



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 , VAN  
VAN EVLIYA ÇELEBİ İTAL UYGULAMA OTELİ  
[www.doddermatoloji.org](http://www.doddermatoloji.org)



## PROGRAM



## Davet Mektubu

### *Saygıdeğer meslektaşlarımız,*

Dermatoonkoloji Derneği ve Dermatolojik Eğitim ve Klinik Araştırmalar Derneği iş birliği ile düzenlenen ve genel dermatoloji, immünoloji ve onkolojik dermatoloji alanındaki bilgi ve deneyimleri, yenilikleri ve son gelişmeleri aktarmayı ve paylaşmayı hedef aldığımız DOD Dermatoloji Gündemi'nin sekizincisi 7-10 Eylül 2023 tarihlerinde özel bir kültür turizmi beldesi olan Van'da sizlerle birlikte olmaktan mutluluk duyduk.

İki yılda bir yapılan kongremiz için ülkemizin sıradışı kültürel ve doğal güzelliği olan bölgelerini seçmeye özen göstermekteyiz. Cumhuriyetimizin 100. yılında sizlerin değerli katkılarıyla bilimsel paylaşımlarımızın en üst düzeyde olduğu dinamik bir platform oluşturmanın yanısıra aynı zamanda sosyal yönü de güçlü, renkli bir kongre atmosferini hep beraber yaşadık

Kongremize katılan tüm meslektaşlarımıza katkıları için bir kez daha teşekkür eder, IV. DOD Dermatoloji Gündemi 'nde görüşmek dileğiyle

Düzenleme Kurulu Adına

Saygılarımızla,

**Prof. Dr. Dilek Bayramgürler**  
Kongre Eş Başkanı

**Doç. Dr. Meltem Türkmen**  
Kongre Eş Başkanı



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 | Van Evliya Çelebi MTAL Uygulama Oteli, Van

## KURULLAR



### YÖNETİM KURULU

#### Başkan

Prof. Dr. Ali Karakuzu

#### Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Selma Emre

#### Sayman

Doç. Dr. Meltem Türkmen

#### Sekreter

Prof. Dr. Aylin Türel Ermertcan

#### Üyeler

Prof. Dr. A. Şebnem Özkan

Prof. Dr. Sibel Alper

Prof. Dr. Melih Akyol

Prof. Dr. Tuğrul Dereli

Uzm. Dr. Sinan Doğan



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 | Van Evliya Çelebi MTAL Uygulama Oteli, Van

## KURULLAR



### YÖNETİM KURULU

#### Başkan

Prof. Dr. Sedat Özçelik

#### Sayman

Uzm. Dr. Aydın Kelkit

#### Sekreter

Prof. Dr. Melih Akyol

#### Üyeler

Doç. Dr. Rukiye Yasak

Dr. Öğretim Üyesi Mustafa Tosun

Uzm. Dr. Yusuf Cihan Dirim

Prof. Dr. Tuğrul Dereli

Araş. Gör. Dr. Ömer Faruk Kıraç



## VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ 2023 KURULLAR

### Kongre Eş Başkanları

Dilek Bayramgürler  
Meltem Türkmen

### Kongre Genel Sekreterleri

Aslı Aksu Çerman  
Sıla Şeremet  
Rukiye Yasak

### Sekreterler

Melih Akyol

### Kongre Düzenleme Kurulu

Akın Aktaş	Fatma Aslı Hapa
Melih Akyol	Işıl İnanır
Sibel Alper	Nida Kaçar
İlknur Altunay	Aslı Feride Kaptanoğlu
Can Ceylan	Ali Karakuzu
Tuğrul Dereli	İlknur Yorğun Özdemir
Sinan Doğan	Hatice Uce Özko
Nazan Emiroğlu	A. Şebnem Özkan
Emel Çalıköğlü	Banu Taşkın
Berna Erdoğan	İbrahim Halil Yavuz
Aylin Türel Ermertcan	Göknur Özaydın Yavuz
Selma Emre	

\*\*\*Soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.



## BİLİMSEL PROGRAM

### 7 EYLÜL 2023, PERŞEMBE

**13:30-14:30**

#### **OTURUM 1**

#### **TEMEL ONKOLOJİK KAVRAMLAR**

*Oturum Başkanları: Yalçın Tüzün, A. Şebnem Özkan*

**SALON 1**

13:30-13:45

Tümörögenез ve kanser immunolojisi

*İshak Tekin*

13:45-14:00

Hedefe yönelik tedavilerde temel prensipler

*Başak Yalçın*

14:00-14:15

İmmünoterapide temel prensipler

*Emel Bülbül Başkan*

14:15-14:30

Tartışma

**13:30-14:30**

#### **OTURUM 2**

#### **ZORLU İNFLAMASYON**

*Oturum Başkanları: Ahmet Yaşar Turanlı, Sibel Alper*

**SALON 2**

13:30-13:45

Hidradenitis süpurativa; bildiğimizden fazlası

*Pelin Özgen*

13:45-14:00

Piyoderma gangrenozum spektrumu

*Nazan Yılmaz*

14:00-14:15

İnflamasyonda mikrobiota

*Koray Koçhan*

14:15-14:30

Tartışma

**14:30-15:45**

#### **OTURUM 3**

#### **MALİGNİTEYE KLİNİK VE MOLEKÜLER YOLCULUKLAR**

*Oturum Başkanları: Hamdi Memişoğlu, Ali Karakuzu*

**SALON 1**

14:30-14:45

Lentigo malignadan lentigo malign melanoma

*Tuğba Atcı*

14:45-15:00

Aktinik keratozdan skuamöz hücreli karsinoma

*Berna Solak*

15:00-15:15

Kronik inflamasyondan deri kanserlerine

*Rukiye Yasak Güner*

15:15-15:30

Transplantasyondan deri kanserlerine

*Deren Özcan*

15:30-15:45

Tartışma



## BİLİMSSEL PROGRAM

7 EYLÜL 2023, PERŞEMBE

14:30-15:45

**OTURUM 4**

**SAÇIM NEDEN DÖKÜLÜYOR**

**SALON 2**

*Oturum Başkanları: Server Serdaroğlu, Tülin Güleç*

14:30-14:45

Telogen effluvium

*Nilgün Şentürk*

14:45-15:00

Kadın tipi saç dökülmesi

*Tülin Güleç*

15:00-15:15

Frontal fibrozan alopesi

*Güneş Gür*

15:15-15:30

LPP ve DLE: Farklılıklar ve benzerlikler

*Hatice Uce Özko*

15:30-15:45

Tartışma

15:45-16:00

**KAHVE ARASI**

16:00-16:45

**UYDU SEMPOZYUMU 1**

**Abrositinib ile Atopik Dermatit Tedavisinde  
Değişen Hikayeler Uydu Sempozyumu**

**SALON 1**



*Moderatör: Zafer Türkoğlu*

*Konuşmacı: Müge Güler Özden*

16:45-18:00

**OTURUM 5**

**KENDİMİ GÜNCELLİYORUM**

**SALON 1**

*Oturum Başkanları: Şükran Tunalı, Dilek Bayramgürler*

16:45-17:00

Prekanseroz lezyonlar

*Tamer İrfan Kaya*

17:00-17:15

Bazal hücreli karsinom

*Aslı Aksu Çerman*

17:15-17:30

Skuamöz hücreli karsinom

*Şirin Yaşar*

17:30-17:45

Sendromlarda deri kanserleri

*Murat Durdu*

17:45-18:00

Tartışma



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 | Van Evliya Çelebi MTAL Uygulama Oteli, Van

## BİLİMSEL PROGRAM

### 7 EYLÜL 2023, PERŞEMBE

16:45-18:00

#### OTURUM 6

#### HER DERMATİT VE TEDAVİSİ FARKLIDIR

*Oturum Başkanları: Sedat Özçelik, Evren Demirsoy*

SALON 2

16:45-17:00

Atopik dermatit

*Demet Kartal*

17:00-17:15

Seboreik dermatit

*Bahar Sevimli Dikicier*

17:15-17:30

Alerjik kontakt dermatit

*Evren Demirsoy*

17:30-17:45

Alerji testi kime ve ne zaman yapılmalı

*Rafet Koca*

17:45-18:00

Tartışma

18:00-18:20

ARA

18:20-19:00

AÇILIŞ

19:00-20:00

AHMET ŞERİF İZGÖREN

*Hayata Değer Katmak*





## BİLİMSEL PROGRAM

8 EYLÜL 2023, CUMA

07:45-08:30

**SÖZEL SUNUMLAR 1 (SS-01 / SS-06)**

**SALON 2**

*Oturum Başkanları: Nilgün Sayman, Melih Akyol*

07:45-07:51

**SS-01**

Kolon adenokarsinomunun cilt metastazı

*Mustafa Esen, Ferhat Coşkun, İsa An*

07:51-07:57

**SS-02**

Arsenik maruziyeti ile ilişkili olmayan multipl Bowen hastalığı ve de novo SCC ?

*Ferdi Öztürk, Ruken Yoltay, Şaduman Balaban Adım, Hayriye Sarıcaoğlu*

07:57-08:03

**SS-03**

Parkinson hastalığına eşlik eden deri bulguları

*Fatma Etkü, Tuba Şaziye Özcan*

08:03-08:09

**SS-04**

Hemipleji ve hemiparezi hastalarında her iki vücut yarısının deri bulguları açısından karşılaştırılması

*Nurşad Çifci, Aysun Aktürk, Zahide Yılmaz, Serap Mulayim, Enes Açıkbaş, Ilgın Sade*

08:09-08:15

**SS-05**

Multipl akrokordonları olan olguların hemogram inflamatuvar parametrelerinin değerlendirilmesi

*Ece Erbağcı, Sema Koç Yıldırım*

08:15-08:21

**SS-06**

Kronik spontan ürtiker hastalarında laboratuvar bulgularının ve eşlik eden komorbiditelerin retrospektif değerlendirilmesi

*Fatmağül Gülbaşaran*

08:21-08:30

Tartışma



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 | Van Evliya Çelebi MTAL Uygulama Oteli, Van

## BİLİMSEL PROGRAM

### 8 EYLÜL 2023, CUMA

08:30-09:30

#### OTURUM 7

##### EMİN DEĞİLİM: NEDİR? NE DEĞİLDİR?

*Oturum Başkanları: Şevki Özdemir, Serap Öztürkcan*

SALON 1

08:30-08:45

Bazal hücreli karsinom olduğundan emin miyim?

*Aslı Bilgiç*

08:45-09:00

Skuamöz hücreli karsinom olduğundan emin miyim?

*Sema Aytekin*

09:00-09:15

Hastam hangi tırnak tümörü?

*Fatih Göktay*

09:15-09:30

Tartışma

08:30-09:30

#### OTURUM 8

##### AKNE, ROZASE

*Oturum Başkanları: Seher Bostancı, Sevgi Bahadır*

SALON 2

08:30-08:45

Aknede biyofilmler

*İsa An*

08:45-09:00

Akne tedavisine güncel yaklaşım

*Nilsel İter*

09:00-09:15

Rozasede patogeneze den tedaviye

*Aslı Tatlıparmak*

09:15-09:30

Akne ve rozasede diyet

*Ayşe Serap Karadağ*

09:30-10:15

#### UYDU SEMPOZYUMU 2

##### Unamity ile Atopik Dermatit ve Alopesi Areata Tedavisinde Yeni Olasılıklar

*Lilly*

*Moderatör: Emel Bülbül Başkan*

*Konuşmacılar: Demet Kartal, Emel Çalikoğlu*

SALON 1

10:00-10:15

#### OTURUM 9

##### AKILCI İLAÇ OTURUMU

*Oturum Başkanı: Ayça Cordan Yazıcı*

SALON 3

Akılcı İlaç Oturumu

*Rabia Öztaş Kara*

10:15-10:30

#### KAHVE ARASI



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 | Van Evliya Çelebi MTAL Uygulama Oteli, Van

## BİLİMSEL PROGRAM

### 8 EYLÜL 2023, CUMA

10:30-11:30

#### OTURUM 10

##### DERMOSKOPUM ELİMDE... İP UÇLARI AKLIMDA

Oturum Başkanları: Günseli Öztürk, Mehmet Salih Gürel

SALON 1

10:30-10:45

Atipik nevus mu? Erken melanom mu?

Sedef Şahin

10:45-11:00

Pigmente aktinik keratoz mu? Deri kanseri mi?

Gamze Erfan

11:00-11:15

Spitzoid tümör düşünüyorum

Ömer Faruk Elmas

11:15-11:30

Tartışma

10:30-11:30

#### OTURUM 11

##### PSORİASİSLE YAŞAMAK ZORUNDA MIYIZ?

Oturum Başkanları: Mehmet Ali Gürer, Nilgün Atakan

SALON 2

10:30-10:45

Konvansiyonellerden korkmalı mıyım?

Murat Borlu

10:45-11:00

Hangi hastaya hangi biyolojik?

Burhan Engin

11:00-11:15

Psoriatik artritli hastama nasıl yaklaşmalıyım

Sedat Kırız

11:15-11:30

Tartışma

10:30-11:30

#### OTURUM 12

##### MERAK EDİYORUM

Oturum Başkanları: Erol Koç, Gonca Gökdemir

SALON 3

10:30-10:45

Onkolojide estetik uygulamalar

Sinem Karaca

10:45-11:00

Kök hücre, PRF ve eksozom

Perihan Öztürk

11:00-11:15

Saç restorasyonu

Arzu Karataş

11:15-11:30

Sorunlar çözümler

Sadık Yılmaz



## BİLİMSEL PROGRAM

8 EYLÜL 2023, CUMA

11:30-12:15

### UYDU SEMPOZYUMU 3

SALON 1

**Gerçek Yaşam Deneyimleri Işığında Psoriasis Tedavisinde Copellor ile Hızlı Başlayan Sürdürülebilir Tam İyileşme**

*Lilly*

*Moderatör: İlnur Altunay*

*Konuşmacılar: Sinan Doğan, Filiz Topaloğlu Demir*

12:15-13:30

### ÖĞLE YEMEĞİ

13:30-14:30

### OTURUM 13

#### DERMOSKOPUM ELİMDE... NASIL TAKİP EDEYİM?

SALON 1

*Oturum Başkanları: Nahide Onsun, Serap Utaş*

13:30-13:45

Çoklu nevusları olan hastam var

*Gülsüm Gençoğlan*

13:45-14:00

Akral lezyonu olan hastam var

*Turhan Şahin*

14:00-14:15

Konjenital nevusları olan hastam var

*Ercan Arca*

14:15-14:30

Tartışma

13:30-14:30

### OTURUM 14

#### İLAÇLAR VE ÜRTİKER

SALON 2

*Oturum Başkanları: Deniz Seçkin, Ümit Türsen*

13:30-13:45

Dermatolojide bir taklitçi: İlaç reaksiyonları

*Ezgi Aktaş*

13:45-14:00

Ten, SJS ve tedavi

*Zafer Türkoğlu*

14:00-14:15

Ürtiker spekturumu

*Rabia Öztaş Kara*

14:15-14:30

Tartışma

13:30-14:45

### OTURUM 15

#### YÜZ ŞEKİLLENDİRME

SALON 3

*Oturum Başkanı: Hakan Erbil, Berna Şanlı*

13:30-13:45

Üst yüz

*Pelin Eşme*

13:45-14:00

Alt yüz

*Berna Şanlı*

14:00-14:15

Biyostimulan dolgular

*Sinem Karaca*

14:15-14:30

Dudak

*Dilek Başaran*

14:30-14:45

Botulinyum

*Gonca Gökdemir*



## BİLİMSEL PROGRAM

8 EYLÜL 2023, CUMA

14:30-15:15

**UYDU SEMPOZYUMU 4**

**SALON 1**

**İnflamatuvar Hastalıkların Tedavisine  
Multidisipliner Yaklaşım ve Amgevita Deneyimleri**

**AMGEN®**

*Oturum Başkanı: Sedat Kiraz*

*Konuşmacılar: Duygu Ersözlü, Sinan Doğan*

15:15-15:30

**KAHVE ARASI**

15:30-16:45

**OTURUM 16**

**MELANOMA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM**

**SALON 1**

*Oturum Başkanları: Fezal Özdemir, İlnur Altunay*

15:30-15:45

Dermatolog: Lentigo malignayı nasıl tedavi edebilirim?

*Zeynep Topkarcı*

15:45-16:00

Patolog: Raporumda ne var?

*Ayça Kırmızı*

16:00-16:15

Onkolog: Bana ne zaman danışın? Ne yapabilirim?

*Burçak Karaca*

16:15-16:30

Dermatolog: Tedavi yan etkilerini nasıl yönetirim?

*Pelin Ertop Doğan*

16:30-16:45

Tartışma

15:30-16:45

**OTURUM 17**

**HEDEFE YÖNELİK TEDAVİLER**

**SALON 2**

*Oturum Başkanları: Afet Akdağ Köse, Rebiay Kıran*

15:30-15:45

IVIG

*Mehmet Melikoğlu*

15:45-16:00

JAK inhibitörleri

*Birgül Özkesici Kurt*

16:00-16:15

Küçük moleküller

*Tuğba Özkök Akbulut*

16:15-16:30

Monoklonal antikorlar

*Müge Güler Özden*

16:30-16:45

Tartışma



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 | Van Evliya Çelebi MTAL Uygulama Oteli, Van

## BİLİMSEL PROGRAM

8 EYLÜL 2023, CUMA

16:45-17:30

**UYDU SEMPOZYUMU 5**

**SALON 1**

**Atopik Dermatit tedavisinde Sil Baştan** **abbvie**

*Moderatörler: Rafet Koca, Nida Gelincik Kaçar*

*Konuşmacılar: Salih Levent Çınar, Zeynep Topkarcı*

17:30-17:45

**KAHVE ARASI**

17:45-19:00

**OTURUM 18**

**MİKÖZİS FUNGOİDES: ZORLANDIKALRIMIZ**

**SALON 1**

*Oturum Başkanları: Hayriye Sarıcaoğlu, Hatice Erdi Şanlı*

17:45-18:00

Güncel Etyopatogenez

*Esra Adışen*

18:00-18:15

Transforme MF hastam var

*İlkin Zindancı*

18:15-18:30

Folikülotropik MF hastam var

*Hatice Erdi Şanlı*

18:30-18:45

Pediyatrik / adolesan dönemde MF hastam var

*Özlem Su Küçük*

18:45-19:00

Tartışma

17:45-19:00

**OTURUM 19**

**TEDAVİ VE İZLEM ÇOK ÖNEMLİ**

**SALON 2**

*Oturum Başkanları: Rifkiye Küçükkoçlu, Ertan Yılmaz*

17:45-18:00

Pemfigus

*Soner Uzun*

18:00-18:15

Büllöz pemfigoid

*Rifkiye Küçükkoçlu*

18:15-18:30

Behçet hastalığı

*Özge Kaya*

18:30-18:45

Vitiligo

*Nida Kaçar*

18:45-19:00

Tartışma



## BİLİMSEL PROGRAM

### 9 EYLÜL 2023, CUMARTESİ

07:45-08:30

**SÖZEL SUNUMLAR 2 (SS-07 / SS-11)**

**SALON 2**

*Oturum Başkanları: Meltem Türkmen, Sinan Doğan*

07:45-07:51 **SS-07**

Bazal hücreli karsinoma hastalarının demografik, dermoskopik ve histopatolojik özelliklerinin değerlendirilmesi: Tek merkez kesitsel çalışma

*Didem Kazan*

07:51-07:57 **SS-08**

Atopik dermatit güncel patogenezi ve biyolojik ajan deneyimlerinin literatür taraması

*Furkan Çalicioğlu, Ragıp Ertaş, Atıl Avcı, Yılmaz Ulaş*

07:57-08:03 **SS-09**

Mikozis fungoides hastalarında eşlik eden komorbidite ve ilaç kullanım öyküsünün retrospektif değerlendirilmesi

*Ceylan Avcı, Deniz İlker Öz, Sevgi Akarsu, Banu Lebe, Şebnem Aktan*

08:03-08:09 **SS-10**

Melanom dışı deri kanserlerinde rekonstrüksiyon tekniği ile cerrahi sınır arasındaki ilişkinin incelenmesi

*Nevra Seyhan*

08:09-08:15 **SS-11**

Mikozis fungoideste akrall bölge tutulumu: El ve ayakta yerleşen lezyonların geniş bir seride değerlendirilmesi

*Tuğba Atcı, Fatma Kübra Gül Çiftçi, Can Baykal*

08:15-08:30 Tartışma



## BİLİMSEL PROGRAM

### 9 EYLÜL 2023, CUMARTESİ

08:30-09:45

#### OTURUM 20

#### NADİRLER AMA ATLAMAYALIM

*Oturum Başkanları: Ertuğrul Aydemir, Aylin Türel Ermertcan*

SALON 1

08:30-08:45

Merkel hücreli karnisom

*Neslihan Demirel Öğüt*

08:45-09:00

Anogenital bölge tümörleri

*Ayşe Kavak*

09:00-09:15

Deri eklerinin malign tümörleri

*Selma Emre*

09:15-09:30

Kaposi sarkoma

*Ümit Türsen*

09:30-09:45

Tartışma

08:30-09:45

#### OTURUM 21

#### MF DIŞI LENFOMALAR

*Oturum Başkanları: Neslihan Şendur, Can Ceylan*

SALON 2

08:30-08:45

Primer kutanöz B hücreli lenfomalar

*Işıl İnanır*

08:45-09:00

Primer kutanöz CD30+ lenfoproliferatif hastalıklar

*Levent Çınar*

09:00-09:15

Agresif deri lenfomaları

*Serkan Yazıcı*

09:15-09:30

Psödolenfoma

*Nursel Dilek*

09:30-09:45

Tartışma

09:45-10:30

#### UYDU SEMPOZYUMU 6

abbvie

SALON 1

#### SKYRIZI ile Sürdürülebilir Yüksek Etkililik ve İyileşen Yaşamlar

*Moderatörler: İknur Altunay, Sinan Doğan*

*Konuşmacılar: Neslihan Demirel Öğüt, Kağan Cingöz*

10:30-10:45

KAHVE ARASI





# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 | Van Evliya Çelebi MTAL Uygulama Oteli, Van

## BİLİMSEL PROGRAM

### 9 EYLÜL 2023, CUMARTESİ

10:45-12:00

#### OTURUM 22

#### ONKOLOJİDE KONSÜLTASYONDAYIM; ÇÖZÜM ÖNERİLERİM

*Oturum Başkanları: Meltem Önder, Nilgün Solak*

SALON 1

10:45-11:00

Kemoterapötik ilaçların kutanöz yan etkileri

*Selda Pelin Kartal*

11:00-11:15

Graft versus host hastalığı

*Kağan Cingöz*

11:15-11:30

Paraneoplastik otoimmün dermatozlar

*Emel Durmaz*

11:30-11:45

Kutanöz metastazlar

*Aslı Feride Kaptanoğlu*

11:45-12:00

Tartışma

10:45-12:00

#### OTURUM 23

#### TANI VE TEDAVİDE ZORLULAR

*Oturum Başkanları: Akın Aktaş, Nilgün Sayman*

SALON 2

10:45-11:00

Oral mukoza

*Bengü Çevirgen Cemil*

11:00-11:15

Tırnak

*Aslı Vefa Erdemir*

11:15-11:30

Palmoplantar alan

*Demet Çiçek*

11:30-11:45

Genital bölge

*Handan Kelekçi*

11:45-12:00

Tartışma

12:00-12:45

#### UYDU SEMPOZYUMU 7

#### Tremfya ile Psoriasisde Sürdürülebilir Tam Temizlenme

*Moderatör: İlknur Altunay*

*Konuşmacılar: Nesrin Dilbaz, Tuğba Özkök Akbulut*



SALON 1

12:45-13:30

#### ÖĞLE YEMEĞİ



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 | Van Evliya Çelebi MTAL Uygulama Oteli, Van

## BİLİMSEL PROGRAM

### 9 EYLÜL 2023, CUMARTESİ

13:30-14:15

#### UYDU SEMPOZYUMU 8

SALON 1

#### Psoriasis Tedavisinde Certolizumab Pegol



Inspired by patients.  
Driven by science.

