yer yer keratinöz horn yapıları içeren benign skuamöz epitel proliferasyonu (A; B; Hematoksilen-Eosin H&E)



Resim 2: Epidemisteki dendritik hücrelerde immünhistokimyasal S100 pozitifliği (B-SA; S100; ayırıcı tanı için uygulanmıştır)

Sonuç: Seboreik keratoz, olgunlaşmamış epidermal keratinositlerden oluşan benign bir lezyondur [2]. Soluk renkli yamasal veya kahve-rengi-siyah renkli skuamlı papül-plaklar gibi farklı morfolojilerde görülebilmektedir. Seboreik keratozun insidansı yaşla birlikte artmakta ve pediatrik popülasyonda nadiren gözlenmektedir. [3]Literatürde pediatrik seboreik keratoz olgularında genetik geçişin rol oynayabileceği ve aile öyküsünün görülme sıklığını arttırabildiği öne sürülmektedir. Adölesan dönemde görülebilen hormonal dalgalanmalar, polistik over sendromu gibi durumlar ve güneş maruziyeti seboreik keratoz etiolojisinde yer almakta olup aralarındaki ilişki net değildir [4]. Seboreik keratoz için ayırıcı tanı geniştir ve çocukluk döneminde; Hopf akrokeratozis verrusiformis, epidermal nevüs, spitz nevüs, verrükalar, daha ileri yaşlardaysa pigmente bazal hücreli karsinom, malign melanoma, aktinik keratozla ayırıcı tanı yapılmalıdır [5]. Tanıda belirsizlik, ülser görünüm, hızlı boyut artışı veya malignite ekartasyonu açısından biyopsi gerekebilmektedir [6]. Seboreik keratozlar benign karakterde olup tedavisi şart değildir ancak destrüktif tedaviler uygulanmadan önce mutalaka tanı netleştirilmelidir. Seboreik keratozlar pediatrik popülasyonda nadiren gözlenmekte olup ayırıcı tanıda akılda tutulması ve klinisyenlerin bu hasta grubunda tanıya yönelik farkındalığını arttırmak amacıyla posterimizi paylaşmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Seboreik Keratoz, Adölesan dönem, Peditrik

Kaynakça

1. Elder DE. Lever'in Cilt Histopatolojisi. On birinci baskı ed. Wolters Kluwer; 2015.
2. Seborrheic keratosis in an adolescent: A rare presentation(Case report)
3. Wollina U. Seborrheic keratoses-the Most common benign skin tumor of humans. Clinical presentation and an update on pathogenesis and treatment options. Open access Maced. J Med Sci. 2018;6(11):2270-2275.
4. Barthelmann S, Butsch F, Lang BM, Stege H, Großmann B, Schepler H, Grabbe S. Seborrheic keratosis. J Dtsch Dermatol Ges. 2023 Mar;21(3):265-277. [PubMed]
5. Sun MD, Halpern AC. Advances in the Etiology, Detection, and Clinical Management of Seborrheic Keratoses. Dermatology. 2022;238(2):205-217. [PubMed]
6. Brandão ML, Oliveira Lima CM, Moura HH, Ishida C, Campos-do-Carmo G, Cuzzi T, Ramos-E-Silva M. Dermatoscopic Findings of Seborrheic Keratosis in Melanoma. Acta Dermatovenereol Croat. 2016 Jun;24(2):144-7. [PubMed]

Kapesitabine bağı oral mukoza tutulumunun eşlik ettiği şiddetli Burgdorf reaksiyonuBelgin Küçükyangöz¹, Merve Oral¹, Betül Şerefican¹, Songül Peltek Özer²¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Bolu

Amaç: Burgdorf reaksiyonu; kemoterapötik ajanlara bağlı akral eritem, el-ayak sendromu veya palmoplantar eritrodisestezi olarak bilinen yaygın görülen bir dermatolojik tablodur. Bu olguda kapesitabine bağlı gelişen, stomatit ve oral pigmentasyonun eşlik ettiği şiddetli bir Burgdorf reaksiyonu vakası sunulması amaçlanmıştır.

Bulgular: 77 yaşındaki kadın hasta, 15 gündür eller, ayaklar ve ağız içindeki ağrılı yaralar nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabet, hipotiroidi ve pankreas kanseri mevcuttu. Pankreas kanseri nedeniyle kapesitabin tedavisinin üçüncü kürünü almakta olan hastanın muayenesinde; eller ve ayaklarda eritemli zemin üzerinde hemorajik ve açılmış büller, sert damakta hiperpigmente maküller, yumuşak damakta ise psödomembranla kaplı erode alanlar gözlemlendi. Histopatolojik incelemesinde parakeratoz, subepitelyal ayrışma ve dilate damarlar çevresinde hafif lenfositik infiltrasyon saptandı. DIF incelemesi negatifti. Klinik ve histopatolojik bulgularla evre 3 Burgdorf reaksiyonu ve evre 3 stomatit tanısı konuldu. Kapesitabin tedavisi kesildi, topikal kortikosteroidlere yanıtızsız hastaya sistemik kortikosteroid tedavisi başlandı. Hastanın lezyonları ve ağrı, yanma şikayetleri bir ay içinde tamamen geriledi.

