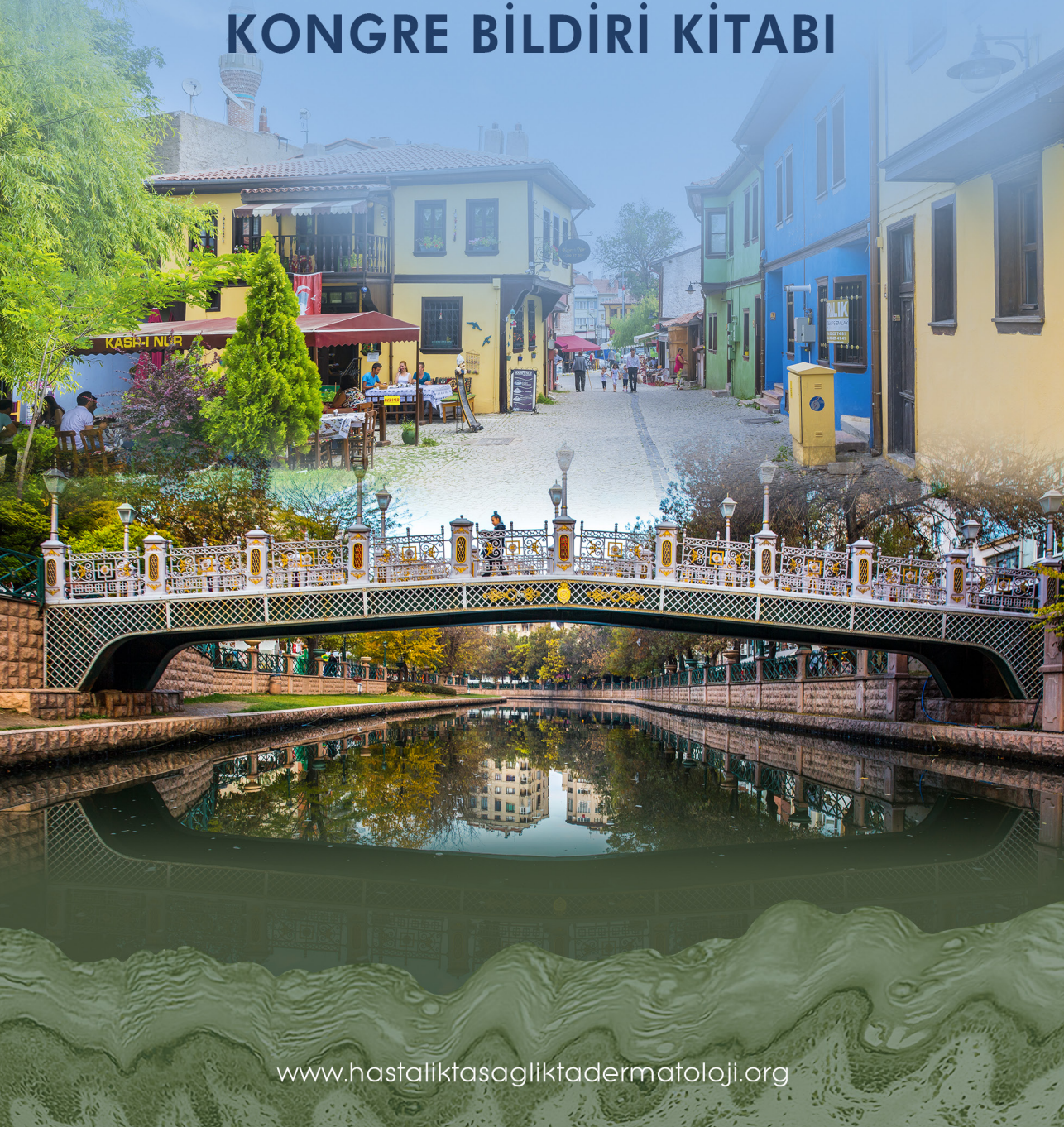




# 6. Hastalıkta ve Sağlıkta Dermatoloji

11-14 Haziran 2025, Eskişehir  
Tasigo Otel

## KONGRE BİLDİRİ KİTABI



# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

1

KURULLAR

2

BİLİMSEL PROGRAM

3-8

SÖZLÜ BİLDİRİLER

10-44



## **Değerli Meslektaşlarımız,**

Bildiğiniz gibi, bugüne kadar Hastalıkta ve Sağlıkta Dermatoloji Kongre'lerini (HSDK) Kapadokya, Mardin, Diyarbakır, Denizli gibi ülkemizin farklı dokuları, tadları, doğası ve tarihi olan şehirlerinde gerçekleştirdik.

6.HSDK'ni de yine farklı doğal ve tarihi güzellikleri olan Eskişehir'de gerçekleştirmeyi planladık. Eskişehir'i de bilimsel programlar arasında birlikte keşfetmek çok keyifli olacak.

6.HSDK'ni Eskişehir Tasigo Otel'de gerçekleştirebilmek için ekipler halinde tüm hazırlıklarımız özverili çalışmalarla devam ediyor. Dolayısıyla sizleri 11-14 Haziran 2025 tarihleri arasında Eskişehir'e bekliyoruz. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar AD olarak, Kozmetoloji ve Dermatoloji Akademisyenleri Derneği ile birlikte gerçekleştireceğimiz '6. Hastalıkta ve Sağlıkta Dermatoloji Kongresi' nin düzenleme kurulu yine çok değerli bilim insanlarından oluşacaktır.

Her zaman yeni bir şeyler katmaya çalışarak planladığımız kongremizin bilimsel ve sosyal programını, yine çok iyi dengeleyerek hazırlıyoruz, yani bütün programımızı her kongremizde olduğu gibi 'disiplinli bir özgürlük ironisi' temelinde yapılandırıyoruz. Daha önceki gibi ilmek ilmek örmeye başladığımız kongremizin gelenekselleşen ve geleceğin öğretim üyelerine yönelik oturumu 'en genç dermatologlarla dermatolojiye bakış' oturumu bu kongremizde de yerini alacaktır. Uzman dermatologların oturum başkanı olacağı bu oturumda, 3 veya 4. sene asistanları ise konuşmacı olarak kongremize renklerini katmaya devam edeceklerdir.

Bu kongremizde de yine ilginç ve istekli konularla ilgili bir oturum olan 'D-talks / Dermatoloji sohbetleri' sizlerden gelecek öneriler ve isteklerle şekillendirilecektir. Bu konudaki ve kongre ile ilgili genel önerilerinizi iletişim epostamıza gönderebilirsiniz ya da doğrudan bana iletebilirsiniz.

Tartışmalı-çekişmeli oturumların yine kongremize ayrı bir heyecan katacağından eminiz. Kozmetik uygulamalarla ilgili sunumlarda ise temel amacımız, konuşmacılar tarafından hazırlanan videolarda detaydan çok, uygulamalarda yapmamız/yapmamamız gerekenlerin yoğunlaştırılarak verilmesini sağlamak olacaktır. Dolayısıyla bu sunumların pratik bilgi açığını kapatmaya vesile olmasını umuyoruz.

Bu kongremizde de tüm standları ziyaret eden hekimlerimiz arasında yapılacak bir çekilişle kazanan bir meslektaşımıza hediye verilecektir. Sözlü sunum birincisi de bizi hatırlatacak bir hediye ile ödüllendirilecektir.

Bugüne kadar yapılmış değerli kongrelerin yüksek bilimsel düzeyine, yine farklı yollardan ulaşmak en büyük dileğimizdir. Sosyal etkinliklerle keyifli hale getirilecek kongremizin, katılımınızla var olacağının bilincinde olarak, sizleri hak ettiğiniz şekilde ağırlamak için çok çalışıyoruz.

11-14 Haziran 2025 tarihleri arasında Eskişehir'e bekleniyorsunuz.

Siz yoksanız hep bir eksikiz...

Saygı ve sevgilerimizle...

**Kongre Başkanları**  
**Prof.Dr.Bilal Doğan I Prof.Dr.Server Serdaroğlu**

# KURULLAR



## Kongre Başkanları

Prof.Dr.Bilal Doğan  
Prof. Dr. Server Serdaroğlu

## Kongre Sekreteri

Doç. Dr. Hüsna Güder

## Kongre Düzenleme ve Bilimsel Kurulu

Prof.Dr. Server Serdaroğlu  
Prof.Dr. Bilal Doğan  
Prof.Dr. Murat Borlu  
Prof.Dr. Recep Dursun  
Prof.Dr. Şirin Yaşar  
Prof.Dr. Zafer Türkoğlu  
Prof.Dr. Erol Koç  
Prof. Dr. Nurhan Saraçoğlu  
Doç.Dr. Hüsna Güder  
Doç.Dr. Neslihan Demirel Öğüt  
Doç.Dr. Muazzez Çiğdem Oba Kaymaz  
Dr. Öğretim Üyesi Sevim Baysak  
Dr. Öğretim Üyesi Erhan Ersoy



## 6. HASTALIKTA VE SAĞLIKTA DERMATOLOJİ KONGRESİ

### BİLİMSEL PROGRAM

11 HAZİRAN 2025 ÇARŞAMBA

|             |                                                                                                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13:15-13:30 | <b>Akılcı İlaç Oturumu</b><br><i>Zeynep Altan Ferhatoğlu</i>                                              |
| 13:45-14:45 | <b>1.Oturum – Dermatoloji Sohbetleri</b><br><b>Oturum Başkanları: Rafet Koca, Mehmet Ali Gürer</b>        |
| 13:45-14:00 | Oral Kollajen Takviyesi ile İlgili Mitler ve Medya                                                        |
| 14:00-14:15 | Dermatolojide Yapay Zeka                                                                                  |
| 14:15-14:30 | Dermatolojide “Lider” Eğitimi                                                                             |
| 14:30-14:45 | Tartışma                                                                                                  |
| 14:45-15:00 | <b>Kahve Molası</b>                                                                                       |
| 15:00-16:00 | <b>2.Oturum – Tedaviler 1</b><br><b>Oturum Başkanları: Kenan Aydoğan, Recep Dursun</b>                    |
| 15:00-15:15 | Vitiligoda Tedavi Hedeflerindeki Güncellemeler?                                                           |
| 15:15-15:30 | Rozasea ve Komplikasyonlarının Tedavisi?                                                                  |
| 15:30-15:45 | Dermatolojik Tedavide Bir Klasik: Topikal Steroidler                                                      |
| 15:45-16:00 | Tartışma                                                                                                  |
| 16:00-16:15 | <b>Kahve Molası</b>                                                                                       |
| 16:15-17:15 | <b>3.Oturum – Kozmetik Uygulamalar Yolculuğu-1</b><br><b>Oturum Başkanları: Recep Dursun, Bilal Doğan</b> |
| 16:15-16:30 | Kozmetik Jinekoloji: Dermatologlar İçin Yeni Bir Alan Mı?                                                 |
| 16:30-16:45 | Periorbital Rejuvenasyon: Etkili Yaklaşımlar                                                              |
| 16:45-17:00 | Temel İp Uygulamaları ve Dikkat Edilmesi Gerekenler                                                       |
| 17:00-17:15 | Tartışma                                                                                                  |
| 17:15-18:00 | <b>Uygulamalı Dolgu Eğitimi</b>                                                                           |
| 18:00-18:15 | <b>AÇILIŞ TÖRENİ</b>                                                                                      |

## 12 HAZİRAN 2025 PERŞEMBE

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08:15-09:15 | <b>4.Oturum – Kozmetik Uygulamalar Yolculuğu-2</b><br><b>Oturum Başkanları: Şirin Yaşar, Filiz Canpolat</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 08:15-08:30 | Orta Yüz Dolgu Uygulamaları: NL, Yanak, ‘Tear Trough’                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 08:30-08:45 | Dudak Dolgu Uygulaması: Farklı Teknikler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 08:45-09:00 | Botulinum Toksin ile Küçük Dokunuşlar, Büyük Farklar-‘Gummy Smile’, Burun Ucu Kaldırma,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 09:00-09:15 | Tartışma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 09:15-09:30 | <b>Kahve Molası</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 09:30-10:30 | <b>5.Oturum – En Genç Dermatologlarla En Genç Tedaviler</b><br><b>Oturum Başkanları: Turana Mammadova, Hasan K.Yelkenci</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 09:30-09:45 | Psoriasis tedavisi: Ülkemizdeki biyolojikler ve küçük moleküller                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 09:45-10:00 | Atopik Dermatit tedavi algoritması / Klasik Tedaviler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 10:00-10:15 | Atopik Dermatit: Klasik Tedaviler Dışındaki Sistemik Tedaviler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 10:15-10:30 | Tartışma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 10:30-10:45 | <b>Kahve Molası</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 10:45-12:00 | <b>6.Oturum – – Atopik Dermatit Tartışmalı Açık Oturum</b><br><b>Oturum Başkanı: İlkin Zindancı</b><br><b>Tartışmacılar: Filiz Topaloğlu Demir, Evren Odyakmaz Demirsoy, Meltem Türkmen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atopik Dermatit Zemininde Gelişen Dermatozlar?</li><li>• Biyolojik Tedaviyi AD’de Neden Tercih Etmeliyiz?</li><li>• JAK İnhibitörlerini AD Tedavisinde Neden Tercih Etmeliyiz?</li><li>• JAK İnhibitörleri Arasındaki Temel Farklar Nelerdir?</li><li>• JAK İnhibitörleri Veya Biyolojiklerle Tedavide TÖ ve Takipte Tetkik Şablonu Aynı mı?</li><li>• AD Tedavisinde Biyolojik Mi, JAK İnhibitörü Mü? Tercihi Neye Göre Yapmalıyız?</li><li>• AD’in Erken Sistemik Tedavi ile Seyri Değiştirilebilir mi? (E/H)</li></ul> |
| 12:00-14:15 | <b>Öğle Yemeği</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 14:15-15:15 | <b>7.Oturum – Tedaviler-2</b><br><b>Oturum Başkanları: Filiz Topaloğlu Demir, Nurhan Saraçoğlu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 14:15-14:30 | Genital HPV Nedir ve Aşı Ne Kadar Koruyucudur?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 14:30-14:45 | Genital Herpes Simpleks ve Molluskum Kontagiosuma Tedavi Yaklaşımları?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 14:45-15:00 | Herpes Zoster Tedavisinde ve Bu Hastalıktan Korunmada Ne Kadar Başarılıyız?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                            |                                                                                                                           |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15:00-15:15                | Tartışma                                                                                                                  |
| 15:15-15:30                | <b>Kahve Molası</b>                                                                                                       |
| 15:30-16:30                | <b>8.Oturum – Dermatoloji’de Aklımıza Takılanlar</b><br><b>Oturum Başkanları: Zafer Türkoğlu, Evren Odyakmaz Demirsoy</b> |
| 15:30-15:45                | Güneşten Koruyucu Kremler Hakkındaki Mitlerden Kurtulalım                                                                 |
| 15:45-16:00                | İnflamatuvar Deri Hastalıklarında Nemlendiriciler                                                                         |
| 16:00-16:15                | Dermatolojide Eksozom Uygulamaları: Ne Kadar Deneyimliyiz?                                                                |
| 16:15-16:30                | Tartışma                                                                                                                  |
| 13 Haziran 2025, Cuma      |                                                                                                                           |
| 14 Haziran 2025, Cumartesi |                                                                                                                           |

