

Türk Dermatoloji Dergisi

Cilt 3 Sayı 3 Eylül 2009
Vol. 3 Issue 3 September

Turkish Journal of Dermatology

Derleme / Review

Eritemli Dermatozlar
Erythematous Dermatoses

Sibel Ersoy Evans ve ark.; Ankara, Türkiye



MANTAR¹ GÜNDE TEK DOZLA^{*} TEDAVİSİNDE MUTLU SON FiN



*Tekfin tablet formları için geçerlidir.

Ref.: 1 - Prospektüs Bilgisidir.

KISA PROSPEKTÜS BİLGİSİ: FORMÜLÜ: Her bir tablet: 250 mg Terbinafin'e eşdeğer Terbinafin hidroklorürü, 1 gr krem: 10 mg Terbinafin hidroklorürü, 1 ml solüsyon: 10 mg Terbinafin hidroklorürü ihtiva eder. **ENDİKASYONLARI:** Tablet: Dermatofit mantarların neden olduğu onikomikozlarda (tırnağın mantar enfeksiyonu), deri enfeksiyonlarında (tinea corporis, tinea cruris, tinea pedis), şiddetli ve genişliği ile bağlantılı olarak oral tedavinin gerekli olduğu durumlarda, Tinea capitis enfeksiyonu. Sprey ve krem: Tinea pedis, Tinea corporis/kruris, Kutanöz kandidiasis, Pityriasis versicolor. **KONTRENDİKASYONLARI:** Terbinafin'e veya tablet, sprey ya da krem içindeki bileşenlerden herhangi birine karşı ağır duyarlılığı olan bireylerde kontrendikedir. **UYARILAR/ÖNEMLER:** Hastada karaciğer fonksiyon bozukluklarına ait belirli veya semptomlar görülürse hasta, hepatic fonksiyonların açısından değerlendirilmeli ve gerekli görürse TEK FiN tedavisine son verilmelidir. Akut veya kronik karaciğer hastalığı olan bireylerde kullanımı tavsiye edilmez. Böbrek fonksiyon yetersizliği olan hastalarda (kreatinin klirensi < 50 ml/dak. veya serum kreatinin > 300 mmol/L) doz yarım indirilmelidir. Tekfin krem sadece harici kullanımdır. Krem ve spreyn göz ile temasından kaçınılmalıdır. **GEBELİK VE EMZİRME DÖNEMİNDE KULLANIMI:** Gebelik kategorisi 'B'dir. Sütte geçer, emzirme döneminde kullanılmamalıdır. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** Yan etkiler genellikle hafif - orta derecede ve geçici niteliktedir. En sık görülen yan etkiler gastrointestinal semptomlar (hazımsızlık, dolgunluk hissi, iştah kaybı, bulantı, hafif abdominal ağrı, diyare), alerjik deri reaksiyonları (döküntü, ürtiker) ve baş ağrısıdır. Çok ender olarak ciddi deri reaksiyonları, nadiren sarılık, kolestazis ve hepatit eşlik ettiği ciddi karaciğer fonksiyon bozukluğu rapor edilmiştir. **İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ:** Sitokrom P450 sistemi yoluyla metabolize olan ilaçların (ör: Siklosporin, triazolam, tolbutamid veya oral kontraseptifler) klirensini artırıcı veya azaltıcı etkisi ihmal edilebilir düzeydedir. Plazma klirensi rifampisin ile artabilir, simetidin ile azalabilir. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Endikasyonun tipine ve enfeksiyonun ciddiyetine göre tedavi süresi ayarlanmalıdır. Tablet: Tekfin günde tek doz 250 mg tablet verilir. Tekfin tablet >40 kg çocuklarda: Günde tek doz 1 tablet (250 mg) şeklinde kullanılır. Tekfin krem veya sprey dermal günde bir veya iki kez uygulanabilir. **DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ:** Doz aşımı durumunda midenin boşaltılması ve aktif kömür uygulanarak semptomatik tedavi yapılması gerekir. **TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE FİYATI:** Tekfin 250 mg; 14 ve 28 tabletlik blister ambalajlarda (Ruhsat Tarihi ve No: 17.02.2005 - 205/34) 33,42 TL., 66,72 TL., Tekfin Sprey Dermal % 1; 30 ml cam şişede (Ruhsat Tarihi ve No: 21.04.2005 - 205 / 66) 13,67 TL., Teklin % 1 Krem; 15 gr ve 30 gr tüpe (Ruhsat Tarihi ve No: 07.12.2005 - 2006/84) 5,76 TL., 10,41 TL. (Fiyat Tarihi: Nisan 2009) Reçete ile satılır. **Ruhsat Sahibi:** Deva Holding A.Ş. **Son Güncelleme Tarihi:** Nisan 2009

TRF-01069



Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz.

DEVA HOLDİNG Halkalı Merkez Mah. Bastın Ekspres Cad. No:1 34303 Küçükçekmece / İSTANBUL Tel: (0212) 692 92 92 • www.deva.com.tr



125 mg Brivudin
Zostex[®]

1
günde
1 tablet^{1,2}

Herpes Zoster'de... Hızlı ve Etkin Tedavi^{1,2}

1
günde
1 tablet^{1,2}



UYARI:

Zostex[®] ve 5-Fluorourasil (veya tegafur ve floksuridin gibi diğer 5-fluoroprimidinler ve kapesitabin) birlikte uygulanmamalıdır ve 5-fluoroprimidin içeren ilaçlarla tedaviye başlamadan önce minimum 4 haftalık bir ara verilmelidir. Daha ileri bir önlem olarak, yakın bir geçmişte Zostex[®] almış hastalarda 5-fluoroprimidin ilaçlarla tedaviye başlamadan önce dihidropirimidin dehidrogenaz enzim aktivitesi ölçülmelidir.

Zostex[®]

Formülü: Her bir tablet, etken madde olarak 125 mg brivudin içerir. **Farmakodinamik Özellikler:** Zostex'in etken maddesi olan brivudin (bromo vinil deoksüridin), varisella zoster virüs (VZV)'ün replikasyonunu inhibe eden en güçlü nükleosit analogudur. Brivudin in vitro VZV replikasyonunu inhibe etme bakımından asiklovir ve pensiklovirden yaklaşık 200-1000 kez daha potentir. Brivudin herpes simplex virüs tip 1'e etkili iken herpes simplex virüs tip 2'ye karşı anlamlı bir antiviral aktivitesi yoktur. Virüs enfekte edilmiş hücrelerde, brivudin viral replikasyonun inhibisyonundan sorumlu brivudin-trifosfat oluşur. Fosforilasyon sadece enfekte hücrelerde oluşur; bu durum brivudinün viral hedeflere olan yüksek seçiciliğini de açıklar. **Endikasyonu:** Zostex, akut semptomları iyileştirmek ve postherpetik nöralji (PHN) süresini azaltmak için immunokompetan erişkinlerde herpes zosterin erken tedavisi için endikedir. **Kontraindikasyonları:** Zostex, brivudin veya ilacın bileşimindeki herhangi bir yardımcı maddeye karşı aşırı duyarlılık olgularında kullanılmamalıdır. Kütanöz belirtileri tam olarak ortaya çıkmışsa kullanılmamalıdır. 5-fluorourasil (5-FU) ve diğer 5-fluoroprimidinlerle (örn. floksuridin ve tegafur) ile birlikte kullanılmamalıdır. Zostex'in, kanser kemoterapisi veya immünosupresif tedavi gören immün sistemi bozuk hastalarda açıklanan doz rejiminde kullanımı önerilmez. Zostex'in güvenliği ve etkinliği çocuklarda yeterli kadar belirlenmemiştir ve dolayısıyla kullanımı endike değildir. Zostex hamilelikte ve emziren annelerde kullanılmamalıdır (bakınız Özel Uyarılar ve Özel Kullanım Tedbirleri). **Özel Uyarılar ve Özel Kullanım Tedbirleri:** Brivudin, hem doğal nükleosidler hem de 5-fluorourasil (5-FU) gibi primidin tabanlı ilaçların metabolizmalarını düzenleyen bir enzim olan dihidropirimidin dehidrogenaz (DPD)'i irreversibil olarak inhibe eder. Enzim inhibisyonunun bir sonucu olarak, 5-FU'a aşırı maruziyet ve toksisite artışına yol açar. Zostex ve 5-FU (veya tegafur ve floksuridin gibi diğer 5-fluoroprimidinler) birlikte uygulanmamalıdır ve 5-fluoroprimidin içeren ilaçlarla tedaviye başlamadan önce minimum 4 haftalık bir ara gözlenmelidir. Daha ileri bir önlem olarak, yakın bir geçmişte Zostex almış hastalarda 5-fluoroprimidin ilaçlarla tedaviye başlamadan önce DPD enzim aktivitesi ölçülmelidir. Kaza ile 5-FU veya benzeri ilaçlar Zostex ile tedavi edilen hastalara uygulandığında 5-FU toksisitesini azaltmak için agresif önlemler alınmalıdır. Hemen hospitalizasyon önerilir ve sistemik enfeksiyonlar ile dehidratasyonu önlemek için her türlü önlem alınmalıdır. 5-FU toksisite belirtileri arasında bulantı, kusma, diyare ve şiddetli olgularda stomatit, nötropeni ve kemik iliği depresyonu vardır. Hamilelikte kullanım (Kategori C): Zostex hamilelik süresince kullanılmamalıdır. Fototoksik etkiler sadece yüksek dozlarda görülmektedir. Ancak, Zostex'in insan gebeliğindeki güvenliği belirlenmemiştir. Emziren annelerde kullanım: Hayvan deneyleri brivudin ve ana metaboliti bromovinilurasil (BVU)'ün süte geçtiğini göstermiştir. Emziren annelerde kullanılmamalıdır. Araç ve Makina Kullanmaya Etkisi: Araba kullanırken veya makinelerde çalışırken, ender olgularda baş dönmesi ve uyuklama yaptığı gözönünde tutulmalıdır. **Yan Etkiler/Advers Etkiler:** Bulantı, baş ağrısı, mide bozukluğu ve kusma bazı durumlarda (hastaların % 1-5) bildirilmiştir. Diğer ender olaylar (hastaların % 1'den daha az) diyare, konstipasyon, pruritus, karın ağrısı, iştah kaybı, uyuklama ve astenidir. Bazı izole olgularda tedavinin kesilmesine yol açan deri döküntüleri gözlenmiştir; bunlar Zostex'in kesilmesiyle kendiliğinden kaybolmuştur. Beklenmeyen bir etki görüldüğünde doktorunuza başvurunuz. **İlaç Etkileşmeleri ve Diğer Etkileşmeler:** Zostex ile yapılan klinik araştırmalar sırasında önemli etkileşmeler tanımlanmamıştır. İlave olarak, karaciğer P450 enzim sisteminin potansiyel induksiyonu veya inhibisyonu da gösterilememiştir. Birlikte yiyecek alımı brivudin absorpsiyonunu anlamlı olarak etkilememektedir. 5-FU ve diğer 5-fluoroprimidinlerle etkileşmeler için bakınız Kontraindikasyonlar ve Özel Uyarılar ve Özel Kullanım Tedbirleri. **Kullanım Şekli ve Dozu:** Bir 125 mg Tablet, yedi gün boyunca günde bir kez alınmalıdır. Tedaviye mümkün olan en kısa sürede, tercihen kütanöz belirtilerin ortaya çıktığı 72 saat içinde başlanmalıdır. Tabletler her gün yaklaşık aynı zamanda alınmalıdır. Postherpetik nöraljinin önlenmesi veya süresinin azaltılmasında dozaj değişikliğine gerek yoktur. **Yaşlılar.** Renal veya Karaciğer yetmezlikli hastalarda dozaj değişikliğine gerek yoktur. **Doz Aşımı:** Zostex ile akut aşırı doz vakası bildirilmemiştir. Doz aşımı halinde uygun şekilde semptomatik ve destekleyici tedavi uygulanmalıdır. **Saklama Koşulları:** 30°C'nin altında oda sıcaklığında saklayınız. Blistreleri kutu içinde saklayınız, ışıktan koruyunuz. Çocukların ulaşamayacakları yerlerde ve ambalajında saklayınız. **Ticari Takdim Şekli ve Ambalaj İçeriği:** Kutuda 7 tablet içeren blister ambalaj ve prospektüsü ile birlikte. **Ruhsat Sahibinin İsim ve Adresi:** Ulsa İlaç San. ve Tic. A.Ş. Davutpaşa cad. No:12 34473 Topkapı-İSTANBUL. **Ruhsat Tarihi ve Numarası:** 01.08.2003 - 114/44. **Prospektüs Onay Tarihi:** 09.04.04 - 02 Nisan 2009 itibarıyla KDV dahil perakende satış fiyatı: 163.34 TL'dir. Ayrıntılı bilgi için prospektüye bakınız. **Üretim Yeri ve Adresi:** Berlin-Chemie AG Glienecker Weg 125-D 12489- Berlin, Almanya. Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz.

REF: 1)Wassiliew S.W, et al. Oral brivudin in comparison with acyclovir for improved therapy of herpes zoster in immunocompetent patients: results of a randomized, double-blind, multicentered study. Antiviral Research 59 (2003): 49-56. 2) Zostex[®] ürün bilgisi

İ. E. ULAGAY
İLAÇ SANAYİ TÜRK A.Ş. 1903



Ayrıntılı bilgi için,
Adres: Davutpaşa Caddesi, No: 12, 34473 Topkapı - İstanbul
Telefon: 0 212 467 11 11 Faks: 0 212 467 12 12
Web sitesi: www.ieulagay.com.tr E-posta: ieulagay@ieulagay.com.tr

ZOS-ILN-10-09-2



Kombinasyonun ile Etkilisin!



ISOTREXIN® ERYTHROMYCIN + ISOTRETINOIN



- Eritromisin etkili bir şekilde *P. acnes*'leri ortadan kaldırarak inflamasyon oluşmasını engellerken, isotretinoin komedon formunu görünür duruma gelmeden önce durdurur ve gerilemesini sağlar.^{1,2}
- Isotrexin® Jel, mikrokomedondan inflamasyonlu lezyona kadar aknenin tüm evrelerinde etkilidir.³

Referanslar 1. Stiefel Laboratories (UK) Limited. Data on file. 2. Layron, M.A., Warburton, J. A Comparison of the tolerability of Isotrex® Isotrexin® and Benzamycin® in the treatment of Acne vulgaris. Stiefel Laboratories (UK) Limited. Data on file. 3. Glass, D., Boorman, G.C., Stables, G.J., Cunliffe, W.J., Goodie, K. A Placebo-Controlled Clinical Trial to Compare a Gel Containing a Combination of Isotretinoin (0.05%) and Erythromycin (2%) with Gels Containing Isotretinoin (0.05 %) or Erythromycin (2%) alone in the Topical Treatment of Acne vulgaris. Dermatology. 1999;199:242-247.

ISOTREXIN® JEL 30g FORMÜLÜ : Etkin maddeler: % 0.05 (a/a) Isotretinoin ve % 2 (a/a) Eritromisin **Yardımcı maddeler:** Butilmetilhidroksitoluen (antoksidan) ve etanol içerir. **ENDİKASYONLARI :** Isotrexin® hafif-orta şiddetli Acne vulgaris'in topikal tedavisinde endikedir ve hem inflamasyonlu, hem de inflamasyonsuz lezyonların tedavisinde etkilidir. **KONTRENDİKASYONLARI :** Isotrexin® içeriğindeki maddelere karşı bilinen duyarlılığı bulunan hastalarda kullanılmamalıdır. **UYARILAR / ÖNLEMLER :** Ağız, göz, mukoz membranlar ve hasarlı veya egzamalı cilt ile temas ettirilmemelidir. Ense gibi hassas cilt bölgelerine uygulanırken dikkatli olunmalıdır. Isotrexin® güneş ışığına duyarlılık artışına sebep olabileceğinden, güneş ışığı ya da güneş lambalarına karşı veya uzun süreli maruz kalma önlenmeli veya en aza indirilmelidir. Kümülatif iritasyon ekin görülebileceğinden eşlik eden topikal tedavi var ise dikkatli kullanılmalıdır. Eritromisin gebelik risk kategorisi B, Isotretinoin gebelik risk kategorisi X^m dir. Isotretinoin sistemik olarak uygulandığı zaman insanlarda teratojenite ile bağlantılıdır. Fakat taşıyanlarda insanlardaki terapötik dozundan 60 kat fazla topikal isotretinoin uygulamasının yapıldığı üreme çalışmalarında fetusa zararlı etki saptanmamıştır. Isotrexin® hamile veya hamile kalmaya çalışan kadınlarda kullanılmamalıdır. **Laktasyonda Kullanım:** Isotrexin®'deki isotretinoin'in perikutan absorpsiyonu ihmal edilebilir düzeydedir. Fakat isotretinoin'in süte geçip geçmediği bilinmediğinden emzirme döneminde Isotrexin® kullanılmamalıdır. **YAN / ADVERS ETKİLER :** Isotrexin® hafif batma, yanma veya iritasyona sebep olabilir; uygulama bölgesinde eritem ve soyulma görülebilir. Bu lokal etkiler genellikle tedavinin devamında azalır. Eğer aşırı bir iritasyon oluşursa tedaviye derhal ara verilmeli ve reaksiyon yatıştıktan sonra devam edilmelidir. Eğer iritasyon devam ederse tedavi durdurulmalıdır. Genellikle tedaviye ara verildiğinde reaksiyonlar geçmektedir. **BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ. KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU :** Isotrexin®'i hastalıklı bölgeye yaygın bir biçimde günde 1 veya 2 defa uygulayınız. Hastalara, bazı vakalarda tam terapötik etki görülebilmesi için 6-8 haftalık tedavinin gerekli olabileceği belirtilmelidir. Ergenlik öncesi çocuklarda kullanımı yoktur. Yaşlılarda Acne vulgaris görülmediğinden özel öneriler yoktur. **SAKLAMA KOŞULLARI :** 25 °C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız. Kutu üzerindeki yazılı son kullanma tarihinden sonra kullanmayınız. Çocukların ulaşamayacağı yerlerde ve ambalajında saklayınız. **TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ :** 30 g'lık alüminyum tüplerde. **RUHSAT SAHİBİ:** EMBİL İLAÇ SANAYİ LTD.ŞTİ., Barmont, Birahane sokak No. 40, Şişli - İSTANBUL. **ÜRETİM YERİ:** Stiefel Laboratories Ireland Fimisklin Industrial Estate Sligo, Ireland **RUHSAT TARİHİ VE NUMARASI :** 11.10.2005 - 118/62 Reçete ile satılır. **PERAKENDE FİYATI: (Nisan 2009) 18,60TL.** Daha fazla bilgi için lütfen firmamıza başvurunuz.



Eski Büyükdere Cad. Ayazağa Tic. Merkezi No:11/1 Maslak / İstanbul
Tel: 0212 286 96 30 Faks: 0212 286 96 44

İnflamatuvar dermatoz tedavisine önde başlayın!

Çift etki artık tek tüpte...