Resim-1



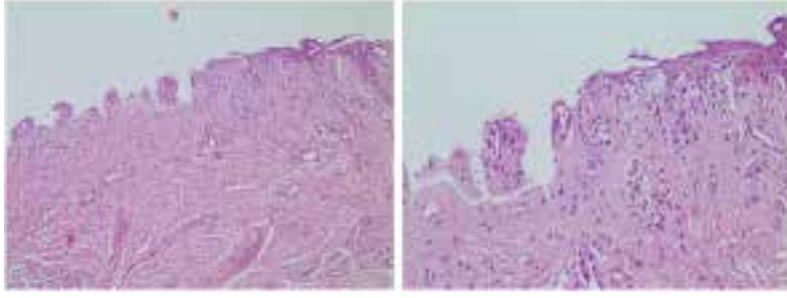
Palmoplantar bölgede eritem ve açılmış büller

Resim-2



Damakta bilateral, birleşme eğilimi gösteren psödomembranla kaplı erode alanlar

Resim-3



Hafif parakeratoz, subepitelyal ayrışma ve lamina propriada dilate damarlar etrafında hafif lenfositik infiltrasyon

Sonuç: Burgdorf reaksiyonu, parestezi ve dizestezinin eşlik ettiği palmoplantar eritem ile karakterizedir. İleri evrelerde şiddetli ağrıya ek olarak deskuamasyon, fissür, bül, erozyon ve ülser gibi klinik bulgular ortaya çıkabilir. En sık ilişkili kemoterapötik ajanlar; doksorubisin, dosetaksel, 5-fluorourasil (5-FU), sitarabin ve kapesitabindir. Kapesitabin, metastatik kolorektal, meme ve pankreas kanserlerinin tedavisinde kullanılan, aktif formu 5-FU'ya dönüşen bir ön ilaçtır. Kapesitabine bağlı en yaygın yan etki, %45–68 oranında bildirilen Burgdorf reaksiyonudur. Daha seyrek yan etkiler arasında bulantı, kusma, ishal, hiperbilirubinemi, hiperpigmentasyon ve stomatit yer almaktadır. Mukozal pigmentasyon ise oldukça nadir görülmektedir. Burgdorf reaksiyonu klinik şiddetine göre sınıflandırılır; tanısı esas olarak klinik bulgulara dayanır ve histopatolojisi nonspesifiktir. Tedavisi semptomatiktir; reaksiyonun derecesine bağlı olarak ilaç dozu azaltılabilir veya tamamen kesilebilir. Sonuç olarak, Burgdorf reaksiyonu sık görülen ancak ciddi klinik tabloya yol açabilen bir yan etkidir. Bu olgu, literatürde nadir bildirilen, stomatit ve mukozal hiperpigmentasyonun birlikte görüldüğü şiddetli bir Burgdorf reaksiyonu örneğidir. Kapesitabine bağlı olarak nadiren stomatit ve mukozal pigmentasyon gelişebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Burgdorf reaksiyonu, kapesitabin, stomatit, mukozal hiperpigmentasyon

Kaynakça

- 1.Kapesitabin'e, M. K. K. T., & Lezyonların, B. A. O. (2011). Hand-foot syndrome accompanied by severe oral lesions during capecitabine therapy for metastatic colon carcinoma. *Marmara Medical Journal*, 24, 200-2.
- 2.Demirdağ, H. G., Tuğrul Ayanoğlu, B., & Yalıcı Armağan, B. (2019). Evaluation of hand-foot syndrome and hand-foot skin reaction: Case series. *Hand*, 53, 28-31.
- 3.Vasudevan, B. (2010). An unusual case of capecitabine hyperpigmentation: Is hyperpigmentation a part of hand-foot syndrome or a separate entity?. *Indian journal of pharmacology*, 42(5), 326-328.
- 4.Nascimento, A. D. A. D., Porto, D. M., & Vidal, A. K. D. L. (2023). Capecitabine-induced oral mucosal hyperpigmentation associated with hand-foot syndrome-a literature review. *Anais brasileiros de dermatologia*, 98(3), 302-309.
- 5.Santos-Leite, É. G. D., Sacramento, L. V., Santana, A. M., Dantas, J. B. D. L., Carrera, M., & Martins, G. B. (2022). Oral hyperpigmentation as an initial clinical aspect of hand foot syndrome. *Brazilian Dental Journal*, 33, 97-102.
6. Hartung, B., Thiel, W., Ritz-Timme, S., Häussinger, D., & Erhardt, A. (2020). Hand-foot syndrome induced changes of the palmar epidermal ridge configurations during and after treatment with capecitabine. *Legal Medicine*, 45, 101710.

De Novo Ektopik Hidradenitis Süpürativa OlgusuYunus Emre YILDIZ¹, Melis GÖNÜLAL²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Hidradenitis süpürativa, derin yerleşimli nodüller, apseler ve fibrotik yara izleri gibi ağrılı lezyonlarla karakterize kronik ve inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. En sık aksiller, kasık, perianal, perineal ve meme altı bölgelerinde ortaya çıkmaktadır. Nadiren başka cilt bölgelerinde de klasik yerleşim alanlarına eşlik eder tarzda veya etmeyen tarzda da hidradenitis süpürativa lezyonları oluşabilmektedir. Literatürde bu tip hidradenitis süpürativa “ektopik hidradenitis süpürativa” olarak isimlendirilmiştir. Ektopik hidradenitis süpürativa lezyonlarına klasik yerleşimli lezyonlar eşlik etmiyorsa bu tip “de novo ektopik hidradenitis süpürativa” olarak adlandırılmıştır. Tanı almış bireylerin yaklaşık %33 ila %40’ı, otozomal dominant kalıtım gösterir. Prevalansı %1 ila %4 arasında değişmektedir. Hidradenitis suppurativa tanısı klinik olarak konulabilmektedir. Hafif şiddette olgularda, topikal antibiyotikler tedavide yeterli olabilirken, orta şiddetli ve şiddetli olgularda sistemik antibiyotikler ilk aşamada tercih edilmektedir. Tedaviye dirençli olgularda cerrahi ve/veya biyolojik tedavilere başvurulabilir.