### 13 HAZİRAN 2025 CUMA

|             |                                                                                                                                                             |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07:45-08:30 | <b>Serbest Bildiriler 1</b><br><b>Oturum Başkanları: Bahar Sevimli Dikicier, Demet Akpolat</b>                                                              |
| SS-01       | Bilateral Dördüncü Tırnak Tutulumu ile Teşhis Edilen Bir Karpal Tünel Sendromu Vakası                                                                       |
| SS-02       | Orta ila şiddetli plak psoriasis hastalarında Bimekizumab’ın ana klinik çalışmalarının sonları boyunca sürdürülmesi: BE BRIGHT çalışmasının bulguları       |
| SS-03       | Bimekizumabın plak psoriasis hastalarında önemli vücut bölgelerindeki klinik etkililiği ve sa Dört karşılaştırmalı kontrollü çalışmadan elde edilen veriler |
| SS-04       | Olgu sunumu: CPAP ile indüklenen rozasea ve morbihan sendromu                                                                                               |
| SS-05       | Eritrodermanın Nadir Bir Nedeni Olarak Dermatofitozis: Klinik Bir Sürpriz                                                                                   |
| SS-06       | Granülomatöz Keilitin Adalimumab ile Tedavisi: Bir Olgu Sunumu                                                                                              |
| SS-07       | Chilblain Lupus Eritematozus Vakası: TREX-1 Mutasyonu ile Birlikte Seyreden Nadir Bir Olgu                                                                  |
| SS-08       | PASH Sendromunda Etkili Blir Tedavi Seçeneği: ADALİMUMAB                                                                                                    |
| SS-09       | Dermatolojik Bilgi Üretiminde Üç Yapay Zekâ Modelinin Performans Karşılaştırması: Okunat                                                                    |
| SS-10       | Konvansiyonel Tedavilere Dirençli Guttat Psoriasis Olgusunda Apremilast ile Erken Klinik Yar                                                                |
| 08:30-09:30 | <b>9.Oturum – Kozmetik Uygulamalar Yolculuğu-3</b><br><b>Oturum Başkanları: Erol Koç, Hilal Kaya Erdoğan</b>                                                |
| 08:30-08:45 | Botulinum Toksin Uygulamalarında Enjeksiyon Derinlikleri                                                                                                    |
| 08:45-09:00 | Migren BTXA Uygulaması, Kozmetik BTXA Uygulamalarından Ne Kadar Farklı?                                                                                     |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09:00-09:15 | Mikrobotox/Mesobotox Uygulama Alanları ve Amacı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 09:15-09:30 | Tartışma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 09:30-09:45 | <b>Kahve Molası</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 09:45-10:45 | <b>10.Oturum – Tedaviler 3</b><br><b>Oturum Başkanları: Emel Fetil, Burçe Can Kuru</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 09:45-10:00 | HS Tedavisi : Erken Tanı ve Tedavinin Önemi?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 10:00-10:15 | Erken Evre MF Tedavisinde Elimiz Ne Kadar Güçlü?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10:15-10:30 | Kutanöz Vaskülit Tanı ve Tedavi Yaklaşım Algoritması                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 10:30-10:45 | Tartışma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 10:45-11:00 | <b>Kahve Molası</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 11:00-12:00 | <b>11.Oturum – Psoriasis Tartışmalı Açık Oturum</b><br><b>Oturum Başkanı: Tülin Ergun,</b><br><b>Tartışmacılar: Şirin Yaşar, Özlem Su Küçük, Fatma Aslı Hapa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasisde Oral Tedaviler (Mtx, Apremilast, Deucravacitinib)</li> <li>• Psoriasis Tedavisinde Biyolojik Tedavi Seçimi İpuçları</li> <li>• Biyolojik/Küçük Molekül Tedavileri Takibinde Bir Şablon Çıkarılabilir mi?</li> <li>• Psoriasis Hastalık Seyrini Değiştirebilir miyiz? (Evet/Hayır) Bugün İçin “Kür”e Ne Kac</li> <li>• Psoriasisde ‘Hastalık Hafızası’ Tam Olarak Ne Demektir?</li> <li>• Psoriasisin Biyolojikler/Küçük Moleküller ile Tedavisinde Tedaviyi Ne Zaman Bırakm</li> <li>• Biyolojik/Küçük Moleküller Hamilelikte Ne Kadar Güvenli?</li> <li>• Quantiferon Pozitif Bütün Hastalarda INH Profilaksi Gerekli mi?</li> <li>• İNH Profilaksi Alan Hastalarda Biyolojik Ajanlar En Erken Ne Zaman Başlanabilir?</li> <li>• Psoriasis Kontrolünde Beslenme Ne Kadar Önemli?</li> </ul> |
| 12:00-12:45 | <b>Serbest Bildiriler 2</b><br><b>Oturum Başkanları: Çiğdem Oba Kaymaz, Hüsna Güder</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| SS-11       | Şiddetli Psoriasis Tedavisinde Bimekizumab'ın Etkinliği: Olgu Sunumu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| SS-12       | Atipik Klinik Prezantasyonuyla Ağrılı Benign Deri Tümörlerini Taklit Eden Nadir bir Deri Sarko<br>Pleomorfik Sarkom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| SS-13       | Sekukinumab ile tedavi edilen Darier Hastalığı: Bir Olgu Sunumu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| SS-14       | Erüptif Vellus Kıl Kisti: Bir Olgu Sunumu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| SS-15       | Konvansiyonel Tedavilere Dirençli Darier Hastalığı Hastasında IL-17 İnhibitörlerinin Tedavide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



|                    |                                                                                                         |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SS-16              | Multiple kutanöz ve uterin leiomyomu olan bir olgu                                                      |
| SS-17              | Herpes Zoster Enfeksiyonu Sonrası Koebner Fenomeni İle Psoriasis Gelişimi: Nadir Bir Olgu               |
| SS-18              | Oftalmik Zonada Nadir bir Komplikasyon: Ensefalit                                                       |
| SS-19              | Pediyatrik Kutanöz Mastositozun Klinik ve Histopatolojik Özellikleri: 3 Olgu                            |
| SS-20              | İnflksimaba Bağlı Paradoksal Psoriasis:Bu Bir Paradoks Mu?                                              |
| <b>12:45-14:15</b> | <b>Öğle Yemeği</b>                                                                                      |
| <b>14:15-15:15</b> | <b>12.Oturum – Saç Hastalıkları</b><br><b>Oturum Başkanları: <i>Server Serdaroğlu, Yalçın Tüzün</i></b> |
| <b>14:15-14:30</b> | Saç Hastalıkları Ayırıcı Tanısında Trikoskopik İpuçları                                                 |
| <b>14:30-14:45</b> | Androgenetik Alopeside İnvaziv/Noninvaziv Tedaviler: Ne Kadar Etkililer?                                |
| <b>14:45-15:00</b> | Alopesi Areata Tedavisinde Kullanılan En Yeni Tedaviler                                                 |
| <b>15:00-15:15</b> | Tartışma                                                                                                |
| <b>15:15-15:30</b> | <b>Kahve Molası</b>                                                                                     |
| <b>15:30-16:30</b> | <b>13.Oturum – Tedaviler 4</b><br><b>Oturum Başkanları: <i>İlknur Altunay, Munise Daye</i></b>          |
| <b>15:30-15:45</b> | Kronik İdiopatik Ürtikerde Tedavi Basamakları: Dirençli Olgulara Yaklaşım Nasıl Olmalı?                 |
| <b>15:45-16:00</b> | Akne Tedavisinde Algoritma: Hasta Bilinçlendirilmesi Nasıl Olmalı?                                      |
| <b>16:00-16:15</b> | Yüzeyel Mantar Enfeksiyonlarında Topikal ve Sistemik Tedaviler: Dirençli Olgulara Nasıl Yaklaşılır?     |
| <b>16:15-16:30</b> | Tartışma                                                                                                |

#### 14 HAZİRAN 2025 CUMARTESİ

|                    |                                                                                                                               |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>09:00-10:00</b> | <b>14.Oturum – Kozmetik Uygulamalar Yolculuğu-4</b><br><b>Oturum Başkanları: <i>Emel Erdal Çalikoğlu, Zekayi Kutlubay</i></b> |
| <b>09:00-09:15</b> | PRP ile Kombine Mezoterapiler...                                                                                              |
| <b>09:15-09:30</b> | “Gençlik Aşları” Denince Akla Gelenler-Uygulananlar                                                                           |
| <b>09:30-09:45</b> | Otolog Kök Hücre Uygulamaları ve İdeal Uygulama Sıklığı                                                                       |
| <b>09:45-10:00</b> | Tartışma                                                                                                                      |
| <b>10:00-10:15</b> | <b>Kahve Molası</b>                                                                                                           |
| <b>10:15-11:15</b> | <b>15.Oturum – Zor Hastalıklar</b><br><b>Oturum Başkanları: <i>Rıfkiye Küçükoğlu, Ümit Türsen</i></b>                         |

|             |                                                                   |
|-------------|-------------------------------------------------------------------|
| 10:15-10:30 | Büllöz Pemfigoid: Ayırıcı Tanı ve Tedavi Prensipleri              |
| 10:30-10:45 | Skabiyes: Güncel Yaklaşımlar, Tedaviye Direnç, Yanlış Uygulamalar |
| 10:45-11:00 | Behçet Hastalığında Dermatolojik Bulguların Tedavisi              |
| 11:00-11:15 | Tartışma                                                          |
| 11:15-11:30 | KAPANIŞ                                                           |

6. Hastalıkta ve Sağlıkta

# Dermatoloji

11-14 Haziran 2025, Eskişehir  
Tasigo Otel

# **SÖZLÜ BİLDİRİLER**

[SS-01]  
***Bilateral Dördüncü Tırnak Tutulumu ile  
Teşhis Edilen Bir Karpal Tünel Sendromu Vakası***

---

Hanife Kararaş, Elif Kaya, Müzeyyen Gönül, Selda Pelin Kartal  
Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Klasik nörolojik bulgular olmadan, yalnızca tırnak distrofisiyle prezente olan atipik karpal tünel sendromu olgusunu sunmak.

**Gereç ve Yöntem:** Bu olgu sunumunda, her iki elin dördüncü parmağında tırnak distrofisi ile başvuran 70 yaşında erkek bir hasta değerlendirilmiştir. Hastanın detaylı tıbbi öyküsü alındı, sistematik dermatolojik ve nörolojik muayenesi yapıldı. Tırnak değişikliklerinin ayırıcı tanısı kapsamında; potansiyel dermatolojik nedenleri dışlamak amacıyla KOH preparat testi uygulandı. Ayrıca CBC, KCFT ve BFT, serum vitamin ve ferritin düzeyleri ölçüldü.

Tırnak matriksinde olası bir proliferatif lezyonu dışlamak için sol elin manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı. Median sinir disfonksiyonuna bağlı olabilecek bulgular nedeniyle nörolojik değerlendirme istenmiş; Phalen testi uygulanmış ve elektrofizyolojik incelemelerle bilateral KTS tanısı doğrulanmıştır.

Tanıyla takiben hastaya, karpal tünel bölgesine tek doz kortikosteroid ve lokal anestezi enjeksiyonu uygulanmış ve iki aylık fizyoterapi programı başlatılmıştır. Klinik izlemde, hem tırnak hem nörolojik semptomlardaki değişiklikler üç ay süreyle değerlendirilmiştir. Bulgular:Hasta, üç aydır süregelen ve her iki elin dördüncü parmaklarını etkileyen tırnak distrofisi ile başvurdu. Fizik muayenede, sol dördüncü parmak tırnağında belirgin olmak üzere, tırnakta longitudinal fissürler, pitting izlendi. Sağ dördüncü parmakta benzer ancak daha hafif bulgular mevcuttu. Diğer tırnaklarda herhangi bir patoloji saptanmadı. Çevre ciltte inflamasyon bulgusu izlenmedi.

Laboratuvar değerlendirmelerinde CBC, KCFT ve BFT, serum ferritin ve vitamin düzeyleri normaldi. KOH testi negatifti. Sol elin MR görüntülemesinde kemik, eklem ve tendon yapıları normaldi; ancak fleksör digitorum tendon çevresinde belirgin sıvı artışı ve dördüncü parmak tırnak yatağında yoğun T2 sinyali saptandı.

İzlem sırasında hastada son 15 gündür başlayan bilateral el uyuşması fark edildi. Nörolojik muayenede bilateral Phalen testi pozitif. Elektrofizyolojik incelemeler sonucunda hafif düzeyde bilateral KTS tanısı doğrulandı.

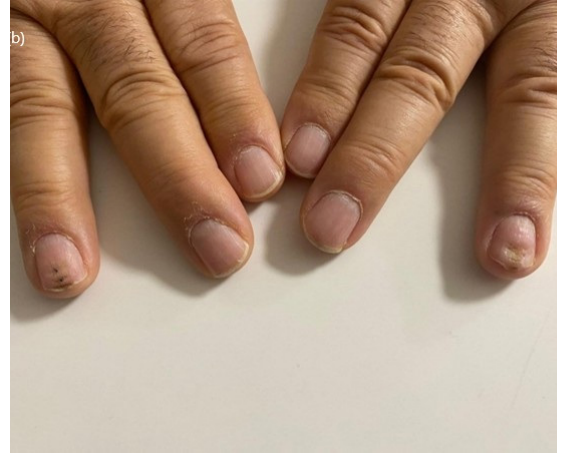
Tedavi sonrası üç aylık takipte, hastaya ait hem nörolojik yakınmalarda hem de tırnak distrofisinde belirgin klinik düzelme gözlemlendi. Distal tırnak kısmında distrofik görünüm devam etmekle birlikte, proksimalden sağlıklı tırnak gelişimi izlendi.