İnfekte olan veya infeksiyon riski bulunan inflamatuvar dermatozlarda



FORMÜLÜ: Fucicort krem, 20 mg fusidik asit ve 1 mg betametazon valerat içerir. **ENDİKASYONLARI:** Atopik ekzema, numuler (diskoid ekzema), staz ekzeması, seboreik dermatit, kontakt dermatit, kronik liken simpleks, psoriasis ve diskoid lupus eritematozus dahil olmak üzere, bakteriyel infeksiyonun bulunduğu ve bulunma olasılığı olan inflamatuvar dermatozlar. **KONTRENDİKASYONLARI:** Aşırı duyarlılık, viral infeksiyonlar, tüberküloz ve fungal deri infeksiyonları, perioral dermatit, akne rosacea ve ülseratif durumlar. **UYARILAR / ÖNLEMLER:** Yüzde, eklem veya kıvrım yerlerinde, bebeklerde ve çocuklarda uzun süreli tedaviden kaçınılmalıdır. Göze yakın bölgelerde dikkatli olunmalıdır. Gebelik kategorisi C'dir. Gebelikte topikal steroidler fazla miktarda, yaygın ve uzun süre kullanılmamalıdır. Anne sütüne geçişi bilinmemektedir. **YAN ETKİLER / ADVERS ETKİLER:** Nadiren aşırı duyarlılık reaksiyonları, uzun süreli veya yaygın kullanımda deride atrofi ve hiperkortisizm/adrenal supresyon riski, göz ile temas durumunda glokom riski. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Lezyonlara günde 2 veya 3 kez uygulanır. **RUHSAT SAHİBİ ve İMAL YERİ:** Ruhsat sahibi; Abdi İbrahim İlaç Pazarlama A.Ş. Maslak/İSTANBUL, İmal yeri: Leo Pharmaceutical Products, Danimarka **RUHSAT TARİHİ ve NO:** 16.04.2007; 122/35 **PERAKENDE SATIŞ FİYATI:** 23,41 TL (Nisan 2009) Reçete ile satılır. Daha ayrıntılı bilgi için lütfen firmamıza başvurunuz. Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Reşitpaşa Mahallesi, Eski Büyükdere Caddesi No:4 Maslak/Sarıyer 34467 İstanbul



FCC/2009/02



ABDİİBRAHİM

Fucicort®
Fusidik asit
Betametazon Valerat

Editör/Editor

Serap Utaş, Kayseri, Türkiye

İngilizce Danışmanı/English Consultant

Alison Kademoğlu, Kayseri, Türkiye

Editör Yardımcısı/Associate Editor

Ayten Ferahbaşı, Kayseri, Türkiye

Biyoistatistik Danışmanı/Biostatistical Consultant

Mehmet Orman, İzmir, Türkiye

Danışma Kurulu/Editorial Board

Vahide Baysal Akkaya, Isparta, Türkiye
Varol L. Aksungur, Adana, Türkiye
Şebnem Aktan, İzmir, Türkiye
Akın Aktaş, Erzurum, Türkiye
Aynur Akyol, Ankara, Türkiye
Nuran Allı, Ankara, Türkiye
Köksal Alpay, Trabzon, Türkiye
Erkan Alpsoy, Antalya, Türkiye
Nilgün Atakan, Ankara, Türkiye
Ertuğrul H. Aydemir, İstanbul, Türkiye
Sema Aytekin, Diyarbakır, Türkiye
Sevgi Bahadır, Trabzon, Türkiye
Can Baykal, İstanbul, Türkiye
Nilgün Bilen, Kocaeli, Türkiye
Seher Bostancı, Ankara, Türkiye
Ayşe Boyvat, Ankara, Türkiye
Rana Anadolu Brasie, Ankara, Türkiye
Y. Gül Denli, Adana, Türkiye
Zülal Erbağcı, Gaziantep, Türkiye
Cengizhan Erdem, Ankara, Türkiye
Tülin Ergun, İstanbul, Türkiye
Emel Erkek, Kırıkkale, Türkiye
Gül Erkin, Ankara, Türkiye
Emel Fetil, İzmir, Türkiye

Ayla Gülekon, Ankara, Türkiye
Oya Gürbüz, İstanbul, Türkiye
Mehmet Ali Gürer, Ankara, Türkiye
Yavuz Harmaneri, İstanbul, Türkiye
Güliz İkizoğlu, Mersin, Türkiye
Nilsel İliter, Ankara, Türkiye
Ayşen Karaduman, Ankara, Türkiye
Mehmet Karakaş, Adana, Türkiye
Göksun Can Karaman, Aydın, Türkiye
Ayşe Kavak, Düzce, Türkiye
Rebiay Kıran, Kocaeli, Türkiye
Osman Köse, Ankara, Türkiye
Nihal Kundakçı, Ankara, Türkiye
Zafer Kurumlu, Ankara, Türkiye
Rıfkiye Küçüköğlü, İstanbul, Türkiye
M. Cem Mat, İstanbul, Türkiye
Hamdi R. Memişoğlu, Adana, Türkiye
İnci Mevlitoğlu, Konya, Türkiye
Oya Oğuz, İstanbul, Türkiye
Nahide Onsun, İstanbul, Türkiye
Meltem Önder, Ankara, Türkiye
Güzin Özarmağan, İstanbul, Türkiye
Fezal Özdemir, İzmir, Türkiye
Şebnem Özkan, İzmir, Türkiye

Metin Özpoyraz, Adana, Türkiye
Murat Orhan Öztaş, Ankara, Türkiye
Günseli Öztürk, İzmir, Türkiye
Serap Öztürkcan, Manisa, Türkiye
Hayriye Sarıcaoğlu, Bursa, Türkiye
Deniz Seçkin, Ankara, Türkiye
Muhammer Seyhan, Ankara, Türkiye
Sedef Şahin, Ankara, Türkiye
M. Turhan Şahin, Manisa, Türkiye
Hatice Şanlı, Ankara, Türkiye
Ekin Şavk, Aydın, Türkiye
Neslihan Şendur, Aydın, Türkiye
Oktay Taşkapan, İstanbul, Türkiye
Bülent Taştan, Ankara, Türkiye
Şükran Tunalı, Bursa, Türkiye
A.Yaşar Turanlı, Samsun, Türkiye
Yalçın Tüzün, İstanbul, Türkiye
Ümit Ulaş, İstanbul, Türkiye
Soner Uzun, Adana, Türkiye
İdil Ünal, İzmir, Türkiye
Şahin Yazar, Antalya, Türkiye
Ertan Yılmaz, Antalya, Türkiye
Deniz Yücelten, İstanbul, Türkiye

Türk Dermatoloji Derneği Adına Sahibi:

The Owner / On behalf of the Turkish Society of Dermatology:

Can Baykal, İstanbul, Türkiye

ISSN 1307-7635

İletişim/Contact

Prof.Dr. Serap Utaş, Editör

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

Tel. : +90 352 437 76 15 - 0352 222 02 00

Faks : +90 352 437 76 15/15 - 0352 222 08 77

www.turkdermatolojidergisi.com

Ekonomik fiyatla sağlıklı nemlendirmek te bizim işimizdir!

ÜRE
İÇERMEZLER



DERİNİN HIÇ BİR SORUNU OLMASA BİLE, VAR OLAN DENGESİNİ KORUMAK
ve DIŞ ETKİLERİN NEDEN OLACAĞI HASARI ÖNLEMELİK İÇİN;
SERAMİD, HİYALURONİK ASİT ve SHEA YAĞI
İÇEREN NEMLENDİRİCİLER KULLANILMALIDIR.

Dermadolin

dermadolin@gmail.com / www.dermadolin.com.tr ☎ 212 - 220 00 59 • 221 76 65

Dermatolojide
çeyrek yüzyılı
aşık

AMAÇ VE KAPSAM

Türk Dermatoloji Dergisi, Türk Dermatoloji Derneği'nin bilimsel içerikli resmi yayın organıdır; Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 4 sayı yayınlanmaktadır. Türk Dermatoloji Dergisinin hedef kitlesi dermatologlardır. Türk Dermatoloji Dergisi'nde, bilimsel açıdan yüksek nitelikli araştırma makalelerinin yanı sıra, derleme, editör görüşü, editöre mektup ve olgu sunumlarını da kabul edilmektedir. Yayın dili Türkçe olan, bağımsız ve önyargısız hakemlik (peer-review) ilkelerine dayanan bir dergidir.

Türk Dermatoloji Dergisi EMBASE, CINAHL, Gale/Cengage Learning, EBSCO, Index Copernicus ve DOAJ tarafından dizinlenmektedir.

Türk Dermatoloji Dergisi, dernek üyelerimize ücretsiz olarak dağıtılmaktadır. Tüm makalelerin içerik, özet ve tam metinlerine www.turkdermatolojidergisi.com adresinden ulaşılabilir.

Baskı İzinleri

Baskı izinleri için başvurular Editör ofisine yapılmalıdır.

Editör: Prof.Dr. Serap Utaş

Adres: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Telefon: 0352 437 76 15 - 0352 222 02 00

Faks: 0352 437 76 15/15 - 0352 222 08 77

e-posta: sutas@erciyes.edu.tr

seraputas@gmail.com

utass@yahoo.com

Reklam

Reklam ile ilgili başvurular yayınevine yapılmalıdır.

Yayınevi: Aves Yayıncılık

Adres: Kızılelma cad. 5/3 34096 Fındıkzade-İstanbul

Telefon: 0212 589 00 53

Faks: 0212 589 00 94

e-posta: info@avesyayincilik.com

Web sayfası: www.avesyayincilik.com

Yazarlara Bilgi

Yazarlara Bilgi kısmına, dergi sayfalarından ve www.turkdermatolojidergisi.com adresinden ulaşılabilir.

Materyal Sorumluluk Reddi

Türk Dermatoloji Dergisi'nde yayınlanan tüm yazılarda görüş ve raporlar yazar(lar)ın görüşüdür ve Editör, editöryel kurul ya da yayıncının görüşü değildir; Türk Dermatoloji Derneği, Editör, editöryel kurul ve yayıncı bu yazılar için herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

Dergimizde acid-free kağıt kullanılmaktadır.

AIMS AND SCOPE

Turkish Journal of Dermatology, is the official scientific publishing of The Turkish Society of Dermatology; it is published every three months, in March, June, September and December. The target audience of the Turkish Journal of Dermatology, is dermatologists. In addition to high quality research articles, Turkish Journal of Dermatology, includes reviews, editor view, letter to the editor and case reports. It is a periodical, published in Turkish and follows the rules of independent and unprejudiced peer review.

Turkish Journal of Dermatology is indexed in EMBASE, CINAHL, Gale/Cengage Learning, EBSCO, Index Copernicus and DOAJ databases.

Turkish Journal of Dermatology, is distributed free of charge to the members of the society. All content, summary and complete texts of the articles can be reached at: www.turkdermatolojidergisi.com

Reprinting Permissions

Reprinting permission should be made to the office of the editor.

Editor: Prof.Dr. Serap Utaş

Address: Erciyes University Faculty of Medicine

Department of Dermatology, Kayseri, Turkey

Telephone: +90 352 437 76 15 - +90 352 222 02 00

Fax: +90 352 4377615/15 - +90 352 222 08 77

e-mail: sutas@erciyes.edu.tr

seraputas@gmail.com

utass@yahoo.com

Advertising

All applications for advertising should be made to the publisher.

Publisher: Aves Yayıncılık

Address: Kızılelma cad. 5/3 34096 Fındıkzade-İstanbul, Turkey

Phone : +90 212 589 00 53

Fax: +90 212 589 00 94

e-mail: info@avesyayincilik.com

Web Page: www.avesyayincilik.com

Information for authors

You can access the information for authors section from the pages of the journal and from www.turkdermatolojidergisi.com

Rejection of material liability

All views and reports presented in the Turkish Journal of Dermatology, are the views of their respective authors and are not the views of neither the Editor nor the publisher; The Turkish Society of Dermatology, Editor, editorial board and the publisher assume no responsibility for these articles.

Acid-free paper is utilized for the production of our periodical.

Yüzünde gülücüğe yer açın

KREM
Fusidik Asit

POMAD
Sodyum Fusidat



DERİ ve YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARINDA

Stafine®

STEROİD YAPIDAKİ TEK ANTİBİYOTİK

TABLET 500 mg Sodyum Fusidat



STAFİNE KISA ÜRÜN BİLGİSİ: Stafine Film Tablet: 500 mg Sodyum fusidat, Stafine Pomad 20 mg/g Sodyum fusidat; Stafine Krem 20 mg/g Fusidik asit, Stafine Visköz Göz Damlası %1 Fusidik asit. **FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ:** Sodyum fusidat, Fusidium coccineum kültüründen elde edilen bir antibiyotiktir. Bakterinin ribozomal protein sentezini inhibe ederek etki gösterir. Sodyum fusidat, özellikle Gram (+) bakteriler üzerinde etkilidir. Gram (+) ve (-) anaeroblara, Mycobacteria ve Neisseria türleri ile bazı protozoa türlerine de etkilidir. Sodyum fusidat ve diğer antibiyotikler arasında çapraz rezistans yoktur. Staphylococcus aureus ve Staphylococcus epidermidis enfeksiyonlarında MIC değeri 0,03-0,1 mcg/mL'dir. 4 gün süreyle günde 3 kez 500 mg'lık doz uygulamasıyla 100 mcg/mL veya daha üzerinde plazma konsantrasyonlarının elde edildiği bildirilmiştir. Aseptik ve enfekte olmuş kemige, sinoviyal sıvıya, hepatobilyer salgıya, mukozaya, gözde aköz hümore (göz sıvısı), seröbral dokulara, abseslere ve tüm yumuşak dokuya kolayca penetre olur. Sodyum fusidatın büyük bir kısmı metabolitleri şeklinde safra ile atılır. Metabolitlerin bir kısmı antibiyotik etkinliğe sahiptir. Yaklaşık %2'si değişmeden feçesle, çok az bir kısmı da idrarla atılır. **ENDİKASYONLARI:** Stafine Tablet, genel olarak stafilkokok enfeksiyonlarında (Metisiline dirençli olanlar dahil) tek başına veya diğer ajanlarla birlikte kullanılır. Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, enfekte yaralar, Stafilkokok septisemi, pnömöni, beyin absesi, kemik ve eklemler absesi (akut ve kronik osteomyelit, septik artrit), kistik fibrozis, endokardit gibi enfeksiyonlarda endikedir. Ayrıca antibiyotiklerin neden olduğu ve Clostridium difficile tarafından oluşturulan pseudomembranoz kolitite, vankomisin ve metronidazol kadar etkilidir. Stafine Krem ve Pomad, özellikle stafilkokok ve streptokok gibi gram (+) bakterilerin ve fusidik aside hassas mikroorganizmaların neden olduğu deri enfeksiyonlarında kullanılır (enfekte yaralar, impetigo, enfekte ekzema, folikülit, enfekte akne ve cilt absesleri, erisipel, hidrozadenit gibi). **KONTRENDİKASYONLARI:** Fusidatlara karşı hassasiyeti olan kişilerde kullanılmamalıdır. **YAN ETKİLERİ:** Nadiren hafif gastrointestinal şikayetler (Epigastrik ağrı, kusma, ishal), uzun ve yüksek doz tedavisinde reversibl sanlık görülebilir, ilaç bırakılınca düzeldir. Nadiren hafif allerjik reaksiyonlar, lökopeni, trombositopeni görülebilir. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Tablet: Yetişkinlerde: Günde 3 kez, 500 mg (toplam 1,5 g/gün) 8 saatte bir uygulanır. Doz enfeksiyonun şiddetine göre 2 katına kadar yükseltilebilir. Çocuklarda: Günlük toplam doz 30-50 mg/kg/gün olup, günlük doz üçe bölünerek verilmelidir. Krem ve Pomad: Günde 2-3 kez, 7 gün süre ile uygulanır. **RUHSAT SAHİBİ:** KOÇAK FARMA İLAÇ ve KİMYA SAN. A.Ş. **RUHSAT TARİHİ** ve NO: Tablet:19.03.1998-186/83, Krem: 07.11.2005-206/74, Pomad:19.03.1998-186/97. **PIYASADA BULUNAN TİCARİ ŞEKLİLERİ** ve PER. SAT. FİY. : Stafine Tablet 15 film tabletlik Alü. Blister ambalajda 56,09 TL Stafine Pomad ve Krem, 15 g Alüminyum tüplerde 6,84 TL, Stafine Visköz Göz Damlası, 5 g'lık ambalajda plastik tüplerde 7,88 TL (Mayıs 2009) Reçete ile satılır.



KOÇAK FARMA
İLAÇ ve KİMYA SAN. A. Ş.
Caddesi, 6446 Baharbaşı, Üsküdar / İSTANBUL
Tel: 0 216 492 57 88 (Pbx) Faks: 0 216 492 57 24
Ayrıntılı bilgi için Medical Servisimizle arayınız.
e-mail: info@kocakfarma.com

YAZARLARA BİLGİ

Türk Dermatoloji Dergisi, Türk Dermatoloji Derneği'nin süreli yayın organıdır ve yılda 4 sayı olarak yayınlanır. Tüm meslektaşlarımızın açık olan Türk Dermatoloji Dergisi, kendi alanındaki bilimsel gelişmeleri aktarmak amacıyla, deri ve zührevi hastalıklar ile ilgili klinik, epidemiyolojik ve deneysel araştırmaları, derleme yazıları, ilginç olgu sunumlarını, "tanınız nedir?" şeklindeki olgu sunumlarını, klinik ve pratik uygulamalara ilişkin yazıları, editöre mektupları ve editör yorumlarını yayınlar. Yazılarının dergide yayınlanmak üzere kabul edilmesi için; orijinal, "kaynak" olarak kullanıma şansının yüksek ve bilimsel olarak üst düzeyde olması ön koşuldur.

Türk Dermatoloji Derneği tarafından düzenlenen bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler veya toplantı konuşmaları ek sayılar şeklinde yayınlanabilir.

Derginin yayın dili Türkçe'dir. Yazıların Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğü'ne ve Yeni Yazım Kılavuzu'na uygun olması gerekir.

Deneysel, klinik ve ilaç araştırmaları için ilgili uluslararası anlaşmalara uygun (Helsinki Declaration of 1975, revised 2002 - <http://www.vma.net/policy/b3.htm>, "Guide for the care and use of laboratory animals" - www.nap.edu/catalog/5140.html) etik komisyon raporu gerekmektedir. Araştırmalara yapılan kısmi de olsa nakdi ya da aynı yardımların hangi kurum, kuruluş veya endüstri firmalarıyla yapıldığı dip not olarak belirtilmelidir.

Makalelerin formatı "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication (<http://www.icmje.org/>)" kurallarına göre düzenlenmelidir.

Yayınlanmak üzere gönderilen yazılar başka yerde yayınlanmamış ve yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Makaledeki tüm yazarlar bilimsel katkı ve sorumluluklarını bildiren toplu imza ile yayına katılmalıdır. Daha önce bilimsel toplantılarda sunulmuş ve kongre kitaplarında 200 kelimeyi geçmeyen özet bildirileri basılmış çalışmalar, sunulduğu bilimsel toplantı belirlenmiş koşullu ile değerlendirilmeye alınır. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez ve yazar yazının tüm yayın haklarının, Türk Dermatoloji Derneği'ne ait olduğunu kabul eder. Yayınlanan yazıların bilimsel ve hukuksal sorumluluğu yazarlara aittir. Yayına kabul edilen yazılar için yazarlar, Türkçe ve İngilizce açısından olduğu gibi, metinde temel değişiklik yapmamak kaydı ile düzeltmelerin editörlere yapılmasını kabul etmiş sayılır. Editör, yayın kurallarına uymayan yazıları yayınlanmamak veya düzeltmek üzere yazarına geri göndermek ya da biçim olarak yeniden düzenlemek yetkisine sahiptir. Gönderilen yazılar, en az 2 danışman tarafından değerlendirildikten sonra yayın kararı ile yayınlanır. Gerektiğinde üçüncü bir danışmana gönderilebilir.

Yazım Kuralları

Gönderilen yazıların hemen işleme konabilmesi için, mutlaka aşağıda belirtilen yazım kurallarına uygun olması gereklidir:

- Yazılar çift aralıklı ve 12 punto olarak, her sayfanın iki yanında ve alt ve üst kısmında 3 cm boşluk bırakılarak yazılmalıdır. Sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesinde yer almalıdır.
- Kullanılan kısaltmalar yazı içerisinde ilk geçtiği yerde, parantez içinde, açık olarak yazılmalı, özel kısaltmalar yapılmamalıdır. Yazı içindeki 1-10 arası sayısal veriler yazıyla, 10 ve üstü rakamla belirtilmelidir. Ancak, yarıda tanımlayıcı bir takısı olan 1-10 arası sayılarla, cümle başındaki rakamlar yazıyla yazılmalıdır. Şekil ve tablolar metin içerisinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tablolardan yazılan üst, şekillerinki alta yazılmalıdır. Araştırma makaleleri ve derlemeler metin, şekil, tablo, kaynaklar dahil 10, kısa bildiriler ve olgu sunumları 5 sayfayı geçmemelidir.
- Yazılar aşağıda belirtilen düzene uygun şekilde hazırlanmalıdır:

Orijinal Araştırmalar

Şu şekilde düzenlenmelidir:

Kapak sayfası: Birinci sayfadır ve ayrı düzenlenir. Yazarların tam ve açık isimleri, son aldıkları akademik unvanları ile 50 karakteri geçmeyecek şekilde yazının başlığı yazılır. Yazarların ilgili oldukları kurum, bölüm ve şehir sıra ile bildirilir. Birden fazla yerde yapılan çalışmalar sembollerle açıklanır. Bu sayfanın altına yazılmaya yetkili, düzeltmeleri yapacak yazarın açık adı, posta ve e-posta adresleri, telefon ve faks numaraları yazılır. Ayrıca çalışma bilimsel toplantıda önceden bildirilen koşullarda tebliğ edildiği ya da özeti yayınlandı ise açıklama yapılır.

Bölümlü özet (Türkçe): Kelime sayısı 200'ü geçmemelidir. Bu özet Amaç, Yöntem, Bulgular ve Sonuç şeklinde alt başlıklarla düzenlenir. NLM MeSH terimleri ile uyumlu 6 tane anahtar kelime bölümlü özeti altında verilmelidir.

