

**BİLDİRİ  
KİTABI**



# Temelden Pratięe

**Dermatoloji, Kozmetoloji ve Romatoloji**

# Sempozyumu

**LUJO HOTEL, BODRUM**



**1-3 KASIM 2024**

### SEMPOZYUM EŐ BAŞKANLARI

Doç. Dr. Didem Didar Balcı & Doç. Dr. Melis Gönölal

### SEMPOZYUM GENEL SEKRETERLERİ

Uzm. Dr. Yelda Bice & Uzm. Dr. Nursel Altın Kaya

### SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Duygu Ersözlü  
Doç. Dr. Serkan Demirkan  
Uzm. Dr. Emre Araz  
Uzm. Dr. Emine Argüz Taşkın  
Uzm. Dr. Derya Bostan Ağirdıcı  
Uzm. Dr. Ecem Bulut Okut  
Uzm. Dr. Ecem Cantürk Nazlı  
Uzm. Dr. Fulya Gönen  
Uzm. Dr. Nevin Güler  
Uzm. Dr. Sabir Hasanbeyzade  
Uzm. Dr. Sinem Karaca  
Uzm. Dr. Abdullah Kaya  
Uzm. Dr. Emre Kaynak  
Uzm. Dr. Kenan Keskin  
Uzm. Dr. Berkant Oman  
Uzm. Dr. Gizem Pınar Sun

*\*Kurul isimleri unvan ve soyadına göre sıralanmıştır.*

# Bilimsel Program

Temelden Pratięe Dermatoloji Kozmetoloji ve Romatoloji Sempozyumu  
Lujo Hotel, Bodrum | 1-3 Kasım 2024

1 Kasım 2024 Cuma

1 Kasım 2024 Cuma		
14:00-15:10	<b>KOZMETİK OTURUMU</b>	
14:00-15:10	<b>Dolgu Uygulamaları-1</b>	
	Oturum Başkanları: Yelda Bice, Başak Kandi	
14:00-14:15	Hangi dolgu hangi bölge? Cinsiyet ve yüz paterni faktörü	Yelda Bice
14:15-14:30	Dudak dolgu uygulamalarında yaklaşım: Volümüzyasyon mu? Rejuvenasyon mu?	Filiz Canpolat
14:30-14:45	Gözaltı dolgu uygulaması	Emre Kaynak
14:45-15:00	Nazolabial ve orta yüz dolgu uygulamaları	Emre Kaynak
15:00-15:10	Tartışma	
15:10-15:25	<b>Kahve Molası</b>	
15:25-15:55	<b>Uydu Sempozyumu - 1</b>  <b>REVODERM</b> Mezoterapi Revoshine - Revomix kombinasyonu Ecem Bulut Okut	
15:55 - 17:05	<b>KOZMETİK OTURUMU</b>	
15:55-17:05	<b>Botulinum Toksin Uygulamaları</b>	
	Oturum Başkanları: Kenan Dibek, Arzu Ataseven	
15:55-16:10	Yüz paterni ve cinsiyete göre üst yüz botulinum toksin uygulamaları	Gizem Pınar Sun
16:10-16:25	Yüz paterni ve cinsiyete göre alt yüz ve boyun botulinum toksin uygulamaları	Sinem Karaca
16:25-16:40	Botulinum toksinin estetik dışı uygulamaları (hiperhidroz, migren, gummy smile)	Fulya Gonen
16:40-16:55	Botulinum toksin komplikasyonlarını nasıl yönetelim?	Arzu Ataseven
16:55-17:05	Tartışma	
17:05-17:20	<b>Kahve Molası</b>	
17:20-18:45	<b>Dermatoloji &amp; Kozmetolojide Merak Edilenler</b>	
	Oturum Başkanları: Nilgün Şentürk, Güneş Gür	
17:20-17:35	Melasma ve postinflatuar hiperpigmentasyon yönetiminde güncel	Nilgün Şentürk
17:35-17:50	Cilt gençleştirmede lazerler	Sinem Karaca
17:50-18:05	Kök hücrelerin, kök hücre kaynaklı eksozomların, eksozomların deri hastalıklarındaki ve kozmetolojideki rolü	Perihan Öztürk
18:05-18:20	Lazer lipoliz (olgularla)	Sevil Gizlenti

18:20-18:35	Endolift (olgularla)	Arzu Ataseven
18:35-18:45	Tartışma	
18:45-19:00	Açılış Oturumu	Didem Didar Balcı, Melis Gönülal