**SONUÇ:** Median sinir disfonksiyonu, izole tırnak değişikliklerine neden olabilir; konservatif tedaviyle belirgin düzelme sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Karpal tünel sendromu, tırnak distrofisi, atipik prezantasyon



**FİĞÜR 1:** İlk prezantasyonda, her iki elde dördüncü parmaklarda hafif dökülme, longitudinal fissürler ve çukurcuklanmalar gözlenmiştir.



**FİĞÜR 2:** 3 ay sonraki izlem fotoğrafı, distrofisinin düzelmesini ve proksimal tırnak katlantısından sağlıklı tırnak büyümesini göstermektedir.



**FİĞÜR 3:** MR görüntülemesi, dördüncü parmağın tırnak yatağında yoğun T2 sinyali göstermektedir.



*Orta ila şiddetli plak psoriasis hastalarında Bimekizumab'ın ana klinik çalışmalarının sonlanımı sonrasında yanıtların 4 yıl boyunca sürdürülmesi: BE BRIGHT çalışmasının bulguları*

Beyza Kalender<sup>1</sup>, Kenneth B. Gordon<sup>2</sup>, Jennifer Cather<sup>3</sup>, David Pariser<sup>4</sup>, Michael Sebastian<sup>5</sup>, Peter Foley<sup>6</sup>, Masahiro Kamata<sup>7</sup>, Owen Davies<sup>8</sup>, Sarah Kavanagh<sup>9</sup>, Krista Wixted<sup>9</sup>, Richard B. Warren<sup>10</sup>, Richard B. Warren<sup>11</sup>

1-UCB Pharma, İstanbul, Türkiye

2-Department of Dermatology, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin, USA

3Mindful Dermatology and Modern Research Associates, Dallas, Texas, USA

4-Eastern Virginia Medical School Department of Dermatology and Virginia Clinical Research, Inc, Norfolk, Virginia, USA

5-Dermatologie Mahlow Practice Dr. med. Michael Sebastian, Mahlow, Germany

6-The University of Melbourne, St. Vincent's Hospital Melbourne, Skin Health Institute, Carlton, Victoria, Australia

7-Department of Dermatology, Teikyo University School of Medicine, Tokyo, Japan

8-UCB Pharma, Slough, UK

9-UCB Pharma, Morrisville, North Carolina, USA

10-Dermatology Centre, Northern Care Alliance NHS Foundation Trust, Manchester, UK

11-NIHR Manchester Biomedical Research Centre, Manchester University NHS Foundation Trust, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, UK

**Amaç:** Psoriasis kronik bir hastalık olup tedavilerin uzun vadeli etkinliği önemlidir.

Bu çalışmada, Bimekizumab (BKZ) ile 1. yılda tam veya tama yakın yanıt alan orta-şiddetli plak psoriasisli hastalarda bu yanıtların 4 yıl boyunca sürdürülmesi değerlendirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Veriler, BE VIVID, BE SURE ve BE READY faz 3 çalışmaları ile açık etiketli uzantısı olan BE BRIGHT çalışmasından alınmıştır. Dahil edilen hastalar, ilk 16 haftada 4 haftada bir (4H1) BKZ 320 mg almış, ardından idame döneminde 4H1 veya 8 haftada bir (8H1) tedaviyle açık etiketli uzatmaya (AEU) katılmıştır. Üçüncü yıldan itibaren tüm hastalar 8H1'e geçirilmiştir. PASI 90 ve PASI 100 yanıtları, 1. yılda elde edilen yanıtla göre 4. yıla kadar takip edilmiştir. Analizler modifiye yanıt vermeyen imputasyonu (mNRI) yöntemiyle yapılmış, ayrıca gözlemlenen vaka (OC) sonuçları sunulmuştur. PASI yanıtları, 1. yılda ilgili düzeye ulaşan ve AEU'ya devam eden hastalar arasında değerlendirilmiştir. BE VIVID 52 hafta, BE SURE ve BE READY 56 hafta sürmüştür; uyumlu analiz için 52. haftaya kadar olan veriler dikkate alınmıştır. Bu analiz, uzun dönemli etkinlik ile tedavi devamlılığı ve idame rejimlerinin klinik sonuçlara etkisini yansıtmaktadır.

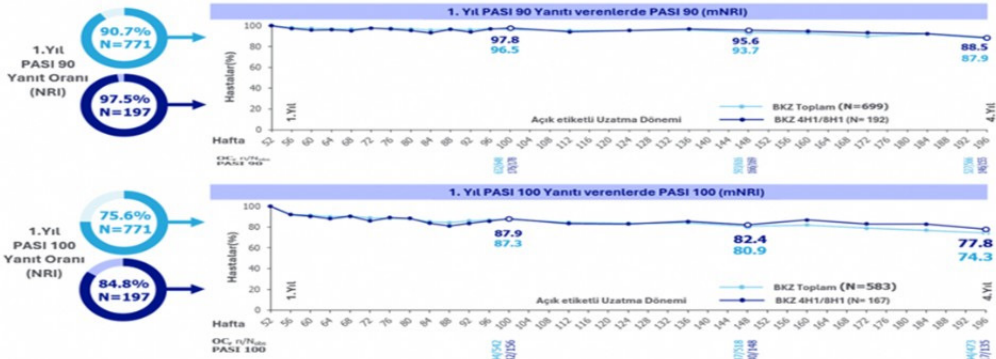
**Bulgular:** 771 hasta başlangıçta BKZ grubuna randomize edilmiş ve idame dönemi ile AEU girişinde BKZ almıştır. BKZ Toplam grubunu oluşturan 771 hastanın 699'ünde (%90.7) ve 583'ü (%75.6), sırasıyla 1. yılda PASI 90 ve PASI 100 yanıtı alınmıştır. BKZ 4H1/8H1 grubundaki 197 hastanın ise 192'si (%97.5) ve 167'sinde (%84.8), sırasıyla 1. yılda PASI 90 ve PASI 100 yanıtı alınmıştır (Şekil).

1. yılda yanıt verenler arasında BKZ 4H1/8H1 alanlarda yüksek oranlarda PASI 90 ve PASI 100 yanıtları gözlemlenmiştir. 1. yıldaki PASI 90 ve PASI 100 yanıtları, 4. yılda %88.5 ve %77.8 oranlarında korunmuştur (Şekil).

**SONUÇ:** BKZ tedavisinin ana faz 3 çalışmalarında 1 yıl sonunda yüksek oranda tam/tama yakın cilt temizliği elde eden hastaların büyük çoğunluğu klinik yanıtları 4 yıl boyunca korumuştur. Yanıtların korunması BKZ 4H1/8H1 rejimiyle tedavi edilen hastalarda da gözlemlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** bimekizumab, plak psoriasis, PASI 90, PASI 100

BE BRIGHT AEU'ya katılan 1. yıl PASI 90 ve PASI 100 yanıtı alınan hastalarda 4. yıla kadar yanıtların korunması



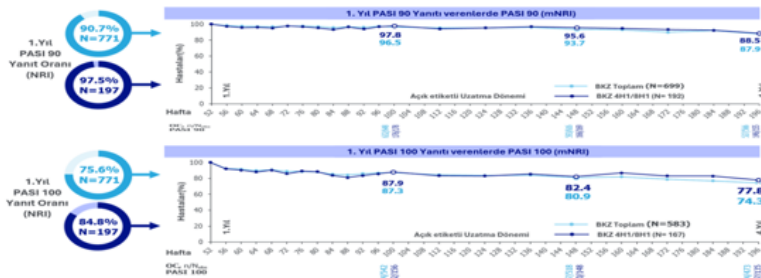
Her iki sonuç için de yanıt oranları, 1. yılda ilgili PASI etkililik yanıtını elde eden ve AEU'ya devam eden hastalar arasında rapor edilmiştir. BE VIVID 52 hafta, BE SURE ve BE READY ise 56 hafta sürmüştür; çalışmalar arasında verilerin birleştirilmesi için 56. hafta verileri dahil edilmemiştir. Bu şekilde, 52. haftadan sonraki dönem BE BRIGHT AEU'ya karşılık gelmektedir. BE READY kaçış koluna katılan hastalar, kaçış tarihinden BE READY'nin sonuna kadar yanıt vermeyen olarak değerlendirilmiştir; ardından BE BRIGHT OLE sırasında diğer kaçış yapmayan hastalarla aynı şekilde değerlendirilmiştir. BKZ: bimekizumab; mNRI: modifiye yanıt vermeyen imputasyonu; Nobs: gözlemlenen N; NRI: yanıt vermeyen imputasyonu; OC: gözlemlenen vaka; AEU: açık etiketli uzatma; PASI 90/100: Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi'nde başlangıca göre  $\geq 90\%/100$  iyileşme; 4H1: 4 haftada bir; 8H1: 8 haftada bir.

Orta ila şiddetli plak psoriasis hastalarında Bimekizumab'ın ana klinik çalışmalarının sonlanımı sonrasında yanıtların 4 yıl boyunca sürdürülmesi:  
BE BRIGHT çalışmasının bulguları

1-Year Responder Analysis – Approval Draft

16 April 2025

Şekil. BE BRIGHT AEU'ya katılan 1. yıl PASI 90 ve PASI 100 yanıtı alınan hastalarda 4. yıla kadar yanıtların korunması



Her iki sonuç için de yanıt oranları, 1. yılda ilgili PASI etkililik yanıtını elde eden ve AEU'ya devam eden hastalar arasında rapor edilmiştir. BE VIVID 52 hafta, BE SURE ve BE READY ise 56 hafta sürmüştür; çalışmalar arasında verilerin birleştirilmesi için 56. hafta verileri dahil edilmemiştir. Bu şekilde, 52. haftadan sonraki dönem BE BRIGHT AEU'ya karşılık gelmektedir. BE READY kaçış koluna katılan hastalar, kaçış tarihinden BE READY'nin sonuna kadar yanıt vermeyen olarak değerlendirilmiştir; ardından BE BRIGHT OLE sırasında diğer kaçış yapmayan hastalarla aynı şekilde değerlendirilmiştir. BKZ: bimekizumab; mNRI: modifiye yanıt vermeyen imputasyonu; Nobs: gözlemlenen N; NRI: yanıt vermeyen imputasyonu; OC: gözlemlenen vaka; AEU: açık etiketli uzatma; PASI 90/100: Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi'nde başlangıca göre  $\geq 90\%/100$  iyileşme; 4H1: 4 haftada bir; 8H1: 8 haftada bir.

Orta ila şiddetli plak psoriasis hastalarında Bimekizumab'ın ana klinik çalışmalarının sonlanımı sonrasında yanıtların 4 yıl boyunca sürdürülmesi: BE BRIGHT çalışmasının bulguları

**Giriş & Amaçlar:** Psoriasisin, kronik doğası, göz önüne alındığında, yeni tedavilerin uzun vadeli etkililiği araştırılmalıdır. Bimekizumab (BKZ) ile yüksek yanıt oranlarının korunmasının, orta ila şiddetli plak psoriasisli ve 16. haftada klinik yanıt elde eden hastalarda 4 yıl boyunca devam ettiği daha önce bildirilmiştir.<sup>1</sup>

Bu çalışmada, bimekizumab ile tedavi edilen ve 1. yıl (ana çalışmalardan sonlanımı) sonunda tam veya tama yakın cilt temizliği elde eden hastalarda, yanıtın 4 yıl (196 hafta) boyunca sürdürüldüğü bildirilmiştir.

**Araçlar & Yöntemler:** Veriler, 52 haftalık BE VIVID ve 56 haftalık BE SURE ile BE READY temel faz 3 çalışmalarından ve bu çalışmaların açık etiketli uzatma (AEU) çalışması olan BE BRIGHT'tan birleştirilmiştir. Dâhil edilen hastalar, 16. haftaya kadar her 4 haftada bir (4H1) BKZ 320 mg uygulaması için randomize edilmiş ardından OLE girişine kadar (52/56. hafta: 1. yıl) BKZ'yi 4H1 veya her 8 haftada bir (8H1) almışlardır. Tüm dahil edilen hastalar OLE'ye katılmış ve PASI (Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi) yanıtı ile önceki idame dozlarına göre 4H1 veya 8H1 BKZ almış; protokol değişikliği ile tüm hastalar tedavinin üçüncü yılında, 8H1 BKZ'ye yeniden atanmıştır.

Veriler, birleştirilmiş BKZ doz grupları (BKZ Toplam) ve 16.haftaya kadar 4H1, ardından sürekli olarak AEU'da 8H1 BKZ alan (BKZ 4H1/8H1) alt grup için bildirilmiştir; bu psoriasisli hastaların büyük bir kısmı için onaylanmış pozolojidir.<sup>6</sup>

#### 1-Year Responder Analysis – Approval Draft

Başlangıca göre PASI'de (Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi)  $\geq 90$  ve  $100$  iyileşmenin (PASI 90 ve PASI 100) 4. yıla (AEU 144. hafta) kadar korunması, sırasıyla 1. yıl PASI 90 ve PASI 100 yanıtı alan hastalarda bildirilmiştir.

1. yıl PASI yanıtları, yanıt vermeyenlerin imputasyonu (NRI) yöntemiyle raporlanmıştır. Daha uzun süreli yanıtlar, modifiye yanıt vermeyen imputasyonu (mNRI) yöntemiyle bildirilmiştir: Etkinlik yetersizliği veya tedaviye ilişkili advers olaylar nedeniyle tedaviyi bırakan hastalar sonraki zaman noktalarında yanıt vermeyen olarak değerlendirilmiş; diğer tüm eksik veriler için imputasyon kullanılmıştır. Ayrıca, gözlemlenen vaka (OC) sonuçları da rapor edilmiştir (Şekil).

**Sonuçlar:** Genel olarak, 771 hasta başlangıçta BKZ grubuna randomize edilmiş ve idame dönemi ile AEU girişinde BKZ almıştır. BKZ Toplam grubunu oluşturan 771 hastanın 699'unda (90.7%) ve 583'ü (%75.6), sırasıyla 1. yılda PASI 90 ve PASI 100 yanıtı almıştır. BKZ 4H1/8H1 grubundaki 197 hastanın ise 192'si (%97,5) ve 167'sinde (%84,8), sırasıyla 1. yılda PASI 90 ve PASI 100 yanıtı alınmıştır (Şekil).

1. yıl PASI 90 yanıtı alan hastalarda %96.5'i 2. yılda (AEU 48. hafta), %93.7'si 3. yılda (AEU 96. hafta) ve %87.9'u 4. yılda (AEU 144. hafta) PASI 90 yanıtını korumuştur (Şekil). 1. yıl PASI 100 yanıtı alan hastalar arasında ise %87.3'ü 2. yılda, %80,9'u 3. yılda ve %74,3'ü 4. yılda PASI 100 yanıtını korumuştur.