Bölümlü özet (İngilizce): Yukarıdaki sayfelerin kurallarına uymak koşulu ile hazırlanan İngilizce özetdir. İngilizce anahtar kelimeler Tıp Konuları Başlıkları'na (Medical Subject Headings: MeSH) uygun olarak verilmelidir. Tıp Konuları Başlıkları'nı (MeSH) aramak için şu internet adresine başvurulabilir: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

Metin: Giriş, Yöntemler, Bulgular, Tartışma ile Sonuçlar kısımlarını içermelidir. Bu son kısımda üretilen bilgiden hekimin ve hastasının nasıl yararlanacağı, çıkarılan olumlu ya da olumsuz sonuçun mevcut bilgilere etkisi kısaca yazılmalıdır. Metnin özellikle tartışma kısmının alt başlıklarla bölünmesi yararlı olabilir. Farmasötik ürünler jenerik veya ticari isimleriyle belirtilmelidir (jenerik isimler yeğlenir). Ticari isimler büyük harfle yazılmalı, firma ve firma şehri ürün adından hemen sonra parantezde belirtilmelidir. Teşekkür yazılacak ise, bilimsel katkı dışında araştırmacının yürütülmesine önemli katkıda bulunanlarla, yazının son şeklinin verilmesine yardım edenlerden bahsedilir. Bunu, kaynaklar, tablo ve şekiller izlemelidir. Tablo ve şekiller metin sonunda yer almalıdır. Her tablo ayrı bir sayfada çift aralıklı olarak yazılmalı ve metin içerisindeki düzene göre Arapik rakamlarla numaralandırılır. Tablo içeriğinin kısa tanımı başlık olarak tablonun üstüne yazılmalıdır. Şekiller, her yazı için en çok 6 adet kabul edilir. Metinde geçtiği sıraya göre Arapik rakamlarla numaralanmalıdır. Mikroskopik fotoğraflarda kullanılan boya, büyüme ölçütleri, şekil içerisinde uzunluk birimi (internal scale bar) belirtilmeli ve patolojik piyeslerde santimetrik şablon eklenmelidir. Hasta fotoğraflarında etik değerler korunmalıdır. Gerek histolojik gerek klinik fotoğraflar dijital ortamda yollanmalı ve basım için uygun netlikte olmalıdır. Şekiller, metin içerisinde kullanılacakları yerlere parantez içerisinde şekil

numarasıyla belirtilmeli, kaynaklar ve tablolardan sonra ayrı bir sayfada da liste halinde tüm şekillerin alt yazıları sunulmalıdır. Reprodüksiyon olan şekiller için izin mektubu gereklidir.

Kaynaklar: Aynı sayfada çift aralıklı düzenlenir. Kaynaklar metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılır. Metinde parantez içinde ve cümle sonunda belirtilmelidir. Dergi isimleri Index Medicus'a uygun kısaltılmalı, eğer Index Medicus'ta yer almıyorsa dergi adı tam olarak yazılmalıdır. Ardışık ikiden fazla kaynak kullanımında sadece ilk ve son kaynak numaraları belirtilmelidir (4-8 gibi). Kaynak gösterilen makalenin künyesinde 4 veya daha fazla yazar olduğunda ilk 3 yazarın ismi yazılmalı, sonrasında Türkçe kaynaklarda ve ark., yabancı dildeki kaynaklarda et al. ifadesi kullanılmalıdır. Dört veya daha az yazarlı makalelerde tüm yazarların isimleri yazılmalıdır. Kaynak sayısının araştırmalarda 50 ve derlemelerde 100, olgu sunumlarında da 15 ile sınırlanmasına özen gösterilmelidir. Kişisel bilgi, yayınlanmamış veriler, baskıda gibi ulaşılamayan kaynaklar burada değil, metin içinde parantez ile sunulur. İki yıldan eski "abstract"lar kaynakçaya alınmamalıdır. Kaynakların gerçekliğinden yazarların sorumludur. Kaynaklar Index Medicus'a uygun şekilde aşağıda örneklendiği gibi yazılmalıdır:

Dergi Makaleleri

Standart makale

Stinco G, Bragadin G, Trotter D, et al. Relationship between sebostatic activity, tolerability and efficacy of three topical drugs to treat mild to moderate acne. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21: 320-5.

Ek

Nanney LB, Caldwell RL, Pollins AC, et al. Novel approaches for understanding the mechanisms of wound repair. J Invest Dermatol 2006;126 Suppl: 132-9.

Mektup, Abstract ve Editorial

Verma SB. Subcutaneous emphysema: a rarity in dermatology. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21: 248-9.

Kitaplar

Tek Yazarlı

Cohen BA. Pediatric dermatology, 2nd ed. London: Mosby; 1999.

Yazar olarak editörler

Rietschel RL, Fowler JF editors. Fisher's contact dermatitis. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2001.

Kitapta bölüm

Zaenglein AL, Thiboutot DM. Acne vulgaris. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP editors. Dermatology. 1st ed. St Louis: Mosby; 2003. p.531-44.

İnternet Makalesi

Hunzeker CM, Fangman W, Latkowski JM. Folliculotropic mycosis fungoides. Dermatology Online Journal. Available at: <http://dermatology.cdlib.org/131/>.

Derleme

Derleme yazılarında ana metin yer almalıdır. Yazıda, konunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacak alt başlıklar kullanılmalıdır. Bir derleme yazısında; problemin içeriği, tarihi bilgiler, temel bilgiler, yöntem, hayvan ve insan deneyleri, tartışma, sonuç, öneriler ve gelecekte yapılacak çalışmalar gibi bölümlerin bulunması yararlı olacaktır. Yazının o konuda deneyim sahibi ve atfta bulunmuş uluslararası yazarların olması tercih edilir.

Olgu sunumları

Olgu sunumlarında toplam sayfa sayısı 5'i geçmemelidir. Türkçe ve İngilizce başlık, Türkçe ve İngilizce özet, anahtar sözcükler, giriş, olgu ve tartışma bölümlerini içermelidir. Çok nadir görülen, yeni bir bulgunun ya da yeni bir birlikteliğin tanımlandığı, tanı ve tedavide güçlük gösteren veya yeni bir tedavi yönteminin uygulandığı ilgi çekici ve öğretici sunular yayınlanabilir.

"Tanınız nedir?" sunumlarında kısa bir giriş, problemin tanımlanması, ipucu niteliğindeki fotoğraf ve şekillerin sunulması, kesin tanı ve bu tanının tartışılarak eğitime yönelik mesajların vurgulandığı tartışma bölümü izlenmelidir. Karşıt / yandaş görüş yazılan üç sayfa; klinik pratik yazılan şekil, resim ve kaynaklarla birlikte üç sayfa aşmamalıdır.

Editöre mektup

Editöre mektup bölümünde, daha önce yayınlanmamış yazılara eleştiri ve katkı sağlamak amacıyla yazılar yazılabilir. Yazarlar, yayınlanan makaleler hakkında yorum içeren mektuplar dışında da okurlarımızın ilgi alanlarına giren konular veya özellikle eğitici olgular hakkında da Editöre mektup formatında yorumlarını sunabilirler. Bu yazılar özet içermemeli, kaynakları sınırlı olmalı, kısa ve öz olarak biçimlendirilmelidir. Mektubun sonunda yazarın adı ve tam adresi bulunmalıdır.

Editöryel Yorum

Dergide çıkan bir araştırmanın o konunun otorite kabul edilen bir uzman veya değerlendirmeye yapan hakemi tarafından kısaca değerlendirilmesi amacını güder. Sonunda klinik anlam ve kısa özet bulunur.

İletişim

Editör: Prof.Dr. Serap Utaş

Adres: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

Telefon: 0352 437 76 15 - 0352 222 02 00

Faks: 0352 437 76 15/15 - 0352 222 08 77

E-posta: sutas@erciyes.edu.tr

seraputas@gmail.com

utass@yahoo.com



INTENDIS

Optimum³ Düzeyde Güç¹ ve Güven²

✓ **Metilprednisolon aseponat**'ın terapötik etkinliği yüksek olmasına rağmen lokal yan etkileri düşüktür³. Dolayısıyla optimum³ düzeyde güç¹ ve güven² sağlar.

✓ **Günde 1 defa** uygulama ve kozmetik profili sayesinde hasta uyumu yüksektir⁵.



Günde 1 Defa!⁵



Referanslar:

1. Mensing H., Lorenz B. Experience with methylprednisolone aceponate (MPA) in patients suffering from acute and chronic eczema. Results of a large observational study. Zeitschrift für Hautkrankheiten 73 (5): 281 – 282, (1998) 2. Ortonne J.-P. Safety aspects of topical methylprednisolone aceponate (MPA). J. Dermatol. Treat 9 (Suppl. 2): 21-25, (1992) 3. Mori M., Fimpinelli N., Giannotti B. Topical Corticosteroids and Unwanted Local Effects Improving the Benefit/ Risk Ratio. Drug Safety 10 (3): 406-412, (1994) 4. Zaunseil R.-P., Kocakes A., Tauber U., Topert M. Methylprednisolone aceponate (MPA). A new therapeutic for eczema: a pharmacological overview. 5. Kısa ürün bilgisi

ADVANTAN[®] M

Formülü: 1g loşyon, 1,0 mg metilprednisolon aseponat içerir (% 0.1). **Endikasyonları:** Akut ekzema (alerjik kontakt dermatiti), toksik dejeneratif ekzema, seboroik ekzema, numüler (mikrobiyal) ekzema, dishidrotik ekzema, gebelik ekzeması, sınıflandırılmaz ekzema ve atopik dermatitin (endojen ekzema, nörodermit) tedavisi. Çocuklarda akut ekzema. Solar dermatit (güç güneş yanığı). **Kontraindikasyonları:** Tedavi alanında tuberküloz veya sifilitik süreçler bulunduğu; virüzlü (örneğin: varicella, herpes zoster) rozasea, perioral dermatit ve aslında oluşan deri reaksiyonlarında kontrendikedir. Deneyim eksikliği nedeniyle ille 4 aydan küçük çocuklarda kullanılmamalıdır. Daha büyük çocuklarda, örneğin 4 aydan büyük ve yürümeye yeni başlamış olgularda tedavinin yarar ve riskleri dikkatli olarak değerlendirilmelidir. Etkin ve yardımcı maddelerin herhangi birisine aşırı duyarlılık durumunda kontrendikedir. **Uyarılar / Önlemler:** Bakteriyel enfekte olmuş deri hastalıkları ve/veya mantar enfeksiyonlarında, ayrıca spesifik bir tedavi gereklidir. Advantan M kullanımı altında deride aşırı kuruluk meydana gelirse, daha yüksek bir yağ içeriğine sahip formlara (Advantan pomat ya da yağlı pomat) geçilmelidir. Uygulama esnasında Advantan M'nin göze kaçmamasına dikkat edilmelidir. Advantan, geniş alanları kapsayan (yüzün yüzeyinin %40-60) tedavide ve hasta kapalı pansuman koşullarında dahi, ne yetişkinlerde ne de çocuklarda böbrek üstü fonksiyonuna baskılamamaktadır. Buna rağmen geniş alanların tedavisi gerektiğinde, tedavi süresi mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır. Kapalı pansuman ile uygulanmalıdır. Bebek bezlerinin kapalı ortam oluşturabileceğine dikkat edilmelidir. Sistemik kortikoidlerde olduğu gibi lokal kortikoidlerin kullanılması ile de form uzun süre yüksek doz veya geniş bir alana tatbik edilmeleri, kapalı pansuman veya göze gemesindeki deriye uygulanmaması sonucu glaukoma gelişebilir. **Gebelik ve laktasyon:** Gebelik kategorisi C'dir. Genel bir kural olarak kortikoid içeren topikal preparatlar gebeliğin ilk trimestrinde kullanılmamalıdır. Advantan M ile tedavinin klinik endikasyonu gebe ve süt veren kadınlarda dikkatle gözden geçirilip, yarar ve riskleri bakımından özenle tartılmalıdır. Özellikle geniş alanların tedavisinde kaçınılmazdır. Emziren kadınların memelerine Advantan tatbik edilmemelidir. **Yan etkiler / Advers etkiler:** Nadiren kaşıntı, yanma, eritem, cilt kuruluğu, pullanma veya vezikülasyon; diğer kortikoidlerde olduğu gibi nadiren folikülit ve bileşenlere karşı alerjik reaksiyonlar oluşabilir. **Kullanım şekli ve dozu:** Günde bir kez (güneş yanığında günde bir, en fazla iki kez) ve ancak gereken miktarda ince bir tabaka halinde tatbik edilmeli ve hafifçe deriye yedirilmelidir. **Kullanım süresi** genelde 2 haftayı aşmamalıdır. **Ticari takdim şekli:** Advantan M Loşyon 50 g. **Ruhsat sahibi:** Intendis İlaç Tic. Ltd. Şti. Üsküdar – İstanbul. **Ruhsat tarihi ve no:** 21.03.2005-137/43. Intendis GmbH, Almanya için Intendis Manufacturing s.p.A. İtalya tarafından imal edilmiştir. **Prospektüs Onay Tarihi:** 23.03.2005. Reçete ile satılır. **KDV dahil perakende satış fiyatı** 17.94 YTL (28 Temmuz 2008 tarihinden itibaren geçerlidir). Ayrıntılı bilgi firmamızdan temin edilebilir.

ADVANTAN[®]

Formülü: 1g Advantan krem, 1 mg (% 0.1) Metilprednisolon aseponat, 1g Advantan pomat, 1 mg (% 0.1) Metilprednisolon aseponat, 1 g Advantan yağlı pomat, 1 mg (% 0.1) Metilprednisolon aseponat içerir. **Endikasyonları:** Endojen ekzema (atopik dermatit, nörodermit), kontakt ekzeması, dejeneratif, dishidrotik, vulger ekzema, çocuklarda ekzema. **Kontraindikasyonları:** Tedavi alanında tuberküloz veya lüetlik süreçler bulunduğu; virüzlü (örneğin: varicella, zoster) kontrendikedir. **Uyarılar / Önlemler:** Bakteriyel enfekte olmuş deri hastalıkları ve/veya mantar enfeksiyonlarında, ayrıca spesifik bir tedavi gereklidir. Eğer uzun süreli Advantan kullanımı deriyi fazla kurutursa, tedavi daha yüksek yağ oranına sahip pomat ya da yağlı pomat formuna çevrilmelidir. Göze uygulamalarda Advantan'ın göze kaçmamasına dikkat edilmelidir. Rozasea veya perioral dermatit varlığında Advantan yüze uygulanmamalıdır. Advantan ile geniş alanların tedavisinde (deri yüzeyinin %40-60), kapalı pansuman tedavisinden sonra bile, ne yetişkinlerde ne de çocuklarda adrenokortikal fonksiyon bozukluğu gözlenmemiştir. Buna rağmen geniş yüzeylerin tedavisinde kullanımı süresi mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır. **Gebelik ve laktasyon:** Gebelik kategorisi C'dir. Advantan ile tedavinin klinik endikasyonu gebe ve süt veren kadınlarda dikkatle gözden geçirilip, yarar ve riskleri bakımından özenle tartılmalıdır. Özellikle yaygın alanlarda ya da uzun süreli kullanımdan kaçınılmazdır. **Yan etkiler / Advers etkiler:** Çok nadir olgularda Advantan tedavisi altında kaşıntı, yanma, eritem ve vezikülasyon gibi lokal yan etkiler ortaya çıkabilir. Potent kortikoidler ile tedavi altında, deri inceliği (atrofi), deri damarlarının genişlemesi (teleangiyektazi), sert oluşumu (skar) ya da akneye benzer deri durumu oluşabilir. Klinik araştırılabilir süresince, yetişkinlerde 12 hafta, çocuklarda 4 haftalık Advantan tedavisi altında, bu yan etkilerden hiçbirini ortaya çıkmamıştır. Diğer topikal kortikoidlerin kullanımında olduğu gibi nadir olgularda aşağıdaki yan etkiler görülebilir: folikülit, kilanmada artış (hipertrofi), perioral dermatit, bileşimdeki diğer maddelerin birine karşı alerjik deri reaksiyonu. **Kullanım şekli ve dozu:** Advantan, hekim tarafından başka türlü önerilmemişse, günde bir kez ince bir tabaka halinde hastalıklı deriye sürülür. Kullanım süresi genel olarak yetişkinlerde 12 ve çocuklarda 4 haftayı aşmamalıdır. **Ticari takdim şekli:** Advantan Krem 30 g, Advantan Pomat 30 g, Advantan Yağlı Pomat 15 g. Intendis GmbH, Almanya Lisansı ile imal edilmiştir. **Ruhsat sahibi:** Intendis İlaç Tic. Ltd. Şti. Üsküdar – İstanbul. **Ruhsat tarihi ve no:** 07.11.2005 – 206/79 (krem), 06.04.2005 – 205/48 (pomat), 205/47 (yağlı pomat). **Prospektüs Onay Tarihi:** 21.11.2005 (krem), 07.04.2005 (pomat-yağlı pomat). **İmal Yeri:** Bayer İlaç Fab. A-3. Topkapı/İstanbul. Reçete ile satılır. **KDV dahil perakende satış fiyatı:** Krem: 9,80 YTL, Pomat: 9,80 YTL Yağlı Pomat: 4,90 YTL (28 Temmuz 2008 tarihinden itibaren geçerlidir). Ayrıntılı bilgi firmamızdan temin edilebilir.



Intendis bir Bayer HealthCare kuruluşudur.



Advantan[®]
Metilprednisolon aseponat %0.1

INFORMATION FOR AUTHORS

Turkish Journal of Dermatology, is a periodical published by the Turkish Society of Dermatology every three months. With the aim of communicating the scientific developments in its field, Turkish Journal of Dermatology, which is available for all our colleagues; features clinical, epidemiological and research studies about dermatological and venereal diseases, reviews, interesting case reports, presentations like "what is your diagnosis?", articles related to clinical and practical applications, letters to the editor, and editorial reviews. It is a prerequisite for any prospective article to have a potential to be used as an original "source" and to be scientifically upper level, in order to be accepted.

The presentations presented during the scientific meetings organized by the Turkish Society of Dermatology can be published as a supplement.

This journal is published in Turkish. The articles should be in accordance with the Turkish Dictionary of Turkish Language Institute and the New Writing Guide.

An approval of research protocols by ethic committee in accordance with international agreements (Helsinki Declaration of 1975, revised 2002 - available at <http://www.vma.net/e/policy/b3.htm>), "Guide for the care and use of laboratory animals - www.nap.edu/catalog/5140.html) is required for experimental, clinical and drug studies. Any grants made to these studies -partial or total-should be stated as a deepnote indicating the name of the institution or company that made the grant.

Manuscripts format should be in accordance with Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication (available at <http://www.icmje.org/>)

The articles sent to be published in the journal shouldn't have been published anywhere else previously. All the authors indicated in the article should take part in the article with collective signatures that show their scientific contributions and responsibilities. The works which had previously been presented during scientific meetings and which have abstracts that are not longer than 200 words in the conference books, are reviewed for eligibility with the condition that the names of the scientific meetings they are presented in are indicated. No royalty is paid for the articles sent to the journal and the author accepts that all copyrights of the article belong to the Turkish Society of Dermatology.

Editor has the authority not to publish or to return to its author for correction, or to re-arrange and edit those articles which do not meet the requirements of editorial rules. Articles which are sent, are published after the decision of the publishing board, after being reviewed by at least two advisors. They can be sent to a third advisor when necessary.

Preparation of Manuscripts

In order for the article to be reviewed immediately, it must meet the requirements of the below mentioned writing rules:

- Articles should be written with double space in 12 font size and right, left, upper and lower margins should all be 3 cm. Page numbers should be placed on the bottom right corner of every page.
- The abbreviations used, should be followed by their original words written clearly in brackets right where they are used, and no special abbreviations should be used. Numerical data between 1 and 10 should be indicated by words while those above 10 should be indicated by numbers. However, numbers between 1-10 that have a descriptive word near them and the numbers at the beginning of the sentences should be indicated by words. Figures and tables should be enumerated in the order of appearance in the text. The caption of the tables should be written above them while those of the figures should be written below. Research articles and article collections should not exceed 10 pages including the text, figures, tables and references, while short announcements and phenomenon presentations should not be longer than 5 pages.
- The articles should have the below mentioned order:

Original Research

It should be organized as follows:

Cover Page: It is the first page and is organized separately. The Heading is written and should not be longer than 50 characters including the complete and unabbreviated names of the authors, and their academic titles. Their related institutions, department and the city is written in this order. Studies conducted at multiple locations should be explained using symbols. At the bottom of this page, the name, address, e-mail address, mail address, telephone and fax numbers of the authors chosen for correspondence and who will make the corrections will be written. Also, if the study had previously been announced during a scientific meeting in line with the previously mentioned conditions or its abstract was released, this should be indicated as well.