## 2 Kasım 2024 Cumartesi

2 Kasım 2024 Cumartesi		
08:30-09:40	<b>Dermatoloji Aciller ve Zorların Yönetimi</b>	
	Oturum Başkanları: Emel Fetil, Cemal Bilaç	
08:30-08:45	Generalize püstüler psoriasis	Sevgi Akarsu
08:45-09:00	Anjiödem (histamin aracılı, bradikinin aracılı, idiopatik)	Özge Sevil Karstarlı
09:00-09:15	Stevens Johnson Sendromu-Toksik epidermal nekroliz-DRESS-AGEP	Çiğdem Asena Doğramacı
09:15-09:30	Pemfigus ve pemfigoid	Emine Tamer
09:30-09:40	Tartışma	
09:40 - 09:55	<b>Kahve Molası</b>	
09:55 - 10:25	<b>Uydu Sempozyumu - 2</b>  Kordon Kanı, Hücre ve Doku Merkezi Rejeneratif Tıbbın Yeni Yüzü - Estetik ve Kozmetik Dermatolojide Allojenik Eksozom Fatmagül Gülbaşaran	
10:25 - 10:40	<b>Kahve Molası</b>	
10:40 - 12:05	<b>Dermatoloji-Romatoloji Multidisipliner Hastalıkların Rehberler Eşliğinde Yönetimi</b>	
	Oturum Başkanları: Mehmet Ali Gürer, Figen Tarhan, Gerçek Şen	
10:40 - 10:55	Sistemik lupus eritematoz, sistemik skleroz, polimyozit, dermatomyozit-romatolog gözüyle	Serdal Ugurlu
10:55 - 11:10	Kutan lupus eritematoz, morphea, dermatomyozit - dermatolog gözüyle	Müge Güler Özden
11:10 - 11:25	Psoriasis tedavisi zor özel alanlar	Didem Didar Balcı
11:25 - 11:40	Psoriatik artrit	Emine Duygu Ersözlü
11:40 - 11:55	Psoriasis özel hasta guruplarında tedavi seçimi (kronik hepatit, siroz,yağlı karaciğer,kardiyovaskuler hastalık, KBY, malignite öyküsü,latent tbc, HIV pozitifliği)	Filiz Topaloğlu Demir
11:55 - 12:05	Tartışma	
12:05 - 12:20	<b>Kahve Molası</b>	
12:20 - 12:50	<b>Uydu Sempozyumu</b>  Cilt Temizliğinde Artan Seçenekler, İyileşen Yaşamlar Moderatör: Sevgi Akarsu, Mehmet Melikoğlu Rinvoq ile atopik dermatit tedavisinde sürdürülebilir etkililik - Özge Sevil Karstarlı Skyrizi ile plak psoriasis tedavisinde sürdürülebilir etkililik - Simge Ünal	
	<b>Öğle Yemeği</b>	

<b>14:00-15:25</b>	<b>Erişkin, Çocuk, Gebe ve Emzirme Dönemindeki Hastada Rehberler Eşliğinde Takip ve Tedavi</b>	
	Oturum Başkanları: Nilgün Atakan, Başak Yalçın, Murat Borlu	
14:00-14:15	Vitiligo	Melis Gönülal
14:15-14:30	Ürtiker	Rafet Koca
14:30-14:45	Atopik dermatit	Şebnem Aktan
14:45-15:00	Alopesi areata	Neslihan Akdoğan
15:00-15:15	Plak psoriazis	Zeynep Topkarcı
15:15 -15:25	Tartışma	
<b>15:25-15:40</b>	<b>Kahve Molası</b>	
<b>15:40-17:05</b>	<b>KOZMETİK OTURUMU</b>	
<b>15:40-17:05</b>	<b>Dolgu Uygulamaları-2</b>	
	Oturum Başkanları: Başak Kandi, Sedef Yücel	
15:40-15:55	Alın glabella temporal (şakak) dolgu uygulamaları	Recep Dursun
15:55-16:05	Burun dolgusu: Hasta seçimi ve uygulamaları	Başak Kandi
16:05-16:20	Çene, çene hattı (jaw line), marionette lime, perioral dolgu uygulamaları	Yelda Bice
16:20-16:35	Odak sadece yüz uygulamaları mı olmalı? Boyun dekolte ve el dolgu uygulamaları	Cansu Şahin
16:35-16:50	Dolgu komplikasyonlarını nasıl yönetelim?	Fatmagül Gülbaşaran
16:50-17:05	Tartışma	
<b>17:05-17:20</b>	<b>Kahve Molası</b>	
<b>17:20-18:45</b>	<b>Ne Zaman Medikal - Ne Zaman Kozmetik/Cerrahi Tedavi</b>	
	Oturum Başkanları: Emel Erdal Çalikoğlu, Mehmet Melikoğlu	
17:20-17:35	Tırnak hastalıkları	Hülya Cenk
17:35-17:50	Saç hastalıkları	Ayşe Akman (Online)
17:50-18:05	Hidradenitis süpürativa	Aslı Hapa
18:05-18:20	Akne-Akne skarları	Sema Koç
18:20-18:30	Rosacea	Serkan Yazıcı
18:30-18:45	Tartışma	