Benzer şekilde, 1. yıl yanıtlayıcıları arasında BKZ 4H1/8H1 alanlarda da yüksek oranlarda PASI 90 ve PASI 100 yanıtlarının korunduğu gözlemlenmiştir (Şekil); 1.yıl PASI 90 yanıtlayıcılarının %88,5'i ve PASI 100 yanıtlayıcılarının %77,8'i yılda yanıtlarını korumuştur.

**Sonuç:** BKZ tedavisinin ana faz 3 çalışmalarında 1 yıl sonunda yüksek oranda tam veya tama yakın cilt temizliği elde eden hastaların büyük çoğunluğu bu klinik yanıtları 4 yıl boyunca korunmuştur. Yanıtların korunması benzer şekilde BKZ 4H1/8H1 rejimiyle tedavi edilen hastalarda da gözlemlenmiştir.



***Bimekizumabın plak psoriasis hastalarında önemli  
vücut bölgelerindeki klinik etkililiği ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi:  
Faz 3/3b Dört karşılaştırmalı kontrollü çalışmadan elde edilen veriler***

April Armstrong<sup>1</sup>, Boni Elewski<sup>2</sup>, Phoebe Rich<sup>3</sup>, Matthias Augustin<sup>4</sup>, José Manuel Carrascosa<sup>5</sup>, Ronald Vender<sup>6</sup>, Jérémy Lambert<sup>7</sup>, José Manuel López Pinto<sup>8</sup>, Bengt Hoepken<sup>9</sup>, Sarah Kavanagh<sup>10</sup>, Luis Puig<sup>11</sup>, Özge Karaibrahimoğlu<sup>12</sup>

- 1-California Üniversitesi Los Angeles (UCLA), Los Angeles, Kaliforniya, ABD
- 2-Alabama Üniversitesi Birmingham, Birmingham, Alabama, ABD
- 3-Oregon Dermatoloji ve Araştırma Merkezi, Portland, Oregon, ABD
- 4-Dermatoloji ve Hemşirelikte Sağlık Hizmetleri Araştırmaları Enstitüsü (IVDP), Hamburg-Eppendorf Üniversite Tıp Merkezi (UKE), Hamburg, Almanya
- 5-Germans Trias i Pujol Üniversite Hastanesi (ICTP), Otonom Barselona Üniversitesi, Barselona, İspanya
- 6-Dermatrics Araştırma Ltd., Hamilton, Ontario, Kanada
- 7-UCB Pharma, Colombes, Fransa
- 8-UCB Pharma, Madrid, İspanya
- 9-UCB Pharma, Monheim am Rhein, Almanya
- 10-UCB Pharma, Morrisville, Kuzey Karolina, ABD
- 11-Santa Creu i Sant Pau Hastanesi, Otonom Barselona Üniversitesi, Barselona, İspanya
- 12-UCB Pharma, İstanbul, Türkiye

**Amaç:** Psoriasisın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL) üzerindeki etkisi, etkilenen vücut bölgesine göre değişebilir. Saçlı deri gibi “tedavisi zor bölgeler” hastaların fiziksel ve duygusal iyilik halini daha fazla etkileyebilir. Bu çalışma, bimekizumab (BKZ) ile tedavi edilen hastalarda farklı vücut bölgelerinde tam cilt temizliğine ulaşmanın, hasta tarafından algılanan yaşam kalitesine nasıl yansıdığını incelemektedir.

**Gereç ve Yöntem:** Orta-şiddetli plak psöriazisli ve dört faz 3/3b çalışmanın karşılaştırmalı kontrollü dönemlerinin ilk 4 haftasında BKZ 320 mg her 4 haftada bir (4H1) alan hastalar ile plasebo (PBO), adalimumab (ADA), secukinumab (SEC) ve ustekinumab (UST) karşılaştırılmıştır. 4. haftada PASI 100 (tam cilt temizliği) ve DYKİ 0/1 (hastanın yaşamı üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı) elde eden hastaların oranları değerlendirilmiştir. Başlangıçta PASI >0 (ilgili PASI vücut bölgesi için) veya saçlı deri IGA  $\geq 3$  skoruna sahip hastalar dahil edilmiştir. Veriler, yanıt vermeyen imputasyonu (NRI) yöntemiyle rapor edilmiştir.

**Bulgular:** Tüm çalışmalarda, 4. haftada BKZ grubuna randomize edilen hastaların, karşılaştırmalara kıyasla her bir vücut bölgesinde PASI 100 elde etme oranı daha yüksek bulunmuştur. BKZ grubunda PASI 100 ve DYKİ 0/1'e eşzamanlı ulaşım oranları karşılaştırmalara göre daha yüksek bulunmuştur (baş/boyun: %23,5–37,2, gövde: %18,7–27,2, kollar: %16,3–19,9, bacaklar: %10,6–16,1). BKZ grubuna randomize edilen hastaların %22,7–34,8'i, 4. haftada saçlı deri IGA 0 ve DYKİ 0/1'e eşzamanlı ulaşmıştır; karşılaştırmalı gruplarda bu oran daha düşük bulunmuştur (%0,0–23,1).

**SONUÇ:** BKZ ile tedavi edilen hastalar, 4. haftada PBO, ADA, SEC ve UST'ye kıyasla saçlı deri ve tüm vücut bölgelerinde daha yüksek klinik yanıtlar göstermiştir. BKZ grubunda, eşzamanlı olarak, karşılaştırmalara kıyasla hasta tarafından bildirilen yaşam kalitesinde (HRQoL) sayısal olarak daha büyük iyileşmeler raporlanmıştır. Klinik yanıtlar ve HRQoL iyileşmeleri, baş/boyun ve gövdede, kollar ve bacaklara kıyasla daha kolay sağlanmıştır.

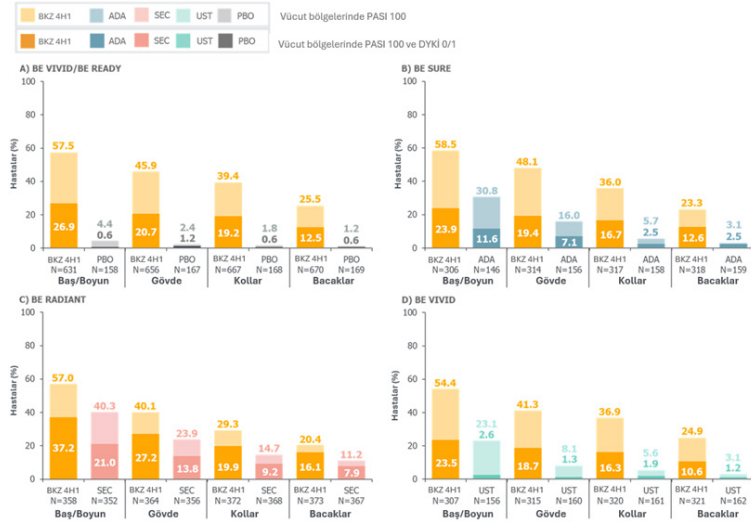
**Anahtar Kelimeler:** bimekizumab, plak psoriasis, tedavisi zor bölgeler, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL)







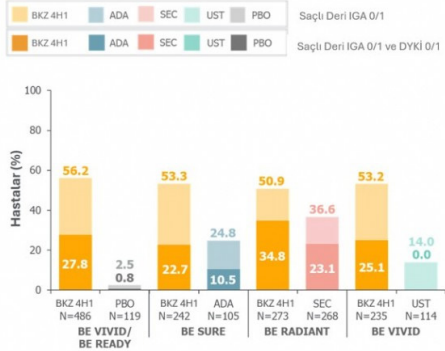
Şekil 1. PASI vücut bölgelerinde tam cilt temizliği (PASI 100) ve DYKİ 0/1'e 4. haftada eşzamanlı ulaşılması (NRI)



Sadece başlangıçta belirtilen her bir vücut bölgesi için PASI >0 olan hastalar dahil edilmiştir (N). ADA: adalimumab; BKZ: bimekizumab; DYKİ: Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi; NRI: yanıt vermeyen imputasyonu; PASI: Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi; PASI 100: PASI'de başlangıca göre %100 iyileşme; PBO: plasebo; Q4W: her 4 haftada bir; SEC: secukinumab; UST: ustekinumab.

Şekil 2. 4. haftada tam saçlı deri temizliği (saçlı deri IGA 0) ve DYKİ 0/1'e eşzamanlı ulaşılması (NRI)

Şekil 2. 4. haftada tam saçlı deri temizliği (saçlı deri IGA 0) ve DYKİ 0/1'e eşzamanlı ulaşılması (NRI)



Sadece başlangıçta saçlı deri IGA  $\geq 3$  olan hastalar dahil edilmiştir (N). Saçlı deri IGA yanıtı, başlangıca göre en az iki kategori iyileşme ile tamamen temiz (0) olarak tanımlanır ve tam saçlı deri temizliğini temsil eder. ADA: adalimumab; BKZ: bimekizumab; DYKİ: Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi; IGA: Araştırmacı Global Değerlendirmesi; NRI: yanıt vermeyen imputasyonu; PBO: plasebo; 4H1: 4 haftada bir; SEC: secukinumab; UST: ustekinumab.

Sadece başlangıçta saçlı deri IGA  $\geq 3$  olan hastalar dahil edilmiştir (N). Saçlı deri IGA yanıtı, başlangıca göre en az iki kategori iyileşme ile tamamen temiz (0) olarak tanımlanır ve tam saçlı deri temizliğini temsil eder. ADA: adalimumab; BKZ: bimekizumab; DYKİ: Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi; IGA: Araştırmacı Global Değerlendirmesi; NRI: yanıt vermeyen imputasyonu; PBO: plasebo; 4H1: 4 haftada bir; SEC: secukinumab; UST: ustekinumab.



Ilkyaz Aydogdu Zeybek, Ersoy Acer, Hilal Kaya Erdogan, Esra Agaoglu, Zeynep Nurhan Saracoglu  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Eskişehir

**Amaç:** Morbihan sendromu genellikle yüzde eritem ve ödem oluşumu ile seyreden nadir bir hastalıktır. Genellikle ataklarla giden rozaseanın geç dönem bir komplikasyonu olarak değerlendirilir. Ancak etyolojisi ve patofizyolojisi net olarak anlaşılamamıştır. Bu olgu sunumunda obstruktif uyku apne sendromu (OSAS) için tam yüz sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) maskesi kullanımı sonrasında gelişen rozasea ve unilateral morbihan sendromu belirtileri ortaya çıkan olgunun sunulması amaçlanmıştır.  
**Gereç ve Yöntem:**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine 11.03.2022-25.02.2025 arasında çoklu başvuruları ve 17.10.2024'te servis yatışı bulunan hastanın bilgileri retrospektif olarak toplanmıştır.

**Bulgular:** Olgu yüzde eritemli ödem ve sertleşme belirtileri olması üzerine tarafımıza başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol göz kapağında eritemli ödem, yüzün sol malar alanında eritemli ödematöz görünüm mevcuttu. Hastanın öyküsünden 2020'de CPAP kullanımına başladıktan sonra şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Hasta granülmatöz rozasea ve unilateral morbihan hastalığı olarak değerlendirildi. İki ay oral doksisisiklin ve topikal metronidazol tedavileri verildi. Bu tedaviye iyi yanıt alınamayan hastada oral prednizolon tedavisi eklendi, prednizolon ile hastanın lezyonlarında belirgin gerileme izlendi ancak tedavi kesildikten sonra şikayetleri tekrarladı. Serviste yattığı dönemde CPAP kullanımına ara veren hastanın lezyonlarında gerileme izlendi. Hasta taburculuk sonrasında yeniden CPAP kullanımına başladı ve oral izotretinoin 10 mg tedavisi başlandı, kademeli olarak 20 mg'a çıkıldı. Hasta bu tedaviyi yaklaşık 3,5 ay kullandı ancak lezyonlarda taburculuk sonrası yapılan takipte belirgin gerileme olmadı.

**SONUÇ:** Vakada daha önce bilinen dermatolojik bir hastalık öyküsü bulunmaması, rozasea ve morbihan sendromu bulgularının CPAP kullanımı sonrası ortaya çıkması, CPAP kullanımının rozaseayı indükleyebilecek etyolojik bir durum olabileceğini düşündürdü. Bu ilişkinin aydınlatılması için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Morbihan sendromu, rozasea, izotretinoin, CPAP

[SS-05]  
*Eritrodermanın Nadir Bir Nedeni Olarak Dermatofitozis:  
Klinik Bir Sürpriz*

---

Semih ARSLAN, Pınar Özdemir Çetinkaya, Birgül ÖZKESİCİ KURT, Asli Aksu, İlknur Kivanc Altunay  
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji ve Veneroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Eritrodermi, vücudun en az %90'ını kaplayan eritem ve deskuamasyonla karakterize bir durumdur. Genellikle inflamatuvar hastalıklara veya neoplastik durumlara bağlı olarak oluşur. Dermatofit enfeksiyonları oldukça yaygın olmasına karşın, eritrodermi etiolojisinde sık olarak karşımıza çıkmamaktadır. İktiyozis gibi deri bariyerinin bozulduğu hastalıklarda veya immünsüprese durumlarda dermatofit enfeksiyonları yayılarak eritrodermiye sebebiyet verebilmektedir. Bu vakayı sunmaktaki amacımız, eritrodermi etiolojisinde dermatofitozun göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamaktır.

**Gereç ve Yöntem:**Vaka sunumudur.

**Bulgular:** 25 yaşında kadın hasta, yaygın eritem, yanma ve ağrı şikayetleriyle acil servise başvurmuş ve eritrodermi tanısıyla Dermatoloji Kliniği'ne yatırılmıştır. Hastanın ALOX12B geninde homozigot mutasyon ile ilişkili otozomal resesif konjenital iktiyozis (ARCI) tanısı mevcuttur. Öncesinde enfeksiyöz dermatit ön tanısıyla sistemik kortikosteroid ve antibiyotik tedavileri almış, sonrasında tüm vücuda yayılan eritrodermi ve püstüler lezyonlar gelişmiştir. İlk biyopside epidermiste hifal yapılar gözlenmiş, potasyum hidroksit kullanılarak yapılan direkt mikroskopik incelemede de bol miktarda hifa saptanmıştır. Kültürde Trichophyton rubrum üremesi üzerine başlanan oral terbinafin ve topikal antifungal tedavi devam edilmiş ve hızla klinik düzelme sağlanmıştır. Altı aylık izlemde nüks görülmemiştir. Eritrodermi genellikle inflamatuvar veya neoplastik nedenlerle ortaya çıkar; dermatofitler ise nadir sebepler arasında yer alır. ARCI gibi keratinizasyon bozukluğu olan bireylerde epidermal bariyerin bozulması nedeniyle fungal enfeksiyon riski artmaktadır. Bu olgu, kortikosteroid kullanımı ve iktiyozis zemininde gelişen T. rubrum kaynaklı eritroderminin nadir bir örneğidir ve tanısal zorlukları vurgulamaktadır.