Summary (Turkish): It should not exceed 200 words. This summary should include sub-titles of Objective, Methods, Results and Conclusions. A section that includes six key words that are compatible with NLM MeSH terms, should be presented under the summary.

Summary (English): With the condition that it meets the requirements of the above mentioned pages, this summary is in English. English Key Words should be compatible with Headings of Medical Subjects (Medical Subject Headings: MeSH). You can access Medical Subject Headings (MeSH) from this web site: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

Text: It should include Introduction, Methods, Findings, Discussion and Results sections. In this last section, it should be noted how the patient and the physician can benefit from the information produced and the effect of the negative or positive result on the existing knowledge. It could be particularly beneficial to divide especially the discussion section into sub-titles. Pharmaceutical products should be indicated with their generic or commercial names (generic names are preferred). Commercial names should be written in capital letters and the producer company and the city should be indicated in brackets right after the commercial product name. If there will be any acknowledgements, in addition to scientific contributors, those who made a significant contribution to the flow of the study, and those who helped form the final form of the text should be mentioned.

This should be followed by references, tables and figures. Tables and figures should be at the end of the text. Every table should be in a separate page, and should be written in double space and should be enumerated by Arabic numbers according to their order in the text. A short description of the table content should be indicated above the table. There can be a maximum of 6 figures for every text. They should be enumerated by Arabic numbers according to their order in the text. Any dyes, marks, scales, unit of distance used in the figure (internal scale bar) used in the microscopic

pictures should be indicated and a centimetrical template should be added for pathological pieces. Ethical rules should be followed, regarding patient pictures. Both histological and clinical photographs should be sent in digital format and should be suitable for printing. The figure numbers should be indicated in brackets in the text, and as a separate list after the references and the tables, captions of all figures should be provided. A permission letter is required for figures which are reproductions.

References: Shown in a separate page with double space. References are enumerated according to their order of appearance in the text. They should be shown in brackets in the text, and should be at the end of the sentences. Periodical names should be abbreviated according to Index Medicus, and if they are not found in Index Medicus, complete name of the periodical should be given. When more than two consecutive references are indicated, only the first and last reference numbers should be indicated (e.g. 4-8). When there are four or more authors in the tag of the article which is shown as a reference, the first three names should be written and then "ark." and "et. al." terms should be used in Turkish and English references respectively. When there are less than four authors, names of all authors should be indicated. It is preferred that number of references do not exceed 50 for research articles, 100 for reviews and 15 for case reports.

Inaccessible references such as personal information, unpublished data, or data at the stage of publishing, should not be indicated here, but should be indicated in brackets in the text. "Abstracts" more than two years old should not be included in the references. Authors are responsible for the originality of their references.

References should be written in accordance with Index Medicus, as shown below:

For Journal Articles

Standard article

Stinco G, Bragadin G, Trotter D, et al. Relationship between sebostatic activity, tolerability and efficacy of three topical drugs to treat mild to moderate acne. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2007;21: 320-5.

Supplement

Nanney LB, Caldwell RL, Pollins AC, et al. Novel approaches for understanding the mechanisms of wound repair. *J Invest Dermatol* 2006;126 Suppl: 132-9.

Letter, Abstract and Editorial

Verma SB. Subcutaneous emphysema: a rarity in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2007;21: 248-9.

For Books

Single author

Cohen BA. *Pediatric dermatology*. 2nd ed. London: Mosby; 1999.

Editors

Rietschel RL, Fowler JF, editors. *Fisher's contact dermatitis*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2001.

For chapters in books

Zaenglein AL, Thiboutot DM. Acne vulgaris. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 1st ed. St Louis: Mosby; 2003. p.531-44.

For electronic media

Hunzeker CM, Fangman W, Latkowski JM. Folliculotropic mycosis fungoides *Dermatology Online Journal*. Available at: <http://dermatology.cdlib.org/131/>.

Review

In review, there should be the main text. Sub-titles that makes the subject easier to understand should be used. It would be helpful if the following are included in a review; content of the problem, historical information, basic information, method, animal and human studies, discussion, conclusion, suggestions and prospective studies. It is preferred when the author is experienced and has articles which have been referred to on an international scale.

Case reports

Case reports should not exceed 5 pages. It should include headings in English and Turkish, a summary in English and Turkish, keywords, introduction, case and discussion sections. Interesting reports where rare, or new case or a new partnership is defined and presentations where a new treatment method is used or where diagnosis and treatment is challenging, may be published.

In the, "what is your diagnosis?" type reports, there should be a short introduction, followed by a definition of the problem, reports of pictures and figures that constitute hints, definite diagnosis and the discussion part where this diagnosis is discussed and messages related to education are emphasized.

Articles of opposite / supporting views should not exceed three pages and the clinical practice articles should not exceed three pages including figures, pictures and references.

Letter to the editor

In this section, there can be articles written with the aim of criticizing and contributing to previously published articles. In addition to the letters including comments about the articles, the authors can present letters to the editor also about the issues of interest to the readers as well as cases which have educational value. Such letters should not include any summaries, references should be limited and should have a very basic format. The name and complete address of the author should be indicated at the bottom of the letter.

Editorial Comment

It aims to provide a short review of a research covered in the periodical, by an expert considered as the author of that subject or by an arbiter making a comment on the issue. There will be a clinical meaning and short summary in the end.

Correspondence

Editor: Prof.Dr.Serap Utaş

Address: Erciyes University Faculty of Medicine Department of Dermatology, Kayseri, Turkey

Telephone: +90 352 437 76 15 - +90 352 222 02 00

Fax: +90 352 437 76 15/15 - +90 352 222 08 77

E-mail: sutas@erciyes.edu.tr

seraputas@gmail.com

utass@yahoo.com



Deri için **yaşam kaynağı**

Kuru ve pullanan ciltler için ideal çözüm!

- Non-allerjenik nemlendiricidir.
- Ichthyosis, Kserodermi, Hiperkeratoz, kuru ve pullanan deriyi nemlendirir.
- Aralıklı kortikoid yöntemi ile tedavide kortikoidlerle birlikte kullanılabilir.
- İçerdiği üre cildin absorpsiyon ve nem tutma yeteneğini artırır.
- Stabil, non toksik ve kokusuzdur.



Nutraplus®



Taymed Sağlık Ürünleri Tic. Ltd. Şti. Büyükdere Cad. Çayırçimen Sok. Emlak Kredi Blokları A-1 Blok Kat:2 D:11 Levent / İstanbul

İçindekiler

Derleme

- 55 Eritemli Dermatozlar
Sibel Ersoy Evans, Ayşen Karaduman, Ankara, Türkiye

Olgu Sunumları

- 63 İdiyopatik Erüptif Maküler Pigmentasyon: Dört Olgu Sunumu
Çilem Kaya Koç, Mehmet Akif Çiftçioğlu, Ertan Yılmaz, Antalya, Türkiye
- 67 Daha Önce Kısmi Kalınlıkta Deri Grefti Uygulan Alanda Yerleşimli Sıra Dışı Dev Keratoakantom
Fatih Uygur, Rahmi Evinç, Zafer Küçükodacı, Haluk Duman, İstanbul, Türkiye
- 70 Grup B Streptokoklara Bağlı Perianal Selülit Sonrası Tetiklenen Bir Guttat Psoriasis Olgusu
Sibel Ergin, Gonca Elçin, Sedef Şahin, Ankara, Türkiye
- 73 Tekrarlayan Polikondrit: Bir Olgu Sunumu
Meltem Türkmen, Bengü Gerçeker Türk, Nezh Karaca, Gülşen Kandiloğlu, Tuğrul Dereli, İzmir, Türkiye

Contents

Review

- 55 Erythematous Dermatoses
Sibel Ersoy Evans, Ayşen Karaduman, Ankara, Turkey

Case Reports

- 63 Idiopathic Eruptive Macular Pigmentation: Report of Four Cases
Çilem Kaya Koç, Mehmet Akif Çiftçioğlu, Ertan Yılmaz, Antalya, Turkey
- 67 Unusual Huge Keratoacanthoma in Sites of in the Previous Split-Thickness Skin Grafted Area
Fatih Uygur, Rahmi Evinç, Zafer Küçükodacı, Haluk Duman, İstanbul, Turkey
- 70 Guttate Psoriasis Triggered by Perianal Cellulitis Due to Group B Streptococci
Sibel Ergin, Gonca Elçin, Sedef Şahin, Ankara, Turkey
- 73 Relapsing Polychondritis: A Case Report
Meltem Türkmen, Bengü Gerçeker Türk, Nezh Karaca, Gülşen Kandiloğlu, Tuğrul Dereli, İzmir, Turkey

Kod adı:

CODERMO®

mometazon furoat

DERMATOZ İÇİN KODLAYIN YETER!



Günde 1 kez



Codermo %0,1 Krem, Merhem ve Losyon **FORMÜLÜ:** Bir gram kremde, 1 mg mometazon furoat; boyar madde olarak, titanyum dioksit bulunur. Bir gram merhemde, 1 mg mometazon furoat bulunur. Bir gram losyonda, 1 mg mometazon furoat bulunur. **FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ:** Farmakodinamik özellikleri Mometazon furoat belirlen antiinflamatuvar, antipruritik, vazokonstriktif ve antiospazmatik etkiye sahip bir kortikosteroiddir. Mometazon furoat, inflamasyonun endojen kimyasal mediyatörlerinin (kininlerin, histamin, lipozomal enzimler ve prostaglandinler) oluşumunu, salınımını ve etkinliğini baskılayabilir. Mometazon furoat marifasyonu ve hassas bölgeye hücre göçünü inhibe eder; aynı zamanda bölgedeki dilatasyonu ve damar geçirgenliğindeki artışa tersine çevirir, sonuç olarak, hücrelerin hasarlı bölgelere girişi azalır. Kortikosteroidler, böbrek üstünden salgılanan steroid hormonları ve bunların sentetik analoglarıdır. Farmakolojik dozlarda antiinflamatuvar etki sağlamak veya bağışıklığı baskılamak amacıyla kullanılırlar. Topikal uygulanan kortikosteroidler antiinflamatuvar, antipruritik ve vazokonstriktör özelliklerini nedeniyle, kortikosteroidlere yanıt veren dermatozların tedavisinde etkilidir. Hastalıklı deriyne uygulanan mometazon furoat kremi hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini üzerindeki etkileri araştırılmış ve plazma kortizol düzeylerinin anlamli oranda değişmediği saptanmıştır. Farmakokinetik özellikleri: Topikal kortikosteroidler, normal ve zedelenmiş deriden emilebilirler. Deriden emilme oranı, preparata kullanılan sıvıya maddelerine, epidermin bütünlüğüne ve kapalı pansuman uygulanmasına göre değişir. Derinin iltihabi durumlarında ve uygulanan bölgenin pansumanla kapatılmadığı halde deri yoluyla emilim artar. %0,1'lik krem veya merhem formundaki mometazon furoat preparatının topikal uygulamasından sonra sistemik emilimi minimum düzeydedir. İnsanlarda sağlam deriyne uygulanan merhem dozunun yaklaşık %0,7'si ve krem dozunun %0,4'ü emilir. Topikal olarak kullanılan kortikosteroidler deriden emildikten sonra sistemik kortikosteroidler ile aynı farmakokinetik özelliklere sahiptir. Kısa zamanda olumlu bir yanıt alınmazsa enfeksiyon kontrol altına alınmaya kadar kortikosteroid tedavisine son verilmelidir. Özellikle hasar görmüş geniş deri yüzeylerinde, intertriginöz deri alanlarında sürdürülen uzun süreli tedavilerde ve kapalı pansuman uygulamalarında lokal ve sistemik toksite görülebilir. Güçlü topikal kortikosteroidlerin sistemik absorpsiyonu bazı hastalarda görülebilen hipotalamus-hipofiz-adrenal korteks eksenini baskınlamasına, Cushing sendromu belirtilerine, hipertiglisemi ve glukozüriye yol açabilir. İlacın uygulanması bırakıldıktan sonra hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninin fonksiyonu hızla düzelir. Seyrek olarak steroid kullanımının kesilmesine bağlı belirtiler görülebilir. Böyle durumlarda sistemik yoldan kortikosteroid yerine koyma tedavisi yapılabilir. Hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninin baskılanmasını izlemek açısından ACTH stimülasyonu, öğle öncesi plazma kortizol ve idrarda serbest kortizol testlerinin yapılması önerilmektedir. Hastaların bilmesi

gereken hususlar: 1. Bu ilac deri hastalıklarında dıştan kullanımı için geliştirilmiştir. Göze temas ettirilmemelidir. 2. Doktorun önermediği hastalık dışında başka hastalık için kullanılmamalıdır. 3. Doktor önermediği takdirde, tedavi edilen deri bölgesinin sağı ile ya da başka herhangi bir pansumanla kapatılmaması gerekir. 4. Çocuklarda pişik tedavisi yapılmış o bölgedeki çocuk bezlerinin gevşek olmasına dikkat edilmeli, plastik iç çamaşırları kullanılmamalıdır. 5. Uygulamadan önce enfeksiyon riskini azaltmak için bölge nazıca yıkanmalıdır. 6. İlac, emzilenlere bölgeye ince bir film tabakası halinde uygulanmalı; gözetin kaybolana kadar nazık bir şekilde ve iyice sürülmelidir. 7. Ciddi güneş yanığı oluşabilecek için güneş ışığı ile temastan kaçınılmalıdır. **GEBELİKTE ve LAKTASYON DÖNEMİNDE KULLANIMI:** Gebelerde kullanımı Hamilelik kategorisi: C'dir. Tıbbi gereklilik dışında hamilelerde kullanılmamalıdır. Hamile kadınlarda topikal uygulanan kortikosteroidlerin teratojenik etkilerini gösteren çalışmalar yoktur. Emzirenlerde kullanımı: Topikal olarak uygulanan kortikosteroidlerin anne sütlüne geçecek miktarlarda, sistemik yoldan absorbe olduklarında kullanımıdır. Çocuklarda vücut ağırlıklarına oranla deri yüzeyi erkeklere daha büyüktür. Bu nedenle, çocuklar topikal kortikosteroidlerin sistemik etkilerine daha duyarlıdır. Topikal kortikosteroid kullanımı çocuklarda etkili tedavi sonuçlarını sağlayacak en düşük miktarlarda yapılmalıdır. Sürekli kortikosteroid tedavisi büyüme ve gelişmeyi etkileyebilir. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** Bütün güçlü kortikosteroidlerde tedavi sırasında, çok nadir olarak bildirilen lokal advers etkiler arasında: parestesi; kaşınk ve deri atrofi; belirgin mevuttur. Hastaların %1'inden azında bildirilen lokal advers reaksiyonlar: apse, yanma, hastalığın şiddetlenmesi, ciltte kuruluk, eritem, fronkoliz ve şiviledir. Diğer topikal kortikosteroid tedavileri sırasında seyrek olarak bildirilen lokal advers reaksiyonlar ise: iritasyon, hipertrikoz, hipopigmentasyon, perioral dermatit, alerjik kontakt dermatiti, derinde maserasyon, sekonder enfeksiyon, strie ve miliumlar. **İLAC ETKİLEŞİMLERİ ve DİĞER ETKİLEŞİMLER:** Bilinen bir etkileşimi yoktur. **KULLANIMI ŞEKLİ ve DOZU:** Codermo %0,1 Krem ve Merhem, hastalıklı deri bölgelerine günde bir defa ince bir tabaka halinde uygulanmalıdır. Hastalıklı deri bölgesine günde bir kez birkaç damla Codermo %0,1 Losyon damlatılır ve deriden emilinceye kadar hafifçe ovulur. Etkili ve ekonomik kullanım için şifşenin ağı hastalıklı bölgeye yaklaştırılarak az miktarda losyon uygulanır. Tedbiri bir şekilde uygulanmalı ve kapalı pansuman yapılmamalıdır. Kontrol sağılandığı zaman tedavi kesilmelidir. 2 hafta içinde iyileşme görülmezse tedavinin tekrar değerlendirilmesi gerekli olabilir. **DOZ AŞIMI ve TEDAVİSİ:** Codermo %0,1 Krem, Merhem ve Krem kullanımına saçlı doz aşımı bildirilmemiştir. **SAKLAMA KOŞULLARI:** 25 °C'nin altındaki oda sıcaklığında saklanmalı ve dondurulmamalıdır. Çocukların ulaşamayacağı yerlerde ve ambalajında saklanmalıdır. **TICARI TAKİDİM ŞEKLİ ve AMBALAJ MUHTEVAİSİ:** Codermo %0,1 Krem: 30 gram krem içeren ambalajlarda. Codermo %0,1 Merhem: 30 gram merhem içeren ambalajlarda. Codermo %0,1 Losyon: 30 ml losyona içeren ambalajlarda. **FİYATI VE FİYAT ALIŞI TARİHİ:** Krem: 7,31 TL. Merhem: 7,96 TL. Losyon: 6,62 TL (29 Ocak 2009). **RUHSAT SAHİBİNİN İSİMİ ve ADRESİ:** BERKSAM İLAC TICARET A.Ş. 34382 Şişli - İSTANBUL ÜRETİM YERİ İSİMİ ve ADRESİ: SANTA FARMA İLAC SANAYİ A.Ş. 34091 Edirnekapı - İSTANBUL. **RUHSAT İLEŞTİRİ VE NUMARASI:** Krem: 03.04.2006 - 207195. Merhem: 03.04.2006 - 207196. Losyon: 03.04.2006 - 207197 REÇETE İLE SATILIR.

oksitin® krem

Oksitin Krem; Oxyde de zinc %40, Norwegian Cod Liver Oil, Talc, Vazelin, Lanolin içeriği ile Anti-septik, Astranjan, Anti-pruritik ve olağanüstü kurutucu etkiye sahip "Oksitin" Krem ;

- Diğer tedavi yöntemlerine cevap vermeyen enfekte olmamış yara ve yanıklarda,
- Diaper Rash,
- Intertrigo,
- Ulcus cruris,
- Harici Ülserler,
- Güneş yanıkları ve isiliklerde endikedir.

Lipoceutical taşıyıcı sistemi sayesinde hızlı başlangıçlı etkiye sahiptir.



Özet Prospektüs Bilgisi:

Oksitin Krem Balık Yağı :

İçerik: Oxyde De Zinc %40, Norwegian Cod Liver Oil, Vaseline Flant, Lanolin, Talc, BHA, Euxyl K 100, Fragrance, Deionised water. **Endikasyonları:** Diğer tedavi yöntemlerine cevap vermeyen enfekte olmamış yara ve yanıklarda, güneş yanıklarında, cilt çatlaklarında, harici ülserlerde (decubitus, varicose, diyabetic), ulcus cruris, intertrigoda (kıvrım yerlerinde ve özellikle şişman kimselerde görülen ısı, nem ve sürtünmenin sebep olduğu kızarıklık, kaşıntı ve yanma hissi ile beliren cilt rahatsızlığı), ileostomy ve colostomy torbası etrafında koruyucu olarak tedaviye yardımcı olur. **Kullanım şekli:** Enfekte olmamış yüzeysel yara ve yanıklarda, gerekirse gazlı bez ile birlikte ince bir tabaka halinde Oksitin krem uygulanır. **Pişikler için kullanılışı:** Pişik oluştuğunda veya ciltte kızarıklık, aşınma, tahriş görüldüğünde günde 3 defa veya gerekiyor ise daha fazla Oksitin krem uygulayınız. **Bebeklerde pişik oluşumunu önlemek için ;** bebeğiniz özellikle uyku zamanında bebek bezindeki ıslaklığa daha uzun süre maruz kalacağından, uykudan önce bezlenen bölgeye Oksitin krem uygulayınız. **Ticari Takdim Şekli:** 25g ve 40g'lık lamine tüpte, karton kutu içerisinde **KDV Dahil perakende satış fiyatı:** 25g - 5 TL / 40g - 8.5 TL **Oksitin krem,** T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 24/03/2005 tarih ve 5324 sayılı kozmetik yönetmeliğine göre üretilmiştir. **Ürün İzin Sahibi ve Üretim Yeri:** Tekmed İlaç ve Koz. San. Tic. Ve Ltd. Şti. Yenibosna Köyaltı Mevkii Çınar Cad.No:21 Bahçelievler / İSTANBUL Tel: 0212 653 46 47 Fax: 0212 654 76 86 www.tek-med.com.tr

Oksitin Baby Pişik Önleyici Krem:

İçerik: Oxyde de Zinc %20, D-Panthenol %5, Vazelin Flant, Lanolin, Oleum Olivea, Talc, Cetearhe-12, Vitamine E, Boric acid, Phenonip, Fragrance, Deionised Water. **Endikasyonları:** Çocuk bezi pişikleri, enfekte olmamış yara ve yanıklar, güneş yanıkları **Kullanım şekli:** Pişik oluştuğunda veya ciltte kızarıklık, aşınma, tahriş görüldüğünde günde 3 defa veya gerekiyor ise daha fazla Oksitin Baby krem uygulayınız. **Bebeklerde pişik oluşumunu önlemek için ;** bebeğiniz özellikle uyku zamanında bebek bezindeki ıslaklığa daha uzun süre maruz kalacağından, uykudan önce bezlenen bölgeye Oksitin Baby krem uygulayınız. **Ticari Takdim Şekli:** 40g'lık lamine tüpte, karton kutu içerisinde **KDV Dahil perakende satış fiyatı:** 8.5 TL **Oksitin krem,** T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 24/03/2005 tarih ve 5324 sayılı kozmetik yönetmeliğine göre üretilmiştir. **Ürün İzin Sahibi ve Üretim Yeri:** Tekmed İlaç ve Koz. San. Tic. Ve Ltd. Şti. Yenibosna Köyaltı Mevkii Çınar Cad.No:21 Bahçelievler / İSTANBUL Tel: 0212 653 46 47 Fax: 0212 654 76 86 www.tek-med.com.tr

Eritemli Dermatozlar

Erythematous Dermatoses

Sibel Ersoy Evans, Ayşen Karaduman

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Eritemli dermatozlar dermatoloji kliniğinde sık karşılaşılan hastalıklardır. Figüre eritemler eritemli dermatozların büyük kısmını oluşturur. Burada figüre eritemler; eritem annüler santrifuj, eritema giratum repens, eritema kronikum migrans, nekrolitik migratuvar eritem, eritema marginatum romatikum, familyal annüler eritem, lupus eritematozusun annüler erüpsiyonu ve kronik granüloamatöz hastalık taşıyıcılarında gözlenen eritem başlıkları altında ele alınmıştır. Bunlara ek olarak fasyal ve palmar eritemden bahsedilmiştir.