### 3 Kasım 2024 Pazar

<b>3 Kasım 2024 Pazar</b>		
<b>08:00 - 08:30</b>	<b>Sözel Bildiriler</b>	
	Oturum Başkanları: Melis Gönülal, Ceylan Avcı	
08:00 - 08:10	Granüloma Anülare ile Karıştırılabilen Tinea Facie Olgu Sunumu	Asena Doğan Kayıkçı
08:10 - 08:20	Telogen effluviumlu hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi	Ece Erbağcı
08:20 - 08:30	Meme dışı Paget hastalığı: nadir görülen bir perianal karsinom olgusu	Fatma Kavun
<b>08:30 - 10:10</b>	<b>Genç Dermatologlarla Kozmetik Uygulamalar - Deneyim Paylaşımı</b>	
	Oturum Başkanları: Sedef Yücel, Kenan Dibek	

08:30 - 08:45	Lifting enjeksiyonları; hibrid dolgu uygulamalar	Fatoş Polat
08:45 - 09:00	Leke tedavilerine benim klinik bakışım; Lazer ve enjeksiyon kombinasyonları	Ayça Tuğrul
09:00 - 09:15	Altın iğneli radyofrekans uygulamaları	Derya Bostan Ağırdıcı
09:15 - 09:30	Ameliyatsız yüz germe uygulamaları-Fokuslu Usg	Onur Çapkan
09:30 - 09:45	Burun dolgusunu nasıl yapıyorum?	Nevin Güler
09:45 - 10:00	Selülit ve Stria: Tedavide Güncel ne var?	Burcu Demirdöver
10:00 - 10:10	Tartışma	
<b>10:10 - 10:25</b>	<b>Kahve Molası</b>	
<b>10:25- 11:35</b>	<b>Deri Kanserlerinde Takip &amp; Tedavi</b>	
	Oturum Başkanları: Kenan Aydoğan, Şirin Yaşar	
10:25 - 10:40	Melanom	Özlem Özbağcıvan
10:40 - 10:55	Nonmelanom deri kanserleri	Ece Erbağcı
10:55 - 11:10	Mikozis fungoides	Levent Çınar
11:10 - 11:25	Prekanseroz deri lezyonları	Nursel Altın Kaya
11:25 - 11:35	Tartışma	
<b>11:35 - 11:50</b>	<b>Akılcı İlaç Kullanımı</b>	
	Oturum Başkanı: Ceylan Avcı	
	Konuşmacı: Abdullah Kaya	
11:50 - 11:55	Kapanış	

**SÖZLÜ  
BİLDİRİLER**

## [SS-01]

### Granüloma Anuläre ile Karıştırılabilen Tinea Facie Olgu Sunumu

Asena Doğan Kayıkçı, Mehmet Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji ve Veneroloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

22 yaş erkek hasta yüzünde kızamık ve kaşıntılı lezyonlar ile tarafımıza başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde yanaklarda, alında ve boyunda ortası soluk lezyon periferi deriden kabarık granüloma anulareyi akla getiren eritemli lezyonları mevcuttu. Hasta anamnezinde adını bilmediği bir krem sürdüğünü kremi sürdükten sonra lezyonlarının şiddetlendiğini söyledi. Hastadan native preparat örneği aldık. Sonuç pozitif olarak değerlendirildi. Hastaya mesleği sorulduğunda ise güreşçi olduğu öğrenildi.

#### SONUÇ

Tinea faciei, yüzün sakallı olmayan bölgelerinde görülen bir dermatofit enfeksiyonudur. Mantar enfeksiyonları vücudun diğer bölgelerinde daha sık görüldüğü için sıklıkla diğer dermatozlarla karıştırılır. Tinea faciei'nin kutanöz lupus eritematozus, rosacea, ve granüloma annulare gibi hastalıkları taklit ettiği bilinmektedir.(5-9) Ayrıca bazen antropofilik dermatofitler tarafından yüz kıl foliküllerinin enfeksiyonu olduğunda tinea barbae olarak teşhis edilir. Bu nedenlerden dolayı, tinea faciei'nin tanı ve tedavisi genellikle gecikmektedir.