**SONUÇ:** Eritrodermide dermatofit enfeksiyonları göz ardı edilmemeli, özellikle iktiyozisli hastalarda potasyum hidroksit ile direkt mikroskopik değerlendirme yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Dermatofitoz, Eritrodermi, İktiyozis

[SS-06]  
**Granülomatöz Keilitin Adalimumab ile Tedavisi:  
Bir Olgu Sunumu**

---

Zeynep Sude Ünal, Ersoy Acer, Mustafa Fuat Açıklan  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Eskişehir

**Amaç:** Bu olgu sunumunun amacı, granülomatöz keilit (GK) tedavisinde kortikosteroidlere dirençli olgularda adalimumabın potansiyel bir tedavi seçeneği olarak dikkate alınabileceğini ortaya koymaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu olgu sunumu, 13 Temmuz 2023 ile 22 Nisan 2025 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine çoklu başvuru yapan bir hastanın verileri kullanılarak retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Sistemik ve topikal kortikosteroid tedavilerine dirençli seyir gösteren ve biyopsi ile granülomatöz keilit tanısı doğrulanan hasta, adalimumab tedavisi ile izlenmiştir. Tedavi protokolü kapsamında, başlangıçta 80 mg, üçüncü haftada 40 mg ve devamında her iki haftada bir 40 mg adalimumab uygulanmıştır.

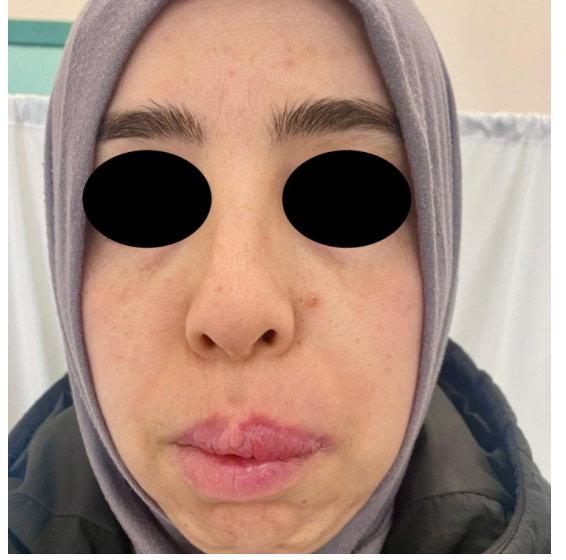
**Bulgular:** 39 yaşındaki kadın hasta, üç aydır üst dudağında ağrı, kaşıntı veya yanma olmaksızın gelişen şişlik şikayeti ile başvurdu. Şişlik başlangıçta gerilerken son bir ayda sürekli hale geldi. Anamnez ve muayenede sistemik semptomlar, anjiödem öyküsü veya belirgin tetikleyici faktör bulunmadı. Dermatolojik muayenede sol üst dudak lateralinde asemptomatik ödem, ragadlar ve diş etlerinde hipertrofi saptandı. Laboratuvar incelemeleri hemoglobin düşüklüğü dışında normaldi. Hastanın geçmişinde demir eksikliği anemisi vardı. Üst dudaktan alınan biyopsi örneklerinde plazma hücrelerinden zengin kronik inflamasyon ve iyi forme olmamış granülom yapıları izlendi. Granülomatöz hastalıkları ekarte etmek amacıyla yapılan sistemik tetkikler (akciğer grafisi, toraks BT, serum ACE düzeyi, 24 saatlik idrar kalsiyumu, PPD testi) normal bulundu. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda granülomatöz keilit tanısı konuldu. Başlangıçta sistemik kortikosteroid ve topikal tedaviyle kısmi iyileşme sağlandı. Ancak şikayetlerin tekrarlaması üzerine hastaya adalimumab tedavisi başlandı. Üç aylık takipte hastada belirgin klinik iyileşme gözlemlendi ve dudak şişliği nüksetmedi.

**SONUÇ:** Sonuç olarak Melkersson–Rosenthal sendromunda görülen GK için henüz standardize edilmiş bir tedavi bulunmamaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmalar, GK için daha öngörülebilir tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesini sağlayabilir. Diğer tedavi seçeneklerinden yeterli yanıt alınamayan ya da istenmeyen yan etkiler nedeniyle bu ajanların kullanılamadığı durumlarda adalimumab dikkate alınması gereken yeni ve etkili bir alternatif tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

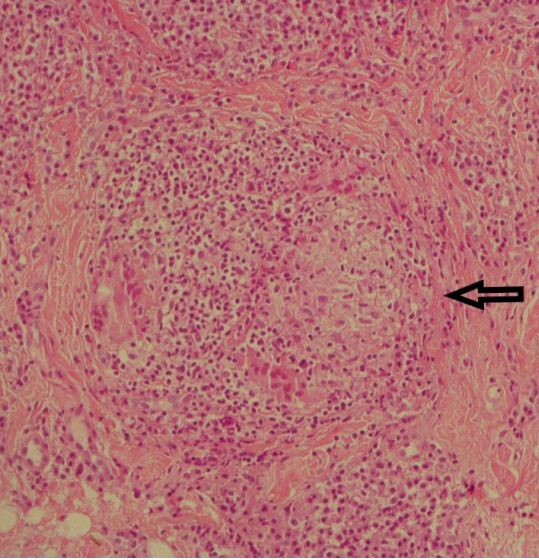
**Anahtar Kelimeler:** Adalimumab, Granülomatöz keilit, Melkersson-Rosenthal Sendromu



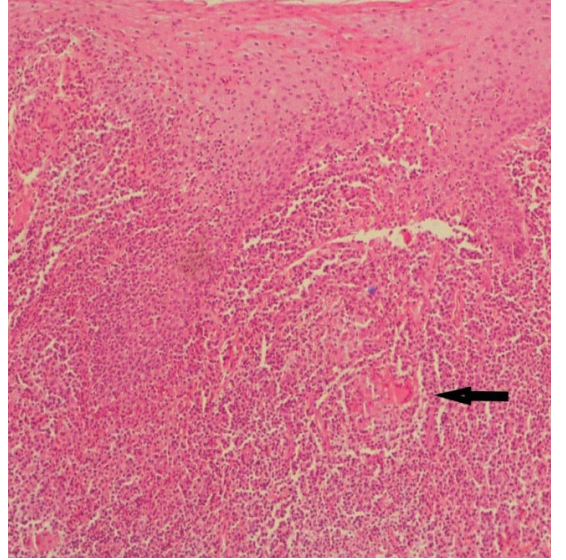
Üst dudaktaki şişlik ve kızarıklığın remisyonu



Hastanın üst dudak sol lateralindeki şişlik ve kızarıklık.



Histiyositler ve seyrek multinükleer dev hücreden oluşan, lenfositlerle çevrili granülom yapısı (ok) (H&E x200).



Hiperplastik çok katlı yassı epitel altında, stromada belirgin kronik inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve granülom formasyonu (ok) (H&E x100).

[SS-07]  
**Chilblain Lupus Eritematozus Vakası:  
TREX-1 Mutasyonu ile Birlikte Seyreden Nadir Bir Olgu**

---

EDA KILINC ESKİ, Berkay Özmen, Gulhan Gurel  
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı,  
Afyonkarahisar

**Amaç:** Chilblain lupus eritematozus (CHLE), genellikle soğuğa maruziyetle tetiklenen, nadir görülen kronik bir kutanöz lupus varyantıdır ve sporadik ya da TREX1 gen mutasyonu ile ilişkili ailesel formlarda ortaya çıkabilir. CHLE zamanla belirgin akral doku kaybına yol açabileceğinden, erken tanı ve uygun tedavi büyük önem taşır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu olgu sunumunda, çocukluk çağından itibaren mevcut olan ve ağırlı, kronik ülserasyonlarla seyreden, bilateral aurikula kıkırdak kaybı ve burun deformitesi gelişen 55 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır. Laboratuvar incelemesinde antinükleer antikor (ANA) pozitifliği ve hafif proteinüri tespit edilmiş, başka majör organ tutulumu saptanmamıştır. Deri biyopsisinde ortokeratoz, düzensiz akantoz ve dermoepidermal bileşkede lenfositik infiltrasyon izlenmiş olup, bulgular lupus eritematozusu desteklemiştir. Hastalığın erken başlangıçlı ve ağır seyirli olması nedeniyle yapılan genetik analizde homozigot TREX1 gen mutasyonu saptanmış ve böylece ailesel chilblain lupus tanısı doğrulanmıştır.

**Bulgular:** Başlangıçta kalsinörin inhibitörü takrolimus ve yüksek potent topikal kortikosteroid olan diflorazon diasetat kombinasyonu ile tedavi başlanmış ve lezyonlarda kısmi düzelme sağlanmıştır. Ancak ülserasyon ve ağrı gibi belirtilerin devam etmesi üzerine, immün yanıtı baskılamak amacıyla mikofenolat mofetil (2 g/gün) ve akral dolaşımı artırmak için nifedipin (30 mg/gün) içeren sistemik tedavi başlanmıştır. İki aylık tedavi sonunda ülseratif lezyonlarda belirgin gerileme ve semptomlarda anlamlı düzelme kaydedilmiştir.

**SONUÇ:** Bu olgu, erken başlangıçlı veya atipik CHLE vakalarında TREX1 mutasyonu açısından genetik test yapılmasının önemini ve şiddetli ya da dirençli CHLE olgularının topikal ve sistemik tedavi kombinasyonları ile etkin şekilde yönetilebileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** chilblain lupus, mikofenolat mofetil, nifedipin, trex-1 gen mutasyonu





*Burunda ve kulakta izlenen vasküler hasara bağlı deformiteler*



*Sol ayak plantar yüzeyinde,yaygın eritemli ve violese renk değişikliği gösteren, şiş,hiperkeratotik ve yer yer ülserasyonla seyreden inflamatuvar lezyonlar ve belirgin doku kaybı*



*Her iki el dorsalinde yaygın eritemli ve violese renk değişikliği gösteren,hiperkeratotik skuamalı ve yer yer yüzeysel ülserasyon oluşumu ile giden lezyonlar,parmak uçlarında doku kaybı*



[SS-08]  
**PASH Sendromunda Etkili Blir Tedavi Seçeneği:**  
**ADALİMUMAB**

---

Hande Ertürk Çiçek, Ersoy Acer  
Osmangazi Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Eskişehir

**Amaç:** PASH sendromu (PASHS), piyoderma gangrenosum (PG), akne ve hidradenitis suppurativa (HS) gibi birden fazla nötrofilik dermatozdan oluşan nadir bir otoinflamatuvar sendromdur. PASHS'nin etyolojisi ve patogenezi kesin olarak bilinmemektedir. Akne genellikle ilk olarak ortaya çıkar, ardından sırasıyla HS ve PG gelişir. Bu çalışmada, PASHS tanımlanmış ve PASHS yönetimi üzerine literatür incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** 54 yaşında erkek hasta, bir aydır süregelen bacaklardaki yara şikayeti ile başvurdu. 16 yıldır HS nedeniyle tedavi görmekteydi ve daha önce topikal ve sistemik antibiyotikler kullanmıştı. Dermatolojik muayenede; bilateral bacaklarda ülser lezyonlar, sol uyluk ve gluteal bölgede hipertrofik skarlar ve akıntılı fistül traktları, bilateral aksilla ve inguinal bölgede aktif nodüller, yüzde ise ekskoriye akneler mevcuttu. Laboratuvar testlerinde CRP, prokalsitonin ve nötrofil yüksekliği dışında normal sınırlarda bulgular vardı. Yara kültüründe patolojik bulgular izlenmedi, ancak biyopsi sonucunda epidermiste ortokeratoz ve dermiste hafif mononükleer hücre infiltrasyonu saptandı. Klinik bulgular ışığında PASHS tanısı koyuldu.

**Bulgular:** Hasta Rifampisin ve Klindamisin tedavilerini yaklaşık 1.5 ay aldı ve eş zamanlı Adalimumab da başlandı. Adalimumab başladıktan 1.5 ay sonra bilateral bacaklardaki ülserasyonlarda belirgin iyileşme, akne ve HS'de remisyon gözlemlendi.

**SONUÇ:** PASHS, tipik klinik bulgulara dayanarak tanı konulabilen ve yalnızca cildi etkileyen bir sendromdur. Anti-TNF ajanlar PASHS'de en çok reçete edilen ilaçlardır. Anti-TNF ajanlarının etkinliği PG ve HS'deki benzer mekanizmalarla ilişkilidir. Bu vaka, biyolojik tedavilerin PASHS'de etkili bir tedavi seçeneği olduğunu ve kontrendikasyon olmadığı sürece kullanılabileceğini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Adalimumab, Akne, Hidradenitis süpurativa, PASH sendromu, Piyoderma gangrenozum

## *Dermatolojik Bilgi Üretiminde Üç Yapay Zekâ Modelinin Performans Karşılaştırması: Okunabilirlik ve Güvenilirlik Analizi*

HURİYE AYBÜKE KOÇ1, CANSU ALTINÖZ GÜNEY2

1Giresun Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Giresun  
2Dinar Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Afyonkarahisar

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, dermatolojik hastalıklar özelinde, üç farklı yapay zekâ (YZ) tabanlı metin üretim aracının oluşturduğu içeriklerin okunabilirlik düzeylerini ve bilgi kalitesini karşılaştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızda, JAAD (Journal of the American Academy of Dermatology) tarafından yayımlanan kılavuzlardan akne vulgaris, atopik dermatit ve psöriyazis konularında her biri için 10'ar adet olmak üzere toplam 30 soru seçilmiştir. Bu sorular üç farklı YZ tabanlı metin üretim aracına (ChatGPT, Gemini 2.0 ve Copilot) yöneltilmiş ve verilen yanıtlar analiz edilmiştir. Elde edilen metinler; okunabilirlik düzeyleri [Flesch Reading Ease Score (FRES), Flesch-Kincaid Grade Level (FKGL), Simple Measure of Gobbledygook (SMOG), Gunning Fog Index (GFOG) ve Automated Readability Index (ARI)], cümle uzunlukları ve içerik kalitesi (DISCERN skoru) açısından karşılaştırılmıştır. Yanıtların içerik kalitesi ise iki bağımsız araştırmacı tarafından DISCERN kriterlerine göre puanlanmıştır.