(*Türk Dermatoloji Dergisi 2009; 3: 55-62*)

Anahtar kelimeler: Eritem, eritema kronikum migrans

Geliş Tarihi: 23. 02. 2009

Kabul Tarihi: 25. 04. 2009

Abstract

Erythematous dermatoses are common diseases encountered in the dermatology clinic. Figurate erythemas comprise a huge part of erythematous dermatoses. Herein, figurate erythemas are discussed under the headings of erythema annulare centrifugum, erythema gyratum repens, erythema chronicum migrans, necrolytic migratory erythema, erythema marginatum rheumaticum, familial annular erythema, annular eruption of lupus erythematosus and erythema in chronic granulomatous disease carriers. Additionally, facial and palmar erythema are reviewed. (*Turkish Journal of Dermatology 2009; 3: 55-62*)

Key words: Erythema, erythema chronicum migrans

Received: 23. 02. 2009

Accepted: 25. 04. 2009

Eritemli Dermatozlar

Eritemli dermatozlar, eritemin başlıca bulgu olduğu hastalıkları içerir. Dermatolojide eritemli dermatozların büyük kısmını figüre eritemler oluşturur. Figüre eritemler, annüler veya polisiklik lezyonlar yapan, kalıcı veya migratuvar döküntüleri içerir. Bu hastalıkların pek çoğu, ilaçlar, enfeksiyonlar, malinensi vb. durumlara karşı bir hipersensitivite reaksiyonu sonucu gelişir. Burada figüre eritemler; eritem annüler santrifuj, eritema giratum repens, eritema kronikum migrans, nekrolitik migratuvar

eritem, eritema marginatum romatikum, familyal annüler eritem, lupus eritematozusun annüler erüpsiyonu ve kronik granüloamatöz hastalık taşıyıcılarında gözlenen eritem başlıkları altında ele alınacaktır. Bunlara ek olarak fasyal ve palmar eritemden bahsedilecektir.

Figüre Eritemler

Eritem annüler santrifuj

Eritem annüler santrifuj (EAS) yavaş ilerleyen, annüler veya polisiklik eritemli lezyonlarla karakterize bir



Şekil 1. Yüzde annüler lezyonlar, eritem annüler santrifuj

erüpsiyondur. Literatürde yeterli veri olmadığı için EAS'nin prevalansı tam olarak bilinmemektedir. İngiltere'den bildirilen 24 vakalık bir çalışmada EAS sıklığı 100 000'de 1 olarak belirtilmiştir (1). Her yaşta görülebmesine rağmen genellikle 5. dekattan sonra sık olan EAS kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür.

EAS, ilaç, böcek ısırığı, yiyecek, malinensi gibi antijenik bir uyarıya karşı gelişen bir hipersensitivite reaksiyonu olarak kabul edilmektedir. En sık enfeksiyonlarla, özellikle dermatofit enfeksiyonları ile birlikte görülmektedir (2). Bunun yanı sıra gebelik (3), kandida enfeksiyonları (4), poxvirüsler (5) ve parazitler (6), daha nadir olarak ilaçlar, (7-10) gıda maddeleri (11), otoimmün endokrinopatiler (12) ve malinensiler ile EAS birlikteliği bildirilmiştir (13, 14) Kolelitiazis, sarkoidoz ve nefrit ile de birliktelik olabilir (15). Ancak genellikle vakaların büyük kısmında altta yatan herhangi bir etken saptanamamaktadır (2).

EAS yüzeysel ve derin olmak üzere iki klinik şekilde görülmektedir. Bazı otörler bu iki formun farklı hastalıklar olduğunu, bazıları ise bunların bir spektrum olduğunu tartışmaktadır (15). Her iki formda da lezyonlar sentrifugal yayılım gösteren, merkezden iyileşmeye başlayan eritemli sert bir papül olarak başlar. Lezyon birkaç haftada 6 cm boyutlara ulaşabilir ve sayısı 2 ile 5 arasında değişebilir. Yüzeysel tip eritemli, endüre olmayan yamalar şeklinde görülür. İlerleyen kenarın iç yüzünde açıklığı içe bakan skuam (*trailing scale*) tipiktir ancak aynı hastada tüm lezyonlarda görülmesi şart değildir. Derin tipte bu tipik skuamlar gözlenmez ve ilerleyen sınırlar deriden kabarıktır (Şekil 1) (15). Lezyonlar en sık gövde ve ekstremitelere yerleşir, el ve ayaklarda tutulum bildirilmemiştir. Çoğunlukla asemptomatik olan EAS'de bazı hastalarda kaşıntı görülebilir. Gerilerken iz bırakmayan lezyonlar bazen haftalar ve aylarca kalabilir. Eğer EAS altta yatan bir hastalığa bağlı oluşmuşsa bu hastalığın alevlenmeleri ile EAS rekürrensleri koreledir.

EAS histopatolojisi de tiplere göre değişiklik göstermektedir. Yüzeysel tipte, hafif sponjiyoz, mikrovezikülasyon, fokal parakeratoz ve hafif bir yüzeysel perivasküler lenfositik infiltrat izlenir. Yüzeysel damarlar etrafında manşon tarzında görülen bu infiltrasyon EAS için tipik olarak kabul edilmekte ve diğer figüre eritemlerden ayrımında kullanılan

önemli bir belirteç olarak görülmektedir. Bu tipik infiltrasyonun klinikte ilerleyen kenarların iç yüzünde görülen skuamlara denk geldiği düşünülmektedir. Derin tipte ise epidermal değişiklik gözlenmez, perivasküler infiltrasyon orta ve derin dermise yerleşim gösterir.

EAS diğer figüre eritemlerle, granüloma annülar, tinea korporis, annüler ürtiker, kütanöz lenfoid hiperplazi ve lenfoma, pitriyazis rozea, annüler psoriasis, mikozis fungoides gibi hastalıklarla karışabilir.

Kronik ve tekrarlayıcı bir hastalık olan EAS'de tedavide ilk yaklaşım altta yatan bir hastalık varsa bunun tedavi edilmesidir. Çoğunlukla tedavisiz kendiliğinden gerilese de semptomatik ve yaygın tutulum görülen vakalarda ve hastanın tedavi talebi olduğunda bazı yöntemler denenebilir. Yüzeysel tip EAS'de, topikal kortikosteroidler ve kalsipotriol etkili olabilmektedir (16). Bazen empirik antifungal ve antibiyotik tedaviler ile de yanıt alınabilmektedir. Sistemik steroid tedavisi hastalığı baskılasa da tedavi kesildiğinde sıklıkla tekrarlama görüldüğü için çok fazla tercih edilmemektedir.

Eritema giratum repens

Gammel hastalığı olarak da bilinen eritema giratum repens (EGR) eritemli, serpijinöz, konsantrik şekilli lezyonlarla karakterize bir dermatozdur. Paraneoplastik bir sendrom olarak kabul edilen EGR ilk kez Gammel tarafından 1952 yılında metastatik meme kanseri olan bir hastada tanımlanmıştır (17). EGR erkeklerde kadınlara göre daha sık (2:1) görülür ve ortalama 5-6 dekatta başlar (18). Bildirilen vakaların tümü beyaz ırktadır (19).

EGR görülen hastaların %80'inde altta yatan bir kanser bulunmaktadır. Lezyonlar vakaların %80'inde kanser tanısından önce ortaya çıkmakta, kanser tanısı çoğunlukla döküntünün başlangıcından 4-9 ay sonra konulmaktadır (17). EGR ve kanser aynı anda veya EGR kanser tanısından yıllar sonra da ortaya çıkabilmektedir (18, 20-22). EGR ile birlikte en sık görülen kanser bronş kanseridir (%32), bunu sırasıyla özefagus kanseri (%8), meme kanseri (%6) ve primeri bilinmeyen kanser (%6) takip eder (18). Kansere eşlik etmeyen vakalarda, gebelik, tüberküloz, ve büllöz hastalıklarla birliktelik bildirilmiştir (23).

EGR'nin patogenezi net olarak bilinmemektedir. Ancak tümörün tedavisi ile lezyonların gerilemesi eşlik eden tümörün bu döküntünün oluşumunda bir rolü olduğunu göstermektedir. Bu konuda öne sürülen hipotez, tümörün etrafındaki dokularda kimyasal değişikliklere neden olarak bu dokuların antijenik bir hal almasına neden olduğu, bu antijenlerin deri proteinlerine benzerlik göstermesi nedeniyle çapraz reaksiyon oluşturarak deride inflamasyona yol açtığıdır.

EGR, çok sayıda, hızlı ilerleyen, annüler, kenarlarında geriden gelen skuamalar bulunan, iç içe geçmiş konsantrik halkalar, dalgalar ya da serpijinöz eritemli lezyonlar şeklinde görülür (Şekil 2). Ağaç gövdesindeki damarlara benzer bir görünüme sahiptir. Sıklıkla gövde ve ekstremitelerin proksimallerine yerleşen EGR'de palmoplantar bölge ve yüz tutulu-



Şekil 2. Karın bölgesinde iç içe geçmiş halkalar, eritema giratum repens

mu gözlenmez. Bazı vakalarda palmoplantar hiperkeratoz ve iktiyozisin eşlik ettiği bildirilmiştir (24). Kaşıntı sık görülen bir bulgudur ve bazen çok şiddetli olabilir.

EGR'de tanı çok tipik lezyonları nedeniyle klinik olarak konulabilmektedir. Histopatolojik inceleme tanının doğrulanmasında yardımcıdır ve özgün değildir. Çoğunlukla yüzeysel, bazen derin perivasküler lenfositik infiltrasyon, akantoz, sponjiyoz ve parakeratoz görülür. Bazal tabakada C3 ve/veya IgG depolanması gözlenebilir (25). Bir çalışmada epiderminin üst tabakalarında Langerhans hücrelerinin görüldüğü bildirilmiştir (26).

EGR düşünülen hastalarda detaylı bir malinite araştırması yapılmalıdır. Bunun için mutlaka istenmesi gereken tetkikler tam kan sayımı, sedimentasyon, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, akciğer grafisi ve kadınlarda mamografidir. Bunun dışında sistemik sorgulama sonrası şüphelenilen hastalıklara yönelik diğer tetkikler de yapılabilir.

İç içe geçmiş halkalar şeklindeki tipik klinik bulgusu nedeniyle EGR diğer dermatozlardan kolaylıkla ayrılabilir. Ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken hastalıklar özellikle EAS olmak üzere diğer figüre eritem yapan hastalıklar ve tinea imbricatadır. EAS polisiklik veya annüler plaklar şeklinde görülür ve oldukça yavaş ilerler. EGR'de ise hızlı bir yayılım söz konusudur (1cm/gün). Lineer Ig A dermatozu, Sjögren hastalığı, büllöz pemfigoid, iyileşmekte olan püstüler psoriasis ve pitriyazis rubra piliarisde de EGR benzeri lezyonlar görülebildiği için ayırıcı tanıda düşünülmelidir (27-31).

EGR klasik tedavilere oldukça dirençli bir hastalıktır. Öncelikle yapılması gereken eşlik eden kanserin saptanarak tedavi edilmesidir. Çünkü kanser tedavi edildiğinde lezyonlar da gerilemektedir.

Eritema Kronikum Migrans

Eritema kronikum migrans (EKM), Lyme hastalığının en erken deri bulgusudur. EKM her yaş grubunda görülebilir de çocuklar vakaların %25'ini oluşturmaktadır. Erkeklerde kadınlardan daha sık olup (32), özellikle yaz ve sonbahar mevsiminde görülmektedir. Lyme hastalığı *Borrelia ailesine* ait bir spiroket olan *Borrelia burgdorferi* (Bb) nedeniyle oluşur. Bu bakteriler *Ixodes* türü keneler tarafından taşınır. Keneler orman ve çayırılık gibi yerlerde yaşarlar ve insan



Şekil 3. Omuzda eritemli yama, eritema kronikum migrans

dışında en sık olarak koyun, geyik, kuş ve diğer sıcakkanlı hayvanlardan beslenirler. Bb özellikle daha genç keneler (nymph) tarafından taşınır. Bu kenelerin ısırığı ağrısız olduğu ve beslenme bitince kendiliğinden düştüğü için kolaylıkla gözden kaçır. Lyme hastalığı kene ısırığı olan ya da Bb serolojisi pozitif olan her kişide oluşmamaktadır. İsviçre'de yapılan bir çalışmada pozitif serolojisi olan hastaların (%28) sadece %3.8'inde Lyme hastalığı geliştiği bildirilmiştir (33).

EKM'nin patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Kene ısırığı sonrasında Bb bulaşımı gerçekleşirse hastaların bazılarında bağışıklık sistemi spiroketleri etkisiz hale getirir, bazısında hastalık gelişir ama lokalize olarak kalır, diğer bir kısmında ise enfeksiyon lenfatik ve kan yoluyla yayılarak sistemik bir hal alır. Spiroket deride iken giriş yerinden perifere doğru hareket eder. Deride yayılımı sırasında konağın fibrinolitik enzimleri aracılığı ile interstisyel matrikste ilerleyerek lezyonları oluşturur (34, 35).

EKM, Lyme hastalığı olan kişilerin %50-75'inde görülen hastalığın en erken evresi olarak tanımlanan bir lezyondur. Kene ısırığından ortalama 2 hafta sonra o bölgede eritemli bir yama ya da plak oluşur (Şekil 3). Merkezden perifere doğru genişlerken bazı lezyonlarda ortadan iyileşme başlar. Isırığın olduğu punktum bölgesinde vezikül ya da hiperpigmentasyon izlenebilir. Beş cm'den büyük olan bu lezyon günde 2-3 cm genişleyerek 70 cm'ye kadar ulaşabilir. Ağrısız ve kaşıntısız olan lezyon en sık kıvrım bölgelerine ya da iç çamaşırların lastiklerinin altlarına yerleşir. Ayrıca popliteal fossa, gluteal kıvrım, sırt ve aksilla yerleştiği diğer bölgelerdir. Lezyon çoğunlukla haftalar nadiren aylar içinde kendiliğinden geriler. Hafif ateş, miyalji, artralji ve boyun ağrısı eşlik eden diğer semptomlardır (36).

Tanı için ELISA yöntemiyle *Borrelia* antikorlarına bakılması eğer pozitiflik saptanırsa Western blot yöntemiyle bunun doğrulanması önerilmektedir. Ancak akut dönemde serolojik testlerin güvenilirliği düşüktür. Antikorların oluşması haftalar alabildiği için yanlış negatif sonuçlar alınabilir. Bu nedenle testin zamanlaması önemlidir. Bazı enfeksiyonlar ve immünolojik hastalıklarda yanlış pozitif sonuçlar saptanabilir. Ayrıca bazı hastalar daha önce geçirilmiş Lyme hastalığına bağlı seropozitif olabilir. Bu nedenlerden dolayı has-

talığın erken döneminde serolojik testlerin yapılması önerilmemektedir. Deri dokusunda polimeraz zincir reaksiyonu yöntemi ile bakteriyel antijenin gösterilmesi ya da doku kültürü yapılması tanı için daha kesin yöntemlerdir. Histopatolojisi özgün olmayan EKM derin figüre eritemlere benzer özellikler gösterir. Yüzeysel ve derin dermiste perivasküler infiltrasyon ve plazma hücreleri saptanır.

Ayrıca tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar, bakteriyel selülit, böcek ve örümcek ısırıkları, kontakt dermatit, tinea korporis, fiks ilaç erüpsiyonu, ürtiker, granüloma annulare ve diğer figüre eritemlerdir.

Lyme hastalığının erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi çok önemlidir. Aksi takdirde sistemik komplikasyonlar görülebilir. Bu nedenle bir hastada EKM düşünülüyorsa başka belirtiler veya test sonuçları beklenmeden hemen tedaviye başlanmalıdır. Tedaviye hemen yanıt alınması da tanının doğrulanmasında değerlidir.

Tedavide ilk seçenekler doksisiklin ve amoksisilindir. Doksisiklin gebeler, emziren anneler ve 9 yaşından küçük çocuklarda verilmemelidir. Alternatif tedaviler tetrasiklin, penisilin ve sefuroksim aksetildir. EKM'da tedavi süresi konusunda bir görüş birliği bulunmamaktadır ancak doksisiklin tedavisinin en az 3 hafta süreyle verilmesi önerilmektedir (37).

Nekrotik migratuvar eritem

Nekrotik migratuvar eritem (NME), paraneoplastik bir sendromdur ancak sadece bir tümöre özgün olması nedeniyle diğer paraneoplastik sendromlardan farklılık göstermektedir. Adacık hücreli tümörlerden özellikle glukagonomaya bağlı ortaya çıkar ve bu hastaların %65-70'inde NME görülür (38). NME glukagonoma ile eş zamanlı olarak ortaya çıksa da sistemik semptomların belirlenmesinden önce görülen vakalar da bilinmektedir. Ayrıca glukagon salgılayan tümör olmadan da görülen vakalar bildirilmiş, bunlar psödoglukagonoma olarak adlandırılmıştır (39-42). Kadın ve erkekte eşit oranda görülen glukagonoma sendromu ortalama 5. dekatta ortaya çıkar (38, 43).

NME'nin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Hiperglukogenemide ortaya çıkan uzamış glukoneogenez dokularda aminoasit mobilizasyonuna dolayısıyla hipoaminoasidemiye yol açar. Artmış karbonhidrat metabolizması da vitamin eksikliklerine neden olur. Bunun yanı sıra lipolizde artma sonucu esansiyel yağ asidi eksiklikleri de ortaya çıkar. Sonuç olarak, hiperglukagonemi çeşitli nütrisyonel ve vitamin B eksikliklerine yol açarak NME oluşumuna neden olmaktadır (44).

NME çoğunlukla kasıklardan başlar, ekstremitelere, kalfalara, gluteaya ve perineye yayılır. Makül ve papüller şeklinde başlayan lezyonlar sonra eritemli, keskin sınırlı, sirsine, skuamli plaklara dönüşür. Merkezden perifer doğru genişleyen annüler lezyonlar skuamli, kurutlu, polisiklik bir hal alır. Bazen vezikül veya bül oluşup erozyonlara neden olabilir. Spontan remisyon ve alevlenmeler gösteren sıklık

bir doğası olan bu döküntüde lezyonlar ortalama 7-14 gün içinde merkezden iyileşmeye başlar, merkezde pigmentasyon bırakırken, periferde kurutlanmalar oluşur. Diğer dermatolojik bulgular onkoliz, subungual hiperkeratoz, tırnaklarda distrofi ve kırılmalar, paronişi ve alopesidir (38, 45). Hastaların üçte birinde angüler keilit ve glossit gözlenir (46). Glukagonoma sendromu olan hastalarda görülen diğer bulgular anemi (%85-90), kilo kaybı (%70-90), glukoz intoleransı (%75-95), diyare (%15-30), halsizlik, venöz tromboemboli (%30) ve depresyon, ajitasyon, ataksi, demans, psikoz gibi psikiyatrik bozukluklardır (%20) (45, 47-49).