*Moderatör: Akın Aktaş*

13:30-13:40

Farmakovijilans Sunum

13:40-13:55

Psoriasis Tedavisinde Certolizumab Pegol

*Perihan Öztürk*

13:55-14:10

Doğurganlık Çağındaki Hastalarda  
PSO Yönetimi ve Certolizumab Pegol

*Zeynep Topkarcı*

14:10-14:15

Tartışma

14:15-15:15

#### OTURUM 24 TEKE TEK

SALON 1

*Oturum Başkanı: Tuğrul Dereli*

14:15-14:45

Derimiz: İçerisi ve dışarısı

*Enes Özel*

14:45-15:00

Teknopark, şirketleşme, gençlere yeni fırsatlar

*Emel Erdal Çalikoğlu*

15:00-15:15

Hukuki sorunlar

*Ahmet Nezih Kök*

14:15-15:15

#### OTURUM 25 IŞIK SİSTEMLERİ, LAZERLER VE RADYOFREKANS

SALON 2

*Oturum Başkanları: Gönül Ergenekon, Zafer Kurumlu*

14:15-14:30

Vaskular

*Yelda Kapıcıoğlu*

14:30-14:45

Pigmentasyon

*İlgen Ertam*

14:45-15:00

Rejuvenasyon

*Recep Dursun*

15:00-15:15

Vücut şekillendirme

*Banu Taşkın*



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 | Van Evliya Çelebi MTAL Uygulama Oteli, Van

## BİLİMSEL PROGRAM

10 EYLÜL 2023, PAZAR

08:45-09:55

**OTURUM 26**

**SALON 1**

**BU ARA SIK GÖRÜYORUM**

*Oturum Başkanları: Kamer Gündüz, Asena Çiğdem Doğramacı, Gaye Sarıkan*

08:45-09:00

Sifiliz

*Zekai Kutlubay*

09:00-09:15

Skabies

*Aysun Aktürk*

09:15-09:30

HIV

*Arzu Kılıç*

09:30-09:45

HPV

*Kenan Aydoğan*

09:45-10:00

Tartışma

08:45-09:45

**OTURUM 27**

**SALON 2**

**DERİ KANSERLERİNDEN KORUNULABİLİR Mİ?**

*Oturum Başkanları: İlgem Ertam, Deniz Aksu Arıca*

08:45-09:00

Güneş koruyucular...

*Ayten Ferahbaş*

09:00-09:15

İlaçlar - takviyeler: Mitler ve gerçekler

*Filiz Topaloğlu*

09:15-09:30

HPV aşılı

*Bilal Doğan*

09:30-09:45

Tartışma

10:15-10:30

**KAPANIŞ TÖRENİ**



## BİLİMSEL PROGRAM

### SEÇİLMİŞ ELEKTRONİK POSTERLER

- PS-01** Atipik yerleşimli konfluent retiküler papillomatozis olgusu  
*Mehmet Beşir Doğan, Belkız Uyar, Elif Eriş, Mehmet Gamsızkan*
- PS-02** Travma ile tetiklenen bir liken aureus olgusu  
*Rumeysa Nimet Bayraktar, Sümeyye Güneş Takır, Belkız Uyar, Mehmet Gamsızkan*
- PS-03** Ordu ilinde ikinci basamak bir hastanede yapılan deri prick test sonuçlarının retrospektif değerlendirilmesi  
*Fatma Etgü*
- PS-04** Baseline characteristics and interim month 12 mNAPSI results in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis and concomitant nail psoriasis treated with biologics in the psoriasis study of health outcomes (PSoHO)  
*Büşra Akıncı, Alexander Egeberg, Andreas Pinter, Ronald Vender, Shirin Zaheri, Alan Brnabic, Christopher Schuster, Mohamed Elrayes, Catherine Reed, Elisabeth Riedl, Luis Puig*
- PS-05** Long-term efficacy of baricitinib in alopecia areata: 104-week results from BRAVE-AA1 and BRAVE-AA2  
*Soydan Ince, Maryanne Senna, Arash Mostaghimi, Manabu Ohyama, Rodney Sinclair, Yves Dutronc, Wen-Shuo Wu, Guanglei Yu, Chiara Chiasserini, Najwa Somani, Brett King*
- PS-06** Vemurafenib tedavisine bağlı fotosensitif ilaç reaksiyonu gelişen metastatik malign melanom olgusu  
*Özge Ay, Elif Eris, Belkız Uyar*
- PS-07** Yüzde kutanöz anjiosarkom olgusu  
*Hacer Keleş, Seda Koç Şahin*
- PS-08** Yüzde bier lekeleri  
*Öyküm Özalp, Emine Tuğba Alataş*
- PS-09** Nadir görülen bir nöroendokrin tümör olan merkel hücreli karsinom olgu sunumu  
*Burcu Bahar İnci, Didem Kazan*
- PS-10** Palpebral hiperkeratotik vegetatif plak: Palpebral pigmente seboreik keratoz olgu sunumu  
*Didem Kazan, Burcu Bahar İnci*
- PS-11** Over Kanserine eşlik eden Paraneoplastik Pemfigus  
*İlkay Özer, Sıddıka Fındık*



## BİLİMSEL PROGRAM

### SEÇİLMİŞ ELEKTRONİK POSTERLER

- PS-12** Wolf'un izotopik yanıtı: İyileşmiş herpes zoster bölgesinde ortaya çıkan morfea olgusu  
*Ferdi Öztürk, Batuhan Mustafa Demir, Şaduman Balaban Adım, Hayriye Sarıcaoğlu*
- PS-13** Microsporium canis'in neden olduğu genital yerleşimli bir kerion selsi olgusu  
*Ceylan Avcı, Samet Öner, Sevgi Akarsu, Turna İlknur, Ayşe Aydan Özkütük, Şebnem Aktan*
- PS-14** Primer lokalize kutan nodüler amiloidoz ve Sjögren sendromu birlikteliği: Olgu sunumu  
*Ceylan Avcı, Yağız Üstündağ, Banu Lebe, Şebnem Aktan*
- PS-15** Topikal 5- fluorourasil kullanımı sonrasında gerileyen in situ skuamoz hücreli karsinom olgusu  
*Yunus Emre Ulusoy, Ayşe Esra Koku Aksu, Duygu Yamen, Ebru Sarıkaya Tellal, Cem Leblebici*
- PS-16** Sırt yerleşimli dev bazal hücreli karsinom olgu bildirimini  
*Emir Aziz, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Emrah Ergin, Fügen Aker, Erhan Ekren*
- PS-17** Queyrat eritroplazisi  
*Muhammed Fatih Çelik, Emrah Ergin, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Nermin Koç, Yaşar Kaan Akgök*
- PS-18** Plazma hücreli mukozitin atipik bir tutulumu: Perianal bölge  
*Erdem Değirmenci, İlknur Kıvanç Altunay, Aslı Aksu Çerman, Birgül Özkesici Kurt, Pınar Özdemir Çetinkaya, Deniz Tunçel*
- PS-19** Multipl berrak hücreli akantom  
*İpek Özçelik, Göknur Özeydin Yavuz, Harbiye Dilek Canat, Nazlı Caf Gülleryüz, İbrahim Halil Yavuz, Zafer Türkoğlu, Begüm Çalım Gündüz, Derya Uçmak*
- PS-20** Granüler hücreli tümör olgusunun klinik, dermoskopik ve histopatolojik değerlendirmesi  
*Didem Kaçan, Ayşe Esra Koku Aksu, Vildan Manav Baş, Yavuz Selim Pilis, Cem Leblebici*
- PS-21** Ala nasi yerleşimli bazal hücreli karsinoma farklı bir cerrahi yaklaşım: Burrow greft tekniği  
*Umur Mert Yıldırım, Ozan Erdem, Elif Ekin Alpdoğan, Mehmet Salih Gürel*
- PS-22** Parotis metastazı olan malign melanom olgusu  
*İpek Şakir, Vildan Manav, Ebru Sarıkaya Tellal, Cem Leblebici, Ayşe Esra Koku Aksu*
- PS-23** Nadir görülen hızlı progresyon gösteren Kutanöz B hücreli lenfoma olgusu  
*Mehmet Turгут Bozkurt, Ayşe Akbaş, Fadime Kılınc, Selma Emre, Huban Sibel Orhun*



## BİLİMSEL PROGRAM

### SEÇİLMİŞ ELEKTRONİK POSTERLER

- PS-24** Nadir görülen bir varyant: Atipik fibröz histiyositom  
*Dilara Tuzcu, Ilknur Kivanc Altunay, Birgül Özkesici, Asli Aksu Çerman, Pınar Özdemir Çetinkaya, Fevziye Kabukcuoğlu, Cem Leblebici, Ömer Faruk Dilek*
- PS-25** Mikozis fungoides: Psöriaziform varyantlı olgu bildirimi  
*Emir Aziz, Kübra Budak, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Emrah Ergin, Gülistan Gümrükçü, Cansu Sönmez*
- PS-26** Verrüköz mikozis fungoides  
*Muhammed Fatih Çelik, Emrah Ergin, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı, Sinem Gürel, Fügen Aker, Erhan Ekren, Erva Bengü Balaban*
- PS-27** Linagliptin kullanımına bağlı gelişen büllöz pemfigoid olgu sunumu  
*Mehmet Gökalp Karasu, Tubanur Çetinarıslan, Aylin Turel Ermertcan*



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 , VAN  
VAN EVLIYA ÇELEBİ MİTAL UYGULAMA OTELI  
[www.doddermatoloji.org](http://www.doddermatoloji.org)



## SÖZLÜ SUNUMLAR



## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-01

### KOLON ADENOKARSİNOMUNUN CİLT METASTAZI

*Mustafa Esen<sup>1</sup>, Ferhat Coşkun<sup>2</sup>, İsa An<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Elazığ*

*<sup>2</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Şanlıurfa*

*<sup>3</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji, Şanlıurfa*

İç organ malign tümörlerinin deri metastazları, nadir olup yaygın hastalık ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Kolorektal karsinom (KRK) metastazlarının %4-6.5'inde cilt tutulumu görülmektedir. Kolon adenokarsinomunun rezeksiyonundan yaklaşık 6 ay sonra insizyon skarı çevresinde geniş metastatik odağı olan 53 yaşında bir erkek hasta olgusunu sunuyoruz.

53 yaşında erkek hasta cildiye polikliniğine karın yan duvarında bulunan ağrılı lezyonlar şikayetiyle başvurdu. Hastanın öyküsünde 1 yıldan beridir tıbbi onkoloji kliniği tarafından kolon karsinomu tanısı ile takip edildiği ve 6 ay önce opere edildiği öğrenildi. Operasyondan iki ay sonra insizyon yerinin çevresinde başlayan ve karın yan duvarına yayılan çok sayıda ağrılı şişlikler oluşmuş. Dermatolojik muayenede karın yan duvarında çok sayıda ağrılı eritemli sert nodüler lezyonlar saptandı. Lezyonlu derinin histopatolojik incelenmesinde intrastoplazmik müsin içeren taşlı yüzük morfolojisinde tamamiyle tümöral hücreler ile infiltrate ve immünohistokimyasal incelemede CDX2 ve CK20 pozitifliği saptandı. Mevcut bulgularla hastaya kolon adenokarsinom cilt metastazı tanısı konuldu. Hasta şu anda evre 4 kolon adenokarsinomu nedeniyle tıbbi onkoloji kliniği tarafından takip edilmektedir. KRK'nin en sık kutanöz metastaz bölgeleri primer malignitenin çıkarılmasını takiben karında oluşan cerrahi skar bölgeleri olup bunu ekstremiteler, perine, baş, boyun ve penis takip etmektedir. Kutanöz metastazlar genellikle kırmızı mor renkte, sert, mobil, ağrısız tek ya da multipl papül ve nodüller olarak ortaya çıkmaktadır. Bazen epidermal kistler, nörofibromlar, lipomlar, sikatriyel morfea benzeri plaklar, lenfoma, alopesik plaklar, zona benzeri lezyonlar ya da cilt enfeksiyonlarını taklit edebilmektedir.

Sonuç olarak, KRK hastalarını tedavi eden klinisyenler, uzun asemptomatik dönemden sonra bile cilt tutulumu aramalı ve tüm deri nodüllerine, iyileşmeyen ülserlere ve kalıcı endure eritemlere özel dikkat göstermelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kolon adenokarsinom, Cilt metastazı, Multipl Nodül



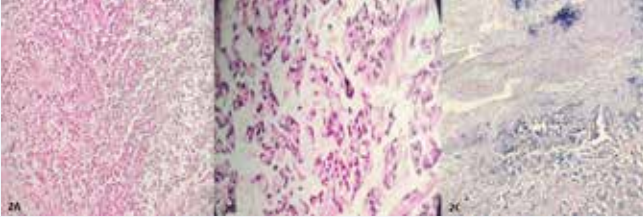
## SÖZLÜ SUNUMLAR

Resim 1



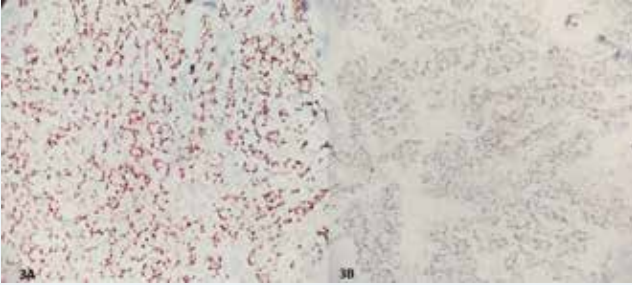
*Karın yan duvarında çok sayıda ağrılı eritemli sert nodüler lezyonlar*

Resim 2



*Taşlı yüzük morfolojisi gösteren ve intrasitoplazmik müsin içeren tümör hücreleri*

Resim 3



*İmmünohistokimyasal incelemede CDX2 ve CK20 pozitifliği*



## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-02

### ARSENİK MARUZİYETİ İLE İLİŞKİLİ OLMAYAN MULTIPL BOWEN HASTALIĞI VE DE NOVO SCC ?

*Ferdi Öztürk<sup>1</sup>, Ruken Yoltay<sup>1</sup>, Şaduman Balaban Adım<sup>2</sup>, Hayriye Sarıcaoğlu<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Uludağ üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilimdalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ üniversitesi, Tıbbi Patoloji, Bursa

**AMAÇ:** Bowen hastalığı(BH) ilk olarak 1912 yılında JT Bowen tarafından tanımlanan, derinin in situ yassı hücreli karsinomudur.Genellikle güneşe maruz kalan bölgelerde soliter bir lezyon olarak ortaya çıkmaktadır. Hastaların sadece %10-20'sinde multipl lezyon görülmektedir. Arsenik teması da BH gelişiminde oldukça önemlidir. Özellikle multipl BH'da temas sorgulanmalıdır.

**YÖNTEM:** Burada uzun yıllar güneş ışığına maruz kalan, arsenik teması olmayan 25 yıldır multipl Bowenle uyumlu lezyonları olan, 2 yıldır Bowen zemininden gelişmediğini düşündüğümüz SCC'si bulunan bir hasta sunulmaktadır.

**BULGULAR:** Seksen dört yaşında kadın hasta sol el sırtında ülsere akıntılı yara, yüzünde kabuklu yaralar ve ellerde siğiller şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede; sağ yanakta 5x5 cm eritemli zeminde hiperkeratotik plak, yüzde eritemli skuamli hiperkeratotik papüller, sol kaş lateralinde ortasında korn kutaneum bulunan 5x6 cm hiperkeratotik plak, sol el dorsalinde 10x5 cm akıntılı ülser, her iki elde verrüköz papüller mevcuttu. Sağ temporal bölge, sol kaş lateralindeki lezyonlardan alınan multipl biyopsiler BH; sol el dorsalindeki lezyondan alınan biyopsi SCC ile uyumlu raporlandı. Hipertansiyon dışında ek hastalığı ve immün yetmezliği olmayan hastanın soy geçmişinde özellik saptanmadı. Tetkiklerinde akut faz reaktan yüksekliği, lökositoz dışında özellik yoktu; toraks BT'sinde sağ akciğerde şüpheli nodül ve mediastende lenf nodları saptandı. Eldeki SCC'ye Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi tarafından total eksizyon ve greft uygulaması planlandı. Mediastende multipl LAP'ları, akciğerdeki nodülleri açısından hasta hala araştırma ve takip altındadır.

**SONUÇ:** Literatürde multipl BH arsenik maruziyetiyle ilişkilendirilmiş olsa da hastamızda olduğu gibi uzun yıllar güneş maruziyeti sonucu da ortaya çıkabilmektedir. Yüksek şüphe bulunan lezyonlardan farklı bölgelerden biyopsi alınarak malignite tanısının atlanmaması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Güneş hasarı,Multipl Bowen hastalığı,SCC

## SÖZLÜ SUNUMLAR

**Sağ temporal bölge Bowen hastalığı**



**Sol el dorsali SCC**



**Sol frontal Bowen hastalığı**





## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-03

### PARKİNSON HASTALIĞINA EŞLİK EDEN DERİ BULGULARI

*Fatma Etgü<sup>1</sup>, Tuba Şaziye Özcan<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Tıp fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

**AMAÇ:** Parkinson hastalığı (PH) temel olarak motor bozukluk olarak kabul edilse de hastaların %98.6'sında ağrı, terleme, sebore, uykusuzluk, depresyon ve dermatolojik hastalıklar gibi motor dışı bulgular da eşlik etmektedir (1, 2). Birçok deri hastalığı ve PH arasında ilişki gösterilmiştir (3, 4). Bizde bu çalışmada PH'na eşlik eden deri hastalıklarını incelemeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Haziran 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında polikliniğimize PH tanısı ile başvuran hastalar ile bilinen herhangi bir dermatolojik hastalığı olmayan sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alındı. Hasta ve kontrol grubunun demografik verileri kaydedildi ve detaylı dermatolojik muayeneleri yapıldı. İstatistiksel analizi SPSS 28 program ile yapıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 35 (14 kadın, 21 erkek) PH ile yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 35 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 72,14 +/- 8,11 idi. Hastalık sürelerinin ortalaması 4,89 +/- 2,78(1-10)yıl idi. Hasta ve kontrol grubu arasında eğitim durumu, cilt tipi (kuru/yağlı), cilt tonu, saç rengi, cilt kuruluğu, atopi hikayesi, bronzlaşmama durumu, benin deri tümörü varlığı ve eşlik eden dermatolojik hastalık sıklığı açısından fark yoktu. Hasta grubunda fungal enfeksiyon sıklığı kontrol grubundan fazla olsa da aradaki fark istatistiksel anlamlı değildi ( $p=0.051$ ). Hasta grubunda güneş yanığına meyilli olanların oranı ve seboreik dermatit sıklığı kontrol grubundan daha yüksekti ( $p=0.008$ ) ve ( $p=0.037$ ). Hasta grubunda hiperhidroz (%51.4) oranı kontrol grubundan (%8.6) daha fazlaydı ( $p<0.001$ ).

**SONUÇ:** Çalışmamızda parkinson hastalarında güneş yanığına meyil, hiperhidroz ve SD sıklığı kontrol grubundan fazlaydı ve sonuçlar mevcut literatürle uyumluymuştu. Dermatolojik problemler hastaların yaşam kalitesini ve kendilerine güvenlerini olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden PH eşlik eden deri hastalıklarının erken tanı ve etkili tedavisinin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** parkinson hastalığı, deri belirtileri, seboreik dermatit, hiperhidroz



## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-04

### HEMİPLEJİ VE HEMİPAREZİ HASTALARINDA HER İKİ VÜCUT YARISININ DERİ BULGULARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

*Nurşad Çifci<sup>1</sup>, Aysun Aktürk<sup>2</sup>, Zahide Yılmaz<sup>3</sup>, Serap Mulayim<sup>4</sup>, Enes Açıkbaş<sup>2</sup>, Ilgın Sade<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji kliniği, Kocaeli

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kocaeli

<sup>3</sup>Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji kliniği, Kocaeli

<sup>4</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

<sup>5</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kocaeli

**AMAÇ:** Hemipleji/hemiparezi vücudun sadece bir tarafında motor ve/veya duyu kaybının izlendiği nörolojik hastalıktır. Bazı dermatolojik hastalıkların hemiplejik/hemiparazik tarafta farklı seyrettiğini bildiren sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Çalışmamızda hemiplejik/hemiparazik hastalarda hangi deri hastalıklarının sık görüldüğünü ve her iki tarafta nasıl bir seyir gösterdiğini belirlemeyi amaçladık.

**METOD:** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan onay alındıktan sonra, Mart 2022 - Mart 2023 tarihleri arasında Nöroloji ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniklerinde takip edilen, 6 aydan uzun süredir hemipleji/hemiparezi olan 51 hasta çalışmaya dahil edildi. Sağlıklı ve hemiplejik/hemiparazik tarafta saptanan tüm dermatolojik bulgular SPSS 20.0 programında kaydedildi ve iki taraf bulguları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Toplam 51 hastanın 23 (45,1%)'ü kadın, 28 (54,9%)'i erkek olup, yaş aralığı 41-85 yaş (ort 65.00 ±11.38) olarak bulundu. Kırkaltı (%90.2) hastada deri bulguları vardı, 5 hastada herhangi bir bulgu tespit edilmedi. En sık kserosis ve onikomikoz izlendi ve simetrik yerleşimliydi. Hipotrikoz, siyanoz ve staz dermatiti hastaların hepsinde, kontak dermatit ise hastaların %75'inde sadece hemiplejik/hemiparezik taraftaydı. Psoriasis saptanan bir hastada ise bilateral lezyonlar vardı ama sağlam tarafta daha yoğundu. Eritema ab igne hastalardan birinde sağlam tarafta, diğerinde hemiplejik/hemiparazik taraftaydı. Tüm hastalarda tüm deri bulguları açısından sağlam taraf ve hemiplejik/hemiparazik taraf karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi (p>0.05).