Bulgular: Bilinen ek hastalıkları olmayan 33 yaşında, erkek bir hasta, kasık bölgesinde ve koltuk altlarında yaklaşık 10 senedir ,yüzünde ise her iki malar bölgede 5 yıldan beri var olan fibrotik skarlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Her iki koltuk altında ve yanak bölgesinde tekrarlayıcı apselerin oluştuğunu ifade etti.Hasta daha öncesinde dış merkezde topikal antibiyotik ve oral antibiyotik tedavisi (doksisisiklin 100 mg/gün) 2 ay boyunca kullanmış ve tedavi sonrası lezyonlarında gerileme olmamıştı. Dış merkezde aynı şikâyet nedeniyle istenen Aralık 2024 tarihli hemogram ve biyokimya tetkikleri normaldi. Hastamıza anamnez bilgileri ve klinik muayene sonucunda hidradenitis süpürativa tanısını koyduk. Hastamızı için oral antibiyotik (tetrasiklin 1000 mg/gün), topikal antibiyotik (%2 sodyum fusidat) tedavilerine başladık ve 2 ay sonrası için kontrol muayenesi önerdik.

Sonuç: Klasik yerleşimli hidradenitis süpürativa lezyonları eşlik etmeden var olan ektopik hidradenitis süpürativa vakaları nadir olmakla birlikte, başka dermatolojik hastalıklar ile karıştırılabilir. Bu tarz vakalarda ayırıcı tanıları içinde hidradenitis süpürativa tanısının da akılda tutulabilmesi açısından olgumuzu literatüre kazandırmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Ektopik Hidradenitis Süpürativa

Kaynakça

1. Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025; 39(5):899-941
2. Raed Alhusayen, MBBS, MSc (Co-Chair),a,b Serena Dienes, BSc,c Megan Lam, MD, et al. North American clinical practice guidelines for the medical management of hidradenitis suppurativa in special patient populations. J Am Acad Dermatol 2025;92:825-52
3. John Frew MBBS, MMed, MS, PhD,Annika Smith MBBS, MPHTM,Pablo Fernandez Penas MD, PhD , et al. Australasian hidradenitis suppurativa management guidelines . Australas J Dermatol. 2025;66:75–89.
4. Gianmarco Capasso, Gabriella Fabbrocini, Claudio Marasca et al.Disfiguring Hidradenitis Suppurativa of the Face.Skin Appendage Disord.2021;8(1):70–72.
5. Brian D Rankin, Richard M Haber al.Case report of hidradenitis suppurativa localized to the face in an HIV patient.SAGE Open Med Case Rep.2021:2050313X211057923

Darier Hastalığı: Nadir Bir Olgu

Aleyna Demirel¹, Hüseyin Çetin¹, Emel Hazinedar¹, Pelin Ertop Doğan¹, Figen Barut²

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

Amaç: Darier hastalığı, otozomal dominant (OD) geçişli nadir görülen bir genodermatozdur. Lezyonlar genellikle baş, boyun ve gövde gibi seboreik bölgelere dağılmış, çok sayıda, ten renginden sarı-kahverengiye kadar değişen hiperkeratotik papüllerle karakterizedir (1,2). Biz de posterimizde Darier tanısı koyduğumuz bir olgumuzu sunmaktayız.

Bulgular: 29 yaşında, erkek hasta, 6 aydır sırtında kuruluk ve kaşıntı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Çeşitli kremler kullandığını ancak fayda görmediğini ifade etti. Aile öyküsü sorgulandığında babasının da benzer şikayetleri olduğunu belirtti. Dermatolojik muayenesinde; sırtta multipl, birleşme eğilimi gösteren, sarı-kahverengi ve üzeri sarı krutlu, hiperkeratotik papüller görüldü. Oral mukoza doğaldı. Sağ el 1.tırnakta longitudinal çizgilenme, V-shaped nail gözlemlendi. Hastadan, punch biyopsi alındı. Histopatolojisinde yüzeyde hiperkeratoz gösteren, parakeratotik odaklar içeren, granüler tabakası belirgin, epidermiste suprabaziler ayrışma ve aynı alanda diskeratotik hücreler izlenmişti. Hasta klinik ve histopatolojik bulgularla, Darier olarak değerlendirilerek 20 mg oral izotretinoin tedavisine başlandı. Genetik, psikiyatri, göz ve nörolojiye yönlendirilen hasta takiplerine gelmedi.

Fotoğraf 1



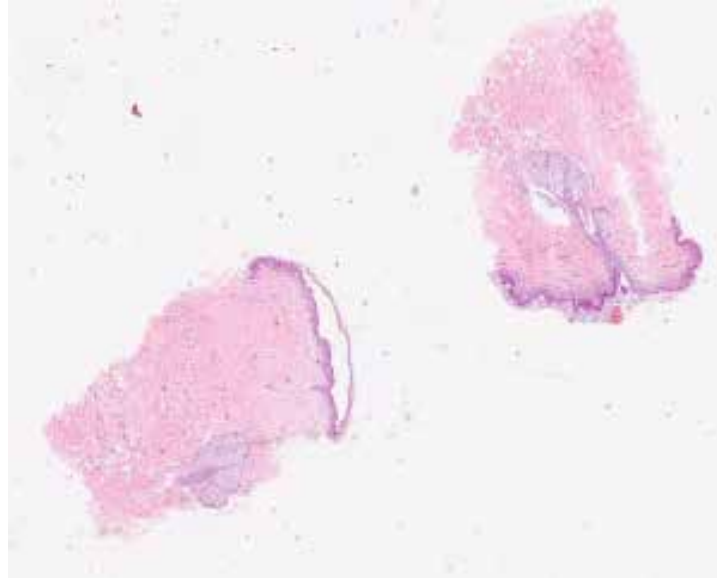
Sırtta kahverengi hiperkeratotik papüller