NME'de tanı histopatolojik inceleme ile konulabilmektedir. Histopatolojik bulgular lezyonun yerine ve yaşına göre değişiklikler gösterebilmekte, bu nedenle tanının konulabilmesi için çok sayıda biyopsi alınması gerekebilmektedir. Ayrıca biyopsinin aktif olarak ilerleyen sınırların iç yüzünden alınması önerilmektedir (45). Lezyonun herhangi bir evresinde görülebilen 4 ana histopatolojik özellik vardır; (1) yüzeysel epidermal vakuolizasyon ve nekroz; (2) subkorneal püstül oluşumu; (3) papiller dermiste vasküler dilatasyon; (4) birleşen parakeratoz ve psoriaziform hiperplazi (50). Özellikle üst epidermiste, stratum spinosum tabakasının üst kısımlarında görülen nekroz ve yarı oluşumu NME için tipik bir bulgu olarak kabul edilmektedir (51). NME'nin histopatolojik görüntüsü akrodermatitis enteropatika, yağ asidi eksiklikleri, pellegra ve kwashiorkorla çok benzerdir bu nedenle tanıda güçlükler yaşanabilmektedir.

NME'de serum glukagon düzeyleri artmıştır. Açlık kan şekeri yüksek, albümin, kan aminoasitleri ve serum çinko düzeyleri düşüktür. Tam kan sayımında anemi saptanır. Karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk saptanması hepatik metastaz açısından önemli olabilir (45).

NME'nin tedavisi altta yatan tümörün tedavisi ile mümkün olabilmektedir. Bunun için tümörün eksizyonu ve varsa hepatik metastazların embolizasyonu gerekmektedir. Bunun dışında dakarbazin, streptozosin ve 5-fluorourasil gibi bazı adjuvan kemoterapi ajanları da önerilmektedir (45). Bir somatostatin analogu olan okreotid semptomların ve özellikle de NME'nin tedavisi için kullanılmaktadır. Eksik olan aminoasit, çinko, yağ asitlerinin yerine konulması da tedavide önemli bir basamaktır (52). Sistemik steroid, fototerapi, radyoterapi, metotreksat, dapson gibi sadece erüpsiyona yönelik ajanlar tedavide etkili olmamaktadır. Hastaların pek çoğu ilerlemiş evrede tanı almasına rağmen, tümör yavaş büyüdüğü için prognoz iyidir. Tanı aldıktan sonra ortalama yaşam süreleri 3-7 yıl arasında değişmektedir (53). Erken evrede tanı alan, lokalize hastalığı olan hastalarda tam kür sağlanabilmektedir.

Eritema marginatum romatikum

Eritema marginatum romatikum (EMR), akut romatizmal ateş (ARA) ve Still hastalığında görülen en tipik deri bulgusudur. ARA, A grubu beta-hemolitik streptokok (AGBHS) enfeksiyonuna bağlı oluşan bir tablodur. Patogenezi tam



Şekil 4. Gövdede yer değiştiren eritemli yamalar, eritema marginatum romatikum

olarak bilinmemekle birlikte AGBHS'nin antijenlerine karşı gelişen immün bir yanıt olduğu düşünülmektedir.

ARA'nın majör kriterleri kardit, migratuvar artrit, korea, subkütan nodüller ve EMR'dir. Minör kriterler ise ateş, art-ralji ve sedimantasyon ve C-reaktif protein (CRP) yüksekliği, EKG'de PR aralığında uzama gibi anormal laboratuvar bulgularıdır. ARA tanısı için, kültür pozitifliği ve/veya anti-streptolizin o (ASO) yüksekliği ile kanıtlanan AGBHS enfeksiyonu varlığında, 2 majör veya 1 majör 2 minör kriter gerekmektedir (54).

EMR oldukça nadirdir, aktif ARA olan hastaların, özellikle çocukların, sadece %10'unda saptanabildiği bildirilmiştir (55). EMR, ARA'nın aktif döneminde ve özellikle karditi olan hastalarda ve eklem bulgularının ortaya çıkmasından önce görülür. Lezyonlar açık pembe renkli, belli belirsiz halka şeklinde yama veya plaklar şeklinde görülür (Şekil 4). Genişleyerek ve birbirleriyle birleşerek polisiklik bir hal alabilir. Genellikle öğleden sonra belirginleşen erüpsiyon saatler veya 2-3 gün içinde geriler. En sık gövdede, özellikle karın bölgesinde görülen EMR asemptomatiktir.

Histopatolojik olarak vaskülit olmaksızın, interstisyel ve perivasküler polimorf lökosit infiltrasyonu izlenir. Diğer eritemlerden ayrılmasında polimorf lökositlerin varlığı yardımcı olmaktadır (56). EMR'de etkin bir tedavi bulunmamaktadır. ARA tedavi edilse bile seyri çok değişmemektedir.

Familiyal annüler eritem

Familiyal annüler eritem (FAE), otozomal dominant geçişli olduğu düşünülen figüre bir eritemdir. Nadir görülen bir hastalık olduğu için yeterince epidemiyolojik veri bulunmamaktadır.

Colcott Fox, 1880 yılında iki kardeşle eritema giratum perstans olarak isimlendirdiği infantil dönemden beri olan EAS benzeri bir erüpsiyon tanımlamıştır. Daha sonra erken yaşlarda erüpsiyonu başlayan benzer vakalar diğer otörler tarafından da bildirilmiştir. İlk kez 1966 yılında, Beare ve ark. İrlandalı bir ailenin 4 bireyinde annüler bir erüpsiyon bildirmiş, bunun otozomal dominant geçişli bir erüpsiyon olduğunu öne sürmüş ve familiyal annüler eritem terimini

kullanmıştır (57). Klinik olarak EAS benzeri lezyonlar yapan familiyal annüler eritemde annüler, eritemli, skuamli yama ve plaklar izlenir. Oldukça erken yaşlarda başlayan erüpsiyon hayat boyu sürebilir. Etkili bir tedavisi bulunmamaktadır.

Lupus eritematozus'un annüler eritemi

Neonatal lupus eritematozus'da annedeki anti-SSA(Ro) antikörlerinin rolü iyi bilinmektedir (58). Yakın zamanda, anti-SSA (Ro) pozitifliği olan Sjögren hastalığı, lupus eritematozus ve nadir olarak da bu iki hastalığın tanı kriterlerine uymayan sağlıklı bireylerde annüler lezyonların varlığı bildirilmiştir (59-62). Bu lezyonlar çoğunlukla genç ve kadın hastalarda görülmektedir. EAS benzeri olan lezyonlar özellikle yüz bölgesine yerleşir ve fotosensitiftir. Tedavide topikal kortikosteroidler etkili olabilmektedir.

Kronik granümatöz hastalık taşıyıcılarında annüler eritem

Kronik granümatöz hastalık (KGH) nadir görülen, X'e bağlı geçen bir immün yetmezliktir. Katalaz pozitif bakterilerin ve mantarların öldürülmesinden sorumlu olan nikotinamid adenin dinükleotit fosfat (NADP) oksidaz kompleksinde oluşan bozukluğa bağlı ortaya çıkar. Bu hastalarda lenf nodu, akciğer, subkütan doku, karaciğer ve kemik enfeksiyonları, granülom oluşumuna bağlı kolit, perianal apse ve obstrüksiyon izlenebilir (63). KGH taşıyıcısı olan kadınlarda ilk kez 1957 yılında lupus benzeri semptomlar bildirilmiştir (64). Kliniği diskoid lupusa çok benzer olan bu lezyonlar KGH taşıyıcılarının %12'sinde görülmektedir (1). Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte, yetersiz fagositozun kronik antijenemiye dolayısıyla da antikor oluşumuna yol açtığı düşünülmektedir. Ancak bu hastalarda serolojinin negatif olması bu teoriyi zayıflatmaktadır (65, 66). Bu hastalarda deri döküntüsünün yanısıra rekürren aftöz stomatit (%42-70), fotosensitivite ve Raynaud fenomeni görülen diğer bulgular (63, 64) Bu diskoid lupus benzeri erüpsiyon hidrok-siklorokin gibi standard tedavilere çok iyi yanıt verir.

Figüre eritemlerin ayırıcı tanısı

Figüre eritemlerin ayırıcı tanısında klinik bulguların yanı sıra öykü ve histopatoloji oldukça değerlidir. Figüre eritemli bir hastaya yaklaşımda öykü ve klinik bulgular yardımıyla basit bir ayırıcı tanı yapılabilir, sonra tanı gerekli laboratuvar ve histopatolojik inceleme ile kesinleştirilebilir. Aşağıda figüre eritemlerin ayırıcı tanısında öykü ve fizik incelemede dikkat edilmesi gereken noktalar tekrar vurgulanmıştır.

Öykü

- Kene ısırığı öyküsü veya ormanlık, çayırık alanlarda bulunma öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Eğer varsa bu EKM lehinedir.
- Erken başlama yaşı ve ailede benzer problemin olması familiyal annüler eritem lehine bulgularıdır.
- Güneşle şikayetlerde artma olması annüler lupus eritematozus ve KGH taşıyıcılarında izlenen eritemi akla getirebilir.

- Kilo kaybı, diyare gibi bulguların varlığı NME'yi düşündürmelidir.
- Lezyonların çok hızlı genişlemesi EGR tanısı için yardımcıdır.
- Boğaz enfeksiyonu öyküsü EMR için önemli bir ipucudur.

Klinik bulgular

- İç içe geçmiş halka, sirsine görünüm EGR için tipiktir.
- Lezyonlarda kurutlanma olması NME'de görülen bir bulgudur.
- Fotosensitif bölgelere yerleşim varsa akla öncelikle annüler lupus eritematozus ve KGH taşıyıcılarında izlenen eritem gelmelidir. Perianal ve perioral bölge yerleşimi NME için bir ipucu olabilir.
- Eşlik eden bulgular da yine tanıda yardımcı olabilir. Anemi, diyabet, glossit, NME'de, rekürren aftöz stomatit KGH taşıyıcılarında izlenen eritemde, ateş, artralji veya artirit EMR'de, hafif ateş ve halsizlik EKM'de görülür.

Palmar Eritem

Palmar eritem avuç içlerinde yaygın, hipotenar, tenar veya parmak uçlarında görülen eritemi ifade eder. Karaciğer yetmezliği, gebelik (67), hipertiroidi ve romatoid artrit (68) ile birlikte görülebilir. Sağlıklı bireylerde herediter de olabilir, ancak ani başlangıçlı ya da var olan eritemin şiddetinde artma olursa mutlaka karaciğer yetmezliği araştırılmalıdır. Noble ve ark. (69) palmar eritemin neoplazmlara eşlik edebildiğini, ve eritemin şiddetinin tümörün vaskülarizasyonu ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Fasyal Eritemler

Fasyal eritem, kalıcı ya da ataklar (flushing) halinde olan yüzde yerleşen eritemi ifade eder. Hastalar için psikososyal açıdan oldukça sorun yaratan bir durum olan bu hastalıkta, hastaların çoğu doktora nedenden çok tedavi umuduyla başvururlar. Fasyal eritemin başlıca nedenleri arasında rozase, esansiyel telenjektazi, seboreik dermatit, eritromelanosis faciei et colli (EFC), uleritema ofriyogenez (UO), keratozis pilaris, ilaçlar, dermatomiyozit, sistemik lupus eritematozus sayılabilir. Rozase'nin eritemi başlangıçta güneş, ısı değişiklikleri, sıcak içecekler, alkol ve baharatlı yiyeceklerle belirgin hale gelirken, zamanla yanaklar, glabella ve çenede oluşan telenjektaziler bu bölgelerde kalıcı eriteme neden olabilir. Esansiyel telenjektazi ailesel yatkınlığı olanlarda özellikle yanaklarda telenjektaziler şeklinde görülür. Isı değişiklikleri ve güneşle eritemde belirginleşme oluşur. Seboreik dermatit paranazal ve glabella gibi yüzün orta kesiminde eritem, sarı yağlı skuamalar şeklinde görülür. Bazen skuamalar az miktarda olup kıvrıntılarda fark edilebilir. EFC yanaklarda ve boyun kenarlarında eritem, pigmentasyon ve folliküler keratotik papüllerle karakterizedir. UO kaşlarda ve yanaklarda eriteme neden olur. Kaşların lateralinde dökülme ve yanaklarda atrofik skarlar eşlik eden bulgulardır. Bazı otörler EFC ve UO nun aynı hastalığın varyantları olduğunu düşünmektedir (70). Topikal kortikosteroidler, özellikle uzun süreli kullanıldığında deride incelleme ve

telenjektazi yaparak yüzde kalıcı eriteme neden olur. Bunun dışında nifedipin, nikotinic asit, alkol de yüzde eriteme yol açabilen etkenlerdendir.

Eritmeli dermatozlar dermatolojik hastalıkların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu nedenle bu hastalıkları tanımak, ilişkili olduğu hastalıkları bilmek ve gerekli araştırmaları yaptıktan sonra tedavi edebilmek oldukça önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Willard RJ, Montemarano AD. Erythema annulare centrifugum. eMedicine Dermatology [journal serial online] 2008. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1122701-overview>.
2. Mahood JM. Erythema annulare centrifugum: a review of 24 cases with special reference to its association with underlying disease. Clin Exp Dermatol 1983;8:383-7.
3. Dogan G. Pregnancy as a possible etiologic factor in erythema annulare centrifugum. Am J Clin 2009;10:33-5.
4. Schmid MH, Wollenberg A, Sander CA, Bieber T. Erythema annulare centrifugum and intestinal Candida albicans infection-coincidence or connection? Acta Derm Venereol 1997;77:93-4.
5. Furue M, Akasu R, Ohtake N, Tamaki K. Erythema annulare centrifugum induced by molluscum contagiosum. Br J Dermatol 1993;129:646-7.
6. Bessis D, Chraibi H, Guillot B, Guilhou JJ. Erythema annulare centrifugum induced by generalized Phthirus pubis infection. Br J Dermatol 2003;149:1291.
7. Gupta HL, Sarpa SM. Ampicillin induced erythema annulare centrifugum. J Indian Med Assoc 1975;65:307-8.
8. Al Hammadi A, Asai Y, Patt ML, Sasseville D. Erythema annulare centrifugum secondary to treatment with finasteride. J Drugs Dermatol 2007;6:460-3.
9. Kuroda K, Yabunami H, Hisanaga Y. Etizolam-induced superficial erythema annulare centrifugum. Clin Exp Dermatol 2002;27:S34-6.
10. Garcia-Doval I, Peteiro C, Toribio J. Amitriptyline-induced erythema annulare centrifugum. Cutis 1999;63:35-6.
11. Shelley WB. Erythema annulare centrifugum: a case due to hypersensitivity to blue cheese penicillium. Arch Dermatol 1964;90:54-8.
12. Braunstein BL. Erythema annulare centrifugum and Graves' disease. Arch Dermatol 1982;118:623.
13. Helbling I, Walewska R, Dyer MJ, Bamford M, Harman KE. Erythema annulare centrifugum associated with chronic lymphocytic leukemia. Br J Dermatol 2007;57:S1044-5.
14. Panasiti V, Devirgiliis V, Curzio M, Possi M, et al. Erythema annulare centrifugum as the presenting sign of breast carcinoma. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008;25:255-60.
15. Weyers W, Diaz-Cascajo C, Weyers I. Erythema annulare centrifugum. Results of a clinicopathologic study of 73 patients. Am J Dermatopathol 2003;25:451-62.
16. Gniadecki R. Calcipotriol for erythema annulare centrifugum. Br J Dermatol 2002;146:317-9.
17. Gammel JA. Erythema gyratum repens. Arch Dermatol Syphilol 1953; 66:494-505.

18. Boyd AS, Neldner KH, Menter A. Erythema gyratum repens: a paraneoplastic eruption. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:757-62.
19. Eubanks LE, McBurney E, Reed R. Erythema gyratum repens. *Am J Med Sci* 2001;321:302-5.
20. Lomholt H, Thestrup-Pedersen K. Paraneoplastic skin manifestations of lung cancer. *Acta Derm Venereol* 2000; 80:200-2.
21. Tying SK. Reactive erythemas: erythema annulare centrifugum and erythema gyratum repens. *Clin Dermatol* 1993;11:135-9.
22. Kwatra A, McDonald R, Corrieve JN Jr. Erythema gyratum repens in association with renal cell carcinoma. *J Urol* 1998;159:2077.
23. Stone SP, Buescher LS. Life-threatening paraneoplastic syndromes. *Clin Dermatol* 2005;23:301-6.
24. Barber PV, Doyle L, Vickers DM, Hubbard H. Erythema gyratum repens with pulmonary tuberculosis. *Br J Dermatol* 1978;98:465-8.
25. Juhlin L, Lacour JP, Larrouy JC, et al. Episodic erythema gyratum repens with ichthyosis and palmoplantar hyperkeratosis without signs of internal malignancy. *Clin Exp Dermatol* 1989;14:223-6.
26. Caux F, Lebbe C, Thomine E, et al. Erythema gyratum repens. A case studied with immunofluorescence, immunoelectron microscopy and immunohistochemistry. *Br J Dermatol* 1994;131:102-7.
27. Wakeel RA, Ormerod AD, Sewell HF, White MI. Subcorneal accumulation of Langerhans cells in erythema gyratum repens. *Br J Dermatol* 1992;126:189-92.
28. Caputo R, Benchini PL, Vigo GP, Berti E, Beraldi S. Eruption resembling erythema gyratum repens in linear IgA disease. *Dermatology* 1995;190:235-7.
29. Housechild A, Swensson O, Christophers E. Paraneoplastic bullous pemphigoid resembling erythema gyratum repens. *Br J Dermatol* 1999;140:550-2.
30. Verma P, Samson S, Monk B. A curious eruption: erythema gyratum repens in resolving pustular psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:637-8.
31. Gebauer K, Singh G. Resolving pityriasis rubra pilaris resembling erythema gyratum repens. *Arch Dermatol* 1993;129:917-8.
32. Edlow JA. Lyme disease and related tick-borne illnesses. *Ann Emerg Med* 1999;33:680-93.
33. Espana A. Figurate erythemas. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 1st ed. St Louis: Mosby; 2003. p. 277-86.
34. Hu LT, Perides G, Noring R, et al. Binding of human plasminogen to *Borrelia burgdorferi*. *Infect Immun* 1995; 63: 3491-6.
35. Klempner MS, Noring R, Epstein MP, et al. Binding of human plasminogen and urokinase-type plasminogen activator to the Lyme disease spirochete, *Borrelia burgdorferi*. *J Infect Dis* 1995;171:1258-65.
36. Edlow JA. Erythema migrans. *Med Clin North Am* 2002;86:239-60.
37. Dattwyler RJ, Luft BJ, Kunkel MJ, et al. Ceftriaxone compared with doxycycline for the treatment of acute disseminated Lyme disease. *N Engl J Med* 1997;337:289-94.
38. Shupak JL, Berczeller PH, Stevens DM. The glucagonoma syndrome. *J Dermatol Surg Oncol* 1978;4:242-7.
39. Blackford S, Wright S, Roberts DL. Necrolytic migratory erythema without glucagonoma: the role of dietary essential fatty acids. *Br J Dermatol* 1991;125:460-2.
40. Technau K, Renkl A, Norgauer J, Ziemer M. Necrolytic migratory erythema with myelodysplastic syndrome without glucagonoma. *Eur J Dermatol* 2005;15:110-2.
41. Nakashima H, Komine M, Sasaki K, et al. Necrolytic migratory erythema without glucagonoma in a patient with short bowel syndrome. *J Dermatol* 2006;33:557-62.
42. Kitamura Y, Sato M, Hatamochi A, Yamazaki S. Necrolytic migratory erythema without glucagonoma associated with hepatitis B. *Eur J Dermatol* 2005;15:49-51.
43. Mozell E, Stenzel P, Woltering EA, et al. Functional endocrine tumors of the pancreas. Clinical presentation, diagnosis, and treatment. *Curr Probl Surg* 1990;27:301-86.
44. Tierney EP, Badger J. Etiology and pathogenesis of necrolytic migratory erythema: review of the literature. *MedGenMed* 2004;6:4.
45. Chastain MA. The glucagonoma syndrome: a review of its features and discussion of new perspectives. *Am J Med Sci* 2001;321:306-20.
46. Prinz RA, Dorsch TR, Lawrence AM. Clinical aspects of glucagon-producing islet cell tumors. *Am J Gastroenterol* 1981;76:125-31.
47. Stacpoole PW. The glucagonoma syndrome. Clinical features, diagnosis, and treatment. *Endocr Rev* 1981;2:347-61.
48. Boden G. Glucagonomas and insulinomas. *Gastroenterol Clin North Am* 1989;18:831-45.
49. Wermers RA, Fatourehchi V, Wynne AG, Kvols LK, Lloyd RV. The glucagonoma syndrome. Clinical and pathologic features in 21 patients. *Medicine* 1996;75:53-63.
50. Kheir SM, Omura EF, Grizzle WE, et al. Histologic variation in the skin lesions of the glucagonoma syndrome. *Am J Surg Pathol* 1986;10:445-53.
51. Parker CM, Hanke CW, Madura JA, Liss EC. Glucagonoma syndrome. Case report and literature review. *J Dermatol Surg Oncol* 1984;10:884-9.
52. Alexander EK, Robinson M, Staniec M, Dluhy RG. Peripheral amino acid and fatty acid infusion for the treatment of necrolytic migratory erythema in the glucagonoma syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2002;57:827-31.
53. Wynn D, Hammond PJ, Bloom SR. The glucagonoma syndrome. *Clin Dermatol* 1993;11:93-7.
54. Anonymous. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever. Jones criteria, 1992 update. Special Writing Group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. *JAMA* 1992;268:2069-73.
55. Graham RM, Cox NH. Systemic disease and the skin. In: Buns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of Dermatology*. 7th ed. Oxford: Blackwell Science, 2004. p. 2575.
56. Troyer C, Grossman ME, Silvers DN. Erythema marginatum in rheumatic fever: early diagnosis by skin biopsy. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:724-8.