Temas sporlarıyla uğraşan sporcularda deri enfeksiyonları önemli bir sağlık problemidir. Özellikle güreş sporunda, sporcular güreşirken deriden deriye temasın bir sonucu olarak deri enfeksiyonları kolay bulaşabilmektedir. Bu nedenle güreş sporunda deri enfeksiyonları yaygın olarak görülebilmektedir (10)

Kohl ve ark. güreşçiler üzerinde yaptıkları çalışmada impetigonun %42, herpesin %11, mantar enfeksiyonlarının %85 oranında olduğunu bildirmiştir. Japonya'da üniversite judo takımında bakteri kaynaklı deri enfeksiyonlarının görüldüğü, Fransa'da ise judo takımının üçte birinin tinea korporis gladiatorum taşıdığı rapor edilmiştir. (11-13)

Doğru teşhis ve etkili tedavi için hastanın tıbbi geçmişinin alınması kritik bir öneme sahiptir. Bu süreç, hekimin hastanın şikayetlerini anlamasını, geçmiş hastalıkları değerlendirmesini ve doğru bir teşhis koymasını sağlar. Ancak, birbirine benzer belirtilere sahip hastalıkların bulunduğu karmaşık durumlarda, anamnezin rolü daha da önem kazanmaktadır.

Bu olgu sunumu, hastalık teşhisi sürecinde anamnezin kritik bir rol oynadığını açıkça ortaya koymaktadır.

Granüloma annulare ve tinea, deri hastalıkları arasında benzer belirtiler gösteren ve bazen karıştırılabilen iki durumdur. Her iki durum da ciltte benzer görüntülere neden olabilir, bu da tanıyı zorlaştırabilir.

Sonuç olarak, iyi anamnez almak, etkili kararlar, tedaviye uyum ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** dermatofiti, granüloma anuläre, tinea facii

---

2



resim 1



## [SS-02]

### Telogen effluviumlu hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi

Ece Erbağcı

Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Uşak

**Giriş:** Telogen effluvium (TE), telogen saçların artmış dökülmesiyle karakterize sık görülen bir skarsız alopesi türüdür. Bu çalışmanın amacı TE'lu hastalarda klinik ve laboratuvar özelliklerin değerlendirilmesi ve bunların çekme testiyle ilişkisinin saptanmasıdır.

**Materyal-Method:** Son 3 ay içinde hastanemiz dermatoloji polikliniğine saç dökülmesi şikayetiyle başvuran ve telogen effluvium tanısı alan hastalardan çalışmaya katılmaya onam verenler çalışmaya dahil edildi. Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri kayıt edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 90'ı kadın olmak üzere 101 hasta dahil edildi. Ortalama yaş  $28,29 \pm 10,23$  yıl, ortalama şikayet süresi  $12,39 \pm 13,03$  aydı. Olguların %54,5'inde (n=55) çekme testi pozitif. Hastaların %59,4'ünde (n=60) en az bir tetikleyici faktör vardı. En sık tetikleyiciler sırasıyla psikojenik stres (%39,6), tiroid hastalığı (%12,9) ve kilo kaybıydı (%11,9). En sık izlenen laboratuvar anormalliği 89 hastada ferritin düşüklüğü ( $<40 \mu\text{g/L}$ ) ve 40 hasta B12 eksikliği ( $<300 \text{ ng/L}$ ) idi. Çekme testi pozitif olan kadınlarda ortalama yaş istatistiksel anlamı olarak daha yüksekti ( $p=0,03$ ). Çekme testi ile diğer klinik ve laboratuvar bulguları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

**Tartışma:** TE özellikle kadınlarda sık dermatoloji polikliniği başvuru nedenleri arasındadır. Tetikleyici faktörler açısından hastalar sorgulanmalıdır. Çalışmamızda psikojenik stres ve demir eksikliği en sık nedenler olarak bulunmuştur. Çekme testi hastalık aktivitesini belirlemede subjektif kalmakla birlikte, laboratuvar anormallikleriyle korrelasyon saptanamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** telogen effluvium, saç hastalıkları, çekme testi

## [SS-03]

### **Meme dışı Paget hastalığı: nadir görülen bir perianal karsinom olgusu**

Didem Didar Balcı, Fatma Kavun, Emel Fetil

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Paget hastalığı, daha çok 50 yaş üzerini etkileyen apokrin bezlerden zengin olan meme aerola çevresinde veya anogenital bölge, koltuk altı gibi meme dışı bölgede görülen intraepidermal karsinomdur. Anal bölge yerleşimi, meme dışı Paget hastalığının nadir bir formudur.