Fotoğraf 2



Sağ el 1.tırnakta V-shaped nails

Fotoğraf 3



Epidermiste suprabazal ayrışma

Sonuç: Darier, seboreik bölgelerde; sarı-kahverengi, hiperkeratotik papüllerle karakterize, OD, nadir bir genodermatozdur (8). Fleksural yerleşimli vejetatif lezyonlar, el-ayakların dorsallerinde verrü benzeri papüller, palmoplantar pitting, tırnak plağında; longitudinal bantlaşma, distal kama formasyonu ile oral mukozada Cobblestone papülleri gözlenebilmektedir (4,5). İlk klinik belirtileri, genellikle ergenlik veya erken yetişkinlikte ortaya çıkmaktadır. Pruritus eşlik edebilmektedir (3,12). Patogenezinde, sıklıkla kromozom 12q23–12q24'te ATP2A2 genindeki mutasyonlar suçlanmaktadır (7,8). Bu gen, ciltte yaygın bulunan, sarkoplazmik endoplazmik retikulum Ca^{2+} ATPase tip 2 proteinini (SERCA2) kodlamaktadır. SERCA2'nin işlevi, Ca^{2+} 'yi taşımaktır. Disfonksiyonu, desmozomlarda, Ca^{2+} eksikliğine yol açarak, hücre adezyonunun bozulmasına ve apoptozis indüksiyonuna neden olup hastalığın histopatolojisinde gözlenen akantolitik ve diskeratotik hücrelerin meydana getirdiği epidermal bağlantının kaybına yol açmaktadır (9). Hastalığa, oftalmik komplikasyonlar, nöropsikiyatrik-nörodejeneratif hastalıklar gibi ekstrasütanöz durumlar eşlik edebilmektedir (10). Tedavisi semptomatik olup topikal kortikosteroidler, D vitamini analogları ve retinoidler, sistemik olarak ise oral retinoidler tercih edilebilmektedir (11). Darier nadir bir hastalık olup hastaların ilgili branşlara yönlendirilerek multidisipliner yönetilmesi gerekmektedir. Biz de farkındalık sağlamak amacıyla posterimizi paylaşıyoruz.

Anahtar Kelimeler: darier hastalığı, genodermatoz, oral izotretinoin

Kaynakça

1. Tavadia S, Mortimer E, Munro CS. Genetic epidemiology of Darier's disease: a population study in the west of Scotland. Br J Dermatol 2002; 146: 107-9.
2. Burge SM, Wilkinson JD. Darier-White disease: a review of the clinical features in 163 patients. J Am Acad Dermatol 1992; 27: 40-50.
3. Xiong G, Sachdeva M, Yosipovitch G, Ziv M, Dodiuk-Gad RP. Pruritus and Neuropsychiatric Symptoms Among Patients with Darier Disease-An Overlooked and Interconnected Challenge. J Clin Med. 2025 Mar 8;14(6):1818. doi: 10.3390/jcm14061818. PMID: 40142630; PMCID: PMC11942685.
4. Hulatt L, Burge S. Darier's disease: hopes and challenges. J R Soc Med. 2003 Sep;96(9):439-4.
5. Zaias N, Ackerman AB. The nail in Darier-White disease. Arch Dermatol. 1973 Feb;107(2):193-9.
6. Wilkinson JD, Marsden RA, Dawber RPR. Review of Darier's disease in the Oxford region. Br J Dermatol 1977;97:15-6.
7. Sakuntabhai A, Ruiz-Perez V, Carter S, Jacobsen N, Burge S, Monk S, et al. Mutations in ATP2A2, encoding a Ca^{2+} pump, cause Darier disease. Nat Genet. 1999 Mar;21(3):271-7
8. Takagi A, Kamijo M, Ikeda S. Darier disease. J Dermatol. 2016 Mar;43(3):275-9. doi: 10.1111/1346-8138.13230. PMID: 26945535.
9. Szigeti R, Kellermayer R. Autosomal-dominant calcium ATPase disorders. J Invest Dermatol 2006;126:2370-6
10. Zeglaoui F, Zarea I, Fazaa B, et al: Dyskeratosis follicularis disease: case reports and review of the literature. J Eur Acad Dermatol

11. Chyl-Surdacka K, Borzęcki A, Latifa J, Turska-Kozłowska M, Majchrzycka M. Keratosis follicularis (Darier disease) - clinical characteristics and treatment - a review and update. *Postepy Dermatol Alergol*. 2023 Jun;40(3):337-340. doi: 10.5114/ada.2022.124344. Epub 2023 Jan 19. PMID: 37545821; PMCID: PMC10399679.

12. Ettinger M, Kimeswenger S, Deli I, Traxler J, Altrichter S, Noack P, Wikstrom JD, Guenova E, Hoetzenecker W. Darier disease: Current insights and challenges in pathogenesis and management. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2025 May;39(5):942-951. doi: 10.1111/jdv.20448. Epub 2024 Nov 28. PMID: 39606894; PMCID: PMC12023721.