57. Beare JM, Froggatt P, Jones JH, Neill DW. Familial annular erythema. An apparently new dominant mutation. *Br J Dermatol* 1966;78:59-68.
58. Watson RM, Lane TA, Barnett NK, et al. Neonatal lupus erythematosus. A clinical, serological and immunogenetic study with review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1984;63:362-78.
59. Teramoto N, Katayama I, Arai H, et al. Annular erythema: a possible association with primary Sjögren's syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:596-601.
60. Ruzicka T, Faes J, Bergner T, et al. Annular erythema associated with Sjögren's syndrome: a variant of systemic lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:557-60.
61. Miyagawa S, Kitamura W, Sakamoto K. Skin lesions associated with Sjögren's syndrome and anticytoplasmic antibodies in SLE patients. *J Dermatol* 1983;10:495-500.
62. Ostlere LS, Harris D, Rustin MH. Urticated annular erythema: a new manifestation of Sjögren's syndrome. *Clin Exp Dermatol* 1993;18:50-1.
63. Cale CM, Morton L, Goldblatt D. Cutaneous and other lupus-like symptoms in carriers of X-linked chronic granulomatous disease: incidence and autoimmune serology. *Clin Exp Immunol* 2007;148:79-84.
64. Sillevs Smitt JH, Weening RS, Krieg SR, Bos JD. Discoid lupus erythematosus-like lesions in carriers of X-linked chronic granulomatous disease. *Br J Dermatol* 1990;122:643-50.
65. Barton LL, Johnson CR. Discoid lupus erythematosus and X-linked chronic granulomatous disease. *Pediatr Dermatol* 1986;3:376-9.
66. Garioch JJ, Sampson JR, Seywright M, Thomson J. Dermatoses in five related female carriers of X-linked chronic granulomatous disease. *Br J Dermatol* 1989;121:391-6.
67. Henry F, Quatresooz P, Valverde-Lopez JC, Pierard GE. Blood vessel changes during pregnancy. A review. *Am J Clin Dermatol* 2006;7:65-9.
68. Saario R, Kalliomaki JL. Palmar erythema in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 1985;4:449-51.
69. Noble JP, Boisnic S, Branchet-Gumila MC, Poisson M. Palmar erythema: cutaneous marker of neoplasms. *Dermatology* 2002;204:209-13.
70. Griffiths WAD. The red face. *Clin Exp Dermatol* 1999;24:2-4.

İdiyopatik Erüptif Maküler Pigmentasyon: Dört Olgu Sunumu

Idiopathic Eruptive Macular Pigmentation: Report of Four Cases

Çilem Kaya Koç¹, Mehmet Akif Çiftçioğlu², Ertan Yılmaz¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Özet

İdiyopatik erüptif maküler pigmentasyon, çocukluk ve adölesan dönemde izlenen, yüz, gövde ve proksimal ekstremitelerde yerleşimli asemptomatik pigmente maküllerin varlığı ile karakterize nadir bir tablo olarak tanımlanmaktadır. Lezyonlar birkaç ay veya yıl içerisinde kendiliğinden gerileyebilmektedir. Burada öyküsü, klinik ve histolojik bulguları ile idiyopatik erüptif maküler pigmentasyonun tanı kriterlerine uyan, yaşları 25 ile 50 arasında değişen dört olgu sunulmaktadır.

(*Türk Dermatoloji Dergisi* 2009; 3: 63-66)

Anahtar kelimeler: Erüptif maküler pigmentasyon, edinsel, idiyopatik

Geliş Tarihi: 28. 08. 2008

Kabul Tarihi: 04. 03. 2009

Abstract

Idiopathic eruptive macular pigmentation is an uncommon condition characterized by the presence of asymptomatic pigmented macules that involve the face, trunk and proximal extremities in children and adolescents. The lesions resolve spontaneously within months or a few years. We present here, four idiopathic eruptive macular pigmentation cases which diagnosed with history, clinical and histological findings, with ages varying from 25 to 50 years. (*Turkish Journal of Dermatology* 2009; 3: 63-66)

Key words: Eruptive macular pigmentation, acquired, idiopathic

Received: 28. 08. 2008

Accepted: 04. 03. 2009

Giriş

İdiyopatik erüptif maküler pigmentasyon (İEMP), boyun, gövde ve ekstremitelerin proksimalinde asemptomatik pigmente maküllerle karakterize nadir bir hastalıktır. Koyu kahverengi ve kahverengimsi-siyah renkteki gruplaşmış maküller yavaş yavaş birkaç ay veya yıl içerisinde rezidüel pigmentasyon veya skar bırakmaksızın iyileşirler (1-3). İlk kez 1978' te Degos ve ark. (4) tarafından, eritema diskromikum perstanstan farklı pigmente hastalığı olan yedi olgu ile tanımlanmıştır. Etiyolojisi ve patogenezi hala bilinmemekte olan hastalığın tanısı; pigmente lezyonların görünümü, ilaç alımı öyküsünün

olmaması, bazal tabakada hiperpigmentasyon, bazal tabaka hasarı veya likenoid infiltrasyon olmaksızın dermal melanofajların belirgin olması ve normal mast hücre sayısı kriterlerine göre konulmaktadır. Çocuk ve gençlerde bildirilmesine karşın; olgularımızın üçünün orta yaşlarda olması dikkat çekici bulunmuştur.

Olgular

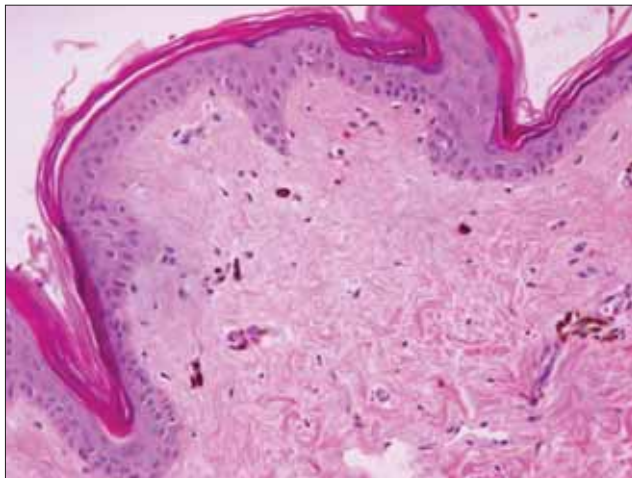
Olgu 1: Yirmi beş yaşında kadın hasta, iki yıldır önce karın bölgesinden başlayıp, giderek tüm vücuduna yayılan, kahverengi leke yakınımlı ile polikliniğimize başvurdu (Şekil 1-2). Kaşıntı, yanma veya öncesine ait



Şekil 1. Olgu 1'in lomber bölgesinde yaygın lezyonlar



Şekil 2. Olgu 1'in karın bölgesinde yaygın lezyonlar



Şekil 3. Olgu 2'nin histopatolojik görünümü (H.E. X40)

enfeksiyon öyküsü yoktu. Özgeçmişinde de özellik olmayan hasta aile öyküsü ve lekeler olmadan önce ilaç kullanımı tanımlamıyordu. Muayenede gövde, sırt, bilateral alt ve üst ekstremitelerde diffüz 0,3-1 cm çaplarında değişen kahverengi maküler lezyonlar saptandı. Palmoplantar bölge ve oral mukozaya tutulumu yoktu. Maküllerde Darier bulgusu negatif idi ve sistemik muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Yapılan tam kan ve rutin biyokimyasal tetkik-



Şekil 4. Olgu 3'ün karın yan duvarındaki kahverengi lekeleri



Şekil 5. Olgu 3'ün karın yan duvarındaki lezyonları

lerde patoloji saptanmadı. Alınan biyopsi materyalinden hazırlanan preparatlarda sadece bazal tabakada melanin pigment artışı ve dermiste bol melanofajlar saptandı.

Olgu 2: İki yıldır karın bölgesinden başlayıp giderek yayılan leke yakınımı olan 41 yaşında kadın hastanın özgeçmişinde ilaç kullanımı ve herhangi bir dermatolojik hastalık öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenesinde abdomen, bilateral aksilla, inguinal bölge ve uylukta değişik büyüklüklerde düzensiz ama keskin sınırlı kahverengi maküler lezyonlar gözlemlendi. Hastanın sistemik muayenesinde patolojik bir

bulgu saptanmadı. Tam kan ve rutin biyokimyasal tetkikler normal sınırlarda idi. Lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde; ortakeratotik stratum korneum, bazal tabakada melanin pigment artışı ve dermiste çok sayıda melanofaj izlendi. Bazal tabakada dejenerasyon ve üst dermiste herhangi bir inflamatuvar hücre infiltrasyonu saptanmadı (Şekil 3).

Olgu 3: Otuz sekiz yaşında kadın hasta dört yıl önce karın bölgesinden başlayan daha sonra gövde, kol ve bacaklara yayılan, kaşıntısız kahverengi leke yakınımı ile başvurdu (Şekil 4-5). Öncesinde herhangi bir ilaç alım öyküsü ve lekelerin olduğu bölgelerde herhangi bir inflamatuvar bir süreç tanımlamıyordu. Dermatolojik muayenesinde gövde ön yüzde ve ekstremitelerde çok sayıda lentiküler kahverengi maküller izlendi. Hastada Darier bulgusu negatif idi. Sistemik muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmayan hastanın rutin kan ve biyokimyasal testleri normal idi. Histopatolojik incelemede; *basketwave* ortokeratotik stratum korneum, epidermiste minimal akantoz, bazal tabakada melanin pigment artışı ve dermiste melanofajlar dışında patoloji saptanmadı.



Şekil 6. Olgu 4'ün gövdede yaygın kahverengi lekeleri



Şekil 7. Olgu 4'ün sırtındaki yaygın lezyonlar

Olgu 4: Elli yaşında kadın hasta iki yıldır tüm vücutta kahverengi leke yakınımı ile polikliniğimize başvurdu. Bu yakınımı için sadece antihistamin kullanmıştı. Lekeler gelişmeden önce herhangi bir deri değişikliği veya bir ilaç alımı tanımlamıyordu. Muayenesinde abdomen, sırt, gluteal bölge ve bilateral alt ekstremitelerde yaygın 0,5-3 cm çaplarında değişen kahverengi maküller saptandı (Şekil 6-7). Hastanın sistemik muayenesi ile rutin tam kan ve biyokimyasal test sonuçları normal sınırlarda idi. Yapılan histopatolojik incelemede; hiperkeratotik stratum korneum, irregüler akantoz, bazal tabakada melanin pigment artışı, üst dermiste damarlar çevresinde hafif mononükleer infiltrasyon saptandı.

Tartışma

İEMP, çocukluk ve adolesan dönemde görülen kendi kendini sınırlayabilen iyi seyirli bir melanozistir (3). Sunduğumuz dört olgudan üçünün 30 yaş üzerinde olması hastalığın bu yaş aralığında da gelişebileceğini göstermektedir. Bu zamana kadar literatürde 29 olgu bildirilmiş, Türkiye'den sunulmuş olguların olmaması dikkat çekici bulunmuştur.

Galdeano ve arkadaşları (5) tarafından idiyopatik erüptif maküler pigmentasyon tanısı için gerekli beş tanı kriteri tanımlanmıştır; 1) çocuk ve adolesanda boyun, gövde ve ekstremitelerin proksimalinde kahverengimsi-siyah, dağınık, konfluent, asemptomatik maküller, 2) öncesinde inflamatuvar lezyonların bulunmaması, 3) ilaç anamnezinin olmaması, 4) histolojisinde; epidermiste bazal tabakada hiperpigmentasyon ve bazal tabaka hasarı veya likenoid inflamatuvar infiltrasyonun eşlik etmediği belirgin dermal melanofajların bulunması 5) mast hücre sayısının normal olması. Hastalarımızın patoloji preparatlarının mast hücre triptaz boyası ile boyanması sonucu mast hücre sayısı normal olarak bulunmuştur.

İEMP'nin ayırıcı tanısında Ashy dermatozu (Eritema diskromikum perstans), fiks ilaç erüpsiyonu, *cafe-au-lait* makülleri, mastositoz ve postinflamatuvar hiperpigmentasyon yer almaktadır.

Ashy dermatozunda, öncesinde inflamatuvar bir eritem vardır ve lezyonlar nispeten stabil kalmaktadır. Eritematöz kenarlı kül rengi ve olasılıkla konfluent maküllerin varlığı ile İEMP' den ayırt edilebilir. İEMP' de ise kahverengimsi ve nonkonfluent maküller izlenir (6). Hastalarımızın hiçbirinde lezyonların öncesinde eritem ve kül rengi maküller izlenmemiştir.

Cafe-au-lait makülleri normal popülasyonda veya çeşitli sendromlara eşlik edebilir. Kendiliğinden gerilemenin olmaması ve sendromlara eşlik eden diğer bulguların varlığı ile İEMP' den kolaylıkla ayrılabilir. Bizim olgularımızda eşlik eden sistemik ek bulgular saptanmamıştır.

Darier bulgusu pozitifliği ve mast hücre sayısında artma ile karakteristik histopatolojik patern mastositozun kolay tanınabilir bulgularıdır. Olgularımızda Darier bulgusu negatif ve histopatolojik olarak mast hücre sayısı normaldi.

Postinflamatuar hiperpigmentasyon, epidermal-dermal bağlantıda oluşan çeşitli dermatozlar, fiks ilaç erüpsiyonu, fotosensitivite veya diğer alerjik durumlar gibi bir inflamatuvar süreç sonrasında gelişir. Ayırıcı tanıda en sık karışan durumdur. Bizim olgularımızda kahverengi maküller öncesi inflamatuvar bir süreç, ilaç kullanımı veya güneş teması bulunmamaktaydı.

Histopatolojik bulgulara rağmen kesin tanı konulamaz. Histopatolojik farklılıklara ek olarak, klinik olarak geçirilmiş dermatoz öyküsü olmaması IEMP tanısını desteklemektedir. Ayrıca tedavi verilmeden lezyonların birkaç ay veya yıl içerisinde spontan düzelmesi de ek bir tanı kriteridir (7).

IEMP' de çoğunlukla çocuk ve adölesanlar etkilensede olgularımızda olduğu gibi orta yaş grubunda da görülebilir. Hastalarımız, klinik ve histopatolojik açıdan IEMP tanısı almışlardır. Bildirilen olguların nadirliği, bu antitenin iyi bilinmemesine bağlı olabilir. Bu nedenle pigmente hastalıkların ayırıcı tanısında IEMP düşünülmesi ve orta yaş grubunda da görülebileceği dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Mehta S, Aasi S, Cole R, Chu P, Weinberg JM. Idiopathic eruptive macular pigmentation: A case of 21 years duration. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:280-2.
2. De Arruda Camara VM, Lupi O, Pineiro-Maceira J. Idiopathic eruptive macular pigmentation. *Int J Dermatol* 2008;47:272-5.
3. Joshi R. Idiopathic eruptive macular pigmentation with papillomatosis: Report of nine cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2007;73:402-5.
4. Degos R, Civatte J, Belaich S. Idiopathic eruptive macular pigmentation. *Ann Dermatol Venereol* 1978;105:177-82.
5. Sanz de Galdeano C, Leaute-Labreze C, Bioulac-Sage P, Nikolic M, Taieb A. Idiopathic eruptive macular pigmentation: report of five patients. *Pediatr Dermatol* 1996;13:274-7.
6. Volz A, Metze D, Böhm M, Bruckner-Tuderman L, Nahsan D. Idiopathic eruptive macular pigmentation in a 7-year-old girl: case report and discussion of differences from erythema dyschromicum perstans. *Br J Dermatol* 2007;157:839-40.
7. Trcko K, Makro PB, Miljkovic J. Idiopathic eruptive macular pigmentation. *Acta Dermatoven APA* 2005;14:30-4.

Daha Önce Kısmi Kalınlıkta Deri Grefti Uygulan Alanda Yerleşimli Sıra Dışı Dev Keratoakantom

Unusual Huge Keratoacanthoma in Sites of in the Previous Split-Thickness Skin Grafted Area

Fatih Uygur¹, Rahmi Evinç¹, Zafer Küçükodacı², Haluk Duman¹

¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik Cerrahi Servisi ve Yanık Merkezi, İstanbul, Türkiye

²Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Patoloji Servisi, İstanbul, Türkiye

Özet

Keratoakantom (KA) oldukça sık karşılaşılan keratinize yassı hücreli tümördür. KA'nın kesin etyolojisi bilinmemektedir. Buna karşın ultraviyole ışınları, travma, kimyasal karsinojenler, viral enfeksiyonlar, immünoşüpresyon, genetik faktörler, radyasyon ve termal yanıklar patogeneizde suçlanmaktadır. Burada, ayak dorsumunda daha önce kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım uygulanan alandan köken alan sıra dışı dev bir KA olgusunu sunmaktayız. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2009; 3: 67-69*)

Anahtar kelimeler: Keratoakantom, travma, greft alanı

Geliş Tarihi: 29. 12. 2008

Kabul Tarihi: 04. 03. 2009

Abstract

Keratoacanthoma (KA) is a fairly common keratinizing, squamous neoplasm. The exact etiology of KA is unknown. However, ultraviolet radiation, trauma, chemical carcinogens, viral infections, immunosuppression, genetic factors, radiation and thermal burns have been accused of pathogenesis. In here, we represent an unusual huge KA arising from the previous reconstructed with split-thickness skin graft on the dorsal foot. (*Turkish Journal of Dermatology 2009; 3: 67-69*)

Key words: Keratoacanthoma, trauma, graft area

Received: 29. 12. 2008

Accepted: 04. 03. 2009

Giriş

Keratoakantom (KA), Hutchinson tarafından tanımlanan nadiren invaziv yassı hücreli karsinomaya dönüşen epidermal bir tümördür (1). Orta yaş grubunda ve erkeklerde daha sık gözlenir (1, 2). Etiyolojide ultraviyole ışınları, travma, kimyasal karsinojenler, viral enfeksiyonlar, immünoşüpresyon, genetik faktörler, radyasyon ve termal yanıklar sorumlu tutulmaktadır (3-10).

KA tipik olarak hızlı büyüyen, pembe renkte ağrısız papül şeklinde başlar. Tümörün en belirgin özelliği 2-6 haftalık sürede hızlı şekilde büyümesi, 2-4 cm lik boyuta ulaştığında büyümenin durması ve 2-8 hafta içinde geride atrofik skar dokusu bırakarak iyileşmesi-

dir (1, 2, 11). KA histolojik olarak yassı hücreli karsinomayla benzerlik gösterir. Buna karşın, keratin dolu krater ve atipik yassı hücre proliferasyonu gibi özellikler lezyonun yassı hücreli karsinomadan ayrımını sağlar (12, 13).

Burada daha önce kısmi kalınlıkta deri grefti (KKDG) uygulanan alanda 15 yıl sonra ortaya çıkan dev boyutta bir KA olgusu sunulmaktadır.