**SONUÇ:** Çalışma grubumuzda en sık onikomikoz ve kserosis tespit edildi. Ayrıca hipotrikoz, siyanoz, staz dermatit ve kontak dermatitin hasta tarafta, psoriasis lezyonlarının ise sağlam tarafta daha yaygın olduğu görüldü. Çalışmamızda anlamlı bir farklılık tespit edemesek de, dermatolojik hastalıkların hemipleji/hemiparazik tarafta farklı seyir gösterebileceğini ve burada sinir sistemindeki değişikliklerin rolü olabileceğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** hemipleji, hemiparezi, psoriasis, hipotrikoz, siyanoz, staz dermatiti



## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-05

### MULTİPL AKROKORDONLARI OLAN OLGULARIN HEMOGRAM İNFLAMATUVAR PARAMETRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Ece Erbağcı, Sema Koç Yıldırım*

*Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Uşak*

**AMAÇ:** Akrokordonlar genellikle kıvrım bölgelerinde yer alan benign poliplerdir. Daha önce literatürde obezite, diyabet ve metabolik sendromun diğer komponentleri ile ilişkilendirilmiştir. Hemogram inflamatuvar parametrelerinin yüksekliği de metabolik sendrom ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada multipl akrokordonlu olgularda, hemogram inflamatuvar parametrelerinin yüksekliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmaya son 3 ay için polikliniğimize multipl akrokordonları nedeniyle başvuran, çalışmaya katılmaya onam veren ve klinik-laboratuvar bilgilerine ulaşılabilen olgular dahil edildi.

**BULGULAR:** Multipl akrokordonları olan, 30'u kadın 53 olgu çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 47, ortalama akrokordon sayısı 28.77, ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 32.54 idi. Olguların %58.5'i metabolik sendrom kriterlerinin karşılıyordu. Olguların hemogram inflamatuvar parametreleri değerlerinin ortalamalarına bakıldığında NLR (nötrofil/lenfosit oranı):2.87; PLR (platelet/lenfosit oranı):110.27; MLR (monosit/lenfosit oranı): 0.2; SII (sistemik immün inflamatuvar indeksi):747.78; SIRI (sistemik inflamatuvar yanıt indeksi):1.79; AISI (sistemik inflamasyon agregat indeksi):461.2; MPR (ortalama platelet hacmi /platelet sayısı):0.37; dNLR (derive NLR):1.22 bulundu.

**SONUÇ:** İnflamatuvar parametreleri de genel olarak yüksek seyreden akrokordonlu olgular, başta metabolik sendrom olmak üzere inflamasyonla ilişkili durumlar açısından risk grubunda kabul edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akrokordon, skin tag, inflamatuvar parametre



## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-06

### KRONİK SPONTAN ÜRTİKER HASTALARINDA LABORATUVAR BULGULARININ VE EŞLİK EDEN KOMORBİDİTELERİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

*Fatmagül Gülbaşaran*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir*

Psikiyatrik, otoimmün ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere bazı komorbiditelerin kronik ürtikerle ilişkili oldukları bildirilmiştir, ancak veriler yetersizdir. Bu çalışmanın amacı kronik ürtiker tanılı hastaların eşlik eden komorbiditelerinin ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesidir. Bu amaçla, üçüncü basamak dermatoloji polikliniklerimizde takip edilen kronik spontan ürtiker tanılı hastaların, demografik verileri, ürtiker klinikleri ile ilgili bilgileri, laboratuvar bulguları ve eşlik eden komorbidite bilgileri elektronik hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden retrospektif değerlendirilmiş ve elde edilen veriler tanımlayıcı analizlerle çalışılmıştır (IBM SPSS 25). Retrospektif tanımlayıcı bu çalışmaya bilgilerine ulaşılabilen 40 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %85'i kadın (34), %15'i (6) erkek ve yaş ortancası 54'tür (24-81±12,4). Kliniğimizde ilk kronik ürtiker tanısı aldıklarındaki yedi günlük ürtiker aktivite skorları, hastaların %65'inde (26) şiddetli, %15'inde (6) orta ve %20'sinde (8) hafiftir. Hastaların %12,5'inde diyabet, %17,5'inde bozulmuş açlık glukozu, %15'inde nötrofili, %25'inde IgE yüksekliği, %32,5'inde CRP yüksekliği, %42,5'inde eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği mevcuttu. Hastaların %32,5'inde kardiyak bir komorbidite, %25'inde pulmoner bir komorbidite, %15'inde psikiyatrik bir komorbidite mevcut iken, %35'inde gastrit tanısı konulmuştu. Yüzde 10'unda GGT enzimi yüksekliği, %10 unda böbrek fonksiyon testi yüksekliği, %28'inde tiroid testlerinde bozukluk vardı. Hastalarda ürtiker aktivitesinin şiddeti ya da eşlik eden angioödem varlığı ile klinik ölçümler ya da komorbiditeler arasında anlamlı ilişkiler elde edilmedi ( $p>0,05$ ). Bu tanımlayıcı çalışmada kronik spontan ürtiker hastalarında sık eşlik eden bozukluklar ortaya konulmuş olup, dermatologların potansiyel komorbiditeleri bilmesi ve bu hastaları multidisipliner bir yaklaşım ile takip etmesi fayda sağlayabilir. Bu konuda, bu çalışmada ortaya konulan komorbiditelerin risk faktörlerinin dengelendiği, uzun takip süreli, prospektif, kontrol gruplu çalışmalar fayda sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Komorbidite, kronik spontan ürtiker, laboratuvar değerleri, psikiyatrik hastalık, kardiyovasküler hastalık, tiroid bozukluğu



## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-07

### BAZAL HÜCRELİ KARSİNOMA HASTALARININ DEMOGRAFİK, DERMOSKOPİK VE HİSTOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ KESİTSEL ÇALIŞMA

*Didem Kazan*

*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**GİRİŞ:** Bazal hücreli karsinom (BHK), derinin en sık görülen melanom olmayan malign neoplazisidir. Epidermisteki bazal hücrelerden köken alır. Sıklıkla açık tenli, orta ve ileri yaş hastalarda güneş gören vücut bölgelerinde görülür. Nadiren de olsa saçlı deri, genital bölge gibi bölgelerde atipik prezentasyon izlenebilir. Dermoskopik inceleme bulguları dallanan damarlar, mavi ovoid yapılar, tekerlek benzeri yapılar, yaprak benzeri yapılar, yüzeysel erozyonlar, mavi-gri noktalar. Dermoskopik inceleme klinisyenlere tanı koymada kolaylık sağlasa da kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Bu çalışmada histopatolojik inceleme sonucunda bazal hücreli karsinoma tanısı alan hastaların demografik, dermoskopik ve histopatolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**METHOD:** Kliniğimize Ocak 2022- Temmuz 2023 tarihleri arasında başvuran ve histopatolojik inceleme sonucunda BHK tanısı alan toplam 87 hasta ve toplam 89 lezyon dahil edildi. Hastaların demografik, klinik, dermoskopik ve histopatolojik özellikleri hasta kayıt sisteminden ulaşılarak olgu rapor formlarına kayıt edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya 47 (%54) erkek ve 40 (%46) kadın olmak üzere toplam 87 hasta ve toplam 89 lezyon dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 59,3 + 4,7 yıl olarak hesaplandı. Hastaların demografik özellikleri Tablo-1 ' de özetlendi. En sık izlenen klinik şekil 40 (%44,9) lezyonda plak tip, en sık lokalizasyon 63 (%72,4) lezyonda yüz bölgesi olarak saptandı. Dermoskopik incelemede en sık dallanan damar yapıları 68 (%76,4) lezyonda izlendi. Histopatolojik değerlendirme sonucunda en sık 72 (%80,8) hastada nodülökistik tip saptandı.

**SONUÇ:** BHK sıklıkla ileri yaş ve açık tenli hastaları etkileyen derinin malign neoplazmidir. Dermoskopik inceleme BHK tanısında altın standart tetkik olan histopatolojik incelemenin yerini alamasa da klinisyenlere oldukça yardımcı olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** bazal hücreli karsinom, dermoskopi, histopatoloji





## SÖZLÜ SUNUMLAR

**Tablo-1:** Hastaların demografik özellikleri

Demografik özellikler	Hasta sayısı (n=87)
Cinsiyet	
Kadın	40 (%46)
Erkek	47 (%54)
Yaş (ortalama + standart sapma) yıl	59,3 + 4,7
Aktif sigara kullanımı olan	7 (%8)
Aktif alkol kullanımı olan	0 (%0)
Ek sistemik hastalık	
Hipertansiyon	43 (%49,4)
Diyabetes mellitus	37 (%42,5)
Hiperlipidemi	27 (%31)
Hipotiroidi	14 (%16)
Ek sistemik ilaç kullanımı	
ACEİ	34 (%39)
Metformin	20 (%22,9)
Levotiroksin	10 (%11,4)
İnsülin	5 (%5,7)
Geçirilmiş BHK öyküsü	5 (%5,7)
Geçirilmiş SHK öyküsü	1 (%1,1)
Ailede cilt kanseri öyküsü	
Var	3 (%3,4)
Yok	84 (%96,6)
Eşlik eden immun yetmezlik öyküsü	
Var (geçirilmiş renal transplanta sekonder)	1 (%1,1)
Yok	86 (%99,9)

## SÖZLÜ SUNUMLAR

**Tablo-2:** Lezyonların klinik, dermoskopik ve histopatolojik özellikleri

Klinik özellikleri	Toplam lezyon sayısı (n=89)
BHK klinik şekli	
Makül	5 (%5,6)
Papül	34 (%38,2)
Plak	40 (%44,9)
Nodül	10 (%11,3)
BHK boyutu	
<1 cm	35 (%39,3)
1-2 cm	45 (%50,5)
>2 cm	9 (%10,2)
BHK lokalizasyonu	
Yüz	63 (%72,4)
Boyun	21 (%23,5)
Saçlı deri	4 (%4,4)
Alt ekstremitte	1(%1,1)
Dermoskopik özellikleri	
Dallanan damar yapıları	68 (%76,4)
İnce kısa telenjektaziler	62 (%69,6)
Konsantrik yapılar	45 (%50,5)
Mavi-gri noktalar	39 (%43,8)
Ülserasyon	20 (%22,4)
Yaprak benzeri yapılar	13 (%14,6)
Tekerlek benzeri yapılar	5 (%5,6)
Histopatolojik özellikleri	
Nodülökistik tip	72 (%80,8)
Yüzeyel tip	10 (%11,2)
Ülseratif tip	7 (%8)



## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-08

### ATOPIK DERMATİT GÜNCEL PATOGENEZİ VE BİYOLOJİK AJAN DENEYİMLERİNİN LİTERATÜR TARAMASI

*Furkan Çalıcıoğlu, Ragıp Ertaş, Atıl Avcı, Yılmaz Ulaş*

*Kayseri Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Kayseri*

AD birbirinin etkisini güçlendiren 3 faktörle ortaya çıkar:

- Bozulmuş cilt bariyeri,
- Ciltteki antimikrobiyal aktivitenin azalması,
- Allerjenlere karşı artmış proinflatuar atopik yanıt.

Ciltteki kuruluk-kaşıntı kısır döngüsü, semptomları oluşturan kilit noktadır. Aile öyküsü ve filaggrin(FLG) genindeki mutasyonlar en güçlü genetik risk faktörleridir. 31 genin daha AD'de rolü olduğu gösterilmiştir. Bunlar doğal bağışıklık yanıtında ve T hücre fonksiyonlarının düzenlenmesinde görevli genlerdir.

Çevresel tetikleyicilerden en sık yün, hayvan tüyleri, besinler, hava kirliliği, aeroallerjenler suçlanmıştır.

AD'de akut dönemde Th2, kronik dönemde Th1 ağırlıklı inflamasyon oluşur. İnflamasyonda IL-4-5-13-22-31-33 özellikle rol oynar. IL-31 doğrudan kaşıntıya yol açarken; IL-4, pruritojenlere duyarlılığı artırır. JAK-STAT hücre içi sinyal iletimiyle; Th1'lerden IFN gama, Th17'lerden IL-17 ve 22, Th22'lerden IL-22 salınımı artırılarak keratinosit hiperplazisi oluşur. B, mast hücreleri, eozinofil ve bazofillerin inflamasyona katılmalarıyla IgE üretimi artar, stratum granulosumdaki sıkı bağlantılar işlevini yitirir, doğal nemlendirici faktörün oluşması engellenir, korneositlerin kohezyonu ve adezyonu kaybolur. Transepidermal su kaybı artar. Ciltte seramid, kolesterol ve uzun zincirli yağ asidi oranı azalır, deri pH'ı artar. Kutanöz mikrobiyom değişir, S.aureus kolonizasyonu ve enfeksiyon riski artar.

Dupilumab anti IL 4/13, tralokinumab ve lebrizumab anti IL-13, nemolizumab anti IL-31, fezakinumab anti IL-22, Upadatinib ve abrositinib selektif JAK1, barisitinib JAK1-2 inhibitörüdür.

Dupilumabın, EASI 75 ve POEM skorlarını iyileştirmede diğer biyolojilere üstün olduğu gösterilmiştir. (2020 eylül) JAK inhibitörleri ilk günlerden kaşıntıyı azaltmakta, iyileşme



## SÖZLÜ SUNUMLAR

ilk haftalarda ortaya çıkmaktadır. Son çalışmalarda JAK inhibitörlerinin; dupilumaba üstünlükleri gösterilmiştir.

IL-4 ve 13 ile birlikte IL-22 ve IL-31'in AD patogenezindeki rolü önem kazanmıştır. JAK inhibitörlerinin, şiddetli vakalardaki belirgin etkisi ve hızlı etki başlangıçları heyecan vericidir. Biyolojiklerin, sistemik immünespresiflerden daha güvenilir ve etkin oldukları gösterilmiştir; ancak tedavi maliyetleri yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Atopik dermatit, patofizyoloji, biyolojik ajanlar

### Ajan çalışmaları

Etki mekanizması	Biyolojik ajan	Çalışma	Katılımcı sayısı	Araştırılan parametreler
Anti IL4/13	Dupilumab	SOLO-1	671	IGA EASI 75  Pruritus skora DLQI (sekonder sonuçların notları)
	Dupilumab	SOLO-2	708	IGA EASI 75  Pruritus skora DLQI
	Dupilumab	LIBERTY AD CHRONOS	740	IGA EASI 75 Advers olaylar
	Dupilumab	Metite Deleuzan ve ark.	1491	EASI 90
	Dupilumab	Liencke ve ark.	138	EASI 50 EASI 75 POEM DLQI Pruritus skora Advers olaylar
	Dupilumab	Eric L. Simpson ve ark.	251 adolesan	IGA EASI 75 Advers olaylar
	Dupilumab	Amy S. Paller ve ark.	367 çocuk	IGA EASI 75 Advers olaylar
	Dupilumab	T. Torres ve ark.	169	EASI 75 EASI 90 Advers olaylar
	Dupilumab	Tahel Faehler ve ark.	11,189	DIOSD istisnâik inceleme
	Dupilumab	Cautin ve ark.	47	Dupilumaba bağlı gelişen psoriasis sistemik ilaçlar

## SÖZLÜ SUNUMLAR

### Ajan çalışmaları

	Daplanab	Christine ve ark.	101	sistemik iselenme Daplanaba bağlı gelişen yüz kızarıklığı. Sistemik iselenme
	Daplanab	Angie Sone ve ark.	42	Daplanaba bağlı gelişen baş-b boyun dermatiti, Sistemik iselenme
	Daplanab	Sonal ve ark.	9 çocuk	Daplanaba bağlı gelişen yüz kızarıklığı
	Daplanab	Christina ve ark.	5 iselenme	Daplanaba bağlı gelişen yüz kızarıklığı
<i>Anti IL-13</i>	Talokinab	ECZTRA 1-2	1590	IGA EASI 75 Advers olaylar  POEM DLQI SCORAD Practis skoru

### Ajan çalışmaları

	Talokinab	ECZTRA-1	380	Uyku kalitesi IGA EASI 75 Advers olaylar
<i>Oral sekelel JAK1 inhibitörü</i>	Abrasinab	JADE MONO-1	387	IGA EASI 75 Advers olaylar
	Abrasinab	Thomas ve ark.	838	Abrasinaba,Daplanaba ve plateletler karşılaştırılması
	Abrasinab	Kristian ve ark.	727	IGA ve EASI 75 Abrasinab ve daplanab karşılaştırılması  Practis skoru EASI 90
<i>Oral sekelel JAK1 inhibitörü</i>	Upadatinab	Messure UP-1	847	EASI 75  Practis skoru Advers olaylar
	Upadatinab	Messure UP-2	836	EASI 75  Practis skoru Advers olaylar
	Upadatinab	ADUp	901 yetişkin ve çocuk	EASI 75 Practis skoru Advers olaylar
	Upadatinab	Andree ve ark.	692	Upadatinab-Daplanab karşılaştırılması  EASI 75 EASI 90 EASI 100 Practis skoru Advers olaylar EASI 50
<i>Oral JAK 1, 2 inhibitörü</i>	Baricitinib	Guinea ve ark.	124	
	Baricitinib	PHLETA/AD 1-2	1210	IGA



## SÖZLÜ SUNUMLAR

### Ajan çalışmaları

	Barisitinib	BREEZE AD 1-2	1239	IGA Pruritus skoru DLQI Advers olaylar
	Barisitinib	BREEZE AD-4	463	EASI 75 Pruritus skoru Uyku kalitesi Advers olaylar
<i>Anti IL-31</i>	Nemolizumab	Jonathan ve ark.	264	Pruritus skoru Ekzematize yüzey alanı
	Nemolizumab	Kenji ve ark.	215	Pruritus skoru EASI 75 DLQI Advers olaylar
<i>Anti IL-13</i>	Lebrikizumab	Emma ve ark.	280	EASI IGA Pruritus skoru

### Ajan çalışmaları

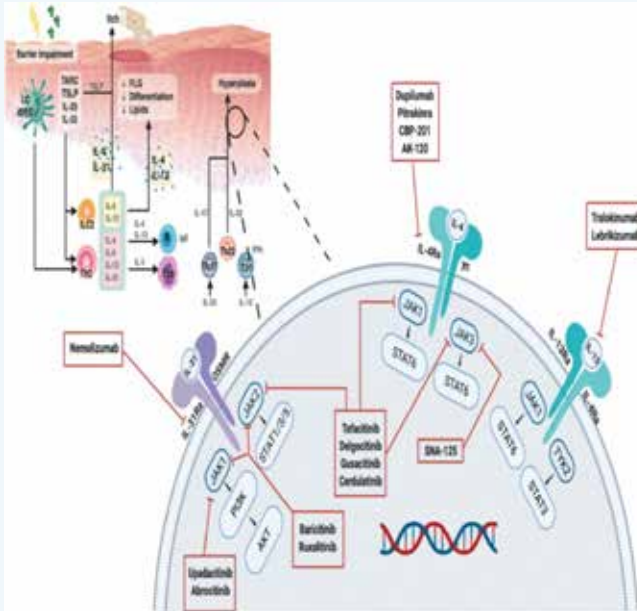
	Lebrikizumab	ADhere	211	Advers olaylar IGA EASI 75 Pruritus skoru Uyku kalitesi DLQI Advers olaylar
<i>Anti IL-22</i>	Fezakinumab	Emma ve ark.	70	SCORAD IGA Advers olaylar

## SÖZLÜ SUNUMLAR

### Biyolojik ajan

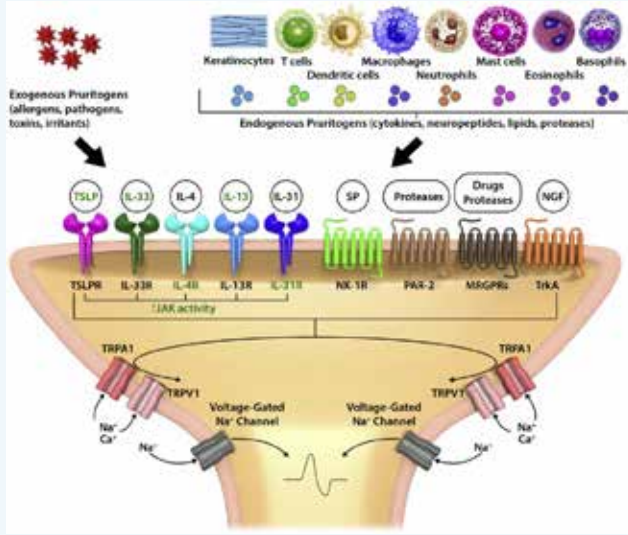
	Dapilimab 300 mg Q2W	Baricitinib 1 mg / 2 mg / 4 mg QD	Apremilast 300 mg / 200 mg QD	Upadacitinib 17 mg / 35 mg QD
<b>PDA Etkileşim</b>	4 ay ve üzeri Etiyoloji belirsiz psoriasis orta ile şiddetli AD	Orta-şiddetli	12 ay ve üzeri Psoriasis for akut mevcut olmayan hastalarda - şiddetli orta ile şiddetli AD	12 ay ve üzeri Psoriasis for akut mevcut olmayan hastalarda - şiddetli orta ile şiddetli AD
<b>ENBA Etkileşim</b>	6 ay ve üzeri Etiyoloji belirsiz psoriasis şiddetli AD 12 ay ve üzeri Etiyoloji belirsiz psoriasis orta ile şiddetli AD	18 ay ve üzeri Etiyoloji belirsiz psoriasis orta ile şiddetli AD	18 ay ve üzeri Psoriasis hastaları orta ile şiddetli AD	18 ay ve üzeri Psoriasis hastaları orta ile şiddetli AD
<b>TR Etkileşim</b>	12 ay ve üzeri Psoriasis hastaları orta ile şiddetli AD	18 ay ve üzeri Psoriasis hastaları orta ile şiddetli AD	18 ay ve üzeri Psoriasis hastaları orta ile şiddetli AD	12 ay ve üzeri Psoriasis hastaları orta ile şiddetli AD
<b>Diğer İlaçlar (TR)</b>	Yaklaşık 60 kg vücut ağırlığında hastalar orta-şiddetli psoriasis için, 600 mg/16.8 saat frekansıyla veya 1500 mg/16.8 saat frekansıyla, hasta ağırlığına bağlı frekanslarla ayarlanabilir. En yüksek doz 100 mg/16.8 saat.	Herhangi bir doz günde bir kez 4 mg/16.8 saat, 15 ay ve üzeri psoriasis için. Herhangi bir doz günde bir kez 2 mg/16.8 saat ayarlanabilir.	Psoriasis hastaları için günde bir kez 300 mg/16.8 saat veya 200 mg/16.8 saat frekansıyla ayarlanabilir. En yüksek doz 300 mg/16.8 saat.	Orta-şiddetli psoriasis için günde bir kez 17 mg veya 35 mg/16.8 saat frekansıyla ayarlanabilir. En yüksek doz 35 mg/16.8 saat. Adölesanlar için doz ayarlaması psoriasis için günde bir kez 17 mg/16.8 saat.
<b>Referanslar:</b> Dupilumab (TR) (16.11.2021), Upadacitinib (TR) (16.11.2022), Baricitinib (TR) (16.11.2022), Apremilast (TR) (16.11.2022)				