Paget hastalığı tanısı alan olgumuz 53 yaşında erkek olup 1 senedir perianal bölgede kaşıntı ve kızarıklık şikayeti mevcuttur. Dermatolojik muayenesinde sol perianal bölgede eritemli zeminde üzerinde maserasyon ve ülserasyon izlenen keskin sınırlı plak görüldü. Meme dışı Paget hastalığı ve skuamöz hücreli karsinom ön tanılarıyla 1 adet insizyonel biyopsi alındı.

Meme dışı Paget hastalığı, sınırları iyi belirlenmiş, kırmızı veya kahverengi plak zeminde bazen üzerinde gri veya beyaz alanların olduğu heterojen ve infiltre bir lezyon olarak başlayıp zamanla üzerinde ülserasyon, krusta gelişebilir. Hastada kaşıntı, ağrı, kanama, ödem gibi spesifik olmayan subjektif yakınmalara neden olur. Spesifik olmayan semptom ve bulgular, hastanın yanlış veya geç tanı almasına neden olabilir. Standart tedaviye dirençli kronik dermatoz tanısıyla takip edilen hastanın lezyonundan meme dışı Paget hastalığı ve diğer olası maligniteler açısından mutlaka biyopsi alınması gerekir. Biyopsi örneğinden yapılan immünohistokimyasal inceleme diğer tanılardan ayırmada ve primer veya sekonder Paget hastalığını anlamada yardımcı olur. Ayrıca lezyonun lokalizasyonuna göre abdominopelvik ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi, kolonoskopi, sistoskopi, intravenöz ürografi, servikovajinal smear ve tümör markerları tetkik edilmelidir. Tedavi seçenekleri cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, topikal imiquimod ve 5-Fluorourasildir. Nüks oranı yüksek olduğu için dermatologlar tarafından uzun süre takip edilmesi gerekmektedir.

Burada, sıklıkla vulvar bölgede prezente olduğu için kadınlarda daha yaygın görüldüğü bilinen nadir bir intraepidermal karsinom olan meme dışı Paget hastalığı tanısı alan erkek olgumuzu kaşıntı, kanama, ağrı gibi spesifik olmayan bulgularla başvuran ve özellikle standart topikal tedaviye dirençli ekzematize lezyonları olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünmemiz, multidisipliner yaklaşımla ileri tetkik ve tedavi etmemiz ve uzun süreli yakın takip etmemiz gerektiğini vurgulamak için bildiriyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Adenokarsinom, meme dışı paget hastalığı, perianal karsinom

---

RESİM 1



**POSTER  
BİLDİRİLER**

## [EP-01]

### Anti-tümör Nekrozis Faktör Alfa Tedavisi İle İlişkili Cilt Lezyonları

Suade Özlem Badak

Sağlık Bilimler Üniversitesi, Adana Şehir Hastanesi

#### Giriş

Tümör nekroz faktörü inhibitörü (TNFi) tedavileri günümüzde birçok romatizmal hastalıkta önemli tedavi basamaklarından biridir. Kullanım sıklıkları arttıkça bu ajanların kullanımının bazı paradoksal otoimmün hastalıkların gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. TNF- $\alpha$  inhibitörleri ile ilişkili en sık kutanöz paradoksal bulgular; plak psoriasis ve palmoplantar püstülozis dir.

#### Vaka Özeti

Ankilozan spondilit tanısıyla 7 yıldır kliniğimizde takipli olan elli yaşında kadın hasta, nonsteroid-antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) ve egzersiz önerileri ile takip ediliyordu. Takiplerinde kalça ağrısı, tutukluk şikayetlerinin artması ve BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) skorunun yükselmesi nedeni ile infliximab tedavisi başlandı. Öz geçmiş ve soy geçmişinde psoriasis öyküsü yoktu. Tedavinin ikinci ayında el içi ve ayak tabanında olan döküntüler gelişmesi üzerine başvurdu. Muayenede bilateral palmoplantar bölgede eritemli zeminde hiperkeratoz ve dağınık püstüller mevcuttu. Dermatoloji tarafından değerlendirilen hastaya palmoplantar püstülozis tanısı konuldu. Topikal steroid tedavisi başlandı. Cilt lezyonlarında gerileme olmaması üzerine infliximab tedavisi kesilerek secukinumab tedavisi başlandı. Hastanın döküntüleri gerileyerek kayboldu.