Floroskopi Sonrası Nadir Radyasyon Dermatiti: Morfea ile Karışan OlguAybüke Nazlı Aydemir Geren¹, Emel Hazinedar¹, Pelin Ertop Doğan¹, Filiz Kutlu²¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Floroskopi kılavuzluğunda yapılan prosedürler kalp hastalıklarının prognozunu iyileştirmiştir, buna paralel olarak son yıllarda floroskopi kaynaklı kronik radyasyon dermatiti (FKKRD) vakalarının sayısı artmaktadır.(1) Verilen radyoopak kontrast madde akışı floroskopi yöntemi ile görüntülenir (Resim 1). Floroskopik X-ışının giriş noktası en yüksek dozda radyasyona maruz kalmaktadır.(2,3) Lezyonlar sıklıkla sırtın orta hattı, skapular bölge, sağ göğüs anterolaterali ve sağ aksillanın altı gibi bölgelerde izlenir.(4) Klinik spektrumu eritem, telanjiektazi, atrofi, hiperpigmentasyon ve hipopigmentasyon, nekroz, kronik ülserasyon ve skuamöz hücreli karsinom gelişimini içermektedir.(5) Malignite gelişme riski taşıyan bu nadir olguyu farkındalık oluşturmak amacıyla sunuyoruz.

Resim 1



C-kol tipi floroskopi cihazı (Floroskopi kılavuzluğunda kullanılan cihaz)

Bulgular: Olgumuz; sağ subskapular bölgede 15 cm çaplı ortası infiltre, telenjektazik, retiküle eritemli ve atrofik plak lezyonla (Resim 2) başvuran 61 yaşında erkek hastadır. Hastanın önceki biyopsisinde, morfea ile uyumlu histopatolojik bulgular raporlanmıştır. Dermoskopik muayenede, eritemli zeminde dağınık noktasal damarlar ve atrofiye bağlı hipopigmentasyon (Resim 3) gözlenmiştir. Anamnezinde diyabetes mellitus, 15 yıl önce yapılan koroner by-pass cerrahisi ve 5 kez anjiyografi öyküsü mevcuttu. Bu işlemlerden 4'ü son 2 yıl içinde gerçekleştirilmişti. Lezyonun sağ subskapular bölgede yerleşimi, floroskopik işlemlerle uyumlu radyasyon maruziyeti öyküsü ve histopatolojik bulgular ışığında olgu, FKKRD ön tanısıyla değerlendirilmiş ve alınan yeni biyopsi sonucu bu tanıyı desteklemiştir.

Resim 2



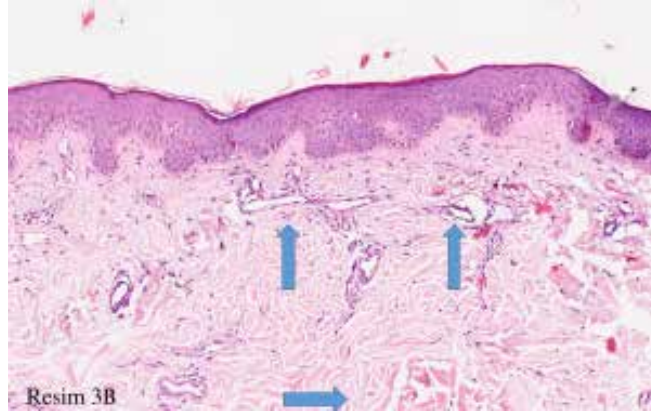
Sağ subskapular bölgede 15 cm çaplı, ortası infiltrate, telenjektazik, retiküle eritemli atrofik plak lezyon

Resim 3A



Dermoskopik bulgular; yaygın eritemli zemin üzerinde düzensiz dağılmış noktasal damarlar, atrofiye bağlı hipopigmente alanlar, minimal pigmentasyon

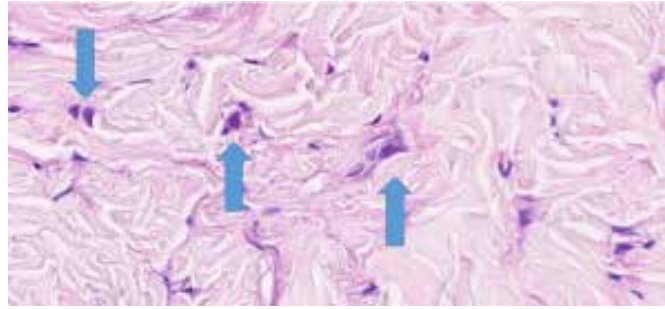
Resim 3B



Hematoxilen ve eozin, 5X, vasküler dilatasyon, kollajen liflerde kabalaşma

Sonuç: FKKRD, literatürde az sayıda bildirilmesine rağmen morfea gibi hastalıklarla benzerliği nedeniyle tanısal zorluklara yol açabilir. Histopatolojik olarak, radyasyon fibroblastlarının (Resim 4) varlığı radyodermatit için patognomoniktir. Ancak, radyasyon fibroblastları seyrek olabilir ve özellikle radyodermatitten klinik şüphe yokken, bu bulgu gözden kaçabilir (6) ve bu yüzden klinik/histopatolojik olarak morfea ile karışabilmektedir. Maruziyet süresi uzunsa veya kısa süreçte birden fazla işlem yapılıyorsa, özellikle >10 Gy radyasyon dozu alan hastalarda FKKRD riskinin farkında olunmalıdır. (7) FKKRD işlemlerden günler ila yıllar içinde ortaya çıkabilmektedir. Perkütan koroner işlemler çok sık uygulansa da bildirilen vaka sayısı azdır. Özellikle yüksek doz radyasyona maruz kalan hastalar, geç ortaya çıkabilecek radyodermatit bulguları ve potansiyel malignite riski açısından uzun süreli takip edilmelidir.