### Patofizyoloji

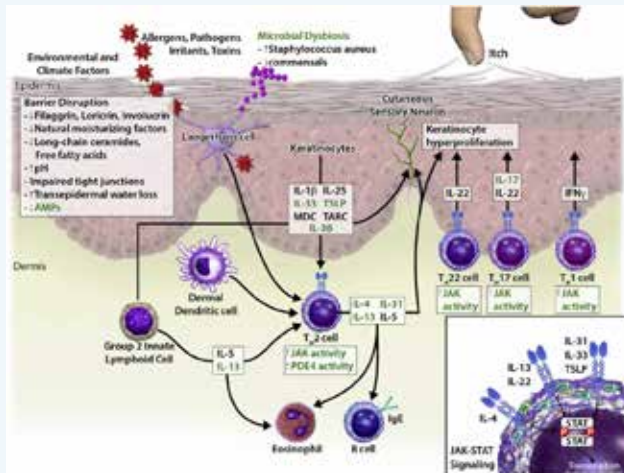


## SÖZLÜ SUNUMLAR

### Patofizyoloji



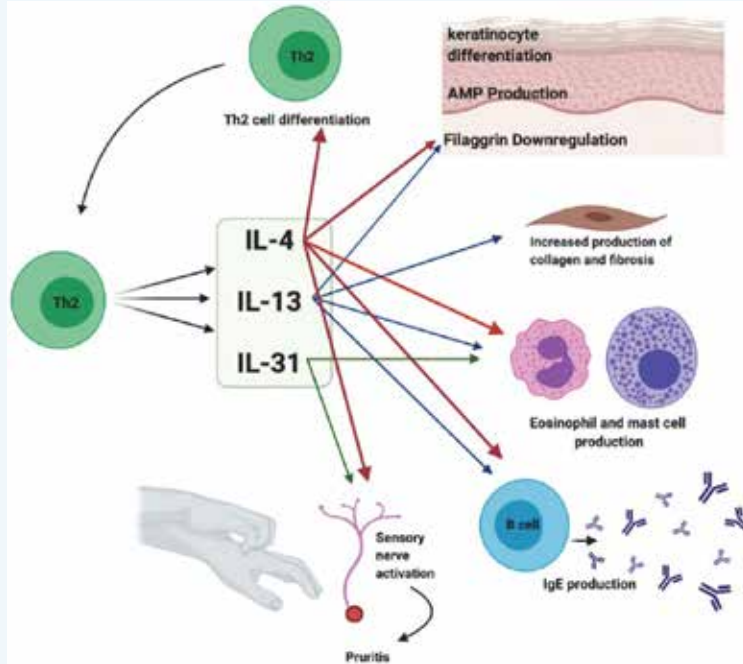
### Patofizyoloji





## SÖZLÜ SUNUMLAR

### Patofizyoloji





## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-09

### MİKOZİS FUNGOİDES HASTALARINDA EŞLİK EDEN KOMORBİDİTE VE İLAÇ KULLANIM ÖYKÜSÜNÜN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Ceylan Avcı<sup>1</sup>, Deniz İlker Öz<sup>1</sup>, Sevgi Akarsu<sup>1</sup>, Banu Lebe<sup>2</sup>, Şebnem Aktan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Mikozis Fungoides (MF) yama, plak ve tümörlerle karakterize, yavaş seyirli, derinin en sık görülen primer T hücreli lenfomasıdır. MF etyopatolojisi aydınlatılamamış olup son zamanlarda MF ile psoriasis ve TNF- $\alpha$  inhibitörleri başta olmak üzere bazı biyolojik tedaviler arasında bir ilişki olabileceği üzerinde durulmaktadır. Bu amaçla çalışmamızda kliniğimizde MF tanısı ile izlenen olgular kullandıkları ilaçlar ve eşlik eden hastalıklar açısından değerlendirilmiştir.

**YÖNTEM:** Ocak 2017- Haziran 2023 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniğinde, klinikopatolojik olarak MF tanısı alan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmada yaş aralığı 28-83 olan (ortalama: 57+/-15yaş) 28'i kadın toplam 50 hasta değerlendirildi (Tablo 1). MF hastalarının 4'ünde (%8) immunomodülatör ilaç (adalimumab, metotreksat, sertolizumab, siklosporin, dupilumumab) kullanım öyküsü mevcuttu. Psoriasis (2; %4) ve atopik dermatit (2, %4) tanısı olan hastaların yalnızca 1'inde biyopsi ile doğrulanmış psoriasis tanısı vardı. Adalimumab, metotreksat ve sonrasında sertolizumab kullanım öyküsü olan bir hastada deri tumorları olup tanı anında TNM evresi evre IIB olarak belirlenmişti. Siklosporin kullanım öyküsü olan bir hastada ise kötü prognoz belirtisi olan folikülotropik MF tanısı mevcuttu (Tablo 2).

**SONUÇ:** MF tanısı öncesi immunomodülatör ilaç kullanımı olan hastaların yalnızca birinde biyopsi ile psoriasis tanısının doğrulanmış olması nedeniyle diğer hastalarda MF'in olasılıkla tedavi öncesinde de mevcut olabileceğini düşünmekteyiz. İki farklı biyolojik ajan kullanımı olan hastanın MF tanı anında tumoral evrede olması biyolojik ajanların hastalığın hızlı progresyonuna yol açabileceği hipotezi ile uyumlu görünmektedir. MF'in birçok inflammatuar dermatozu taklit edebilmesi nedeni ile immunomodülatör tedavi başlanması planlanan hastalarda tedavi öncesinde biyopsi alınarak tanının doğrulanmasının en uygun yaklaşım olacağı düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Mikozis fungoides, psoriasis, atopik dermatit, immunomodülatör ilaç



## SÖZLÜ SUNUMLAR

**Tablo 1.** MF tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri

Hasta yaşı	57+/-15 (28-83)
Hasta cinsiyeti	28 (%56) kadın 22 (%44) erkek
Komorbiditeler	2 (%4)
Psoriasis	2(%4)
Atopik dermatit	15 (%30)
Hipertansiyon	6 (%12)
Koroner arter hastalığı	10(%20)
Hiperlipidemi	1 (%2)
Kronik pulmoner hast	0
İnflamatuvar bağırsak hast	
SLE	0
Tip I DM	0
Tip II DM	6 (%12)
Romatoid artrit	1 (%2)
HIV pozitifliği	0
İnsomnia	0
Depresyon	3 (%6)
Böbrek hastalığı	0
Hipotiroidi	7 (%14)
Hipertiroidi	0
İmmunomodülatör ilaç kullanımı	4 (%8)
MF deri tutulumu	T1a: 28 (%56) T2a:20 (%40) T3:1 Eritrodermi:1 (%2)



## SÖZLÜ SUNUMLAR

MF evreleme	Pautrier abseleri: 11 (%22) Halo lenfositler: 2 (%4) Ekzozitoz: 20 (%40) Orantısız epidermotropizm: 10 (%20) Dermal lenfositlerden büyük epidermal lenfositler: 4 (%8) Hiperconvolve intreepidermal lenfositler: 6 (%12) Bazal tabakada dizilmiş lenfositler: 9(%18) Histopatolojik folikülotropik varyant:9 (%18) Histopatolojik granülatöz varyant:0 Büyük hücre transformasyonu:0 İnterstisyel MF: 1 (%2)
Histopatolojik bulgular	Pautrier abseleri: 11 (%22) Halo lenfositler: 2 (%4) Ekzozitoz: 20 (%40) Orantısız epidermotropizm: 10 (%20) Dermal lenfositlerden büyük epidermal lenfositler: 4 (%8) Hiperconvolve intreepidermal lenfositler: 6 (%12) Bazal tabakada dizilmiş lenfositler: 9(%18) Histopatolojik folikülotropik varyant:9 (%18) Histopatolojik granülatöz varyant:0 Büyük hücre transformasyonu:0 İnterstisyel MF: 1 (%2)
İmmunohistokimyasal bulgular	CD2 ekspresyon kaybı: 37 (%74) CD3 ekspresyon kaybı:3 (%6) CD5 ekspresyon kaybı: 15 (%30) CD7 ekspresyon kaybı: 45 (%90) CD30 pozitifliği:7 (%14) CD4/CD8 oranı CD4 lehine artmış:45 (%90)

## SÖZLÜ SUNUMLAR

**Tablo 2.** İmmunomodulör tedavi öyküsü olan olguların klinik ve histopatolojik özellikleri

Hasta no	Yaş/ cinsiyet	Komorbiditeler	İmmunomodulör ajan/süre (ay)	Tanı sırasındaki MF kliniği	MF evre	Histopatoloji ve immunohistokimyasal inceleme
1	83/E	Atopik dermatit (histopatolojik tanı yok), tip II DM, HT, hipotiroidi	Dupilumab/2	Gövde ön-arka yüz, ekstremitelerde, saçlı deri ve yüzde yama ve plaklar/T2	Evre IA	Halo lenfositler, ekzositoz, CD30 pozitifliği, CD4/CD8 lenfosit oranı CD4 lehine artmamış
2	73/K	Psoriasis (histopatolojik tanı yok), HT, artrit	Adalimumab/60, MTX/24, sertolizumab/24	Sağ gluteal bölgede tumorlar, sırt, yüz ve sağ ayakta plaklar/T3	Evre IIB	Pautrier mikroapseleri, CD2 ve CD5 ekspresyon kaybı, CD4/CD8 lenfosit oranı CD4 lehine artmış
3	63/E	Psoriasis (histopatolojik tanı var), HT, HL, tip II DM	Adalimumab/3	Gövde ön-arka yüz ve ekstremitelerde yama ve plakla	Evre IB	Ekzositoz, CD2 ve CD7 ekspresyon kaybı, CD4/CD8 lenfosit oranı CD4 lehine artmış
4	56/E	Atopik dermatit (histopatolojik tanı yok), HL, Hipotiroidi	Siklosporin/2	Bacak, saçlı deride alopesi alanları, pektoral bölgede plaklar	Evre IB	Histopatolojik folikülotropik varyant, CD30 pozitifliği, CD4/CD8 lenfosit oranı CD4 lehine artmış



## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-10

### MELANOM DIŞI DERİ KANSERLERİNDE REKONSTRÜKSİYON TEKNİĞİ İLE CERRAHİ SINIR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

*Nevra Seyhan*

*Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**AMAÇ:** Melanom dışı deri kanserleri en sık görülen malign deri neoplazmlarındandır. Deri kanserlerinde, tümör hücreleri makroskopik olarak görülenden daha ileriye yayılmış olduğundan lezyonla birlikte bir miktar sağlam deride eksize edilir. Çalışmamızın amacı tümör eksizeyonu sonrası oluşan defektin onarımında kullanılan rekonstrüksiyon tekniği ile cerrahi sınır pozitifliği arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

**YÖNTEM:** 2017 Eylül- 2023 Mart tarihleri arasında cerrahi eksizeyon sonrasında melanom dışı deri kanseri patolojik tanısı alan ve takibi yapılan 353 hasta retrospektif incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tümör lokalizasyonu, histolojik tipi, eksizeyon sonrası cerrahi sınır kaydedildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 67,52 idi. Lezyonların %78'i baş-boyun bölgesinde, %12'si diğer bölgelerde lokalizeydi. Lezyonlar 0.5 cm sağlam sınırla eksize edildi. 236 hasta BCC, 117 hasta SCC tanısı aldı. Rekonstrüksiyonunda 132 hastada primer sütürasyon, 68 kısmi kalınlıkta deri grefti(STSG)82 tam kalınlıkta deri grefti(FTSG), 71 lokal flep kullanıldı. Ortalama takip süresi 18 aydı. BCC olgularının 61'inde (% 25,84), SCC olgularının ise 25'inde (%21,36) histopatolojik incelemede cerrahi sınırda tümör hücresi varlığı saptanması üzerine re-eksizeyon uygulanmıştır. Cerrahi sınır pozitifliği saptanan 61 BCC hastasından 24'ünde rekonstrüksiyon için STSG, 21'inde FTSG,12'sinde lokal flep kullanılmıştır. Cerrahi sınır pozitifliği saptanan 25 SCC hastasında eksizeyon sonrası oluşan defektin onarımında 9 STSG, 7 FTSG, 4 lokal flep kullanılmıştır. Re-eksizeyon materyallerinin histopatolojik incelemesinde cerrahi sınırda tümör hücresi saptanmamıştır.

**SONUÇ:** STSG daha büyük tümörlerin eksizeyonu sonrası oluşan geniş cilt defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanıldığından cerrahi sınır pozitifliğine daha sık rastlanmıştır. Derin rezeksiyonlardan sonraysa lokal flep uygulamaları tercih edildiğinden cerrahi sınır pozitifliği daha düşük oranda görülmüştür. Cerrahi sınırda tümör varlığında mutlaka re-eksizeyon uygulanmalı, tümörün temizlendiğinden emin olunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** melanom dışı deri kanseri, rekonstrüksiyon tekniği, cerrahi sınır



## SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-11

### MİKOZİS FUNGOİDESTE AKRAL BÖLGE TUTULUMU: EL VE AYAKTA YERLEŞEN LEZYONLARIN GENİŞ BİR SERİDE DEĞERLENDİRİLMESİ

*Tuğba Atıcı, Fatma Kübra Gül Çiftçi, Can Baykal*

*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı*

**AMAÇ:** Mikozis fungoidesin (MF) tüm evrelerinde akral tutulum nadir olup bu bölgede yerleşen lezyonların klinik özellikleri ve hastalığın evresiyle ilişkisi hakkında bilgiler sınırlıdır. Bu çalışmada geniş bir seride MF’de el ve ayakta yerleşen lezyonların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Tek dermatoloji merkezinde 2003-2023 yılları arasında izlenen MF hastaları akral (el ve ayak) bölge tutulumu açısından retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastaların demografik özellikleri, evrelemesi, alt tipi ve akral bölge lezyonlarının klinik özellikleri incelendi.

**BULGULAR:** Çalışma sürecinde 730 MF hastasının 16’sında (%2,2) akral tutulum mevcuttu. Hastaların %62,5’i erkek olup, MF tanı yaşı ortalama  $55,3 \pm 16,4$  yıl ve akral tutulum yaşı ortalama  $58,9 \pm 15,5$  yıl olarak saptandı. Hastalarda klasik MF (n=13) en sık görülen alt tip iken bunu sırasıyla folikülotropik (n=6), büllöz (n=2), siringotropik (n=1), poikilodermik (n=1) ve granümatöz (n=1) MF izlemekteydi. Hastaların bir kısmında sadece ayak (n=10) veya el (n=2) tutulumu mevcutken 4 hastada el ve ayak tutulumu bir aradaydı. Palmar bölgedeki lezyonların tamamı eritemli skuamli/hiperkeratotik papül/plak (n=3), plantar bölgedeki lezyonlar ise eritemli skuamli/hiperkeratotik plak (n=7), tümöral lezyon (n=6), mikropapüler lezyon (n=4), liken spinulosus benzeri papül (n=1) şeklindeydi. El sırtında tümöral lezyon (n=4), eritemli skuamli plak (n=1), ayak sırtında tümöral lezyon (n=2) ve eritemli skuamli papül/plak (n=2) mevcuttu. Hastaların %93,8 (n=15)’i ileri evre MF tanıyken, 13’ünde akral bölge lezyonlarına vücudun diğer alanlarındaki tümöral MF lezyonları eşlik etmekteydi.

**SONUÇ:** MF’de el ve ayak tutulumu ile ilgili günümüze kadar sınırlı sayıda olgu bildirimleri mevcuttur. İlk kez geniş bir seride akral tutulumun incelendiği çalışmamızda bu tutulumun çoğunlukla ileri yaş, erkek hastalarda ve hastalığın ileri evresinde görülmesi dikkat çekici bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** mikozis fungoides, el, ayak, akral



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 , VAN  
VAN EVLIYA ÇELEBİ İTAL UYGULAMA OTELİ  
[www.doddermatoloji.org](http://www.doddermatoloji.org)



**POSTER SUNUMLAR**





## POSTER SUNUMLAR

PS-01

### ATİPİK YERLEŞİMLİ KONFLUENT RETİKÜLER PAPİLLOMATOZİS OLGUSU

*Mehmet Beşir Doğan<sup>1</sup>, Belkız Uyar<sup>1</sup>, Elif Eriş<sup>1</sup>, Mehmet Gamsızkan<sup>2</sup>*

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

<sup>2</sup>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Düzce

**AMAÇ:** Konfluent retiküler papillomatozis(KRP), düzensiz keratinizasyondan kaynaklanan, tipik olarak gençlerin ve yetişkinlerin üst gövde ve boynunda yer alan asemptomatik hiperpigmente, birleşme eğilimi olan papüllerle seyreden bir hastalıktır. Bu olguyu nadir görülmesi ve atipik yerleşiminden dolayı sunmaktayız.

**YÖNTEM:** Gougerot ve Carteaud tarafından tanımlanan Konfluent retiküler papillomatozis alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden nadir görülen kronik bir hastalıktır. Hastalığın etyolojisi kesin bilinmemekle birlikte Pityrosporum'a anormal konak reaksiyonu, insülin direnci, Cushing hastalığı, tiroid hastalığı, hipofiz disfonksiyonu, UV ışığa maruz kalma hastalığın gelişiminde rol oynadığı öne sürülmüştür.

**BULGULAR:** 33 yaşında erkek hasta kliniğimize ağız içinde 1 aydır devam eden yara şikayeti ile başvurdu. Hastaya biyopsi ve dif inceleme yapılarak pemfigus vulgaris tanısı konuldu ve sistemik kortikosteroid başlamak için servisimize yatışı yapıldı. Sistemik kortikosteroid tedavisinin(40 mg metilprednizolon) 7.gününde sağ femur lateralinde kahverengi retiküler görünümde yama lezyon geliştiği izlendi. Lezyonun histopatolojik incelemesi konfluent retiküler papillomatozis tanısını destekler nitelikte sonuçlandı. Hastaya topikal izotretinoin ve eritromisin kombine preparatu başlandı. Tedaviden yaklaşık 1 ay sonra lezyonda tamamen gerileme izlendi.

**SONUÇ:** KRP, çoğunlukla genç erişkinlerde görülen nadir bir durumdur. Klasik olarak deriyle sınırlıdır ve merkezde multipl hiperpigmente maküller ve papüller şeklinde ortaya çıkar; ancak zamanla periferde retiküler tarzda plaklar oluşturmak üzere birleşebilir. En sık üst gövde ve aksillada görülür ancak omuzlar, kollar, antekubital ve popliteal fossalarda da oluşabilir. KRP tanısı klinik ve histopatolojik özelliklere göre konur. Olgumuz hastalığın klasik klinik görünümüne uymakla birlikte atipik lokalizasyonda ve sistemik steroid tedavisi altındayken ortaya çıkmıştı. Histopatolojik özellikler KRP için tipikti. Hastalığın tedavisi topikal ve sistemik tedavileri içerir. Sistemik tedavi olarak minosiklin, doksisisiklin,antifungaller,retinoidler,oral kontraseptifler ve fototerapi önerilmiştir. KRP tedaviye iyi yanıt verir, ancak tedavinin kesilmesinden sonra nüksler sık görülür.

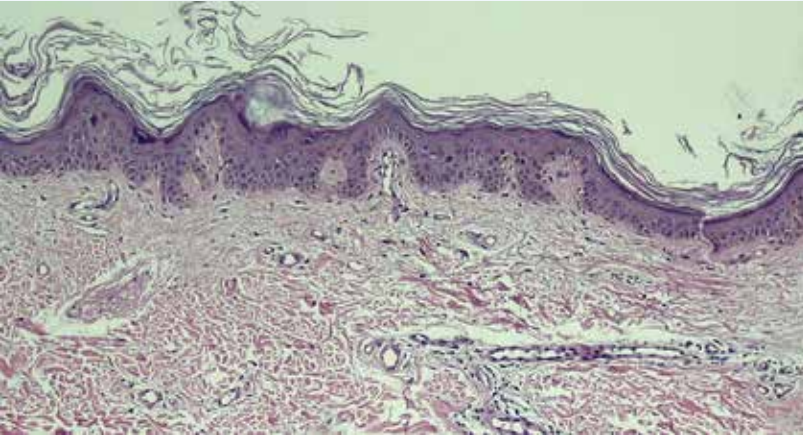
**Anahtar Kelimeler:** konfluent-retiküler, papillomatoz, atipik

## POSTER SUNUMLAR

Resim 1



Resim 2



*Kesitlerde yüzeyde hafif ortokeratoz, yer yer papillomatoz, minimal akantoz, retelerde hafif birleşme eğilimi ve bazalde hafif pigmentasyon artışı dikkati çekmiştir (H&E, x100).*



## POSTER SUNUMLAR

PS-02

### TRAVMA İLE TETİKLENEN BİR LİKEN AUREUS OLGUSU

*Rumeysa Nimet Bayraktar<sup>1</sup>, Sümeyye Güneş Takır<sup>1</sup>, Belkız Uyar<sup>1</sup>, Mehmet Gamsızkan<sup>2</sup>*

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

<sup>2</sup>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Düzce

**AMAÇ:** Liken aureus(LA), pigmente purpurik döküntüler ile sınıflanan nadir görülen kronik benign bir dermatozdur. LA genellikle daha genç erkek yetişkinleri etkiler ve tipik olarak tek taraflı bacakta lokalizedir, ancak çocukluk döneminde kollar, karın ve gövde gibi bölgelerde de ortaya çıkabilir. Bu posterimizde çocuk hastamızda nadir görülen unilateral alt ekstremitte posteriorunda travma sonrası ortaya çıkan liken aureus vakasını sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Liken aureus, çoğunlukla alt ekstremitte altın-kahverengi veya likenoid maküller ve papüller ile karakterize pigmente purpurik dermatozların (PPD) nadir bir şeklidir, ancak diğer bölgeler de etkilenebilir. Lezyonlar genellikle aniden ortaya çıkar, sabit kalır veya yavaş büyür. Histopatolojik olarak üst dermiste bant benzeri lenfositik infiltrasyon, eritrosit ekstrasvazasyonu ve hemosiderin birikimi ile karakterizedir. Dermoskopik olarak kahverengimsi zeminde, kırmızı, gri noktalar ve gri bir ağ özelliklerini gösterir.