#### Tartışma

Anti-TNF tedavi başladıktan sonra görülen yeni başlangıçlı psoriyatik cilt lezyonlarına veya psöriazis tanısı varlığında mevcut cilt bulgularının alevlenmesine paradoksal psöriazis denir (1,2). TNF- $\alpha$  bloker kullananlar da, psoriasis prevalansı %0.6 ila %5.3 arasında değişmektedir Anti TNF- $\alpha$  tedavisiyle gelişen psoriasisın en sık gözlenen formu palmoplantar püstüller erüpsiyondur. PPs'nin tedavisinde anti-TNF tedavinin kesilmesi, biyolojik ajanın değiştirilmesi veya mevcut tedaviye devam edilerek adjuvan tedavi eklenmesi seçenekler arasındadır. Olgumuzda ankilozan spondilit aktivitesinde ve pamoplantar püstüloziste azalma sağlamak için Anti-TNF ajanlardan farklı bir sitokin yolağı üzerinden etki eden IL-17 inhibisyonu sağlayan secukinumab tedavisine geçilmiştir.

1-Sfikakis PP, Iliopoulos A, Elezoglou A, Kittas C, Stratigos A. Psoriasis induced by anti-tumor necrosis factor therapy: a paradoxical adverse reaction. Arthritis and rheumatism 2005;52:2513-8.

2-Wendling D, Balblanc JC, Briancon D, Brousse A, Lohse A, Deprez P, Humbert P, Aubin F. Onset or exacerbation of cutaneous psoriasis during TNF alpha antagonist therapy. Joint Bone Spine 2008;75:315-8.

**Anahtar Kelimeler:** Anti-TNF, palmoplantar püstülozis, infliximab, secukinumab

## [EP-02]

### Tedaviye dirençli pyoderma gangrenosum olgusunda kombinasyon tedavisi

Özkan Uruk, Gökçe Kenar Artın, Ahmet Merih Birlik  
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

#### Giriş

Pyoderma gangrenosum sıklıkla alt ekstremitayı etkileyen, ağrılı, sınırları eritamtöz-viyole renkte ülserlerle karakterize, patogenezinde doğal ve kazalmış bağışıklığın sorumlu olduğu hastalıktır(1). Bu olguda steroid tedavisine yanıtı sınırlı olan hastada kombinasyon tedavisinin sonuçlarını göstermeyi amaçladık.

#### Olgu

45 yaşında kadın hasta sağ bacak arkasında 6x9 cm boyutlarında yara şikayetiyle başvurdu. Mevcut yaranın 2 yıl kadar önce kendiliğinden ortaya çıktığı ve dış merkezde aynı yıl içerisinde plastik cerrahi bölümünce antibiyotik tedavilerine yanıt vermemesi sonucu greft ile onarım yapıldığı, yarada iyileşme olmaması nedeniyle 1 aydan beri başlanmış olan 40mg/gün metilprednizolon ve kolşisin 2x0.5mg/gün tedavisiyle izlendiği öğrenildi. Hastanın sistemik ve romatolojik sorgulamasında anlamlı bulgu yoktu. Vücudunun başka bölgesinde cilt lezyonu gözlenmedi. WBC: 8.400/uL, Hb: 10 g/dL, PLT: 231.000/uL, kreatinin: 0.57 mg/dL, AST: 15 U/L, ALT: 36 U/L, CRP: 3.7 mg/L, Eritrosit Sedimentasyon Hızı: 18 mm/s saptandı. Anti-fosfolipid antikolar, anti-nükleer antikor ve ENA paneli negatif saptandı. Bacak arkasındaki ülserle lezyondan(Resim-1) alınan biyopsi sonucu pyoderma gangrenosum ile uyumlu olarak sonuçlandı. Azatiopürin 150 mg/gün, siklosporin 200 mg/gün doza çıkılacak şekilde kademeli olarak doz arttırılacak şekilde immunsupresan tedavi başlandı. Metilprednizolon dozu klinik yanıtı göre azaltma planıyla 12mg/gün olarak düzenlendi. Topikal olarak ülserle lezyonun sınırlarına takrolimus %1 krem önerildi. Hastanın takiplerinde 2. ayda ülserle lezyonunun boyutu 4x6 cm(Resim-2) olarak ölçüldü. Hastanın takiplerinde kreatinin değerlerinde yükselme ve kan basıncında artış gözlenmedi. Tedavisi süresince bakılan kan takrolimus ve siklosporin düzeylerinde toksikasyon saptanmadı. 4.aydaki son kontrolünde ülserle yarası(Resim-3) 2x5 cm'e kadar gerileyen hastanın mevcut tedaviye devamı önerildi.