Resim 4



Hematoxilen & Eozin, 18X, dağınık hiperkromatik nükleuslara sahip radyasyon (stellat) fibroblastları

Anahtar Kelimeler: Floroskopi, Radyodermatit, Morfea

Kaynakça

- 1) Reichman EF. Fluoroscopy-induced radiation dermatitis. J Emerg Med. 2014;47(6):e117–9.
- 2) Wagner LK, Eifel PJ, Geise RA. Potential biological effects following high X-ray dose interventional procedures. J Vasc Interv Radiol. 1994;5(1):71–84.
- 3) Ryan JL. Ionizing radiation: the good, the bad, and the ugly. J Invest Dermatol. 2012;132(3):985–93.
- 4) Spiker A, Zinn Z, Carter WH, Powers R, Kovach R. Fluoroscopy-induced chronic radiation dermatitis. Am J Cardiol. 2012;110(12):1861–3.
- 5) Aerts A, Decraene T, van den Oord JJ, et al. Chronic radiodermatitis following percutaneous coronary interventions: a report of two cases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2003;17(3):340–3.
- 6) Wei YA, Wang WH, Lai PC, Wei KC. Fluoroscopy-induced radiation dermatitis: a pitfall complication of percutaneous cardiac interventions. Med Imaging Interv Radiol. 2016;2:e1415.
- 7) Balter S, Hopewell JW, Miller DL, Wagner LK, Zelefsky MJ. Fluoroscopically guided interventional procedures: a review of radiation effects on patients' skin and hair. Radiology. 2010;254(2):326–41.

Fenitoinle İndüklenen Toksik Epidermal Nekrolizli Hastada Miliaria Kristalina Gelişimi

Aleyna Demirel¹, Emel Hazinedar¹, Pelin Ertop Doğan¹, Ali Can Önal², Emre Işık²

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

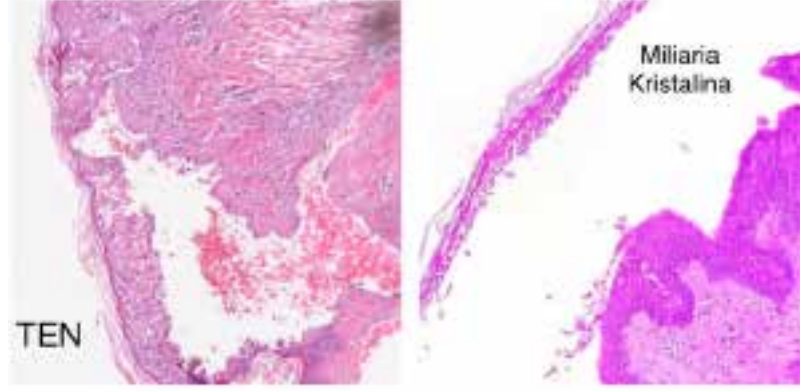
²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Miliaria kristalina, ter kanallarının tıkanmasıyla karakterize, kendini sınırlayan, ekrin ter bezlerinin, benign bir hastalığı olup (1), yetişkinlerde nispeten daha nadir görülmektedir (2). Toksik epidermal nekroliz (TEN), yaygın eritem, epidermiste şiddetli ayrışmayla karakterize, sıklıkla ilaç ilişkili, ciddi ve mortal seyrebilen mukokutanöz bir reaksiyondur (3). Hastalığa sekonder gelişen epidermis hasarı, miliaria kristalina gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (4). Biz de posterimizde fenitoin ile indüklenen toksik epidermal nekrolizli olguda miliaria kristalina gelişimini sunmaktayız.

Bulgular: 57 yaş, metastatik küçük hücreli akciğer karsinomu tanılı, erkek hasta, ateş ve 4 gündür olan döküntüyle acile başvurdu. 1.5 ay önce beyin metastazı nedeni fenitoin başlandığı öğrenildi. Eş zamanlı radyoterapi almaktaydı. Muayenesinde; gövdede, ekstremitelerde, lividi eritem, sırtta, postauriküler bölgede erode lezyonlar (Fotoğraf 1) ve eritemli bölgelerde nikolsky pozitifliği mevcuttu. TEN ön tanısıyla biyopsi alındı. İntravenöz 80 mg metilprednisolon ve 2 gr/kg'dan toplam 150 gram/4 gün intravenöz immünglobulin başlandı. Lezyonlar, tedaviyle epitelizeasyon ve regresyon eğilimindeydi. Takibinin 9.gününde üst ekstremitede, şeffaf, fragil, veziküller, abdomendeysenikolsky negatif, büller geliştiği görüldü (Fotoğraf 2). Biyopsi ve direkt immünfloresan alındı. Oda sıcaklığının düşürülmesi önerildi. 3.günde vezikülobüllöz lezyonları geriledi. Lezyonlar, hızlı regresyon ve nikolsky negatifliği sebebiyle TEN'e bağlı düşünülmedi. Takiplerinde tam epitelizeasyon sağlanan hastanın taburculuğu planlandı (Fotoğraf 3-4). İlk alınan biyopsi TEN, takipte gelişen vezikülobüllöz lezyondan alınan biyopsiyse miliaria kristalinayla uyumluydu (Fotoğraf 5-6).