**BULGU:** 8 yaş kadın hasta yaklaşık 2 yıl önce travma sonrası alt ekstremiteden başlayıp yukarı doğru yayılan lezyonlarla tarafımıza başvurdu.Dermatolojik muayenesinde sağ alt ekstremitte morumsu ve basmakla solmayan, farklı çaplarda plak ve yamalar mevcuttu. Hastanın bilinen bir hastalığı ve sürekli kullandığı ilaç mevcut değildi.Hastanın klinik bulguları liken aureus lehine değerlendirildi. Histopatolojik incelemesinde; dermoepidermal bileşkede bant tarzında lenfositik infiltrasyon,eritrosit çıkışı ve hemosiderin birikimi saptandı.

**SONUÇ:** Liken aureus, ilk kez 1958'de Marten tarafından tanımlanan, nadir görülen bir pigmente purpurik dermatoz çeşididir. Çocukluk liken aureusunun bazı ayırt edici özellikleri vardır. Genel olarak yetişkinlere göre daha az sıklıkta görülmekle birlikte gövde ve kollar gibi nadir görülen bölge tutulumu daha sıktır.Liken aureus'un etiyojisi bilinmemektedir; bununla birlikte, artmış kılcal fragilite, enfeksiyon, lokal travma, ilaçlar, gıda katkı maddeleri,venöz hipertansiyon,alkolizm vb faktörlerin hastalığı tetiklediği bildirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** aureus, çocuk, liken, purpurik, travma

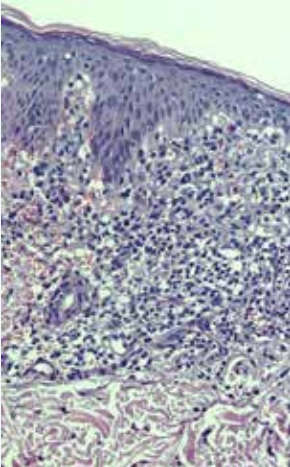
## POSTER SUNUMLAR

Resim 1



*sağ alt ekstremitede ve gluteal alanda kahverengimsi basmakla solmayan, farklı çaplarda makül ve yamalar.*

Resim 2



*Dermoepidermal bileşkede bant tarzında lenfositik infiltrasyon ve ekstravaze eritrositler (H&E, x200)*



## POSTER SUNUMLAR

PS-03

### ORDU İLİNDE İKİNCİ BASAMAK BİR HASTANEDE YAPILAN DERİ PRİCK TEST SONUÇLARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

*Fatma Etkü*

*Ordu Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği*

**AMAÇ:** Ordu ilinde ikinci basamak bir hastaneye başvuran ve deri prick testi yapılan hastaların test sonuçlarının değerlendirilmesi.

**YÖNTEMLER:** Çalışmaya dermatoloji polikliniğinde deri prick testi (DPT) yapılan 23 hasta dahil edildi. Test sonuçları retrospektif olarak incelenerek hastaların yaşları, cinsiyetleri, ön tanıları, testin uygulandığı mevsim ve prick testi sonuçları kaydedildi.

**BULGULAR:** Hastaların 15'si kadın, 8'i erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 30,8 (4-58) idi. 4 hasta 18 yaşından küçük idi. Test yapılma endikasyonları sırasıyla ürtiker, kronik pruritus, alerjik rinit (AR) ve geçirilmiş alerji öyküsü idi. Test pozitiflik oranları AR (%67), geçirilmiş alerji öyküsünde (%50), kronik pruritus (%29) ve ürtiker (%27) idi. 5 hastada ev tozu akarı 1 (*D. Pteronyssnus*) ve 2 hastada ev tozu akarı 2 (*D. Farinae*) ve ot karışımına, 1'er hastada ise kedi, köpek ve hamamböceğine karşı pozitif reaksiyon saptandı. Test pozitiflik oranı kadınlarda %33, erkeklerde %38 idi. Ürtikeri olan iki hastada iki, AR'i olan bir hastada üç alerjene karşı pozitiflik saptandı. 18 yaş altında olan AR tanılı bir hastada ot karışımına, ürtiker olan hastanın ise ev akarı 1 ve 2 ye karşı pozitif reaksiyonu vardı.

**TARTIŞMA:** Ülkemizde Giresun ve Niğde illerinde yapılan çalışmalarda en sık test endikasyonu AR iken bizim çalışmamızda ürtiker idi (1,2). Bizim sonuçlarımıza benzer olarak diğer çalışmalarda da en sık saptadıkları alerjen ev tozu akarı idi (1, 4). Çocuklarda yapılan çalışmada en fazla saptanan alerjen ev tozu akarı iken, ikinci sırada bitki polenleri gelmekteydi (3). Bir diğer çalışmada en sık endikasyon AR iken en sık saptanan alerjen ağaç ve ağaçsı polenler idi (2).

**Anahtar Kelimeler:** deri prick testi, alerji, ürtiker, alerjik rinit

## POSTER SUNUMLAR

### DPT





## POSTER SUNUMLAR

PS-04

### SAĞLIK SONUÇLARINA İLİŞKİN PSÖRİYAZİS ÇALIŞMASINDA (PSOHO) BİYOLOJİKLER İLE TEDAVİ EDİLEN ORTA İLA ŞİDDETLİ PLAK PSÖRİYAZİS VE EŞZAMANLI TIRNAK PSÖRİYAZİSİ TANILI HASTALARIN BAŞLANGIÇ ÖZELLİKLERİ VE 12. AY ARA DÖNEM MNAPSI BULGULARI

Alexander Egeberg<sup>1</sup>, Andreas Pinter<sup>2</sup>, Ronald Vender<sup>3</sup>, Shirin Zaheri<sup>4</sup>, Alan Brnabic<sup>5</sup>, Christopher Schuster<sup>5,6</sup>, Mohamed Elrayes<sup>5</sup>, Catherine Reed<sup>5</sup>, Elisabeth Riedl<sup>6</sup>, Luis Puig<sup>7</sup>, Büşra Akıncı (Non-author Presenter)<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Department of Dermatology, Copenhagen University Hospital, Bispebjerg, Copenhagen, Denmark

<sup>2</sup>Clinic for Dermatology, Venereology and Allergology, University Hospital Frankfurt, Frankfurt am Main, German

<sup>3</sup>Dermatrics Research, Inc., Hamilton, Canada

<sup>4</sup>HCA Healthcare, London, UK

<sup>5</sup>Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA

<sup>6</sup>Department of Dermatology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

<sup>7</sup>Department of Dermatology, IIB SANT PAU, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

<sup>8</sup>Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul, Turkey

**GENEL BİLGİLER:** Bu ara dönem analizinde 3 yıllık, uluslararası, prospektif, girişimsel olmayan bir kohort çalışması olan Sağlık Sonuçlarına İlişkin Psöriyazis Çalışmasına (PSOHO) alınan 1981 hastanın başlangıçtaki tırnak psöriyazisi (NP) belirtileri ve 12. aya (A12) kadar kaydedilen iyileşmeler açıklanmaktadır.

**YÖNTEMLER:** Çalışmaya  $\geq 6$  aydır orta ila şiddetli psöriyazisi olan ve biyolojik kullanmaya başlayan/biyolojikler arasında geçiş yapan yetişkinler dahil edilmiştir. Başlangıçta, modifiye Tırnak Psöriyazis Şiddet İndeksi (mNAPSI) kullanılarak değerlendirilen NP, var (mNAPSI $\geq 1$ ) veya yok (mNAPSI=0) olarak kategorize edilmiştir. Bu analiz, başlangıçta ve A12'de mNAPSI verileri olan hastaları içermektedir. A12'deki iyileşmeler, mNAPSI'de %50/100 iyileşme (mNAPSI50/100) kaydedilen hastaların oranı olarak tanımlanmıştır. Başlangıç verileri ANOVA veya Fisher Kesin Testi ile analiz edilmiştir. A12 verileri, yanıt vermeyen impütasyonu ile tanımlayıcı olarak analiz edilmiştir.

**BULGULAR:** Başlangıçta NP olan hastaların (n=263) %46.8'i (n=123/263) anti-IL-17A (ixekizumab: %76.4 [n=94], secukinumab: %23.6 [n=29]) ve %53.2'si (n=140/263) diğer



## POSTER SUNUMLAR

biyolojikler ile tedavi almıştır. NP olan hastalarda, NP olmayanlara kıyasla daha şiddetli deri hastalığı (PASI: 16.4 [8.9] - 14.2 [9.3],  $p=0.013$ ) ve daha yüksek psöriyatik artrit oranları (%29.7 - %14.0,  $p<0.001$ ) görülmüştür. Ayrıca, NP olan hastalarda ortalama (SS) mNAPSI 24.8 (21.9) olarak belirlenmiş, %47.9'unda ( $n=126/263$ ) orta ila şiddetli NP ( $mNAPSI\geq 20$ ) görülmüş ve en sık bildirilen NP özelliklerinin onkoliz/yağ damlası tipi diskromi (%78.3 [ $n=206/263$ ]) ve çukurlaşma (%77.9 [ $n=205/263$ ]) olduğu kaydedilmiştir.

A12'de, mNAPSI50/100 elde edenler sırasıyla anti-IL-17A ile tedavi edilen NP hastalarının %85.4/%55.3'ünü ve diğer biyolojiklerle tedavi edilen NP hastalarının %72.1/%42.9'unu oluşturmuş; başlangıçta mNAPSI $\geq 20$  kaydedilen hastalarda da benzer bulgular gözlenmiştir.

**Sonuçlar:** Bu ara dönem analizinde, klinik çalışmalarla tutarlı şekilde, gerçek yaşam koşullarında anti-IL-17A ile tedavi edilen hastaların yüksek oranlarında A12'de NP iyileşmeleri görülmüştür.





## POSTER SUNUMLAR

PS-05

### BRAVE-AA1 VE BRAVE-AA2'DEN BARİSİTİNİBİN ALOPEŞİ AREATADAKİ UZUN DÖNEM ETKİLİLİĞİNE İLİŞKİN 104 HAFTALIK BULGULAR

Maryanne Senna<sup>1</sup>, Arash Mostaghimi<sup>2</sup>, Manabu Ohyama<sup>3</sup>, Rodney Sinclair<sup>4</sup>, Yves Dutronc<sup>5</sup>, Wen-Shuo Wu<sup>5</sup>, Guanglei Yu<sup>5</sup>, Chiara Chiasserini<sup>5</sup>, Najwa Somani<sup>5</sup>, Brett King<sup>6</sup>, Soydan Ince (Non-author presenter)<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Lahey Hospital and Medical Center, and Harvard Medical School Boston, MA, USA  
<sup>2</sup>Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA  
<sup>3</sup>Kyorin University Faculty of Medicine, Tokyo, Japan  
<sup>4</sup>Sinclair Dermatology, Melbourne, Victoria, Australia  
<sup>5</sup>Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA  
<sup>6</sup>Yale School of Medicine, New Haven, CT, USA  
<sup>7</sup>Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul, Turkey

**AMAÇ:** Bu analizde, şiddetli alopesi areatada (AA) iki yıllık sürekli barisitinib tedavisi ile uzun dönem etkililik değerlendirilmiştir.

**YÖNTEMLER:** Faz 3 BRAVE-AA1/BRAVE-AA2 çalışmalarından elde edilen entegre veriler, Alopesi Şiddet Ölçeği (SALT) skorları  $\geq 50$  (saç derisinde  $\geq 50\%$  saç dökülmesi) olan, 104. haftaya kadar (H104) 2 mg veya 4 mg barisitinib almak üzere randomize edilen ve sürekli tedavi alan hastaları içermektedir. Analize 2 mg veya 4 mg ile tedavi edilen ve 52. haftada SALT skoru  $\leq 20$  (saç derisinde  $\leq 20\%$  saç dökülmesi) olan hastalar (H52; H52'de yanıt verenler) ve 4 mg barisitinib ile tedavi edilen ve H52'de SALT skoru  $> 20$  olan ancak önceki ziyaret veya ziyaretlerde SALT skoru  $\leq 20$  olarak kaydedilen ve/veya H52'de kaş/kırpikleri yeniden çıkan hastalar dahil edilmiştir. H104 sonuçları arasında SALT skoru  $\leq 20$ , Kaş ve Kırpik Dökülmesi için Klinisyen Tarafından Bildirilen Sonuçlar<sup>TM</sup> (ClinRO) skorları ise 0/1 (tam şekilde çıkma/minimal boşluklar) olan ve başlangıça göre  $\geq 2$  puanlık iyileşme (başlangıç skorları  $\geq 2$  olanlar arasında) elde eden hastaların oranları yer almaktadır. Veriler, tedaviyi bırakma sonrasında sansürlenmiştir.

**BULGULAR:** Barisitinib 4 mg veya barisitinib 2 mg ile tedavi edilen ve H52'de yanıt veren hastalar arasında sırasıyla 117/129 (%90.7) ve 58/65 (%89.2) hasta H104'te SALT skorunu  $\leq 20$  olarak korumuştur; başlangıçta ClinRO skorları  $\geq 2$  olan ve H52'de yanıt verenler arasında 67/80 (%83.8) ve 25/37 (%67.6) hastada H104 itibarıyla ClinRO Kaş (0,1), 55/68 (%80.9) ve 22/30 (%73.3) hastada ClinRO Kırpik (0,1) skorları kaydedilmiştir.



## POSTER SUNUMLAR

H52'de SALT skoru  $>20$  olan ve barisitinib 4 mg ile tedavi edilen 43/110 hasta (%39.1) H104'e kadar SALT skoru  $\leq 20$ 'ye ulaşmıştır.

**SONUÇLAR:** Şiddetli AA için barisitinibin etkililiği, H52'de yanıt verenlerde H104'te de korunmuştur. H52'de SALT skoru  $>20$  olan hastalarda etkililik artmıştır ve bu bulgu, bazı hastalarda maksimum yararın görülmesi için uzun dönem tedavi gerekebileceğini göstermektedir.



## POSTER SUNUMLAR

PS-06

### VEMURAFENİB TEDAVİSİNE BAĞLI FOTOSENSİTİF İLAÇ REAKSİYONU GELİŞEN METASTATİK MALİGN MELANOM OLGUSU

*Özge Ay, Elif Eris, Belkız Uyar*

*Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AnaBilim Dalı, Düzce*

**AMAÇ:** Son yıllarda klasik kemoterapilerin yanı sıra kullanımı giderek artan ve kanser patogeneğinde rol oynayan molekülleri hedef alan ajanlar mevcut olup bu tedavilerin kutanöz yan etkileri sıktır. Vemurafenib, V600E-BRAF mutant metastatik melanomlu hastaların tedavisi için onaylanmış hedefe yönelik tedavi ajanıdır. Bu bildiride vemurafenib ve cobimetinib kullanırken fotosensitivite reaksiyonu gelişen metastatik malign melanomlu bir olgu sunulmuştur.

**YÖNTEM:** Vemurafenib, hücre proliferasyonunu düzenlemede yer alan onkogen olan BRAF'ı inhibe eden, malign melanomlu hastaların tedavisinde kullanılan bir ajandır. Cobimetinib benzer şekilde metastatik melanomlu hastaların tedavisinde vemurafenib ile kombine kullanılan MEK inhibitörüdür. Yapılan çalışmalar vemurafenibin fotosensitif özelliklere sahip olduğunu göstermiştir. Bu özelliğinin BRAF inhibisyon aktivitesi ile ilgili olmayıp kimyasal yapısının sonucu olduğu düşünülmektedir.

**BULGU:** 2021 yılında malign melanom tanısıyla opere edilen 55 yaşındaki kadın hasta tarafımıza yüz ve ellerde kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Hasta malign melanom nedeniyle onkoloji tarafından vemurafenib ve cobimetinib tedavileri almaktaydı. Tedavi sonrası yüzünde ve ellerinde kızarıklık geliştiğini ve tedaviye ara verdiği dönemlerde gerilediğini belirtti. Dermatolojik muayenesinde; yüzünde özellikle yanaklarda, burun üstünde, ağız çevresinde yaygın eritem ve bilateral el dorsallerinden ekstremitte ekstansör yüzüne doğru ilerleyen eritemli yer yer büllöz özellik gösteren plaklar izlendi. İlaça bağlı fototoksik reaksiyon şeklinde değerlendirildi.

**SONUÇ:** Fotosensitif ilaçlar, ultraviyole (UV) radyasyon absorpsiyonu ile fototoksik veya fotoalerjik kimyasal reaksiyonları tetikleyerek kutanöz advers etkiler ortaya çıkarır. Klinikte; UV maruziyeti sonrası akut dönemde ciltte ani ısı hissi ve ödematöz eritem oluşurken geç dönemde güneş yanığı şeklinde kendini gösterir. Bu yan etkiler ciddi ve yaşamı tehdit edici olma eğiliminde olmayıp çoğu hastada tedavi kesilmesine gerek olmadan doz azaltımı ve/veya topikal tedavilerle kontrol sağlanmaktadır. Sonuç olarak vemurafenib ile tedavi edilen hastalara, ışık ile tetiklenen kutanöz reaksiyonlar hakkında bilgilendirme yapılmalı, güneşten koruyucu giysiler giymeleri ve geniş spektrumlu güneş kremleri kullanmaları önerilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** fotosensitivite, vemurafenib, malign melanom, kutanöz advers etki

## POSTER SUNUMLAR

Resim 1



Resim 2





## POSTER SUNUMLAR

PS-07

### YÜZDE KUTANÖZ ANJİOSARKOM OLGUSU

*Hacer Keleş<sup>1</sup>, Seda Koç Şahin<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Samsun

<sup>2</sup>Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, Samsun

Yumuşak doku sarkomları embriyolojik gelişim sırasında mezankimal hücrelerden gelişen fibröz doku, yağ dokusu, çizgili kas, düz kas, vasküler ve sinir dokularından kaynaklanırlar. Erişkin kanserlerinin yaklaşık %0.7'sini, çocukluk çağı kanserlerinin ise yaklaşık %6.5'ini oluşturan nadir görülen kanserlerdendir. Yumuşak doku sarkomlarının lokalizasyonu dikkate alındığında %12 baş boyun, %10 gövde, %13 üst ekstremitte, %65 alt ekstremitede yerleştikleri görülmektedir. En nadir yumuşak doku sarkomlarından birisi olan yumuşak doku anjiosarkomları multinoduler hemorajik kitleler olup, iyi forme damar yapılarından içsi, solid epitelioid görünümdeki hücrelere kadar değişik morfolojik görünüm gösterirler. Kan veya lenfatik damarlardan gelişir. Vücudun herhangi bir yerinde görülebilirler. Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) verilerine göre, 1966-1976 yılları arasında 366 anjiosarkoma vakasının yerleşim yeri dağılımı; deri 121(%33), yumuşak doku 89(%24), meme 30 (%8), karaciğer 31 (%8) olarak bildirilmiştir. Anjiosarkomlar; lenfödemle ilişkili veya ilişkisiz kutanöz anjiosarkom, memenin anjiosarkomu, yumuşak dokunun anjiosarkomu, radyasyonla ilişkili anjiosarkom olarak gruplandırılabilir. Lenfödemle ilişkisiz kutanöz anjiosarkom; en sık rastlanan anjiosarkom tipidir. Hastalar tipik olarak yaşlı erkektir ve tipik olarak baş ve boyunda yerleşir. Kutanöz anjiosarkomlarda prognoz kötüdür.

85 yaşında erkek hasta tarafımıza başvurduğunda yaklaşık 6 aydır burnunu da içine alacak şekilde yüzünün sağ tarafında giderek artan kızarıklık, sertlik ve şişlik şikayeti mevcuttu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde sağ gözün hemen altından başlamak üzere sağ yanakta ve burnun sağ yarısında eritemli infiltrate plak ve üzerinde yer yer papüller ve nodüller saptanmıştı. Hastadan punch biyopsi alındı ve biyopsi sonucu kutanöz anjiosarkom ile uyumlu olarak düşünüldü. Hastanın lezyonları yüzün önemli bir bölümünü kapladığı ve hastada metastaz da saptanmadığı için cerrahi tedavi düşünülmedi ve hastaya radyoterapi tedavisi başlandı.

**Anahtar Kelimeler:** kutanöz anjiosarkom, mezankimal hücreler, radyoterapi

## POSTER SUNUMLAR

Resim 1:



*Hastanın yüzünün sağ tarafında eritemli infiltrate plak üzerinde papül ve nodüller*

## POSTER SUNUMLAR

PS-08

### YÜZDE BİER LEKELERİ

*Öyküm Özalp, Emine Tuğba Alataş*

*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Muğla*

Bier lekeleri, küçük, düzensiz sınırlı hipopigmente maküllerdir. En sık 20-40 yaşları arasında görülmekle birlikte her yaşta görülebilir. Kadınlarda daha sıktır. Bier lekeleri, venöz hipertansiyona karşı küçük kutanöz damarların fizyolojik, vazokonstriktif cevabıdır. Klinik olarak lezyonlar çevresi basmakla solan eritemle çevrili küçük beyaz maküller şeklinde görülür. Bu maküller, etkilenen ekstremiteler yukarı kaldırıldığında kaybolur. Genellikle kollarda ve bacaklarda bulunur. Bier lekelerinin yüzde görülmesi literatürde nadirdir. Burada emosyonel stres sonrası başlayan ve bağ dokusu hastalığının eşlik ettiği, yüzde Bier lekeleri olgusunu sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Bier lekeleri, hipopigmentasyon, vazokonstrüksiyon, ANA pozitifliği, emosyonel stres

#### Bier lekeleri



*Başını eğmeden önceki hali*

## POSTER SUNUMLAR

### Yüzdeki bier lekeleri



*Hasta başını eğdikten sonra lezyonların belirginleşmesi*





## POSTER SUNUMLAR

PS-09

### NADİR GÖRÜLEN BİR NÖROENDOKRİN TÜMÖR OLAN MERKEL HÜCRELİ KARSİNOM OLGU SUNUMU

*Burcu Bahar İnci, Didem Kazan*

*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kütahya*

Merkel hücreli karsinom (MHK) derinin bazal tabakasında oluşan nadir görülen primer kutanöz nöroendokrin karsinomdur. MHK oldukça agresiftir ve nüks, lenf nodu ile uzak metastaz sıktır. Sıklıkla güneşe maruz kalan baş boyun bölgesinde görülür. Geniş cerrahi eksizyon ve lenf nodu diseksiyonu yapılarak agresif şekilde tedavi edilmelidir. Nadir görüldüğü için olgumuzu sunmayı planladık.