#### Tartışma ve sonuç

Sistemik tedavide siklosporinle birlikte veya tek başına steroid tedavisi temel teşkil etmektedir. Diğer immunsupresan ilaçlar ve özellikle biyolojik tedaviler de günden güne özellikle refrakter olgularda önem kazanmaktadır. Özellikle küçük boyuttaki PG'lerde veya tedavisi zor olgularda sistemik tedaviye ek olarak topikal takrolimus tedavisinin de etkinliği gösterilmiştir(2). Steroid tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda sistemik ilaçların kombinasyonu ve topikal tedavinin birlikte kullanımı da hastamızda klinik düzelme sağlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** pyoderma gangrenosum, siklosporin, takrolimus

---

### Resim-1, Resim-2, Resim-3



Resim-1

Resim-2

Resim-3

### [EP-03]

#### Alopesi totalis hastasında Metotreksatın birinci basamak tedavideki önemi

Saliha Gökçe Albayrak, Mehmet Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi, Deri Ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Erzurum

Yaygın alopesi areata hastalarında birinci basamak tedavide Jak inhibitörleri ve topikal immünterapiler önerilmiş olup bu tedaviler hem yan etkilerinin fazla olması hem de maliyetlerinin yüksek olması sebebiyle alopesi totalis hastalarında sistemik metotreksat tedavisini ön plana çıkarmıştır. Biz de bu hastamızda 15 mg/hafta metotreksat tedavisinin 8. ayındaki hastamızın tedavi öncesi, tedavinin 4 ve 6. aylarındaki yanıtlarını paylaşmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** alopesi, alopesi totalis, metotreksat

---

tedavi öncesi



tedavinin 6. ayı



## [EP-04]

### Unilateral Zosteriform Liken Sklerosus et Atrofikus

Süreyya Yazıcıoğlu, Mehmet Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi, Deri Ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Erzurum

İlk olarak 1887'de Hallopeau tarafından tanımlanan liken skleroz et atrofikus, hem epidermisi hem de dermisi etkileyen nadir görülen, iyi huylu, kronik ve inflamatuvar bir dermatozdur. Tipik bulgular kümeleşen ve progresyon göstererek parşömen benzeri bir ciltle sonuçlanabilen beyaz opak papüllerdir. Liken sklerozus et atrofikus en sık anogenital bölgeyi etkiler (%85-98). Ekstra genital tutulum vakaların %15-20'sinde görülebilir. Vakaların yalnızca %6'sında anogenital tutulum yoktur. Yaygın ekstragenital tutulum bölgeleri gövde, basınç bölgeleri, üst sırt, bilekler, kalçalar ve uyluklardır. Palmoplantar bölge, yüz, saçlı deri ve oral mukozada da görülebilir. Bazen Blaschko çizgilerini takip eden dağılım gösterebilir. 34 yaş kadın hasta 1.5 yıl önce sol ön kol, kol fleksör yüzden sol göğüs laterale T1 dermatomu uygun uzanım gösteren beyaz renkli yer yer atrofik papüller mevcuttu. Anogenital muayenesinde anormallik saptanmadı. Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Travma ve herpes zoster geçirme öyküsü yoktu. Tam kan sayımı, biyokimya ve antinükleer antikor içeren laboratuvar incelemeleri normal sınırlar içindeydi. Tiroid fonksiyon testleri normaldi. Borrelia antikorları negatifti. Liken sklerozus et atrofikusun sebebi henüz bilinmemekle birlikte otoimmün, genetik, hormonal, enfeksiyöz etkenler ve travma üzerinde durulmuştur. Otoimmün hastalıklarla %21.5-34 oranında birliktelik gösterir. Psöriasis, atopik dermatit, sistemik lupus, vitiligo, alopesi areata ve graves hastalığı da dahil olmak üzere çok sayıda otoimmün hastalıkla ilişkili olduğu bilinmektedir. Ailevi vakalarda HLADQ7 ile önemli bir ilişki gösterilmiştir. Liken sklerozus et atrofikusun otoimmün hastalık olduğunu düşündüren bir diğer bulgu; genital lezyonu olan hastalarda dolaşımda ekstraselüler matriks protein (EMP)-1 e karşı Ig G yapısında antikor varlığının gösterilmesi olmuştur. Ek olarak, bazal membran proteinlerine karşı antikor üretimi ve T hücre reaktivitesi saptanmıştır. Borrelia burdorferi, EBV gibi enfeksiyöz nedenler suçlansa da, yazarların çalışmalarında etyolojideki rolleri hakkında çelişkili raporlar bulunmaktadır. Ekstragenital liken sklerozus Genital liken sklerozus et atrofikus ile karşılaştırıldığında daha az kanserojen potansiyeli vardır; ancak özellikle uzun süre hastalığı olanlarda veya eşlik eden genital tutulumu olan hastalarda ilişkili malign dönüşümlerin görüldüğü birkaç vaka bildirilmiştir. Biz de unilateral zosteriform desenli ekstragenital liken sklerozus et atrofikus tanımlı olgumuzu sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** zosteriform, liken sklerosus et atrofikus, ekstragenital