**Bulgular:**Optimal okunabilirlik için FRES değerinin  $\geq 60$  olması gerekirken, incelenen modellerin hiçbiri bu eşik değere ulaşamamıştır. Ayrıca, FRES skorları açısından akne vulgaris ( $p = .09$ ), atopik dermatit ( $p = .432$ ) ve psöriyazis ( $p = .531$ ) başlıklarında modeller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. FRES'in yanı sıra diğer dört ölçekte de hiçbir model kabul edilebilir okunabilirlik düzeyine ( $\leq 6$ ) ulaşamamış; tüm modellerde değerler eşiklerin oldukça üzerinde bulunmuştur, bu da içeriklerin genel olarak düşük okunabilirlikte olduğunu göstermektedir. Gemini, DISCERN skorlarında diğer modellere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almış ve bu durum içerik kalitesinin daha tatmin edici olduğunu göstermektedir ( $p < .001$ ). Öte yandan, Copilot, tüm hastalık gruplarında daha kısa ve daha az sayıda cümle kullanarak daha sade metinler üretmiştir.

**SONUÇ:** Bu çalışma, YZ modellerinin tıbbi terminolojiye aşina olmayanlar için anlaşılması zor akademik yanıtlar verdiğini ve sağlıkla ilgili içerik üretiminde okunabilirlik ve kalite açısından farklı çıktılar üretebildiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, YZ temelli içeriklerin sağlık alanında kullanımı için dikkatli değerlendirme yapılması gerektiğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kalite, okunabilirlik, yapay zekâ

Yapay zeka modelleri tarafından üretilen dermatoloji bilgilendirme metinlerinin okunabilirlik ve kalite karşılaştırması

|                                       | ChatGPT<br>(Mean ± Std) | Gemini<br>(Mean ± Std) | Copilot<br>(Mean ± Std) | P-değeri* |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|-----------|
| Akne Vulgaris                         |                         |                        |                         |           |
| Flesch Reading Ease Score (FRES)      | 15.76 ± 11.9            | 17.12 ± 7.56           | 24.86 ± 11.92           | .09       |
| Flesch-Kincaid Grade Level (FKGL)     | 18.41 ± 1.61            | 19.01 ± 1.01           | 20.21 ± 1.84            | .026      |
| Simple Measure of Gobbledygook (SMOG) | 13.03 ± 1.96            | 14.15 ± 1.04           | 14.73 ± 1               | .011      |
| Gunning Fog Index (GFOG)              | 18.94 ± 1.39            | 21.24 ± 1.81           | 22.54 ± 2.58            | .004      |
| Automated Readability Index (ARI)     | 14.28 ± 1.73            | 15.62 ± 1.09           | 16.68 ± 1.73            | .006      |
| Cümle sayısı                          | 18.4 ± 8.24             | 26.9 ± 8.41            | 8.9 ± 2.96              | <.001     |
| DISCERN (0-5)                         | 3.25<br>(median:3)      | 4.25<br>(median:4)     | 2.75<br>(median:3)      | <.001     |
| Atopik Dermatit                       |                         |                        |                         |           |
| Flesch Reading Ease Score (FRES)      | 14.17 ± 10.87           | 16.94 ± 8.92           | 22.51 ± 16.49           | .432      |
| Flesch-Kincaid Grade Level (FKGL)     | 17.11 ± 2.44            | 18.87 ± 1.43           | 19.49 ± 2.4             | .08       |
| Simple Measure of Gobbledygook (SMOG) | 12.48 ± 1.93            | 14.07 ± 1.52           | 14.41 ± 1.79            | .092      |
| Gunning Fog Index (GFOG)              | 18.86 ± 3.21            | 21.67 ± 1.83           | 22.13 ± 2.36            | .039      |
| Automated Readability Index (ARI)     | 12.9 ± 3.13             | 15.4 ± 1.5             | 15.78 ± 2.23            | .058      |
| Cümle sayısı                          | 19.8 ± 6.41             | 25.4 ± 8.24            | 6.6 ± 3.37              | <.001     |
| DISCERN (0-5)                         | 3.35<br>(median:3)      | 4.1<br>(median:4)      | 2.45<br>(median:2)      | <.001     |
| Psöriyazis                            |                         |                        |                         |           |
| Flesch Reading Ease Score (FRES)      | 23.4 ± 15.96            | 18.95 ± 11.48          | 16.05 ± 8.78            | .531      |
| Flesch-Kincaid Grade Level (FKGL)     | 20 ± 5.76               | 19.28 ± 2.22           | 18.57 ± 1.69            | .823      |
| Simple Measure of Gobbledygook (SMOG) | 14.81 ± 5.88            | 14.11 ± 2.19           | 13.87 ± 1.22            | .449      |
| Gunning Fog Index (GFOG)              | 19.84 ± 5.64            | 21.16 ± 2.36           | 20.98 ± 1.97            | .088      |
| Automated Readability Index (ARI)     | 16.23 ± 7.41            | 15.86 ± 2.83           | 15.2 ± 1.57             | .408      |
| Cümle sayısı                          | 19.7 ± 10.11            | 36.1 ± 13.37           | 9.3 ± 1.83              | <.001     |
| DISCERN (0-5)                         | 3.5<br>(median:3.5)     | 3.9<br>(median:4)      | 2.55<br>(median:3)      | <.001     |

Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## Konvansiyonel Tedavilere Dirençli Guttat Psoriazis Olgusunda Apremilast ile Erken Klinik Yanıt

Işıkhan Özkır, İleriş Oğuz Topal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof.Dr.Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Birimi, İstanbul, Türkiye

**Amaç:** Konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen orta şiddette guttat psoriazis olgusunda oral apremilast tedavisine alınan erken klinik yanıtın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** 37 yaşında, vücut kitle indeksi (VKİ) 30.2 olan erkek hasta, 17 yıldır mevcut olan psoriazis tanısıyla kliniğimizde takip edilmektedir. Özgeçmişinde sigara, alkol kullanımı ve başka eşlik eden hastalık yoktur, aile öyküsünde ise psoriazis bulunmamaktadır. Hastanın daha önce topikal tedaviler, fototerapi, asitretin ve metotreksat gibi sistemik ajanlarla tedavi edildiği, ancak yeterli klinik yanıt alınamadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde bilateral uyluk ve bacaklarda eritemli zemin üzerinde çok sayıda ince skuamlı papüller ve yer yer birleşmeleriyle oluşan az sayıda plak lezyon, gövde ve kollarda ise daha az sayıda benzer lezyonlar izlendi. (Figür-1)

Ayrıca saçlı deride yer yer eritemli ve skuamlı psoriasiform alanlar mevcuttu. Tırnak ve eklem tutulumu izlenmedi. Başlangıçta Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) skoru 8.3 olarak hesaplandı ve oral apremilast tedavisine başlandı.

**Bulgular:** Birinci, ikinci ve üçüncü ay kontrollerinde PASI skorları sırasıyla 3.3, 2.0 ve 1.7 olarak ölçülmüştür. İkinci ay itibarıyla PASI 75 yanıtı elde edildi. Üçüncü ay muayenesinde bacak ve uyluklardaki lezyonların büyük oranda postinflamatuvar hiperpigmentasyon eşliğinde belirgin gerileme gösterdiği, gövde ve kollarda ise yalnızca birkaç minimal eritemli papül kaldığı izlendi. (Figür-2,3) Tedavi iyi tolere edildi ve advers etki gözlenmedi.

**SONUÇ:** Bu olgu, konvansiyonel tedavilere dirençli orta şiddette guttat psoriazis hastalarında apremilastın kısa sürede belirgin klinik iyileşme sağlayabileceğini göstermektedir. Apremilast, sistemik tedaviye aday ancak biyolojik tedavi gereksinimi henüz oluşmamış hastalarda etkili ve güvenli bir alternatif olarak değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** apremilast, dirençli psöriazis, guttat psöriazis, psöriazis

## [SS-11] Şiddetli Psoriasis Tedavisinde Bimekizumab'ın Etkinliği: Olgu Sunumu

---

Ömer Faruk Tolun

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Deri ve Zührevi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen psoriasis hastasında bimekizumab tedavisinin etkinliği gösteren bir olgu sunumu

**Gereç ve Yöntem:** Hastanın değerlendirilmesinde; anamnez, fizik muayene, kan laboratuvar tetkikleri ve histopatolojik inceleme kullanılmıştır.

**Bulgular:** 32 yaş erkek hasta 25 yıldır psoriasis tanısıyla takip edilmekte. Ailede, ikinci derece akrabalarda psoriasis öyküsü bulunmakta. Hastanın eklem şikayeti mevcut. Yapılan dermatolojik muayenede saçlı deri, genital bölge, dirsek, bacak el sırtında yaygın eritemli skuamli plak lezyonları mevcut olan hastanın PASI değeri 12, dermatolojik yaşam kalite indeksi (DLQI):14'dür. Daha önce topikal kortikosteroid, topikal kalsipotriol, 20 seans fototerapi yapılan hastada şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine metotreksat tedavisi başlandı. 2 ay metotreksat kullanan hasta PASI 50 yanıtı elde edilmesi üzerine bimekizumab tedavisi başlandı. Tedavinin 4. ayında PASI 100 yanıtına ulaşıldı. 6 aydır bimekizumab kullanan hasta PASI 100 yanıtını korunmakta olup tedavisi devam etmektedir.

**SONUÇ:** Psoriasis, çoğunlukla deriyi etkileyen, eritemli, pullu plaklar ve yamaların varlığıyla karakterize kronik, immün aracılı bir inflamatuvar durumdur. Orta ila şiddetli psoriasis hastalığının tedavisi, geleneksel sistemik tedavileri ve biyolojik ajanları içerir. Özellikle, psoriasis hastalığının patogeneğinde rol oynayan iki temel sitokini hedef alan birkaç monoklonal antikor geliştirilmiştir: İnterlökin (IL)-23 ve IL-17 dir.

A ve F izoformlarını içeren IL-17 sitokin ailesi, doku homeostazını koruyan hücreler arası sinyal ağlarında önemli bir rol oynar. Bu sitokinlerin düzensizliği ve aşırı ekspresyonu, psoriasis hastalığı da dahil olmak üzere çeşitli inflamatuvar hastalıklarda rol oynar. IL-17A, psoriasis hastalığındaki rolüyle ilgili kapsamlı araştırmaların odak noktası olsa da, son bulgular psoriatik lezyonlardaki T hücrelerinin baskın sayısının IL-17A yerine IL-17F ifade ettiğini göstermektedir. Bu gözlem, daha önce seçici anti-IL-17A tedavilerine yanıt vermeyen hastalarda ümit verici sonuçlar gösteren IL-17A ve IL-17F'nin eş zamanlı blokajının klinik etkinliğini açıklayabilir. Yeni bir humanize monoklonal immünoglobulin G1 antikoru olan bimekizumab, IL-17A/A, IL-17A/F ve IL-17F/F'yi hedef alarak hem IL-17A'yı hem de IL-17F'yi nötralize eder. Bimekizumab'ın klinik çalışmaları, orta ila şiddetli psoriasis hastalığı olan hastalar için yüksek etkililiğini ve güvenliğini doğrulamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** PSORİASİS, BİMEKİZUMAB, PASI



**Resim1:**  
*Bimekizumab tedavisi öncesi*



**Resim2:**  
*Bimekizumab tedavisi sonrası*



**Resim3:**  
*Bimekizumab tedavisi öncesi*



**Resim4:**  
*Bimekizumab tedavisi sonrası*



## Atipik Klinik Prezantasyonuyla Ağrılı Benign Deri Tümörlerini Taklit Eden Nadir bir Deri Sarkomu Olgusu: Andiferansiye Pleomorfik Sarkom

Tuğçe Nur İzbudak Kara<sup>1</sup>, Didem Gereklioğlu Güler<sup>1</sup>, Elif Banu Yıldırım<sup>1</sup>, Cem Leblebici<sup>2</sup>, Vildan Manav<sup>1</sup>, Ayşe Esra Koku Aksu<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Andiferansiye pleomorfik sarkom (APS), nadir görülen, mezodermal kökenli yumuşak doku sarkomudur. Spesifik hücre farklılaşması göstermemesiyle karakterizedir. Histopatolojisinde derin yerleşimli (subkutan, iskelet kası, fasya) tutulum izlenir. Perinöral ve lenfovasküler invazyon, nekroz, yoğun mitotik aktivite ve atipik mitoz görülebilir. Ayırıcı tanısında yer alan atipik fibroksantomla bazı histopatolojik özellikleri örtüşmekle birlikte, APS daha yüksek lokal nüks ve metastaz riski taşımasıyla ayrılır. İleri yaşlarda ve erkeklerde daha sık görülür. Tedavisi geniş cerrahi rezeksiyondur. Metastaz, lokal rekürrens veya cerrahi yapılamayan durumlarda radyoterapi tedavisi uygulanabilir. Bu olgu, ağrılı deri tümörleri ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda APS'nin de göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

**Gereç ve Yöntem:** Olgu raporu

**Bulgular:** 32 yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 yıldır mevcut olan ve son zamanlarda büyüme gösteren sağ kolundaki ağrılı şişlik nedeniyle başvurdu. (Resim 1) Dermatolojik muayenesinde, sağ ön kol ventral yüzde 2 cm çaplı, hafif sert kıvamlı, mobil, palpasyonla ağrılı subkutan nodül saptandı. Ekrin spiradenom, leiomyom, schwannom, anjiolipom, sellüler dermatofibrom ön tanılarıyla eksizyonel biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede, derin dermis ve subkutan yağ dokusuna yerleşen tümör izlendi. Tümörde mitotik aktivite (10 büyük büyütme alanında 9 mitoz) mevcuttu, nekroz izlenmedi. Histolojik grade (FNCLCC grade): II (skor 4) olarak saptandı. İmmünohistokimyasal çalışmada tümör hücreleri DKA, CD10 ve P63 ile pozitif; desmin, CD34, S-100, SOX10, Melan-A, HMW-CK, panCK, EMA, P40, h-kaldesmon, myogenin, MyoD1 ve CD31 ile negatif boyandı. CDK4 ve FLI-1 ekspresyonu zayıf olup, INI-1 kaybı izlenmedi. Bulgular, andiferansiye pleomorfik sarkom ile uyumlu saptandı. Hasta, geniş cerrahi rezeksiyon için plastik cerrahiye yönlendirildi.