**OLGU:** 61 yaşında kadın hasta sol kolda 2 aydır olan hızla büyüyen kabarıklık nedeniyle başvurdu. Muayenesinde sol kolda zeminde telengiektazileri olan yüzeyden kabarıklık yaklaşık 2x2 cm çaplı nodüller lezyon mevcuttu. Hastanın 15/3/2023 tarihinde alınan insizyonel deri biyopsisi MHK olarak raporlandı. Hastaya 24/4/2023 tarihinde geniş eksizyonel biyopsi ve aksiller lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Lenfovasküler invazyon pozitifliği saptandı. Hastanın çekilen Pet-Bt'inde sol kol distalde maligniteyle uyumlu hipermetabolik kitle ve sol aksiller bölgede metabolik aktivite gösteren lenf nodu saptandı. Hasta radyasyon onkolojisi tarafından takip ediliyor. Aksiler bölgeye adjuvan radyoterapi açısından değerlendirilecek. Tıbbi onkoloji tarafından değerlendirilmesinde Pet-Bt tetkikinde metastaz saptanmayan hastaya kemoterapi planlanmadı ve takip önerildi.

**SONUÇ:** Merkel hücreli karsinom derinin primer nöroendokrin karsinomudur. Sıklıkla parlak bir yüzeye ve telanjiektazilere sahip, kırmızı-mor renkli, ağrısız, sert nodül olarak karşımıza çıkar. Ortalama başlangıç yaşı 69 olarak bildirilmiştir.

MHK'un tanısında en duyarlı immunhistokimyasal belirteç SK20'dir. Olgumuzda da SK20, sinaptotifizin, kromogranin a pozitif boyanma izlenmiştir.

Primer tedavi geniş cerrahi eksizyon ve lenfadenektomidir. Sentinel lenf nodu biyopsisinin ve postoperatif radyoterapinin nüksü azalttığını ve sağkalımı arttırdığını bildiren çalışmalar mevcuttur. MHK tedavisinde kemoterapinin rolü açık değildir.

Sonuç olarak, MHK ender görülen, nüksü ve mortalitesi yüksek malign deri tümörüdür. Geniş eksizyon ve onkoloji ile beraber yürütülecek multidisipliner bir tedavi yaklaşımı ile sağkalımın artırılacağı unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** merkel hücreli karsinom, primer nöroendokrin deri tümörü, sitokeratin 20

## POSTER SUNUMLAR

### Merkel hücreli karsinom klinik görünümü

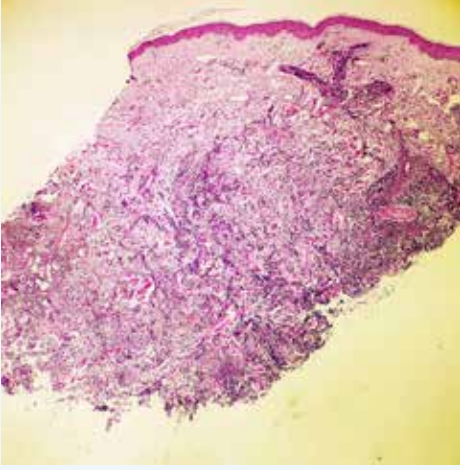


### Merkel hücreli karsinom kromogranin boyama



## POSTER SUNUMLAR

Merkel hücreli karsinom patoloji hematoksilen eozin boyama



Merkel hücreli karsinom sinaptofizin boyama





## POSTER SUNUMLAR

PS-10

### PALPEBRAL HİPERKERATOTİK VEGETATİF PLAK: PALPEBRAL PİGMENTE SEBOREİK KERATOZ OLGU SUNUMU

*Didem Kazan, Burcu Bahar İnci*

*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**AMAÇ:** Seboreik keratoz (SK) derinin sık görülen bir benign epidermal tümördür. Genellikle orta ve ileri yaş hastalarda baş ve boyunda izlenir. Palpebra da sık tutulum alanlarından biridir. Bizler bu sunumumuzda deri malign neoplazmalarını taklit eden, koyu kahverengi- siyah renkte vegetatif kitle şeklinde izlenen nadir bir palpebral pigmente seboreik keratoz olgumuzu sunmak istedik.

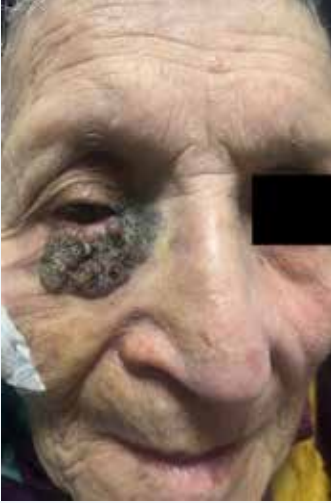
**OLGU:** Seksen dört yaş kadın hasta polikliniğimize 5-6 sene önce sağ göz alt kapağında gelişen ve yıllar içinde giderek büyüyen lezyon nedeniyle başvurdu. Hastadan alınan anamnezde kanama, ağrı, kaşıntı gibi subjektif şikayetlerin eşlik etmediği; ancak sağ gözünü kapatmada zorluk ve sağ göz kuruluğu olduğu öğrenildi. Yapılan dermatolojik muayenede sağ göz alt kapağını kirpik çizgisine kadar tamamen kaplayan, medial kantustan sağ göz üst kapağına uzanan, ancak konjonktivaya uzanım göstermeyen, yaklaşık 3,5 cm çaplı, koyu kahverengi - siyah renkte, keskin sınırlı, hiperkeratotik vegetatif plak izlendi. Alt göz kapağında ekzoftalmus saptandı. (Resim-1) Dermoskopik incelemede yoğun hiperkeratoza eşlik eden yer yer komedon benzeri açıklıklar, beyin gyrus benzeri yapılar ve milia benzeri yapılar izlendi. (Resim-2) İleri yaş hasta ve malignite şüphesi yüksek bir lezyon olması nedeniyle hastadan seboreik keratoz, seboreik keratoz benzeri malign melanom, pigmente bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom ön tanıları ile deri biyopsi alındı. Yapılan histopatolojik değerlendirme sonucunda pigmente seboreik keratoz tanısı konuldu.

**SONUÇ:** SK sık görülen bir benign epidermal tümördür. Tanısında sıklıkla klinik muayene ve dermoskopik inceleme yeterlidir. Bununla birlikte bazı hastalarda deri malign neoplazmalarını düşündürülen bir klinik görünüm olabilir. Bu durumda mutlaka histopatolojik inceleme ile kesin tanı konulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** seboreik keratoz, dermoskopi, histopatoloji

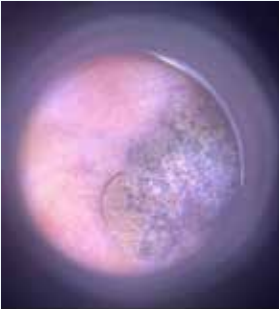
## POSTER SUNUMLAR

**Resim-1:** Hastanın dermatolojik muayenesi



*Sağ göz alt kapağını tamamen kaplayan ve medial kantustan üst göz kapağına uzanan, hiperkeratotik vegetatif plak*

**Resim-2:** Lezyonun dermoskopik incelemesi



*Yoğun hiperkeratoz, yer yer komedon benzeri açıklıklar, beyin gyrus benzeri yapılar ve milia benzeri yapılar*



## POSTER SUNUMLAR

PS-11

### OVER KANSERİNE EŞLİK EDEN PARANEOPLASTİK PEMFİGUS

*İlkay Özer<sup>1</sup>, Sıddıka Fındık<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı*

*<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı*

Paraneoplastik pemfigus; pemfigus olgularının %5'ini oluşturduğu düşünülen; benign ve malign lenfoproliferatif hastalıklarla ilişkili desmozomlara ve hemidesmozomlara karşı gelişen otoantikörlerin suçlu olduğu otoimmün nadir bir hastalıktır. Hastalık farklı klinik ve histopatolojileresahipoluparalarında pemfigus vulgaris, büllöz pemfigoid, eritema multiforme, liken planus ve graft versus host hastalığının yer aldığı hastalıklar ile karışabilmektedir. Oral mukozada ağrılı, sıklıkla hemorojik mukozal lezyonlar ilk semptom olup, gövdede, ekstremiteler proksimalleri ve baş boyunda; Nikolsky bulgusu pozitif vezikülo-büllöz lezyonlar ve/veya likenoid papül ve plakları içeren polimorfik karakterde deri lezyonları izlenebilmektedir. Paraneoplastik pemfigus en sık non Hodgkin lenfoma, kronik lenfosit lösemi, lenfoprolatif hastalıklara, gençlerde Castleman hastalığına, daha nadir olarak; timoma, Wladenström makroglobulinemisi, akciğer karsinomu, pankreas, mide karsinomuna eşlik ettiği bildirilmiştir. Bu bildiride over kanserine eşlik eden oral mukozada erode plakları nedeni ile takip edilen intravenöz immunglobulin tedavisine yanıt vermiş paraneoplastik pemfiguslu 62 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** over, pemfigus, paraneoplasi



## POSTER SUNUMLAR

PS-12

### WOLF'UN İZOTOPIK YANITI: İYİLEŞMİŞ HERPES ZOSTER BÖLGESİNDE ORTAYA ÇIKAN MORFEA OLGUSU

Ferdi Öztürk<sup>1</sup>, Batuhan Mustafa Demir<sup>1</sup>, Şaduman Balaban Adım<sup>2</sup>, Hayriye Sarıcaoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Wolf'un izotopik yanıtı: herhangi bir deri hastalığının iyileşme yerinde, ilk hastalıkla ilişkisiz bir deri hastalığının ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır. Bu fenomenin en yaygın primer deri hastalığı herpes zoster olmakla birlikte çeşitli hastalıklar tanımlanmıştır.

**YÖNTEM:** Bu bildiriye zona sonrası gelişen morfea olgusu sunulmaktadır. Kırkaltı yaş kadın hasta göğüs sağ yan ve sağ lomber bölgede deride renk değişikliği ve deri altında sertlik şikayeti ile başvurdu, hastanın iki ay önce aynı bölgelerde hemorajik krutlu herpes zoster tanısı ile tedavi aldığı öğrenildi.

**BULGULAR:** Hastanın endüre lezyonlarından alınan biyopsisi morfea ile uyumluydu. Mevcut klinik ve histopatolojik bulgular ile hastaya iyileşmiş herpes zoster bölgesinde "Wolf'un izotopik yanıtı morfea" tanısı konmuştur. Wolf'un izotopik yanıtının patogenezi hala belirsizliğini korumaktadır. İyileşmiş herpes zoster bölgesinde çeşitli deri lezyonlarının ortaya çıktığı tanımlanmıştır. Granümatöz dermatit ve granüloma annulare'nin en yaygın ikincil hastalıklar olduğu bildirilmiştir. Morfea, iyileşmiş herpes zoster bölgesinde gelişebilir ve literatürde bu tür birkaç olgu bildirilmiştir.

**SONUÇ:** Bu olgu vesilesi ile iyileşmiş herpes zoster bölgesinde izotopik yanıt olarak morfea da gelişebileceğinin akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** İzotopik Yanıt, Postzoster Morfea, Wolfiun İzotopik Yanıtı



## POSTER SUNUMLAR

PS-13

### MICROSPORUM CANIS'İN NEDEN OLDUĞU GENİTAL YERLEŞİMLİ BİR KERİON SELSİ OLGUSU

Ceylan Avcı<sup>1</sup>, Samet Öner<sup>1</sup>, Sevgi Akarsu<sup>1</sup>, Turna İlknur<sup>1</sup>, Ayşe Aydan Özkütük<sup>2</sup>, Şebnem Aktan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Burada genitofemoral bölgede *Microsporum canis*' e bağlı gelişen bir kerion selsi olgusu, nadir lokalizasyonu nedeniyle sunulmaktadır.

**OLGU:** 23 yaşındaki kadın hasta, bir ay önce sağ uyluk iç yüzde sivilce şeklinde başlayarak genital bölge ve kasıklara yayılan ağrılı kaşıntılı kızarıklık kabarıklıklar yakınması ile polikliniğimize başvurmuştur. Birkaç gün kullandığı topikal kortikosteroidden fayda görmediğini ve şikayetlerinin şiddetlendiğini belirtmiştir. Sağ uyluk iç yüzde, perineal ve suprapubik bölgede eritemli ödemli zeminde hemorajik krustalar, perifoliküler papül ve püstüller ile ağrılı abseler belirlenmiştir (Resim 1). Lökositoz ( $15.7 \times 10^3/\mu\text{l}$ ), nötrofili (%78.1), eritrosit sedimentasyon hızı (48 mm/h) ve CRP (58 mg/L) yüksekliği, sifiliz ve HIV negatifliği saptanmıştır. Aspirat kültürü alındıktan sonra başlanan sistemik klindamisin+siprofloksasin ile klinik ve laboratuvar gerilemeye rağmen tam klinik yanıt alınamamıştır. Üç hafta sonra kültürde *M.canis* üremesi (Resim 2) nedeniyle tedavisi sistemik terbinafin 250 mg/gün, topikal terbinafin ve sertakonazol olarak düzenlenmiş, iki ay sonrasında halen tam yanıt olmadığı için itrakonazol 200mg/gün olarak değiştirilmiştir. Bir ay sonrasında hiperpigmentasyon ve hipertrofik sikatrisyel alopesi alanları ile gerileme izlenmiştir (Resim 3).

**SONUÇ:** Tinea profunda'nın bir alt tipi olan "kerion selsi", sıklıkla prepubertal dönem çocuklarda saçlı deride dermatofitlere karşı gelişen ve şiddetli enflamasyon ile karakterize hücresel aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Genital bölge tutulumu oldukça nadir olup etkenler arasında *Trichophyton mentagrophytes*, *M. canis*, *T. verrucosum* ve *T.erinacei* bildirilmiştir. Genellikle köpekler ve kediler gibi evcil hayvanlarla temasla ilişkilidir. Olgumuzda *M. canis*'in olası kaynağı olarak köpek teması mevcuttu. Kerion, başta piyodermiler olmak üzere birçok farklı dermatozu taklit ederek tedavinin gecikmesine ve sikatrisyel alopesiye neden olabilir. Bu nedenle benzeri olgularda tinea profunda tanısının akılda bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Microsporum canis*, tinea profunda, kerion selsi



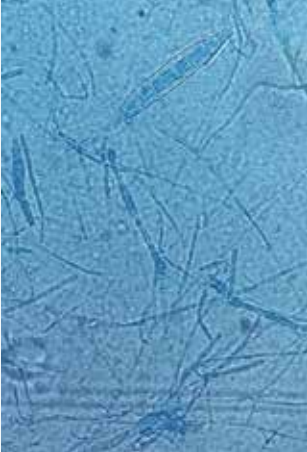
## POSTER SUNUMLAR

**Resim 1**



*Sağ uyluk iç yüzde, perineal ve suprapubik bölgede eritemli ödemli zeminde hemorajik krustalar; perifoliküler papül ve püstüller ile ağırlı abseler*

**Resim 2**



*Abseden alınan aspirat kültüründe üreyen Microsporum canis'e ait kalın duvarlı fusiform makrokonidya*

## POSTER SUNUMLAR

Resim 3



*Postenflamatuvar hiperpigmentasyon ve hipertrofik sikatrisyel alopesi alanları*



## POSTER SUNUMLAR

PS-14

### PRİMER LOKALİZE KUTAN NODÜLER AMİLOİDOZ VE SJÖGREN SENDROMU BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

*Ceylan Avcı<sup>1</sup>, Yağız Üstündağ<sup>1</sup>, Banu Lebe<sup>2</sup>, Şebnem Aktan<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir*

*<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir*

**AMAÇ:** Nodüler amiloidoz, primer lokalize kutan amiloidoz grubunun nadir görülen alt tipi olup, gövde ve ekstremitelerde sertleşmiş, mumsu plaklar veya sarımsı nodüller ile karakterizedir. Primer nodüler lokalize kutan amiloidoz (PNLKA), çeşitli otoimmün hastalıklara eşlik edebilmektedir. Burada 10 yıldır Sjögren tanısı ile izlenmekte olan ve ekstremiteler ve gövdedeki lezyonlarla nodüler amiloidoz tanısı olan 45 yaşında bir kadın olgu sunulmaktadır.

**OLGU:** Sjögren sendromu tanısıyla hidroksiklorokin ve metotreksat kullanım öyküsü olan 45 yaşında kadın olgu 5 yıl önce bacaklarda başlayıp gövdeye yayılan kabarıklar şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik bakışında bilateral pretibial bölgede guttat ve nummular büyüklükte, sırt ve sol lomber bölgede guttat büyüklükte balmumu kıvamında kahverengi-sarı nodüller saptandı (Resim 1). Lezyondan alınan insizyonel biyopsi amiloidozis ile uyumlu olup pas, kongo kırmızısı ve kristal violet ile boyanma saptandı. Kappa ve lambda ile dermal oldukça az sayıda plazma hücresinde polipitik boyanma izlendi. Sistemik amiloidozis açısından yapılan tetkiklerinde tutulum saptanmadı. Klinik, laboratuvar ve histopatolojik incelemelerin sonucunda hasta PNLKA olarak değerlendirildi. Yeni lezyon çıkışları olan hastaya topikal kalsipotriol+betametazon ve kriyoterapi başlandı.

**SONUÇ:** PNLKA oldukça nadir olup, bildirilen olguların %25'i Sjögren sendromu ile ilişkilidir. Lezyonların klinik ve histopatolojik benzerliği nedeniyle primer sistemik amiloidozdan ayırımının yapılması önemlidir. Bu nedenle fizik bakı, hemogram, metabolik panel, serum-idrar elektroforezi ve immünfiksasyon, kemik iliği örnekleme, ekokardiyogram tetkikleri yapılmalıdır. PNLKA, Sjögren sendromu dışında CREST, sistemik skleroz ve sistemik lupus eritematozus gibi diğer bağ doku hastalıkları ile birlikte tanımlanmıştır. Hastalarda %1-7 oranında sistemik amiloidoza ilerleme riski olduğundan uzun süreli izlem gereklidir. Bu olgu PNLKA'nın nadir görülmesi ve PNLKA ve Sjögren sendromu birlikteliğine dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Primer nodüler lokalize kutan amiloidoz, sistemik amiloidoz, Sjögren sendromu

## POSTER SUNUMLAR

Resim 1



*Bilateral pretibial bölgede guttat ve nummular büyüklükte balmumu kıvamında kahverengi-sarı nodüller*



## POSTER SUNUMLAR

PS-15

### TOPIKAL 5- FLUOROURASİL KULLANIMI SONRASINDA GERİLEYEN İN SİTU SKUAMOZ HÜCRELİ KARSİNOM OLGUSU

*Yunus Emre Ulusoy<sup>1</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>, Duygu Yamen<sup>1</sup>, Ebru Sarıkaya Tellal<sup>1</sup>, Cem Leblebic<sup>2</sup>*

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

**GİRİŞ:** Kutanöz skuamoz hücreli karsinom (SCC); keratinositlerden köken alan bir kanser türü olup derinin en sık görülen 2. kanseridir. Tedavide altın standart cerrahi eksizyondur fakat düşük riskli in situ SCC ve ameliyatı kabul etmeyen hastalarda topikal tedaviler de kullanılabilir. En sık kullanılan topikal ajanlar 5-fluorourasil (5-FU), imiquimod ve trikloroasetik asittir.

**OLGU:** Altmış üç yaşında kadın hasta tarafımıza 3 yıldır olan, elde kabuklu yara şikayetiyle başvurdu. Bilinen kronik rahatsızlığı ve travma öyküsü bulunmayan hastanın dermatolojik muayenesinde sol el 5. parmakta zemini parlak eritemli, kanamalı üzerinde 2 cm çaplı, hiperkeratotik korn olan lezyon saptandı (Resim 1). Hastadan alınan punch biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesi proliferatif aktinik keratoz olarak sonuçlandı. Hasta eksizyon açısından plastik cerrahiye yönlendirildi. Eksizyon için parmak amputasyonu gerektiği için plastik cerrahi öncelikle daha geniş ve derin biyopsi tekrarı önerdi. Alınan insizyonel biyopsi sonucu bowenoid tipte aktinik keratoz olarak sonuçlandı. Yapılan manyetik rezonans görüntüleme herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya topikal %5 5-FU krem başlandı ve 1 ay aralıklarla takip edildi. Takiplerinde invazif SCC açısından en infiltratör olan alandan 2 kez insizyonel rebiyopsi yapıldı ve ikisi de in situ SCC olarak sonuçlandı. Hastanın lezyonları topikal 5-FU ile düzelmeye başladı ve 6 ay içerisinde tamamen geriledi (Resim 2, 3).

**SONUÇ:** Cerrahi prosedür uygun olmayan in situ SCC olgularında topikal 5-FU alternatif bir tedavi olarak değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** 5-Fluorourasil, aktinik keratoz, SCC

## POSTER SUNUMLAR

**Resim 1**



*Hastanın ilk başvuru anı.*

**Resim 2**



*Hasta topikal 5-FU kullanmaya başladıktan sonra takipte 2.ay.*

**Resim 3**



*Hasta topikal 5-FU kullanmaya başladıktan sonra takipte 6.ay.*



## POSTER SUNUMLAR

PS-16

### SIRT YERLEŞİMLİ DEV BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM OLGU BİLDİRİMİ

*Emir Aziz<sup>1</sup>, Şirin Yaşar<sup>1</sup>, İlkin Zindancı<sup>1</sup>, Emrah Ergin<sup>1</sup>, Fügen Aker<sup>2</sup>, Erhan Ekren<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

*<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul*

Bazal Hücreli Karsinom (BHK), en sık görülen nonmelanositik deri kanseridir. Epidermin bazal tabakasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Büyüme hızı yavaştır, nadiren metastaz yapar ancak komşu dokuları infiltre ederek lokal tahribata neden olabilir. Fonksiyonel ve kozmetik morbiditeye neden olabilir. Klinikopatolojik ve histopatolojik olarak çeşitli alt tipleri tanımlanmıştır. Bunlar nodüler BHK, yüzeysel BHK, morfeiform BHK, infiltratif BHK, Pinkus'un fibroepitelyoması, mikronodüler BHK ve bazoskuamöz BHK'dır. Risk faktörleri arasında ultraviyole ışık maruziyeti (en önemli risk faktörü), iyonize radyasyon, çeşitli kimyasal maddeler, açık tenli olmak, çeşitli genetik sendromlar ve immunsupresyon yer almaktadır. Ortalama görülme yaşı 68 olup sıklıkla güneşe maruz kalan alanlarda görülmektedir. En sık baş ve boyuna yerleşir, bunu gövde ve ekstremiteler takip eder. Olgumuz 63 yaşında erkek hasta sırt bölgesinde 15x15 cm ebatlarında keskin sınırlı eritemli yamanın orta bölgesinde 3x5 cm ebatlarında ülsere nodüler lezyon ile tarafımıza başvurdu. Hasta sırt bölgesine herhangi bir kronik güneş maruziyeti tariflememekteydi.. Hastadan bazal hücreli karsinom ve Bowen zemininde skuamöz hücreli karsinom ön tanılarıyla iki adet punch biyopsi alındı. Biyopsi sonucunda yüzeysel tip bazal hücreli karsinom lehine değerlendirilmiştir. Yüzeysel tip bazal hücreli karsinom en sık görülen ikinci alt tip olup olguların yaklaşık %10 kadarında görülmektedir. Diğer tiplere nazaran gövde bölgesinde daha fazla görülmektedir ve ortalama görülme yaşı 57 olup diğer tiplere göre daha erken yaşlarda görülmektedir. Hastamıza tedavi olarak lezyonun total eksizyonu planlandı. Olgumuzu bazal hücreli karsinomun sırtta görülen bir varyantı ve tümör boyutları nedeniyle bildirmeye değer bulduk.