Fotoğraf 1: Sırtta, ensede erode alanlar, Fotoğraf 2: Abdomende, üst ekstremitede gelişen vezikülobüllöz lezyonlar, Fotoğraf 3: Sırtta, ensede tam epitelizeasyon, Fotoğraf 4: Vezikülobüllöz lezyonlarda tam regresyon.





Sonuç: Miliaria, ekrin ter kanallarının obstrüksiyonuyla oluşan, kendini sınırlayan, benign bir tablodur. Ter, epidermis veya dermoepidermal bileşkede birikmektedir (5,6). Obstrüksiyonun derinliğine göre; kristalina, rubra ve profunda olarak 3'e ayrılmaktadır (1). Miliaria kristalina, stratum korneumdaki ter kanallarının tıkanmasıyla gelişmektedir (5). Literatürde, TEN'in ter kanallarının yapısını bozabildiği gösterilmiştir (7). Nekrotik epidermisle reepitelizasyon alanı arasındaki boşluklarda gelişen birikim, hastalığın remisyon döneminde, tekrarlayan vezikülasyonlara yatkınlık oluşturabilmektedir (7,8). Lezyonlar, sıklıkla veziküler olup nadiren büllöz şekildedir (5). Benign seyri, spontan regresyonu nedeniyle gereksiz müdahalelerden kaçınılması açısından önemlidir. TEN hastalarında, veziküler lezyonların ayırıcı tanısında düşünülmesi ve lezyonların vezikülobüllöz karakterde olması nedeniyle olgumuzu paylaşmaktayız.

Anahtar Kelimeler: miliaria kristalina, toksik epidermal nekroliz

Kaynakça

- 1-Valenzuela-Ubiña S, Villegas-Romero I, Jiménez-Gallo D, Arjona-Aguilera C, Linares-Barrios M. Miliaria crystallina induced by idarubicin and all-trans-retinoic acid: Two case reports. *Australas J Dermatol.* 2021 Aug;62(3):e408-e410. doi: 10.1111/ajd.13641. Epub 2021 Jun 9. PMID: 34106466.
- 2-Papadatos SS, Toliaki E, Kardatou ME, Galani V, Kalfountzos D. Water Drops All Over the Skin: Miliaria Crystallina in an Adult Febrile Patient with Glioblastoma. *Maedica (Bucur).* 2023 Sep;18(3):534-536. doi: 10.26574/maedica.2023.18.3.534. PMID: 38023754; PMCID: PMC10674132.
- 3-Al-Quteimat OM. Phenytoin-induced toxic epidermal necrolysis: Review and recommendations. *J Pharmacol Pharmacother.* 2016 Jul-Sep;7(3):127-32. doi: 10.4103/0976-500X.189662. PMID: 27651708; PMCID: PMC5020771.
- 4-Peng C, Chen W, Lu J, Yi X, Ding Y, Gao Y. Miliaria crystallina secondary to herbal remedies-induced toxic epidermal necrolysis: A case report. *Dermatol Ther.* 2019 Jul;32(4):e12995. doi: 10.1111/dth.12995. Epub 2019 Jun 28. PMID: 31197923.
- 5-Eshaqi FJ, Almaa ZA, Samiey F, Al Awadhi A. An Unusual Presentation of Heat Rash: Bullous Miliaria in a Middle-Aged Woman. *Cureus.* 2022 May 25;14(5):e25323. doi: 10.7759/cureus.25323. PMID: 35637920; PMCID: PMC9132497.
- 6- Vijayasankar Palaniappan, Anusuya Sadhasivamohan, Jeyalakshmi Sankarapandian, Kaliaperumal Karthikeyan, Miliaria crystallina, *Clinical and Experimental Dermatology*, Volume 48, Issue 5, May 2023, Pages 462–467,
- 7-Chuang YN, Ho YY, Chiu TM. Recurrent blisters in a case of resolving Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis . *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2014;80:546-547
- 8-S. K. Mahil, B. Martin, D. Creamer, C. H. Smith, New blisters in a patient treated for Stevens–Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis, *Clinical and Experimental Dermatology*, Volume 39, Issue 1, 1 January 2014, Pages 63–65,

El Dorsumunda Kutanöz Skuamöz Hücreli Karsinom Olgusu

Şule Ulualan Gül¹, Pelin Ertop Doğan¹, Emel Hazinedar¹, Ali Can Önal²

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Amaç: Bu vakamızda uzun süredir el dorsumunda büyük bir yara ile hastaneye başvuran fakat sonrasında takiplerine devam etmeyen, tedavisi geciken hastamızı ele aldık. İyileşmeyen yaralarda cilt kanseri olasılığını da aklımızda bulundurmak, gerekli durumlarda biyopsi yapmak, premalign lezyonların kısa sürelerde malign transformasyona dönüşmesi ihtimalini gözardı etmemenin gerekliliğini vurgulamak amacıyla ele alınmıştır.