**SONUÇ:** Andiferansiye pleomorfik sarkom, nadir görülen, sıklıkla kötü prognozlu bir yumuşak doku tümörüdür. Asemptomatik olabileceği gibi, bu olguda olduğu gibi ağrı da eşlik edebilmektedir. Lezyonun hızlı büyüme öyküsü tanı açısından önemli bir ipucudur. Tedavide geniş rezeksiyon, lokal nüksleri ve metastazları önlemede önemlidir. Bu nedenle APS'nin tanısı, tedavisi ve takibi deneyimli bir multidisipliner ekip tarafından yürütülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** andiferansiye pleomorfik sarkom, subkutan nodül, yumuşak doku tümörleri



Resim1

## *Sekukinumab ile tedavi edilen Darier Hastalığı: Bir Olgu Sunumu*

Merih Kutman Üstüner<sup>1</sup>, Hilal Kaya Erdoğan<sup>1</sup>, Ersoy Acer<sup>1</sup>, Esra Ağaoglu<sup>1</sup>, Evrim Yılmaz<sup>2</sup>, Zeynep Nurhan Saraçoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji, Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı

**Amaç:** Darier Hastalığı (DH), ilk olarak 1889 yılında Darier ve White tarafından bildirilen nadir otozomal dominant kalıtım gösteren kronik inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. Sarkoplazmik retikulum ATPaz tip iki (SERCA2) kalsiyum pompasını kodlayan ATP2A2 genindeki mutasyonlar sebebiyle meydana gelmektedir. DH genellikle çocuklukta başlar ve ergenlik boyunca devam eder, ağırlıklı olarak kıvrım bölgelerinde küçük sarı-kahverengi keratotik papüllerden geniş skuamli seboreik plaklara dönüşebilir. Kesin tedavisi olmadığı bilinen hastalığın semptomatik tedavisinde; emolyenler, topikal-sistemik antibiyotikler, antifungal ilaçlar, salisilik asit, sistemik retinoidler, kortikosteroidler kullanılabilir. Burada asitretin yanıtı Darier hastalığında sekukinumab biyolojik ajanı ile klinik anlamlı iyileşme bildiriyoruz.

**Gereç ve Yöntem:** Hastamızın klinik öyküsü alındı. Tıbbi özgeçmişi ve aldığı tedaviler sorgulandı. Öyküsünden hastanın 33 yıldır DH tanısı olduğu ve uzun süredir asitretin 25 mg tedavisini aldığı öğrenildi. Tedavi öncesi ve sonrası dermatolojik muayeneleri ve semptomları karşılaştırılarak 300 mg sekukinumab tedavisi ile hastada anlamlı klinik iyileşme olup olmadığı araştırıldı.

**Bulgular:** Yapılan tedavi öncesi dermatolojik muayenesinde bilateral meme altında, oksipital bölgede, karın katlantı bölgesinde eritemli zeminde sarı-kahverengi hiperkeratotik papül ve plaklar, yer yer üzerinde masere alanlar bulunan sarı skuamli eritemli plaklar görüldü. Hastanın başlangıçta haftalık indüksiyon olarak sonrasında aylık idame 300 mg sekukinumab tedavisi sonrasında semptomlarında ve dermatolojik muayenesinde belirgin iyileşme gözlemlendi.

**SONUÇ:** Darier hastalığında denenen ve araştırılmakta olan küçük moleküllü ilaçlar ve biyolojik tedaviler mevcuttur. Nispeten bu konudaki çalışma sayısının az olduğu görülmektedir. Sonuç olarak bizim vakamızda sekukinumab 300 mg anti IL-17 tedavisinin kısa süre içinde başarılı sonuç verdiği görülmüştür.

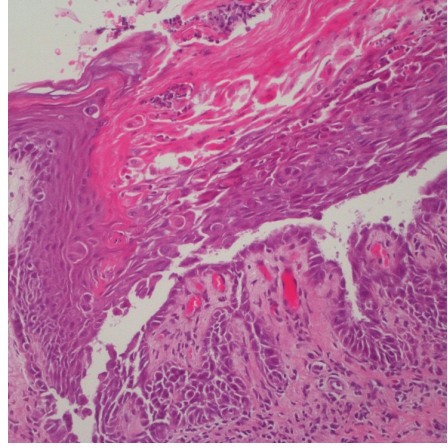
**Anahtar Kelimeler:** Darier hastalığı, genodermatoz, sekukinumab



*Resim 1. a,  
Hastanın tedavi öncesi lezyonları*



**Resim 1. b**  
**Hastanın tedavi öncesi lezyonları**



**Resim 2. a,**  
**Histopatoloji**



**Resim 3. a, Hastanın tedavi sonrasında**  
**lezyonlarında gerileme**



**Resim 3. b Hastanın tedavi sonrasında**  
**lezyonlarında gerileme**



**Resim 3. c Hastanın**  
**tedavi sonrasında lezyonlarında gerileme**



**Resim 1. c**  
**Hastanın tedavi öncesi lezyonları**

[SS-14]  
*Erüptif Vellus Kıl Kisti: Bir Olgu Sunumu*

---

Betül Rodoplu Yavuz<sup>1</sup>, Hilal Kaya Erdoğan<sup>1</sup>, Ersoy Acer<sup>1</sup>, Esra Ağaoğlu<sup>1</sup>, Osman Furkan Mülkem<sup>2</sup>, Zeynep Nurhan Saraçoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

**Amaç:** Erüptif vellus kıl kisti (EVKK), vellus kıl folikülünün hatalı yapımı veya gelişimi sonucu oluşan, genellikle göğüs ön yüzü ve karın bölgesinde yerleşen, foliküler, asemptomatik papüllerle seyreden bir hastalıktır. Hastalığın başlangıç yaşı sıklıkla 2-24 yaşlar arasındadır. Etiyolojisi tam bilinmeyen hastalık sporadik şekilde gelişebileceği gibi otozomal dominant yolla kalıtsal geçiş de gösterebilmektedir.

Burada, EVKK tanısı konulan 8 yaşında erkek hasta sunulmakta; olgu klinik, ayırıcı tanı ve tedavi yaklaşımları açısından incelenmektedir.

**Gereç ve Yöntem:** Sekiz yaşında erkek hasta yaklaşık iki yıldır olan gövdede kabarıklıklar şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Bilinen ek hastalığı olmayan hastanın ailesinde akrabalık ve/veya benzer hastalık öyküsü yoktu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde; göğüs ön yüzünden karın üstüne doğru yayılım gösteren 1-3 mm çapında, deri renginde ve açık kahverengi papülleri mevcuttu. Yapılan muayenede saç, tırnak, oral mukoza ve dişlerde patoloji saptanmadı. Hastanın karnındaki papüllerden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde; dermal kist yapısı ve skuamöz epitel ile çevrili kist yapısı ile lümende erüptif kıl yapıları mevcuttu. Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular ışığında EVKK tanısı konuldu. Hasta ve yakınına topikal, sistemik, cerrahi ve lazer tedavi seçenekleri anlatıldı. Tedavi isteği olmayan hastaya takip önerildi.

**Bulgular:** EVKK, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen benign bir hastalık olup genellikle asemptomatik seyreder. En çok göğüs ön yüzde ve ekstremitelerde yerleşir. Ancak kolların ekstansörlerinde, önkollarda, uyluk ön kısmında, gövdede, parasternal alanlarda, alında, kulaklarda, boyunda, aksillada, kasıkta ve göz kapaklarında da bildirilmiştir. Klinik ayırıcı tanıları arasında steatokistoma multipleks, milia, keratosis pilaris, folikülit (mikrobiyal, steril veya perforan), infundibular kistler, trikilemmal kistler, dermoid kistler, akne kistleri ve molluskum contagiosum bulunmaktadır.

**SONUÇ:** EVKK, ayırıcı tanılarıyla birçok patoloji ile karışabilen, benign bir hastalık olup, asemptomatik, deri renginde, foliküler yerleşimli çok sayıda papüler lezyon varlığında akıldan tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Erüptif vellus kıl kisti, infundibular kist, steatokistoma multipleks





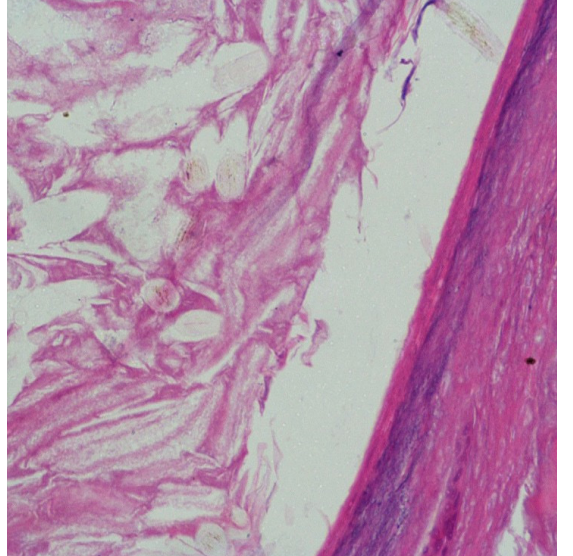
Şekil-1: Göğüs ön yüzünden karın üstüne doğru yayılım gösteren, 1-3 mm çapında, deri renginde ve açık kahverengi minik papüller



Şekil-2: Göğüs ön yüzünden karın üstüne doğru yayılım gösteren, 1-3 mm çapında, deri renginde ve açık kahverengi minik papüller



Şekil-3: Punch biyopsi materyalinde dermal kist yapısı (H&E x20)



Şekil-4: Skuamöz epitel ile çevrili kist yapısı ile lümende erüptif kıl yapıları (H&E x400)

## **Konvansiyonel Tedavilere Dirençli Darier Hastalığı Hastasında IL-17 İnhibitörlerinin Tedavideki Yeri**

---

Nisanur Güngör, Simge Ünal Işık  
Uşak Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Uşak

**Amaç:** Darier hastalığı (DH), ATP2A2 gen mutasyonu sonucu gelişen nadir bir keratinizasyon bozukluğudur. Geleneksel tedavilere sıklıkla direnç gözleendiğinden, yeni terapötik yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada, konvansiyonel tedavilere yanıtız DH olgusunda IL-17A inhibitörü sekukinumabın etkinliğı değeriendirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Yedi yaşında DH tanısı alan ve 15 yıl boyunca asitretin tedavisi alan 34 yaşında erkek hasta, tedaviye yanıt vermemesi nedeniyle değeriendirilmiştir. Psöriasis protokolüne uygun olarak hastaya sekukinumab tedavisi başlanmıştır (0., 1., 2., 3. ve 4. haftalarda 300 mg subkutan yükleme; ardından 4 haftada bir 300 mg idame dozu). Bulgular: Tedavi sonrası ilk ayda kaşıntı, yanma ve kötü koku gibi subjektif semptomlarda belirgin azalma izlenmiş; saçlı deri, yüz, gövde ve intertriginöz bölgelerdeki lezyonlarda gözle görülür klinik düzelme sağlanmıştır. Tedavi sırasında herhangi bir yan etki saptanmamıştır.

**SONUÇ:** Sekukinumab ile erken dönemde sağlanan klinik yanıt, IL-17A inhibitörlerinin tedaviye dirençli DH olgularında etkili olabileceğini göstermektedir. Bu gözlem, DH patogeneğinde Th17 kaynaklı inflamasyonun rolü olduğu hipotezini desteklemektedir. Ancak bu yaklaşımın geçerliliğini doğrulamak için daha geniş serilere ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Darier Hastalığı, IL-17/IL-23 Sinyal Yolağı, Sekukinumab



Sevda DURMUŞ, Gülhan GÜREL

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

**Amaç:** Kutanöz leiomyomalar (KL), tek veya çoklu ağrılı nodüllerle karakterize nadir görülen iyi huylu düz kas tümörleridir. Reed sendromu olarak da bilinen multiple kutanöz ve uterin leiomyomatozis, otozomal dominant kalıtım paterni olan nadir bir genodermatozudur. Tümör baskılayıcı gen olarak sınıflandırılan fumarat hidrataz geninin heterozigot mutasyonundan kaynaklanır. Bu hastaların küçük bir kısmında renal hücreli karsinom gelişir ve bu durum herediter leiomyomatozis ve renal hücreli karsinom (HLRCC) olarak bilinir.

**Gereç ve Yöntem:** Elli altı yaşında kadın hasta, gövde ön yüzde ve sırtta 10 yıldır olan ağrılı nodüler lezyonlarla başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon, uterus leiomyomu, laparoskopik sleeve gastrektomi ve kolesistektomi öyküsü vardı. Sitagliptin, metformin, kandesartan ve hidroklorotiyazid kullanımı mevcuttu. Yeni başlanan ilacı yoktu. Bulgular: Dermatolojik muayenesinde gövde ön yüzde, bilateral omuzlarda ve sırtta multipl dokunmakla ağrılı nodüler lezyonlar mevcuttu (Resim-1). Laboratuvar bulguları normaldi ve üriner ultrasonografisinde patoloji saptanmadı. Histopatolojisinde; dermiste spindle hücrelerin birbirleriyle kesişen demetler oluşturduğu neoplastik proliferasyon izlendi. Atipi ve mitoz yoktu. Aktin (SMA) pozitif, Desmin pozitif, S100 fokal pozitif, Ki67 %1 olup leiomyom olarak sonuçlandı. Mevcut klinik ve histopatolojik bulgularla multiple kutanöz ve uterin leiomyomatozis (Reed sendromu) tanısı konuldu. Nifedipin 30 mg/gün tedavisi başlandı. Nifedipin tedavisi sonrasında birinci haftada ağrısında belirgin azalma izlendi. Hasta halen takibimizdedir.

**SONUÇ:** Reed sendromu, karakteristik kliniği olan nadir bir sendromdur. Kutanöz leiomyomlar genellikle hastalığın ilk belirtisidir ve ortalama 25 yaşında görülürler. Genellikle ağrı ve parestezi ile ilişkili olan pembe-kahverengi papüller veya nodüller olarak görülürler. Bu lezyonlar genellikle gövdede, ekstremitelerde ve bazen yüzde bulunur. Leiomyomların tedavisi yaygınlığa ve semptomatolojiye bağlıdır. Bizim olgumuz nifedipin tedavisi ile kısa sürede dramatik yanıt almıştır. Uterin miyoma, ortalama 30 yaş civarındaki hemen hemen tüm kadınlarda bulunur. Hastalar jinekoloğa yönlendirilmelidir. HLRCC'de böbrek tümörleri genellikle agresiftir. Yıllık üriner sistem görüntüleme önerilmelidir. Bu olguyu nadir görülmesi ve ağrılı papül ve nodüllerle başvuran hastalarda Reed sendromunun ayırıcı tanıda akılda tutulmasını vurgulamak için sunmayı uygun bulduk.