**Anahtar Kelimeler:** Bazal hücreli karsinom, yüzeysel tip bazal hücreli karsinom, sırt yerleşimli bazal hücreli karsinom, nonmelanositik deri kanseri

## POSTER SUNUMLAR

Sırt bölgesindeki yüzeysel tip bazal hücreli karsinom olgusu







## POSTER SUNUMLAR

PS-17

### QUEYRAT ERİTROPLAZİSİ

*Muhammed Fatih Çelik<sup>1</sup>, Emrah Ergin<sup>1</sup>, Şirin Yaşar<sup>1</sup>, İlkin Zindancı<sup>1</sup>, Nermin Koç<sup>2</sup>, Yaşar Kaan Akgök<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Anabilim Dalı, İstanbul*

*<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Queyrat Eritroplazisi, penis yerleşimli in situ skuamöz hücreli karsinomdur. Güncel terminolojide Pın terimi daha sık kullanılır.

Etiyolojide Hpv 8, 16 ve 18 suçlanmaktadır. Özellikle sünnetsiz erkeklerde daha sık gözlenir.

Glans penis ve vulvada yerleşim gösterir. Parlak kırmızı, nemli, yumuşak, hafif kabarık plaklar şeklinde görülür.

Pın lezyonlarından invaziv karsinom gelişme riski, nongenital in situ karsinomlardan daha yüksektir. Gelişen maligniteler hem daha agresif seyreder ve hem de daha sık metastaz yapar.

Tedavide cerrahi eksizyon, lazer ablasyon gibi ablativ yöntemler veya topikal 5-fluorourasil, ya da imikimod krem kullanılabilir.

77 yaş erkek hasta, yaklaşık 1.5 yıldır olan penis başında eritemli ülsere plak nedeniyle tarafımıza başvurdu. Yapılan biyopside ‘penil intraepitelyal neoplazi, Hpv ilişkili’ ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Malignite taraması açısından yüzeysel lenf nodu USG, batın USG tetkikleri yapıldı. Tutulum saptanmadı.

Tedavi olarak 5 –fluorourasil, 2 hafta günde 2x1, 2 hafta ara verilecek şekilde üç siklus boyunca uygulanması planlandı.

Nadir bir vaka olması sebebiyle olgu bildirimine uygun bulundu.

Anahtar Kelimeler: Queyrat Eritroplazisi, Penil İntraepitelyal Neoplazi, İn situ Skuamöz Hücreli Karsinom

## POSTER SUNUMLAR

### Queyrat Eritroplazisi





## POSTER SUNUMLAR

PS-18

### PLAZMA HÜCRELİ MUKOZİTİN ATİPİK BİR TUTULUMU: PERİANAL BÖLGE

*Erdem Değirmenci<sup>1</sup>, İlknur Kıvanç Altunay<sup>1</sup>, Aslı Aksu Çerman<sup>1</sup>, Birgül Özkesici Kurt<sup>1</sup>, Pınar Özdemir Çetinkaya<sup>1</sup>, Deniz Tunçel<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Plazma hücreli mukozit (PHM), ilk olarak 1952'de Zoon tarafından tanımlanan Zoon mukoziti adı da verilen nadir görülen, etiyojisi bilinmeyen, plazma hücre proliferasyonu ile seyreden benign bir hastalıktır. Zoon tarafından tanımlanan ilk vaka peniste tanımlandığından beri vulva, oral mukoza, konjunktiva ve vajinayı da etkileyen vakalar bildirilmiştir. Perianal tutulumlu ilk vaka 2014'te Mitkov ve ark. tarafından bildirilmiştir. Klinik prezentasyonu ülserden, epitelyal mezenkimal komponent artışına varan şekilde farklılık göstermektedir. Burada 67 yaşında perianal bölge ve intergluteal bölge çevresinde erozyonlar ve beyaz plaklarla kısmi subjektif yakınmaları olan bir kadın hasta sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Nadir görülen bir prezentasyon ile PHM olgusu sunulmuştur.

**BULGULAR:** 67 yaşında kadın hasta 15 senedir olan perianal bölgede iyileşmeyen yaralar şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde perianal bölge ve intergluteal bölgede yer yer erode alanlar ve sol gluteal bölgede en uzun 8 cm uzunluğunda olan kenarları kabarık ülserler, sol glutal bölge inferomedialinde kıvamı sert beyaz plak gözlemlenmiştir. Hastadan alınan CMV ve Tbc doku PCR'ları negatif sonuçlanmış, sifiliz serolojisi negatif gelmiştir. Yapılan histopatolojik incelemede dermiste ülser zemininde yaygın plazma hücreleri, polimorf nükleuslu lökosit ve lenfositlerin eşlik ettiği perivasküler karakterde iltihabi hücre infiltrasyonu ve CD 38 ve CD 138 ile plazma hücrelerinde, CD3 ile T lenfositlerinde boyanma gözlemlenmiştir. Olgu klinik ve histopatolojik bulgular ile PHM olarak değerlendirilmiştir. Topikal takrolimus %0.1 ve metilprednizolon 40mg/gün tedavi verilen hasta düzenli olarak takibe alındı.

**SONUÇ:** Bu vaka aracılığıyla nadir bir hastalık olan PHM'in perianal bölgedeki ülserasyon ile giden hastalıklarda ayırıcı tanıda akılda bulunulması gerektiğini vurgulamak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** plazma hücreleri, plazma hücreli mukozit, zoon mukoziti

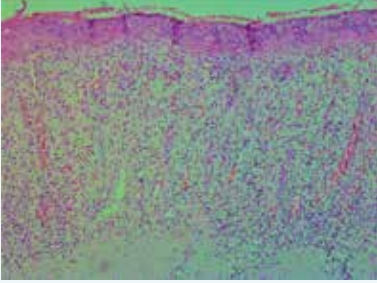
## POSTER SUNUMLAR

### Klinik



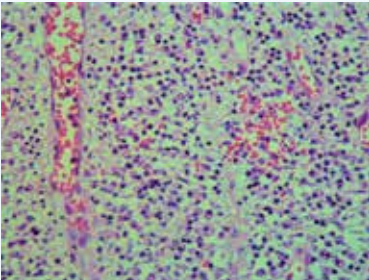
*Hastanın başvurduğu zamanki fizik muayenesi*

### Patoloji 1



Hastadan alınan punch bx geniş planda

### Patoloji 2



*Hastadan alınan punch bx yakın planda, plazma hücreleri*



## POSTER SUNUMLAR

PS-19

### MULTİPL BERRAK HÜCRELİ AKANTOM

*İpek Özçelik<sup>1</sup>, Göknur Özaydın Yavuz<sup>1</sup>, Harbiye Dilek Canat<sup>1</sup>, Nazlı Cağ Güleriyüz<sup>1</sup>, İbrahim Halil Yavuz<sup>1</sup>, Zafer Türkoğlu<sup>1</sup>, Begüm Çalım Gündüz<sup>2</sup>, Derya Uçmak<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Başakşehir Çam Ve Sakura Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

*<sup>2</sup>Başakşehir Çam Ve Sakura Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Berrak hücreli akantom etyolojisi tam olarak bilinmeyen, nadir görülen epitelyal bir tümördür. Kırkdört yaşında erkek hasta polikliniğimize uyluk arkasında sivilce olarak başlayıp giderek büyüyen sulantılı yara şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenede sağ uyluk arkasında 4 adet en büyüğü 3x2 cm boyutlarında birleşmeye eğilimli, eritemli zeminde yüzeyi krutlu pembe-kahverengi papül ve plaklar izlendi (Resim1-2).

Hastadan bowen hastalığı, amelanotik melanom, epidermal kist, kaposi sarkomu, basiller anjiomatozis, berrak hücreli akantom ve seboreik keratoz ön tanıları ile 4mm punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede berrak görünümde keratinositler görüldü. Berrak morfolojideki keratinositlerin sitoplazmasında PAS pozitif glikojen ile uyumlu eozinofilik birikim saptandı (Resim3-4). Mevcut klinik ve histopatolojik değerlendirme ile hastaya berrak hücreli akantom tanısı kondu. Hastanın kozmetik beklentisi, lezyonların boyutu, sayısı ve lokalizasyonu dikkate alınarak shave eksizyon ve sonrasında elektrokoterizasyon ile tedavi edildi. Klinik şekilleri çok farklı olabilen nadir epitelyal tümör olan berrak hücreli akantom, multipil olarak görüldüğünde bowen hastalığı, verruka, irrite seboreik keratoz, aktinik keratoz ile karışabilmektedir. Bu nedenle sadece klinik olarak tanı konulması zordur. Eritemli papül-plaklar ile seyreden dermatozlarda bu nadir antite de akla gelmelidir. Kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir. Spontan regresyon ve malign transformasyon göstermez. Epitelyal seyrettiği için derin eksizyonlara ihtiyaç duyulmaz. Burada multipil berrak hücreli akantom olgusu ve tedavi yönetimi, soliter tipine göre nadir görülmesi nedeniyle paylaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** epitelyal tümör, berrak hücreli akantom, multipil

## POSTER SUNUMLAR

Resim 1



*olgunun görünümü*

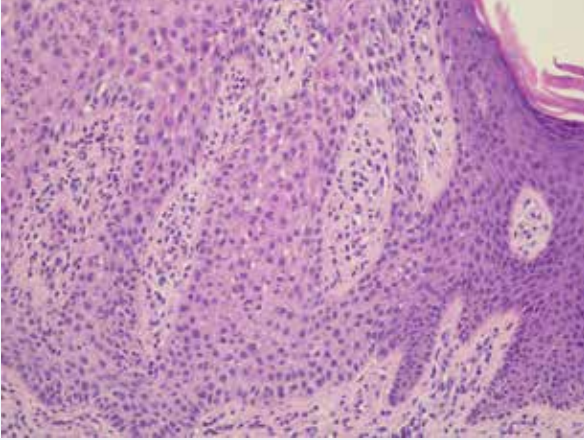
Resim 2



*olgunun daha yakın görünümü*

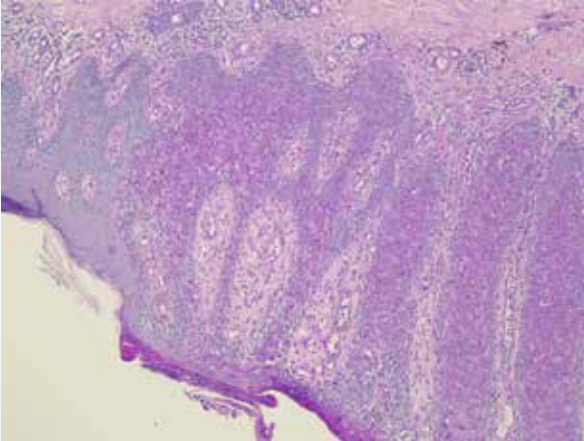
## POSTER SUNUMLAR

**Resim 3**



*Berrak morfolojideki keratinositler*

**Resim 4**



*Berrak morfolojideki keratinositlerin sitoplazmalarında PAS pozitif glikojen ile uyumlu eozinofilik birikim*



## POSTER SUNUMLAR

PS-20

### GRANÜLER HÜCRELİ TÜMÖR OLGUSUNUN KLİNİK, DERMOSKOPIK VE HİSTOPATOLOJİK DEĞERLENDİRMESİ

*Didem Kaçan<sup>1</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>, Vildan Manav Baş<sup>1</sup>, Yavuz Selim Pilis<sup>1</sup>, Cem Leblebici<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

*<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ:** Granüler hücreli tümör (GHT), Schwann hücrelerinden köken alan nadir benign bir neoplazmdir. Klinikte soliter, 1-3 cm çapında yavaş büyüyen ağrısız bir nodül olarak karşımıza çıkar. Ayırıcı tanıda dermatofibrom, lipom, nörofibrom düşünülmektedir. Malignite düşündürülecek klinik özellikler: hızlı büyüme, ülserasyon ve nekrozun, lenf nodu tutulumu ve çapın 4 cm'den büyük olmasıdır. Tanı cilt biyopsisiyle konur. Tedavide total cerrahi eksizyon önerilir. Nüks ve metastaz açısından eksizyon sonrası takip edilmelidir.

**VAKA:** Elli iki yaşında erkek hasta omuzda dört yıldır olan, son zamanlarda büyüme gösteren kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sağ supraklavikular bölgede 2x3 cm çapında terminal kılların korunduğu, gri-kahverengi renk değişikliği ve telanjektatik damarların izlendiği santral sarımsı periferi lividi renkli sert tümöral lezyon mevcuttu. (Resim 1) Videodermoskopide; santralde hipopigmente alanların etrafında retiküler sarı-kahverengi yapılar, üzerinde kümelenmiş gri- kahverengi nokta ve globüller olan homojen alan, telanjektaziler izlendi. (Resim 2) Lezyondan dermatofibrosarkom protuberans, dermatofibrom, atipik fibroksantom ön tanılarıyla insizyonel biyopsi örneği alındı. Histolojide malignite yönünde bulgu (nekroz, yüksek mitotik aktivite, işsi hücreli morfolojii) saptanmayan lezyona yapılan immunohistokimyasal boyalarda S100 pozitif, Melan-A negatif, DKA negatif, CD34 negatif, PAS pozitif saptandı. Klinik, histopatolojik açıdan granüler hücreli tümör olarak değerlendirildi. Hasta total eksizyon için plastik cerrahiye yönlendirildi.

**TARTIŞMA:** GHT ayırıcı tanısında klinikte sıkça karşılaştığımız dermatofibrom, nörofibrom gibi benign neoplazmlar yer almaktadır. GHT nadir görülmesi, tipik klinik bulguları olmaması sebebi ile sıklıkla histopatolojik olarak tanı konulur. Literatürde dermoskopide sarımsı santral alan, yapısız soluk alanların etrafında ışınsal kahverengi çizgilenme tanımlanmıştır. Olgumuzdaki dermoskopik özelliklerle benzerlik göstermektedir. Bu olgu nadir görülmesi, eşlik eden dermoskopik özelliklerini vurgulama amacıyla sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** dermoskopi, granül hücreli tümör, histopatoloji



## POSTER SUNUMLAR

Resim 1



*Lezyonun makroskopik görüntüsü*

Resim 2



*Lezyonun dermoskopik görüntüsü*



## POSTER SUNUMLAR

PS-21

### ALA NASİ YERLEŞİMLİ BAZAL HÜCRELİ KARSİNOMA FARKLI BİR CERRAHİ YAKLAŞIM: BURROW GREFT TEKNİĞİ

*Umut Mert Yıldırım, Ozan Erdem, Elif Ekin Alpdoğan, Mehmet Salih Gürel*

*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı*

Bazal hücreli karsinom (BHK), epiderminin bazal tabasından gelişen, sıklıkla kronik güneş maruziyeti olan deride ortaya çıkan ve yüzeysel, morfeiform, nodüler gibi histopatolojik alt tiplere sahip düşük metastaz potansiyelli bir deri kanseridir. Bu bildiride alar kanat yerleşimli bir Nodüler BHK'ya Burrow Graft onarım tekniği ile gerçekleştirilen bir dermatocerrahi olgusu sunulmaktadır.

Altmış dört yaşında erkek hasta 2 ay önce fark ettiği burunda iyileşmeyen yara şikayetiyle başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde burun sol ala nasi ve alar oluk üzerinde en geniş yerinde 10-11 mm genişliğinde, bir alanda ülserasyon izlenen, üzerinde ince dallanan damarların izlendiği asemptomatik düzgün yüzeysel parlak papülonodüler lezyon mevcuttu. Lezyon sınırları ve kozmetik üniteler göz önünde bulundurulduğunda cerrahi onarımın lateral nazal duvardaki laksiteden yararlanılarak Burrow Graft tekniği ile yapılması uygun görüldü. Burrow üçgeninin üst kenarı nazal dorsum sınırına, alt kenarı ise nazofasyal sınıra oturtuldu. Lezyonun eksizyonunu takiben Burrow üçgeni nazal kas üzerinden tam kalınlıklı deri grefti şeklinde alındı. Post-operatif 1. ayda hasta kozmetik ve fonksiyonel sonuçtan oldukça memnun olduğunu ifade etti.

Uygun eksizyon ve rekonstrüksiyon tekniklerinin seçilmesi dermatocerrahi sonrasında oluşacak skar dokusu ve kozmetik sonuçlara doğrudan etki etmektedir. Burrow Graft, Stegman tarafından ilk olarak 1975 yılında tanımlanmış olup, cerrahi defekte bitişik olan kutanöz koni kullanılarak defektin tam kat deri grefti ile kapatılması esasına dayanır. Diğer karmaşık flep tekniklerine kıyasla daha basit bir onarım olması, donör derinin eksizyon yapılan anatomik bölgedeki renk, doku, kalınlık, sebace yapılara en yakın benzerliğe sahip olması gibi avantajlara sahiptir. Bu bildiride Burrow greft tekniğinin burun yerleşimli BHK'ların cerrahi eksizyonunda tercih edilebilecek başarılı bir teknik olduğu gösterilmek istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dermatocerrahi, Bazal Hücreli Karsinom, Burrow Graft

## POSTER SUNUMLAR

### Bazal Hücreli Karsinom Tedavisinde Burrow Greft Tekniği



Figür 1



Figür 2



Figür 3



Figür 4



Figür 5



Figür 6



## POSTER SUNUMLAR

PS-22

### PAROTİS METASTAZI OLAN MALIGN MELANOM OLGUSU

*İpek Şakir<sup>1</sup>, Vildan Manav<sup>1</sup>, Ebru Sarıkaya Tellal<sup>1</sup>, Cem Leblebici<sup>2</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

*<sup>2</sup>İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ:** Malign melanom bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinomdan sonra üçüncü en sık görülen kutanöz kanserdir. Malign melanom olgularının yaklaşık %20'sinde metastaz saptanmıştır. Parotis bezinde malign melanom literatürde nadir olarak bildirilmiştir.

Bu bölgedeki melanomlar en sık metastatik olup primer lezyon genelde baş ve boyun orijindir.

**OLGU:** Yaklaşık 3 ay önce çenenin sağ tarafında şişlik ve kızarıklık şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. USG'de parotis lojunda protrude yaklaşık 5 cm çaplı tümör izlenen hastanın yapılan İİAB sonucumelanom metastazı ile uyumlu gelmiş ve hastanın üzerine onkoloji takibine girmiş. PET'te servikal, akciğer ve vertebral metastazlar saptanmış ancak primer orijini tespit yapılamamış. Kliniğimize yönlendirilen hastanın anamnezinden yaklaşık 7 sene önce yüzündeki benin dış merkezde çıkarıldığı ancak histopatolojik değerlendirme yapılmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde skalpte 4 mm çapında eritemli endüre papül saptandı. Bu lezyondan eksizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede lezyonun primer olduğunu destekleyecek histolojik bulgular (intraepidermal komponent, regresyon bulguları, lezyona eşlik eden nevoid komponent) saptanmayıp kutanöz metastaz olarak kabul edildi.

Tüm vücut taramasında primer odak olabilecek herhangi bir pigmente veya amelanotik lezyon saptanamayan hasta dış merkezde onkoloji tarafından takipte olup tedavi planlaması için genetik test sonucunu beklemektedir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Literatürde yine benzer şekilde primer odaktan histopatolojik incelemesi yapılmayan ancak daha sonra malign melanom metastazı ile başvuran birçok vaka bildirilmiştir. Bu vakada 7 yıl önceki lezyon muhtemel primer odak olarak değerlendirilmiş; diğer lezyonlar metastaz olarak kabul edilmiştir.

Bu olgu malign melanomun nadir görülen parotis tutulumu olması ve dermatolojik olarak çıkarılan bütün lezyonların histopatolojik incelemesinin yapılmasının önemini vurgulama amacı ile sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** malign melanom, metastaz, parotis bezi melanomu

## POSTER SUNUMLAR

### Parotis Bezi Melanomu



### Parotis Bezi Melanomu





## POSTER SUNUMLAR

PS-23

### NADİR GÖRÜLEN HIZLI PROGRESYON GÖSTEREN KUTANÖZ B HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU

*Mehmet Turgut Bozkurt<sup>1</sup>, Ayşe Akbaş<sup>1</sup>, Fadime Kılınç<sup>1</sup>, Selma Emre<sup>1</sup>, Huban Sibel Orhun<sup>2</sup>*

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

<sup>2</sup>Ankara Şehir Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği

En sık görülen ektranodal lenfomaları oluşturan primer kutanöz B hücreli lenfomalar, tanı anında ekstrasutanöz tutulum olmaksızın, deri tutulumuyla seyreden Non-Hodgkin tipi B hücreli lenfomalardır. Kutanoz B hücreli lenfomalar primer kutanöz lenfomaların % 25 ini oluşturmaktadır. Fizyopatolojisi çok iyi tanımlanmamış olmakla beraber bakteriyel viral enfeksiyonlar, kronik antijen stimülasyonu gibi nedenler suçlanmıştır.

90 Yaşında kadın hasta; hastanemiz plastik cerrahi polikliniğinden polikliniğimize 2-3 ay önce yüzde ortaya çıkan, son 2-3 haftada hızlı büyüme gösteren kitle, SCC? ön tanısıyla refere edildi.

Hastanın dermatolojik muayenesinde sol angulus korpus mandibula hizasında 5x8 cm çapında, ortası sarı-kahverengi-siyah nekrotik krutla kaplı, periferinde eritemli nodüller ve yaygın telenjektaziler olan tümöral lezyon gözlemlendi.

Hastadan polikliniğimizde skuamöz hücreli karsinom, müsinöz karsinom, spiroadenokarsinoma, BCC, bazoskuamöz karsinom, Merkel hücreli karsinoma, kutanöz lenfoma ön tanılarıyla 2 adet biyopsi alındı.

Histopatolojik olarak dermiste kıl folikülleri civarında bazofilik görünümdeki hücrelerde belirgin apoptoz saptanmış olup, yer yer mitotik aktivite artışı, hücrelerin bazılarında intranukleer inklüzyon benzeri görünüm dikkat çekmiştir. Uygulanan histokimyasal panelde tümör dokusunda Melan A, EMA, PAN CK, NSE negatif, CK20 suboptimaldır. Hücreler LCA ve CD20 ile diffüz boyanma göstermektedir. Siklin D1 ve CD23 ile boyanma saptanmamıştı. CD3 VE CD5 ile arada seyrek boyanma izlenmiştir. Kİ67 proliferasyonu %90'nın üzerindedir. Histopatoloji ve immunohistokimyasal panel ile birlikte değerlendirildiğinde yüksek gradeli kutanöz B hücreli lenfoma yönünde düşünüldü.