Bulgular: 75 yaş erkek hasta sağ el dorsumunda 2 senedir olan iyileşmeyen yara nedeniyle polikliniğe başvurdu. (Resim 1.1) Hasta yarasının ilk olarak küçük bir şekilde başladığını kaşıdığını ve büyüdüğünü, sonrasında çeşitli antibiyotikli kremler kullandığını ve yarasının geçmediğini ifade etti. Hastadan deri biyopsisi ve yara kültürü alındı. Biyopsisinde akantoz, fokal hiperplazi, bazalde yerleşimli akantotik lezyon gözlemlendi, belirgin displazi olmadığı görüldü. (Resim 1.2) Yara kültüründe anlamlı üreme olmadı. Hasta sonraki süreçte takiplerini bıraktı ve kliniğimize tekrar başvurmadı. 2 sene sonra el dorsumunda yara nedeniyle tekrar poliklinikte değerlendirildi, lezyon görünümü kıyaslandı, lezyon sınırlarının genişlediği ve üzerinde ülserasyon geliştiği gözlemlendi. (Resim 2.1) İnsizyonel biyopsi alınmasına karar verildi. Biyopsisi keratoakantotik tip invaziv skuamöz hücreli karsinom olarak sonuçlandı. (Resim 2.2) Hastanın lezyonu total eksize edildi. Onkolojik açıdan tetkikleri ve takipleri halen devam etmektedir.

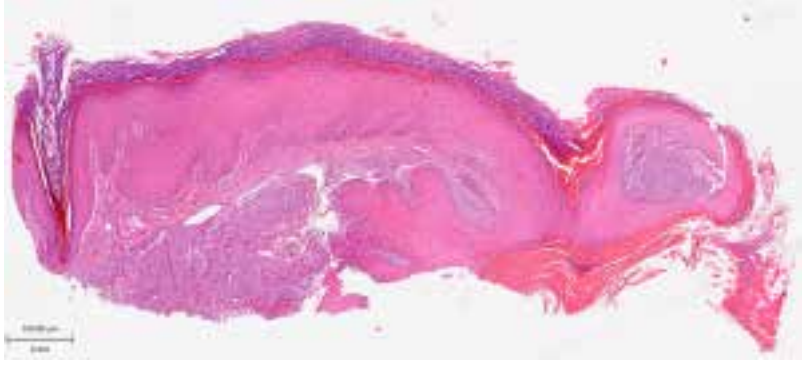
Resim 1.1



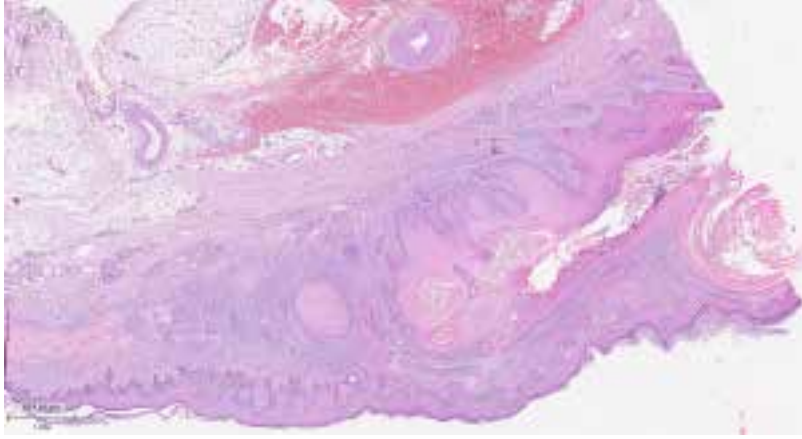
Resim 2.1



Resim 1.2



Resim 2.2



Sonuç: Kutanöz skuamöz hücreli karsinom(KSHK), derinin en dış tabakasındaki skuamöz hücrelerden kaynaklanan yaygın bir cilt kanseri türüdür. KSHK, tüm deri kanseri vakalarının yaklaşık %20'sini oluşturur ve ikinci en yaygın cilt kanseri türüdür. Dünya çapında önemli bir morbidite ve mortalite yükünden sorumludur. KSHK, başta ultraviyole (UV) radyasyona aşırı maruz kalmanın, genetik mutasyonların ve çevresel faktörlerin bir sonucu olarak gelişir. UV radyasyonunun kümülatif etkileri, skuamöz hücrelerde DNA hasarına yol açarak KSHK'nin gelişmesine neden olur. Bununla birlikte, genetik yatkınlık, kronik inflamasyon, HPV enfeksiyonu ve kanserojenlere maruz kalma gibi diğer faktörlerin de KSHK gelişimine katkıda bulunabileceğini unutmamak gerekir. KSHK tanısı klinik muayeneye ve histopatolojiye dayanır. Gerek görüldüğü durumlarda biyopsi almaktan kaçınmamak ve hasta takibini elden bırakmamak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kutanöz Skuamöz Hücreli Karsinom, El Dorsumu, Premalign Kutanöz Lezyonlar

Kaynakça

- 1.Karakuzu A, Doğan SB. Kutanöz skuamöz hücreli karsinom: Epidemiyoloji, patogenezi ve klinik özellikler. Turgut Erdemir VA, editör. Melanom Dışı Deri Kanseri; Klinik, Tanı, Tedavi, Takip ve Korunma. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.24-8.
- 2.Rogers HW, Weinstock MA, Feldman SR, Coldiron BM. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer (keratinocyte carcinomas) in the US population, 2012. JAMA Dermatol 2015; 151(10):1081-1086.
- 3.Karia PS, Han J, Schmuls CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: estimated incidence of disease, nodal metastasis, and deaths from disease in the United States, 2012. J Am Acad Dermatol 2013 June; 68(6):957-66.



Bilimsel Sekretarya

KOZMETOLOJİ ve DERMATOLOJİ

AKADEMİSYENLERİ DERNEĞİ

Prof. Dr. Rafet Koca.

www.ires2025.org



Organizasyon Sekretaryası

Rubikon Turizm Organizasyon

Tel: 0212 288 55 32(pbx)

Faks: 0212 288 55 62

E-mail: ires2025@rubikonturizm.com

www.rubikonturizm.com