**Anahtar Kelimeler:** Fumarat Hidrataz, Leiomyomatozis, Reed Sendromu



*Gövde ön yüzde kahverengi-pembe multiple papüler ve nodüler lezyonlar*

## *Herpes Zoster Enfeksiyonu Sonrası Koebner Fenomeni İle Psoriasis Gelişimi: Nadir Bir Olgu Sunumu*

---

Berkem Düzgün, Zeynep Nurhan Saraçoğlu, Hilal Kaya Erdoğan, Ersoy Acer, Esra Ağaoğlu  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Eskişehir

**Amaç:** Psoriasis, sık görülen, kronik seyirli, inflamatuvar bir dermatozdur. Genellikle ekstansör yüzeylerde, saçlı deride ve lumbosakral bölgede, gümüş renkli skuamlarla kaplı eritemli plaklarla karakterizedir. Koebner fenomeni (KP), travma sonrası altta yatan deri hastalığına uygun yeni lezyonların oluşmasıdır. Psoriasis olan bireylerde, sağlıklı deri alanlarında travma veya hasarı takiben yeni psoriatik lezyonların gelişmesi bu fenomene klasik bir örnektir. Cilt hasarı, radyasyon maruziyeti ve viral enfeksiyonlar gibi çeşitli faktörlerin KP'yi tetikleyebildiği bilinmektedir.

Herpes zoster, vücutta latent olarak bulunan varicella-zoster virüsünün reaktivasyonu sonucu gelişen bir enfeksiyondur. Özellikle ileri yaş grubunda daha sık görülmekle birlikte, psoriasis hastalarında — uygulanan tedavi yöntemlerinden bağımsız olarak — sağlıklı bireylere göre herpes zoster gelişme riski artmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu olgu, daha önce herpes zoster enfeksiyonu geçirmiş ve enfeksiyonun iyileşmesini takiben 21 gün içerisinde T3-T5 dermatomları üzerinde psoriatik lezyonlar gelişen bir hastayı sunmaktadır.

**Bulgular:**Beş yıldır psoriasis tanısıyla izlenen 47 yaşındaki erkek hasta, MTX 15 mg/hafta tedavi altındayken, sol göğüs altından sırtına yayılan T3-T5 dermatomuyla uyumlu veziküler döküntü ve ağrı şikâyetiyle başvurdu. Dış merkezde 1 hafta önce herpes zoster tanısı almış, oral asiklovir (5x800 mg) başlanmıştı. Hastaya oral valasiklovir (3x1000 mg) reçetelenip MTX geçici olarak kesildi. İki hafta sonra T3-T5 dermatomları boyunca eritemli, skuamlı plaklar gözlemlendi. Aynı zamanda gövde ve ekstremitelerde de psoriatik lezyonlar izlendi. Bu durum, herpes zoster sonrası KP ile psoriatik lezyon gelişimini düşündürdü. Tedaviye yeniden MTX başlanarak izleme alındı. Lezyonlarda belirgin gerileme gözlemlendi.

**SONUÇ:** Literatürde, herpes zoster enfeksiyonunu takiben psoriasis gelişimine ilişkin sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir. Bu olgu, viral enfeksiyonların psoriasis hastalarında KP aracılığıyla yeni lezyonların gelişiminde tetikleyici olabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Herpes Zoster, Koebner fenomeni, Psoriasis

## [SS-18] Oftalmik Zonada Nadir bir Komplikasyon: Ensefalit

Sezen Tekin, Ece Temür, Aslıhan Kul Taşğın, İlteriş Oğuz Topal  
Profesör Doktor Cemil Taşçioğlu Şehir Hastanesi, Şişli, İstanbul

**Amaç:** Bu bildiride oftalmik herpes zoster sebebiyle servisimizde interne edildikten sonra klinik takipte ensefalit tanısı konulan 71 yaşında bir hasta sunularak, zoster ensefaliti açısından risk faktörlerinin neler olabileceği, tanı ve tedavi açısından yapılabilecek yaklaşımların güncel literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bilinen HT, parkinson, KBY, beyin pili olan 71 yaşında kadın hastada sağ temporal ve perioküler bölgede eritemli plak üzerinde veziküler döküntü nedeniyle acil polikliniğimize başvurdu. Tarafımızca konsülte edilen hastanın servisimize yatırışı yapıldı. Sistemik asiklovir, B12, parasetamol tedavisi başlandı. Lokal ıslak pansuman ve topikal asiklovir tedaviye eklendi. Göz konsültasyonu sonrası moksifloksasin, sodyum hyaluronat önerildi. Klinik takipte hastanın bazal oryantasyonunda bozulmalar, trismus ve ateşi oldu. Glaskow komas skoru 13-14 olarak hesaplandı. Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu sonrası herpes zoster ensefaliti düşünülen hastaya MR önerildi. Fakat beyin pili nedeniyle çekilemedi. Hastadan BOS tetkiki istendi. BOS`ta HSV ensefaliti lehine bulgular izlendi.

**Bulgular:** Ampirik başlanan asiviral ve seftriakson 2x2 gr iv tedavisi ile nörolojik bulgulara düzelme görüldü. Enfeksiyon hastalıklarına danışılan ampirik olarak başlanan antiviral ve antibiyoterapiye klinik olarak alınan yanıtta dolayı hasta ensefalit olarak düşünüldü ve tarafımızca enfeksiyon hastalıklarına devir edildi.

**SONUÇ:** Nadir bir komplikasyon olsa da zona hastalarında ensefalit görülebilmektedir. Özellikle kranial ve servikal dermatom alanlarını tutan zona hastalarında diğer dermatomal tutulumlara göre ensefalit daha fazla bildirilmiş ancak bu konuda yeterli çalışma yapılmamıştır. Özellikle kranial bölgede görülen zona hastalarında ateş yüksekliği, fokal nörolojik bulgular varsa ensefalitden şüphelenilmelidir. MR tetkiki, BOS analizi gibi tetkikler hızlı bir şekilde yapıp acil olarak tedavi başlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Herpes Zoster, Ensefalit, Oftalmik, varisella zoster virüsü



*Sol temporal bölgede 8x5 cm'lik bir alanda etrafı eritemli grube veziküller ilk fotoğrafta görülmüyor.*



*İkinci fotoğrafta ise asiviral tedavisinin 5. Gününde gerileyen lezyonları izliyoruz.*

## Pediatric Kutanöz Mastositozun Klinik ve Histopatolojik Özellikleri: 3 Olgu

Kaan Batuhan Töle<sup>1</sup>, Sevim Baysaklı, Şirin Yaşar<sup>1</sup>, Beyza Betül Şenay<sup>2</sup>, İlkin Zindancı<sup>1</sup>  
1Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul/Türkiye  
2Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul/Türkiye

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı kutanöz mastositoz tanısı alan üç çocuk hastanın farklı klinik ve histopatolojik bulgularını sunarak mastositoza çocukluk çağındaki tanısal yaklaşımları vurgulamaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu yazıda karakteristik deri lezyonları olan üç olgu sunuldu. Klinik incelemede Darier bulgusunun varlığına ve klinik semptomlara odaklanıldı. Hastalardan punch biyopsiler (4 mm) alınarak, histopatolojik ve immünohistokimyasal (CD117, Toluidine Blue, CD1A, Langerin, Ki-67) analizler yapıldı. Serum triptaz seviyeleri ölçüldü. Sistemik tutulumu dışlamak amacıyla ileri tetkikler uygulandı.

**Bulgular:** Birinci olgu (13 aylık erkek) kaşıntılı, anüler eritematöz plaklar kliniği ile tarafımıza başvurdu. Muayenesinde Darier bulgusunun pozitif gelmesi sonucu alınan biyopside kutane mastositoz ile uyumlu olarak dermal mast hücre infiltrasyonu (CD117+, Toluidin Mavis+), saptandı. Triptaz seviyesi normal sınırlarda sonuçlandı (3 ng/mL), ileri incelemelerde sistemik tutulum düşündürecek bulgu saptanmadı. İkinci olgu (2,5 aylık erkek hasta), vücutta yaygın kahverengimsi renkli makülopapüler lezyonlar kliniği ile tarafımıza başvurdu. Bül öyküsü tariflenen hastanın muayenesinde Darier bulgusu pozitif olarak saptandı. Yapılan histopatolojik incelemede yüzeysel dermiste diffüz mast hücre infiltrasyonu (CD117+, CD1A/Langerin negatif, düşük Ki-67) görülmesi sonucu kutanöz mastositoz tanısı doğrulandı. Hastanın triptaz seviyesi normal aralıkta sonuçlanmış olup (3,63 ng/mL) ileri değerlendirmelerde sistemik tutulum lehine bulguya rastlanmadı. Üçüncü olgu (2 yaş kız), 4 aydır olan ve şiddetli kaşıntıya eşlik eden sırtta ve bilateral axillalarda papülonodüler lezyonlar kliniği ile tarafımıza başvurdu. Histopatolojisi kutanöz mastositoz ile uyumlu olup serum triptaz seviyesi normal aralıkta sonuçlandı. Yapılan ileri incelemelerde sistemik tutulum düşündürecek bulguya rastlanılmadı. Her üç olgu da oral antihistaminik ve topikal kortikosteroid tedavisine anlamlı yanıt verdi.

**SONUÇ:** Bu 3 olgu, pediatrik vakalarda kutanöz mastositoza klinik yaklaşımı, tanıda Darier bulgusunun ve histopatolojinin önemini vurgulamaktadır. Triptazın normal seviyelerde olması ve sistemik tutulumun olmaması, literatürle uyumlu olarak çocukluk çağı kutanöz mastositozunun benign doğasını doğrulamaktadır. Oral antihistaminikler ve topikal kortikosteroidlerle semptomatik tedavi etkili bir terapötik stratejiyi temsil etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Darier belirtisi, kutanöz mastositoz, pediatrik mastositoz,

[SS-20]  
*İnflksimaba Bağlı Paradoksal Psoriasis:  
Bu Bir Paradoks Mu?*

---

Faruk Furkan Aydın, Sevim Baysak, Şirin Yaşar, İlkin Zindancı  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**Amaç:** Tümör nekroz faktör-alfa (TNF- $\alpha$ ) inhibitörleri, inflamatuvar bağırsak hastalıklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bu tedaviler, paradoksal psoriasis gibi dermatolojik advers etkilerle ilişkilendirilmektedir. Bu bildiride, inflksimab kullanan Crohn hastasında gelişen paradoks psoriasis olgusu sunulmaktadır.

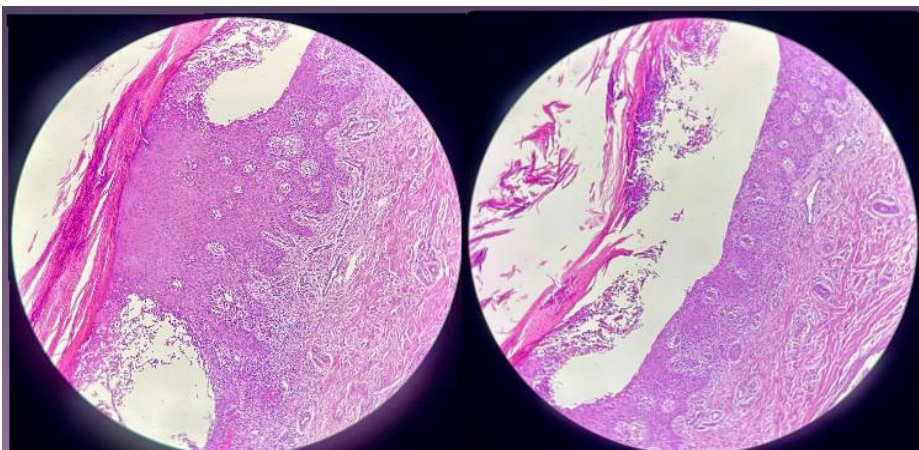
**Gereç ve Yöntem:** Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, yaklaşık bir ay önce plantar, ardından palmar bölgeye yayılan kaşıntılı, püstüler döküntülerle başvurdu. On yıldır Crohn hastalığı tanısı olan hastaya 1,5 yıldır inflksimab uygulanmaktaydı. Klinik bulgular ışığında sağ ayak plantar yüzden punch biyopsi alındı.

**Bulgular:** Hastanın dermatolojik muayenesinde her iki ayak tabanında eritemli zeminde yer yer püstüllerin eşlik ettiği skuamli plak lezyonlar görüldü. Avuç içlerinde çok sayıda papülopüstüler lezyonlar izlendi. Histopatolojik değerlendirmede epidermiste psoriasiform akantoz, spongioz, hipogranüloz, parakeratoz ve dermiste ise yüzeysel ve perivasküler lenfositik infiltrasyon, spongiotik veziküllerde nötrofil birikimi izlendi. PAS boyası ile mikroorganizma saptanmadı. Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde hastamıza paradoks psoriasis tanısı konuldu. Topikal klobetazol propiyonat ile hastanın lezyonlarında büyük oranda gerileme görüldü ancak lezyonların kısa süre sonra nüks etmesi üzerine hasta tekrar polikliniğimize başvurdu. Bunun üzerine mevcut tedavisinin değiştirilmesi amacıyla takipli olduğu gastroenteroloji kliniğine konsülte edilen hastaya ustekinumab tedavisi başlandı.

**SONUÇ:** Bu olgu, biyolojik ajanlarla tedavi edilen hastalarda paradoksal psoriasis gelişiminin, göz önünde bulundurulması gereken önemli bir yan etki olduğunu ortaya koymaktadır. Klinik ve histopatolojik değerlendirmelerin dikkatle yapılması, dermatolojik bulguların erken tanınması ve multidisipliner yaklaşımla bireyselleştirilmiş tedavi planlaması, hasta yönetiminde temel öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Crohn hastalığı, inflksimab, paradoksal psoriasis, ustekinumab.









# 6. Hastalıkta ve Sağlıkta Dermatoloji

11-14 Haziran 2025, Eskişehir  
Tasigo Otel

CHAKIL'S  
CONSULTANCY • EVENT MANAGEMENT

+90 (530) 909 92 97

www.chakils.com

Bahçelievler Mah. Akşam Sefası Sok. Ata 2 Sit. No:10  
Çengelköy-Üsküdar / İstanbul