Hastamız biyopsi alındıktan sonra tekrar polikliniğimize başvurmadı. Bu nedenle sistemik tutulum araştırılmadı. Daha sonraki medikal kayıtlardan hastamızın vefat ettiği öğrenildi.

Anahtar Kelimeler: B hücreli Lenfoma, Kutanoz Lenfoma, Lenfoma

## POSTER SUNUMLAR

### Kutanöz B hücreli lenfoma



*Sol mandibular alanda kitle*

### Kutanöz B hücreli lenfoma 2



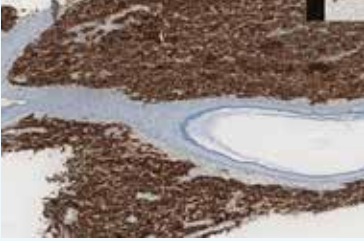
### Patoloji 1



*LCA x40 Diffüz boyanan lenfoid hücreler*

## POSTER SUNUMLAR

### Patoloji 2



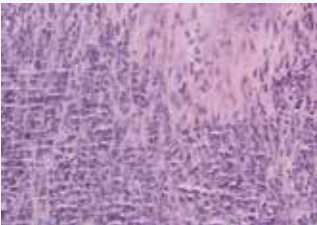
CD20 x 100 diffüz boyanan lenfoid hücreler

### Patoloji 3



Kıl follikülü çevresinde dermiste nispeten monoton bazofilik görünümde atipik lenfoid hücre infiltrasyonu

### Patoloji 4



Hafif bazofilik görünümde nispeten pleomorfizm gösteren veziküler nükleuslu dar sitoplazmalı neoplastik görünümde lenfoid hücreler





## POSTER SUNUMLAR

PS-24

### NADİR GÖRÜLEN BİR VARYANT: ATİPİK FİBRÖZ HİSTİYOSİTOM

*Dilara Tuzcu<sup>1</sup>, İlknur Kıvanç Altunay<sup>1</sup>, Birgül Özkesici<sup>1</sup>, Aslı Aksu Çerman<sup>1</sup>, Pınar Özdemir Çetinkaya<sup>1</sup>, Fevziye Kabukcuoğlu<sup>2</sup>, Cem Leblebici<sup>3</sup>, Ömer Faruk Dilek<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Kutanöz fibröz histiyositom (Dermatofibrom) (KFH) sık görülen benign bir kutanöz neoplazmdır. Atipik fibröz histiyositom ise KFH'nin nadir görülen bir varyantıdır. KFH tanısı genellikle kolay konulurken nadir varyantların tanınması zor olabilmekte ve tanı ancak ayrıntılı histopatolojik incelemeden sonra doğrulanabilmektedir. Burada sol ayak parmağında kitle şikayeti ile başvuran ve atipik fibröz histiyositom tanısı konulan 13 yaşındaki bir erkek çocuğu sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Nadir görülen bir atipik fibröz histiyositom olgusu sunulmuştur.

**BULGULAR:** 13 yaşında erkek hasta 5 aydır olan sol ayak parmağı üzerindeki kitle şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde sol ayak ikinci parmak dorsalinde yaklaşık 1 cm çapında, sert kıvamlı, ağrısız, fikse, üzerinde yer yer telenjiektazilerin izlendiği parlak eritemli nodül saptandı. Yapılan histopatolojik incelemede belirgin pleomorfizm yanı sıra arada tipik ve atipik mitotik figürler görüldü. Hastanın yapılan magnetik rezonans görüntüleme tetkikinde 2. parmak intermediate falanksta kemik komşuluğunda, kemikte belirgin tutulum oluşturmamış, düzgün kontürlü nodül izlendi. Olgu klinik ve histopatolojik bulgular ile atipik fibröz histiyositom olarak değerlendirildi. Total eksizyon için hasta Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim dalına yönlendirildi. Lezyon tendona yapışık olduğundan, bu nedenle total eksizyon fonksiyon kaybına neden olacağından lezyon tendon üzerinden kazanarak çıkarıldı. Hasta takibe alındı ve 7. ay magnetik rezonans görüntüleme tetkikinde belirgin nüks bulgusu saptanmadı.

## POSTER SUNUMLAR

**SONUÇ:** Farkındalığın artırılması için nadir bir varyantı olan atipik fibröz histiyositom olgusu sunulmaktadır. Ekstremitelerde kitle şikayeti ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda atipik fibröz histiyositom düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** atipik, nadir, fibröz histiyositom

### **Olgunun klinik muayene fotoğrafı 1**



*Sol ayak parmağında kitle şikayeti ile başvuran ve atipik fibröz histiyositom tanısı konulan 13 yaşındaki erkek çocuk hastanın klinik muayene fotoğrafı*

### **Olgunun klinik muayene fotoğrafı 2**



*Sol ayak parmağında kitle şikayeti ile başvuran ve atipik fibröz histiyositom tanısı konulan 13 yaşındaki erkek çocuk hastanın klinik muayene fotoğrafı*



## POSTER SUNUMLAR

PS-25

### MİKOZİS FUNGOİDES: PSÖRİAZİFORM VARYANTLI OLGU BİLDİRİMİ

*Emir Aziz<sup>1</sup>, Kübra Budak<sup>1</sup>, Şirin Yaşar<sup>1</sup>, İlkin Zıncancı<sup>1</sup>, Emrah Ergin<sup>1</sup>, Gülistan Gümrükçü<sup>2</sup>, Cansu Sönmez<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul

Mikozis fungoides (MF), deride yerleşen, lenf nodlarını, kan ve iç organları tutma potansiyeli olan matür T hücreli non-Hodgkin lenfomadır. Yama, plak, tümör ve eritrodermik özellik gösteren deri lezyonları ile karakterizedir. Bu lezyonlarda epidermotropik klonal CD4+ T lenfosit infiltrasyonu görülür. Mikozis fungoidesin klasik Alibert-Bazin tipi dışında birçok klinik ve histoloji varyantları bildirilmiştir. Büllöz ya da hipo-hiperpigmente MF gibi klinik varyantlar, klasik MF'e benzer davranış sergilediklerinden ayrı düşünülmezler. Aksine, folikülotropik MF, pajetoid retiküloz ve granülatöz gevşek deri tamamen farklı klinikopatolojik özelliklere sahiptir. Bu nedenle MF'in farklı varyantları olarak değerlendirilir. Pajetoid retikülöz varyantı lokalize (Woringer-Kolopp tipi) ve jeneralize (Ketron-Goodman tipi) olmak üzere ikiye ayrılır. Oldukça nadir görülen bir varyanttır. Hastalar genellikle soliter, yavaş ilerleyici, psöriaziform veya hiperkeratotik yama ve plaklar ile başvurur. Olgumuz 63 yaşında erkek hasta, 5 yıl önce kaşıntı ardından vücutta yaygın eritem ve skuam nedeniyle başvurmuştu. Hasta, biyopsi yapılarak klinik ve patolojik bulgulara dayalı olarak "psoriasis vulgaris" tanısı almıştı ve hastanın topikal steroid, nemlendirici ve düzensiz asitretin kullanımı mevcut idi. 1 yıl önce eritem ve skuamlar tüm vücudu kaplamış ve yer yer saçlı deride ve vücut kıllarında dökülme nedeni ile tarafımıza başvurmuştu. Dermatolojik muayenede saçlı deride ve vücutta alopesik alanlar, vücutta yaygın eritemli-skuamli psoriaziform plaklar ve yer yer ince plakları mevcuttu. Yapılan biyopside epidermiste psoriaziform akantoz ve atipik lenfosit infiltrasyonu, alopesik alanlarda folikül epitelinin istila eden atipik lenfositleri CD4/CD8: 7, "plak evre MF" ile uyumlu bulundu. Evre IIB olarak değerlendirildi, hastaya sistemik asitretin, db-UVB, İnterferon tedavisi planlandı.

Psöriaziform MF'ye özel dikkat gösterilmelidir. Geleneksel tedaviye yanıt vermeyen, progresif veya ülseratif olası psoriasis vakalarında biyopsi düşünülmelidir. Atipik vakalarda, özellikle güçlü bir immünoşüpresif ajana başlanmadan önce, psoriasis hastalığının kesin teşhisi ve MF'nin ekarte edilmesi için bir biyopsi şiddetle tavsiye edilir.

**Anahtar Kelimeler:** Mikozis Fungoides, Pajetoid Retikülozis, Psöriaziform MF



## POSTER SUNUMLAR

PS-26

### VERRÜKÖZ MİKOZİS FUNGOİDES

*Muhammed Fatih Çelik<sup>1</sup>, Emrah Ergin<sup>1</sup>, Şirin Yaşar<sup>1</sup>, İlkin Zindancı<sup>1</sup>, Sinem Gürel<sup>1</sup>, Fügen Aker<sup>2</sup>, Erhan Ekren<sup>2</sup>, Erva Bengü Balaban<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

*<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Mikozis Fungoides (Mf), derinin en sık görülen primer lenfoması olup, Cd4 (+) T lenfositlerden köken almaktadır. Klasik Mf’te deri lezyonları yama, plak, tümör veya eritrodermik fazda olabilirken farklı klinik formlara da rastlanabilmektedir. Mf alopesik yamalar ile giden folikülotrofik, siringotrofik, hipopigmente, hiperpigmente, iktiyoziform, büllöz, püstüler, palmoplantar, unilezyonel, granulomatöz, pitriasis likenoides benzeri ve vejetatif/verruköz formları da içeren zengin bir klinik çeşitliliğe sahiptir. Lenf nodu, kan ve iç organ tutulumu yapabilen ve dermatolojide ‘büyük taklitçi’ olarak anılan bu hastalığın klinik varyantlarını tanıyabilmek dermatologlar için büyük önem arz etmektedir.

Kırk yaşında erkek hastada, 2015 yılında gluteal bölgede geniş kahverengi yamalar belirmiş. İki yıl önce lezyonlar gövdede sayıca giderek artmış. Hasta, karın ve bel bölgesinde kabarık plaklar şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Dermatolojik muayenesinde gövde ön-arka yüzde çok sayıda deri renginde plak ve tümöral lezyon, göbek ve uyluk lateralinde yaklaşık 4x4 cm ve 6x6 cm boyutlarında papillomatosisin belirgin olduğu verrüköz plaklar saptandı. Lezyonlardan çoklu biyopsi alındı ve hasta psödoepitelyamatöz hiperplazi, atipik lenfositlerden kaynaklanan epidermotrofizm, Cd4/Cd8:20, Cd30 pozitif, Cd7’de %90 ekspresyon kaybı ile giden ‘‘Verrüköz Mf’’ tanısı aldı. Hasta evreleme ve ileri değerlendirme amacıyla servisimize yatırıldı. Tnm evrelemesi yapıldı. Evre IIB olarak değerlendirildi. Tedavide brentuximab vedotin planlandı.

Verrüköz Mf, ilk kez 1896’da Hallopeau ve Bureau tarafından bildirilmiştir. Daha sonra az sayıda bildirilen verrüköz Mf olguları ise genelde alt ekstremiteler yerleşimli olup, patogenezi lenfödem ile ilişkilendirilmişlerdir. Bizim olgumuzda lenfödem yönünde bulgu yoktu. Bu olgu ile Mf’in çok farklı klinik tablolar ile karşımıza çıkabileceğini, verrüköz varyantın da literatürde çok az sayıda bildirilmiş olduğunu vurgulamak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Verrüköz, Mikozis Fungoides, Primer Lenfoma



## POSTER SUNUMLAR

PS-27

### LİNAGLİPTİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN BÜLLÖZ PEMFİGOİD OLGU SUNUMU

*Mehmet Gökalp Karasu, Tubanur Çetinarslan, Aylın Turel Ermertcan*

*Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa*

**GİRİŞ:** Büllöz Pemfigoid subepidermal immunobüllöz hastalıkların %80'ini oluşturan otoimmün bir hastalıktır (1).Genellikle 60-80 yaş aralığındaki popülasyonu etkiler. Karakteristik olarak gergin büller ve yaygın kaşıntı görülür (2). Etyopatogeneizde dermoepidermal bileşkedeki bazal membran proteinlerine karşı gelişen antikorlar suçlanmaktadır. İlaça bağlı gelişen büllöz pemfigoid lezyonları ilaca başladıktan sonraki 3 ay içinde ortaya çıkar. En çok suçlanan ilaçlar arasında furosemid, sprinolakton, non steroid antiinflamatuvarlar, gliptinler, ve TNF-alfa inhibitörleri yer almaktadır (3)

**OLGU:** 70 yaş kadın hasta bir aydır vücutta su dolu kabarcıklar şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus tanısı mevcuttu.2 ay önce diabet için linagliptin (Trjenta®) kullanmaya başladığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde tüm vücutta yaygın gergin büller ve yer yer krutlu plaklar ve erozyonlar izlendi. Karın sağ alt kadrandan insizyonel deri biyopsisi alındı ve histopatolojik incelemede subepidermal ayrışma görüldü. Klinik ve histopatolojik bulgular ile hastaya büllöz pemfigoid tanısı konuldu. Büllöz Pemfigoid'i tetikleyen ilaçlar arasında bulunan linagliptin kesildi ve hastaya topikal steroid (klobetazol propionate), sistemik steroid 40 mg /gün ve azotioprin (100 mg/gün) tedavisine başlandı. Tedavinin 2. Ayında semptomlarının devam etmesi üzerine IgE monoklonal antikoru omalizumab 300 mg/ay subkutan tedavisi eklendi. Tedavinin 3. Ayında klinik iyileşme sağlandı ve lezyonları postinflamatuvar hiperpigmentasyon bırakarak geriledi.

**TARTIŞMA:** Son yapılan retrospektif çalışmalarda DM'de kullanılan dipeptidil peptidaz 4 inhibitörleri (DPP4i) grubundan vildagliptin ve daha az sıklıkla linagliptinin büllöz pemfigoid ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Semptomlar ilaca başlanmasından sonraki 3 hafta ile 12 hafta arasında çıkmaktadır. İlaça bağlı büllöz pemfigoid tedavisinde sorumlu tutulan ilaç kesilir ve genel yaklaşım büllöz pemfigoid tedavisiyle aynıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Linagliptin, Büllöz Pemfigoid, Omalizumab



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 , VAN  
VAN EVLIYA ÇELEBİ İTAL UYGULAMA OTELİ  
[www.doddermatoloji.org](http://www.doddermatoloji.org)



## İNDEKS



## İNDEKS

### -A-

AÇIKBAŞ, Enes	SS-04
AKARSU, Sevgi	PS-13, SS-09
AKBAŞ, Ayşe	PS-23
AKER, Fügen	PS-16, PS-26
AKGÖK, Yaşar Kaan	PS-17
AKINCI, Büşra	PS-04
AKSU ÇERMAN, Asli	PS-24
AKTAN, Şebnem	PS-13, PS-14, SS-09
AKTÜRK, Aysun	SS-04
ALATAŞ, Emine Tuğba	PS-08
ALPDOĞAN, Elif Ekin	PS-21
AN, İsa	SS-01
ATCI, Tuğba	SS-11
AVCI, Atıl	SS-08
AVCI, Ceylan	PS-13, PS-14, SS-09
AY, Özge	PS-06
AZİZ, Emir	PS-16, PS-25

### -B-

BAHAR İNCİ, Burcu	PS-09
BALABAN, Erva Bengü	PS-26
BALABAN ADIM, Şaduman	PS-12, SS-02
BAYKAL, Can	SS-11
BAYRAKTAR, Rumeysa Nimet	PS-02
BOZKURT, Mehmet Turgut	PS-23
BRNABİC, Alan	PS-04
BUDAK, Kübra	PS-25

### -C-

CAF GÜLERYÜZ, Nazlı	PS-19
CANAT, Harbiye Dilek	PS-19
CHIASSEİRİNİ, Chiara	PS-05
COŞKUN, Ferhat	SS-01

### -Ç-

ÇALICIOĞLU, Furkan	SS-08
ÇALIM GÜNDÜZ, Begüm	PS-19
ÇELİK, Muhammed Fatih	PS-17, PS-26
ÇERMAN, Asli Aksu	PS-18
ÇETİNARSLAN, Tubanur	PS-27
ÇİFCİ, Nurşad	SS-04

### -D-

DEĞİRMENCİ, Erdem	PS-18
DEMİR, Batuhan Mustafa	PS-12
DİLEK, Omer Faruk	PS-24
DOĞAN, Mehmet Beşir	PS-01
DUTRONC, Yves	PS-05

### -E-

EGERBERG, Alexander	PS-04
EKREN, Erhan	PS-16, PS-26
ELRAYES, Mohamed	PS-04
EMRE, Selma	PS-23
ERBAĞCI, Ece	SS-05
ERDEM, Ozan	PS-21



## İNDEKS

ERGİN, Emrah	PS-16, PS-17, PS-25, PS-26	KELEŞ, Hacer	PS-07
ERİŞ, Elif	PS-01, PS-06	KILINÇ, Fadime	PS-23
ERTAŞ, Ragıp	SS-08	KİNG, Brett	PS-05
ESEN, Mustafa	SS-01	KIVANÇ ALTUNAY, İlknur	PS-18, PS-24
ETGÜ, Fatma	PS-03, SS-03	KOÇ, Nermin	PS-17
<b>-F-</b>		KOÇ ŞAHİN, Seda	PS-07
FINDIK, Sıddıka	PS-11	KOÇ YILDIRIM, Sema	SS-05
		KOKU AKSU, Ayşe Esra	PS-15, PS-20, PS-22
<b>-G-</b>		<b>-L-</b>	
GAMSIZKAN, Mehmet	PS-01, PS-02	LEBE, Banu	PS-14, SS-09
GÜL ÇİFTÇİ, Fatma Kübra	SS-11	LEBLEBİCİ, Cem	PS-15, PS-20, PS-22, PS-24
GÜLBAŞARAN, Fatmagül	SS-06	<b>-M-</b>	
GÜMRÜKÇÜ, Gülistan	PS-25	MANAV, Vildan	PS-22
GÜNEŞ TAKIR, Sümeyye	PS-02	MANAV BAŞ, Vildan	PS-20
GÜREL, Mehmet Salih	PS-21	MOSTAGHİMİ, Arash	PS-05
GÜREL, Sinem	PS-26	MULAYİM, Serap	SS-04
<b>-i-</b>		<b>-O-</b>	
İLKNUR, Turna	PS-13	OHYAMA, Manabu	PS-05
İNCE, Soydan	PS-05	ORHUN, Huban Sibel	PS-23
İNÇİ, Burcu Bahar	PS-10	<b>-Ö-</b>	
<b>-K-</b>		ÖNER, Samet	PS-13
KABUKCUOĞLU, Fevziye	PS-24	ÖZ, Deniz İlker	SS-09
KAÇAN, Didem	PS-20	ÖZALP, Öyküm	PS-08
KARASU, MEHMET GÖKALP	PS-27	ÖZAYDIN YAVUZ, Göknur	PS-19
KAZAN, Didem	PS-09, PS-10, SS-07		





## İNDEKS

ÖZCAN, Tuba Şaziye	SS-03	-Ş-	
ÖZÇELİK, İpek	PS-19	ŞAKİR, İpek	PS-22
ÖZDEMİR ÇETİNKAYA, Pınar	PS-18, PS-24		
ÖZER, İlkay	PS-11	-T-	
ÖZKESİCİ, Birgül	PS-24	TUNÇEL, Deniz	PS-18
ÖZKESİCİ KURT, Birgül	PS-18	TUREL ERMERTCAN, Aylin	PS-27
ÖZKÜTÜK, Ayşe Aydan	PS-13	TÜRKOĞLU, Zafer	PS-19
ÖZTÜRK, FERDİ	SS-02, PS-12	TUZCU, Dilara	PS-24
<b>-P-</b>		<b>-U-</b>	
PİLİS, Yavuz Selim	PS-20	UÇMAK, Derya	PS-19
PİNTER, Andreas	PS-04	ULAŞ, Yılmaz	SS-08
PUİĞ, Luis	PS-04	ULUSOY, Yunus Emre	PS-15
		UYAR, Belkız	PS-01, PS-02, PS-06
<b>-R-</b>		<b>-Ü-</b>	
REED, Catherine	PS-04	ÜSTÜNDAĞ, Yağız	PS-14
RİEDL, Elisabeth	PS-04		
<b>-S-</b>		<b>-V,W-</b>	
SADE, Ilgın	SS-04	VENDER, Ronald	PS-04
SARICAOĞLU, Hayriye	PS-12, SS-02	WU, Wen Shuo	PS-05
SARIKAYA TELLAL, Ebru	PS-15, PS-22		
SCHUSTER, Christopher	PS-04	<b>-Y-</b>	
SENNA, Maryanne	PS-05	YAMEN, Duygu	PS-15
SEYHAN, Nevra	SS-10	YAŞAR, Şirin	PS-16, PS-17, PS-25, PS-26
SINCLAIR, Rodney	PS-05	YAVUZ, İbrahim Halil	PS-19
SOMANİ, Najwa	PS-05	YILDIRIM, Umut Mert	PS-21
SÖNMEZ, Cansu	PS-25	YILMAZ, Zahide	SS-04



# VIII. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ

07-10 EYLÜL 2023 | Van Evliya Çelebi MTAL Uygulama Oteli, Van

## İNDEKS

YOLTAY, Ruken SS-02

YU, Guanglei PS-05

**-Z-**

ZAHERİ, Shirin PS-04

ZİNDANCI, İlkin PS-16, PS-17, PS-25, PS-26



## BİLİMSEL SEKRETERYA

### Dermatoonkoloji Derneği

Kültür Mah. 1389 Sok. No: 9 Rahmi Zallak Apt. K: 1 D: 1 Alsancak - Konak / İzmir

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

Web: [www.dermatoonkoloji.com](http://www.dermatoonkoloji.com)



## BİLİMSEL SEKRETERYA

### Dermatolojik Eğitim ve Klinik Araştırmalar Derneği DEKAD

Örtülüpınar Mh. Reşat Şemsettin Sk. No: 24 Her-İş Pasajı Kat: 2, 58030 Merkez / Sivas

[dermadekad2022@gmail.com](mailto:dermadekad2022@gmail.com)



## ORGANİZASYON SEKRETERYASI

### Consensus Kongre & Organizasyon Servisleri

Fikirtepe Mah. Barış Sok. Ekşioğlu Alya Life Residence No: 1 K: 17 D: 193 Kadıköy - İstanbul

Tel : 0 216 759 93 11 / Faks : 0 216 759 93 14

E-posta: [dermatoonkoloji@consensustourism.com](mailto:dermatoonkoloji@consensustourism.com)

Web: [www.doddermatoloji.org](http://www.doddermatoloji.org)