---

**Resim 1-A**



*Sol ön kol, kol fleksör yüzden sol göğüs lateraline T1 dermatomuna uygun uzanım gösteren beyaz renkli yer yer atrofik papüller*

**Resim 1-B**



*sol ön kol, kol fleksör yüzden sol göğüs lateraline T1 dermatomuna uygun uzanım gösteren beyaz renkli yer yer atrofik papüller*

## [EP-05]

### Cilt bulgularıyla prezente olan Dermatomyozit vakası

Fatih Sarıtaş

Haydarpaşa Numune EAH.

Giriş: Dermatomyozit nedeni bilinmeyen, etyolojide otoimmunitenin rol aldığı nadir bir hastalıktır. CPK, Aldolaz, AST, LDH ve ALT yükseklikleri görülebilmektedir. ESR vakaların üçte ikisinde yüksektir. Romatoid faktör vakaların yarısından azında, antinükleer antikor dörtte üçünde görülebilmektedir. Kaslarda oluşan esas değişiklikler ise inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve kas liflerinin yıkımıdır. Perivasküler hücre infiltrasyonu bu hastalığın karakteristik bulgusudur. Tanı, karakteristik rash, kas güçsüzlüğü, EMG bulguları ve serum CPK yüksekliği olan hastalarda kas biyopsisine gerek kalmadan konulabilir

Olgu: 32 yaşında, bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hastanın 5 ay önce her iki göz çevresinde koyu renk döküntüsü olmuş. 2 ay sonra kollarında omzuna uzanan koyu renk değişikliği ve eklem ağrıları başlamış. Yapılan cilt biyopsisi discoid lupus olarak değerlendirilmiş. ANA +, ENA profili -, ALT 79, AST 102 saptanmış. Topikal tedavi ile takibe alınmış. Takiplerinde ALT, AST yüksekliğinin progresif artması ve CK değerinin 11350 olması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Hastanın yapılan muayenesinde proksimal kas güçsüzlüğü tespit edildi. Cilt lezyonları heliotrop rash ve şal belirtisi olarak değerlendirildi. Her iki el sırtında Gottron papülleri görüldü. Hastaya çekilen EMG de myozit bulguları tespit edildi. Hastaya Dermatomyozit tanısı konularak 1 mg/kg dozunda steroid başlandı takiplerinde cilt bulguları geriledi. Kas kuvveti düzeldi ve CK değeri düştü.

Tartışma Ve Sonuç: Ayırıcı tanıda hipotiroidi, akut viral hepatit, polimiyaljiya romatica ve inflamatuvar myozitler düşünüldü. Tiroid hormon düzeyleri doğal, hepatit markerları negatif geldi. Karakteristik cilt döküntüleri ve EMG bulguları olan hastaya Dermatomyozit tanısı konuldu. Etiyolojisi bilinmeyen bir hastalık olan Dermatomyozit, karakteristik döküntüleri, proksimal kas güçsüzlüğü, kas enzimlerinde artış ve EMG’de myozit bulguları ile görülen bir hastalıktır. Hastalık en sık doktora başvurmadan 3-6 ay önce başlayan sinsi, ağrısız proksimal kas güçsüzlüğü ile kendini gösterir. Zamanla döküntüleri olan hasta dermatomyozit tanısı alır. Bazen kas güçsüzlüğü gözlenmeden ve kas enzimleri normalken hastada tipik cilt bulguları gözlenebilir ve kas güçsüzlüğünün ortaya çıkması belli bir zaman alabilir. Bu durumda hastanın romatolojiye başvurması gecikebilir. Karakteristik döküntüleri olan hastaların romatoloji kliniklerine yönlendirilerek takibe alınması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** dermatomyozit, gottron papülü, heliotrop rash

---

**Resim 1**



*Heliotrop rař*

**Resim 2**



*Gottron papülü*

**ORGANİZASYON  
SEKRETERYASI**



**D Event Turizm Organizasyon**

İçerenköy Mah. Çayır Cad. No:5  
Bay Plaza Kat:12 Ataşehir / İstanbul  
+90 216 573 18 36  
istanbul1@devent.com.tr  
www.devent.com.tr