Olgu

Yetmiş beş yaşında erkek hasta sağ ayak üzerinde hızla büyüyen nodüler lezyon nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta, öyküsünde 15 yıl önce bir trafik kazası nedeniyle sağ ayağında yumuşak doku kaybı



Şekil 1 (a, b). Ayak dorsal yüzde yerleşimli keratoakantom

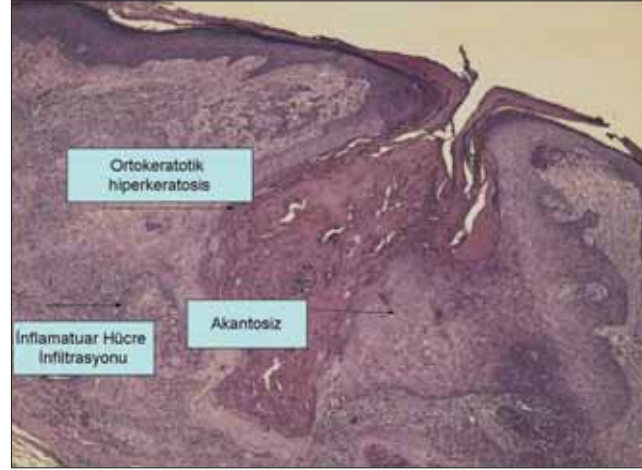
oluşturduğunu ve uyluktan alınan KKDG ile bu alanın onarıldığını belirtiyordu. Yeni lezyon 3 hafta önce ortaya çıkmış, bu süreçte hızlı büyüme göstererek boyutu sürekli artmış ve üzerinde ülserasyon oluşmuştu. Hastanın cilt kanseri yönünden aile hikayesi yoktu ve radyasyon veya kimyasal karsinojenlere maruziyeti saptanmadı. Fizik muayenede sağ ayak dorsal yüzde, KKDG uygulanan alanın distal kenarında, üzerinde 6 cm çapında iyi sınırlı, merkezinde ülserasyon bulunan, papüler lezyon izlendi (Şekil 1). Popliteal ve ingiunal alanda lenfadenopati saptanmadı. Lezyonun periferinden ve santralinden insizyonel biopsi uygulandı. Patolojik incelemede KA ile uyumlu epidermis ve eklerinin proliferasyonu ve psödoepitelyomatöz hiperplazi saptandı (Şekil 2).

Lezyon genel anestezi altında bir cm'lik cerrahi sınır ile çıkartıldı, defekt alanı uyluk alanından hazırlanan KKDG ile onarıldı. Bir yıllık takipte herhangi bir problem ve nöksle karşılaşılmadı.

Tartışma

KA oluşumunda farklı etkenler rol oynamaktadır. Günümüzde ultraviyole ışınları en önemli etyolojik ajan olarak kabul edilmektedir (1, 3). Lezyonlar daha çok açık tenli kişilerde güneş ve ultraviyole ışınına sıklıkla maruz kalan yüz ve üst ekstremitte alanlarında ortaya çıkmaktadır (1). Travma ikinci önemli etyolojik faktördür. KA'nın travmadan bir hafta ile bir yıl sonrasında ortaya çıktığı bildirilmiştir (4, 5). Kimyasal karsinojenler, KA oluşumunda rol oynayan diğer bir etkidir. Zift, katran türevleri, kayganlaştırıcı yağlar gibi kimyasal karsinojenlere maruz kalan kişilerde KA insidansında artış saptanmıştır (6). Bunun yanısıra genetik faktörler, immünsupresyon, termal yanıklar, virüsler, aşılar etiyolojide bildirilen diğer önemli faktörlerdir (2, 7-9).

KA gözlenen bölgeler arasında deri grefti uygulama alanı, literatürde nadir olarak bildirilmiştir. Şimdiye kadar Dibden (10), el dorsumuna deri grefti uygulanan alanda 2 ay sonra KA gelişen bir olguyu, Pillsbury (11) ve Schwartz (12) deri grefti uygulanan alanda KA olan birer olguyu bildirmiştir. KA; sıklıkla soliter yapıda olmakta nadiren dev boyutlu KA tipine rastlanmaktadır. Karşılaştığımız olgu lezyonun köken aldığı alan ve büyüklüğü nedeniyle sıra dışıdır. KA



Şekil 2. Lezyonun histolojik görünümü. Lezyonda hiperkeratoz, akantoz ve dermisin üst tabakasında lenfositlerin baskın olduğu inflamasyon izlenmekte (HEX40)

sürekli olarak progresyon göstererek büyümeye devam etmiş ve literatürde nadir rastlanan boyutlara ulaşmıştır. Olgumuzda ayak dorsumunda KKDG uygulanan alanın ayakkabı ile sürtünmeye bağlı kronik iritasyonu, KA dönüşümü tetikleyen olası mekanizmadır.

KKDG uygulaması yumuşak doku kayıplarının onarımında plastik cerrahlar tarafından sıklıkla tercih edilen onarım yöntemidir. KKDG ile onarım uygulanan alanlarda, geç dönemde KA gelişim potansiyeli göz önünde tutulmalıdır. Özellikle travmaya yoğun olarak maruz kalan alanlarda, KKDG yerine defekt alanın cilt-fasya flepleri kullanılarak yapılan onarımının KA oluşum riskini azaltacağını düşünürüz.

Kaynaklar

1. Schwartz RA. Keratoacanthoma. J Am Acad Dermatol 1994;30:1-19.
2. Weedon, D. Keratoacanthoma: a personal perspective. Curr Diagnost Pathol. 2003;9:259-65.
3. Chuang TY, Heinrich LA, Schultz MD, Reizner GT, Kumm RC, Cripps DJ. PUVA and skin cancer: a historical cohort study on 492 patients. J Am Acad Dermatol 1992;26:173-7.
4. Janik JP, Bang RH. Traumatic keratoacanthoma arising in a 15-year-old boy following a motor vehicle accident. Pediatr Dermatol. 2006;23:448-50.
5. Pattee SF, Silvis NG. Keratoacanthoma developing in sites of previous trauma: a report of two cases and review of the literature. J Am Acad Dermatol. 2003;48:35-8
6. Letzel S, Drexler H. Occupationally related tumors in tar refinery workers. J Am Acad Dermatol 1998; 39: 712-20.
7. Niebuhr M, Gutzmer R, Hirschfeld D, Kupsch E, Völker B, Kapp A, Werfel T. Giant keratoacanthoma in an immunocompetent patient with detection of HPV 11. Hautarzt. 2009; 60: 229-32.

8. Kim DK, Kim JY, Kim HT, Han KH, Shon DG. A specific chromosome aberration in a keratoacanthoma. *Cancer Genet Cytogenet* 2003;142:70-2.
9. Tamir G, Morgenstern S, Ben-Amitay D, Okon E, Hauben DJ. Synchronous appearance of keratoacanthomas in burn scar and skin graft donor site shortly after injury. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:870-1.
10. Dibden FA, Fowler M. The multiple growth of molluscum sebaceum in donor and recipient sites of skin graft. *Aust N Z J Surg* 1958;25:157-9.
11. Pillsbury DM, Beerman H. Multiple keratoacanthoma. *Am J Med Sci* 1958;236:614-23.
12. Schwartz RA. Multiple persistent keratoacanthomas. *Oncology (Basel)* 1979;36:281-5.

Grup B Streptokoklara Bağlı Perianal Selülit Sonrası Tetiklenen Bir Guttat Psoriasis Olgusu

Guttate Psoriasis Triggered by Perianal Cellulitis Due to Group B Streptococci

Sibel Ergin, Gonca Elçin, Sedef Şahin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Perianal streptokokkal dermatit olarak da bilinen perianal selülit özellikle A grubu beta hemolitik streptokoklara bağlı olarak gelişen bir enfeksiyondur. Ancak birçok aerobik ve anaerobik mikroorganizmaların da perianal selülitte neden olabileceği bilinmektedir. Guttat psoriasis indüksiyonu ve/veya alevlenmesi farinks veya perianal bölgenin streptokokkal enfeksiyonunu takip edebilmektedir. Burada grup B streptokoklara bağlı perianal selülit ile eş zamanlı guttat psoriasis alevlenmesi olan bir olgu tanımlanmıştır. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2009; 3: 70-72*)

Anahtar kelimeler: Psoriasis, perianal selülit, streptokok

Geliş Tarihi: 12. 02. 2009

Kabul Tarihi: 25. 04. 2009

Abstract

Perianal cellulitis also known as perianal streptococcal dermatitis is an infection which is particularly caused by group A beta-hemolytic streptococci. However, a variety of other aerobic and anaerobic microorganisms had been reported to be capable of causing perianal cellulitis. Induction and/or exacerbation of guttate psoriasis may follow streptococcal infection of the pharynx or perianal region. Although the association between prior infection with group A streptococci and guttate psoriasis is well known, previous studies suggest that the ability of streptococci to trigger guttate psoriasis is not group or serotype specific. Here we report a patient with perianal cellulitis due to group B streptococci, who had a concurrent flare of guttate psoriasis.

(*Turkish Journal of Dermatology 2009; 3: 70-72*)

Key words: Psoriasis, perianal cellulitis, streptococci

Received: 12. 02. 2009

Accepted: 25. 04. 2009

Perianal streptokokkal dermatit (perianal selülit) özellikle A grubu beta hemolitik streptokoklar başta olmak üzere birçok mikroorganizmaya bağlı olarak oluşabilen bir enfeksiyondur. Bu olgu sunumunda grup B streptokoklara bağlı perianal selülit ile eş zamanlı guttat psoriasis alevlenmesi olan bir olgu tanımlanmış ve nadir de olsa psoriasis alevlendirebileceği bilinen perianal streptokokkal enfeksiyonların hastalığı tetikleyebilme mekanizmaları üzerinde durulmuştur.

Olgu Sunumu

Yirmi iki yaşındaki kadın hasta perianal bölgede bir haftadır olan hassasiyet, ağrı ve defekasyon sırasında

kanama şikayetleri ile Hacettepe Üniversitesi Erişkin Acil Servisi'ne başvurdu. Eş zamanlı oluşan gövde ve ekstremitelerdeki yaygın eritemli papül ve plakları için dermatoloji bölümüne konsülte edildi. Detaylı anamnez sırasında hastanın son sekiz aydır saçlı derisinde psoriasis nedeni ile takip edildiği ve topikal kortikosteroid tedavisi almakta olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayene gövde, sırt, kol ve bacaklarda yaygın eritemli, skuamli 0.5 ile 3 cm arasında değişen büyüklüklerde papül ve plaklar; perianal bölgede keskin sınırlı, parlak eritemli yamalar saptandı (Şekil 1). Perianal bölge ve farinksten bakteriyel kültür için örnekler alındı. Farinksten alınan örnekte üreme olmazken perianal bölgeden alınan kültürde *Streptococcus agalactiae* (grup B streptokok) üre-



Şekil 1. Perianal bölgede eritem, bilateral gluteada eritemli skuamli psoriatik papül ve plaklar

mesi oldu. Bu verilerle hastaya Grup B streptokokkal perianal selülit ile tetiklenen guttat psoriasis tanısı konuldu ve penisilin tedavisi başlandı. Penisilin tedavisi başlangıcını takip eden 10 gün içerisinde perianal bölgedeki belirtiler kayboldu. Tedavi sonrası alınan perianal kültürde üreme olmadı. Penisilin tedavisi ile gerilemeyen guttat psoriatik lezyonlar çok sayıda ve yaygın olduğu için hastaya darbant UVB fototerapisi başlandı. Hastanın psoriatik lezyonlarında üç haftalık tedavi sonrası tam iyileşme elde edildi (Şekil 2).

Tartışma

Perianal selülit perianal bölgenin lokalize, hassas, keskin sınırlı, eritematöz inflamasyondur. Özellikle 8 yaş altındaki çocukları etkileyen perianal selülitin en sık etkeni grup A beta hemolitik streptokoklardır. Son dönemde yapılmış bir mikrobiyolojik araştırmaya göre grup A beta hemolitik streptokoklar dışında *E.coli*, *B. fragilis*, *S. aureus*, alfa hemolitik streptokoklar ve peptostreptokok türleri gibi aerob ve anaerob mikroorganizmalar da perianal sürüntü ve iğne aspirasyon kültürlerinde üretilmiştir (2). Bu mikroorganizmalar aynı zamanda kolonun normal bakteriyel florasında bulunmaktadır. Farinks ve perineal alanın streptokokkal enfeksiyonları ile guttat psoriasis indüksiyonu literatürde tanımlanmış ve klinik pratik uygulamalar içerisinde de yer alarak sık sorgulanır hale gelmiş bir durumdur (3, 4). A grubu beta hemolitik streptokoklara bağlı geçirilen enfeksiyonlar ile guttat psoriasis arasındaki ilişki bilinmesine karşın daha önce yapılan çalışmalar streptokokların psoriasis tetikleyebilme özelliğinin grup veya serotipe özgül olmadığını göstermektedir (5, 6). Olgumuzda perianal selülit ve guttat psoriasis tetikleyici faktörü olarak saptanan grup B streptokoklar alt gastrointestinal ve genitouriner sistemde kolonize olabilen, cinsel yolla bulaşabilen mikroorganizmalardır. Grup B streptokoklar özellikle vajinal doğum ile dünyaya gelen yenidoğanın patojeni olarak bilinmektedirler. Mikrobiyolojik incelemelere göre hamile kadınlarda alt geni-



Şekil 2. Penisilin tedavisi sonrası perianal selülitte tam iyileşme, fototerapiye bağlı psoriatik lezyonlarda gerileme

türiner sistem %20-30 oranında selülit, menenjit ve sepsis gibi neonatal enfeksiyonlara neden olan grup B streptokoklar ile kolonize olabilmektedir (7).

Streptokokkal enfeksiyonlar T lenfositleri çeşitli mekanizmalar ile aktive edebilirler. Tartışılan mekanizmalardan biri direkt olarak intraselüler işleme gerek olmadan major histokompatibilite kompleksi peptid bağlayıcı oluğa bağlanarak süperantijen gibi davranan streptokokkal proteinlerdir (8). Süperantijenin bu oluğa başarılı şekilde bağlanması T hücre reseptör kompleksinde bulunan Vbeta bölgesine bağlıdır (9). Yapılan bir çalışmada guttat psoriasisli hastaların farinksinden izole edilen streptokokların streptokokkal pirojenik ekzotoksin C adı verilen bir ekzotoksin ürettiği ve bu süperantijenin T hücre reseptör komplekslerinde Vbeta2 molekülü taşıyan T hücreleri şiddetle uyardığı gösterilmiştir. Aynı aktive T lenfositlerin hastaların yeni gelişen psoriatik lezyonlarında da bulunduğu gösterilmiştir (5). Bir diğer mekanizmanın streptokokkal M proteinleri ile tip I keratinler arasındaki homoloji nedeni ile gelişen çapraz reaksiyon olabileceği bildirilmiştir (10). Valdimarsson ve arkadaşları (11), psoriasisli hastaların T lenfositlerinin M proteinleri ile uyurlabildiğini ve daha küçük M protein peptitlerinin tip I keratinler ile aynı aminoasit sekanslarını içerdiğini göstermiştir. Literatürdeki son bilgiler streptokokların süperantijen veya M proteini aracılı olmak üzere psoriasis indüklemeye yeteneğinin grup veya serotip özgün olmadığını ortaya koymuştur. İlerleyen çalışmalarla konağın genetik ve immünolojik alt yapısının aydınlatılması streptokokların psoriasis tetikleme mekanizmalarının tam olarak anlaşılmasını sağlayacaktır.

Sonuç olarak, olgumuzda da gösterildiği gibi guttat psoriasisin akut alevlenmesi ile karşılaşıldığında boğaz kültürünün yanı sıra perianal bölgede hassasiyet, defekasyonda güçlük, ağrı veya kanama şikayeti olan hastalarda perianal bölgeden de sürüntü kültürü almak gerekmektedir. Guttat psoriasis için değişik tetikleyici faktörler tanımlanmakta olsa da eşlik eden streptokokkal bir perianal selülit

tablosunun psoriasis aktivasyonu ile ilişkili olduğunu düşünmek ve hastanın psoriasisinin doğru ve tam tedavi edilebilmesi için mutlaka perianal selülit de tedavi etmek önemlidir. Psoriasis aktivasyonu ile birlikte perianal selülit olan hastalarda mikrobiyolojik incelemelerle gösterilen mikroorganizmalar tanımlandıkça, altta yatan mekanizmalar ile ilgili daha geniş bilgi elde edilecektir. Grup B streptokokların da perianal selülit etkeni olarak psoriasis aktivasyonuna neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Herbst R, Hoch O, Kapp A, Weiss J. Recognition and management of perineal streptococcal dermatitis/disease. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:555-60.
2. Brook I. Microbiology of perianal cellulitis in children: comparison of skin swabs and needle aspiration. *Int J Dermatol* 1998;37:922-4.
3. Telfer NR, Chalmers RJ, Whale K, Colman G. The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. *Arch Dermatol* 1992;128:39-42.
4. Honig PJ. Guttate psoriasis associated with perianal streptococcal disease. *J Pediatr* 1988;113:1037-9.
5. Leung DY, Travers JB, Giorno R, Norris DA, Skinner R, et al. Evidence for a streptococcal superantigen driven process in acute guttate psoriasis. *J Clin Invest* 1995;96:2106-12.
6. Manjula BN, Trus BL, Fischetti VA Presence of the distinct regions in the coiled-coil structure of the streptococcal PepM5 protein: Relationship to mammalian coiled-coil proteins and implications to its biological properties. *Proc Natl Acad Sci* 1985;82:1064-1068.
7. Peterson K. Perinatal infection with Group B streptococci *Semin Fetal Neonatal Med* 2007;12 (3):193-7.
8. Ergin Ş, Başak P. Deri hastalıklarında süperantijenlerin rolü *T Klin Dermatol* 2000;10:51-7.
9. Moller G. Superantigens *Immunol Rev* 1993;131:1-200.
10. McFadden J, Valdimarsson H, Fry L. Cross reactivity between streptococcal M surface antigen and human skin *Br J Dermatol* 1995;125:443-7.
11. Valdimarsson H, Sigmundsdóttir H, Jónsdóttir I. Is psoriasis induced by streptococcal superantigens and maintained by M-protein specific T cells that cross react with keratin. *Clin Exp Immunol* 1997;107:21-4.

Tekrarlayan Polikondrit: Bir Olgu Sunumu

Relapsing Polychondritis: A Case Report

Meltem Türkmen¹, Bengü Gerçeker Türk¹, Nezh Karaca¹,
Gülşen Kandiloğlu², Tuğrul Dereli¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Altmış yaşında erkek hasta, yedi aydır her iki kulak kepçesinde tekrar eden, ağrılı sertlik ve kızarıklık; dört aydır devam eden öksürük, sternal ve kostal alanlarda ağrı şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde her iki aurikula ile dış kulak yolunda eritem, ödem ve hassasiyet saptandı. Aurikuladan kıkırdak dokuyu da içerecek şekilde yapılan biyopsinin histopatolojik incelemesinde, perikondrial lenfosit ve nötrofil infiltrasyonu ile yer yer fibrozis alanları izlendi. Klinik, histopatolojik ve radyolojik bulgular doğrultusunda "tekrarlayan polikondrit" tanısı konuldu. Tekrarlayan polikondrit, patogeneğinde tip II kollajene karşı gelişen antikorların rol oynadığı, artiküler veya non artiküler kıkırdak dokusunun tekrarlayıcı inflamasyonu ile karakterize nadir görülen otoimmün bir hastalıktır. Burada, "tekrarlayan polikondrit" olgusu nadir görülen bu hastalığa dikkati çekmek ve tipik klinik özelliklerini vurgulamak amacıyla sunulmaktadır. (*Türk Dermatoloji Dergisi* 2009; 3: 73-76)

Anahtar kelimeler: Aurikula, kondrit, tekrarlayan polikondrit

Geliş Tarihi: 28. 09. 2008

Kabul Tarihi: 13. 04. 2009

Abstract

A 60-year-old man presented with a seven-month history of recurrent swelling, pain and warmth of bilateral ears and a four month history of coughing, tenderness over trachea. Dermatological examination revealed redness, swelling and tenderness of the cartilaginous portion of the ears. A biopsy showed perichondrial lymphocytes and neutrophilic infiltration and fibrosis. According to clinical, histological and radiologic findings, he was diagnosed as "relapsing polychondritis". Relapsing polychondritis is a rare autoimmune disorder characterized by recurrent inflammation of articular and non-articular cartilaginous tissue. Antibodies to type II collagen in cartilage are found. Here, a case of relapsing polychondritis (*Turkish Journal of Dermatology* 2009; 3: 73-76)

Key words: Auricula, chondritis, relapsing polychondritis

Received: 28. 09. 2008

Accepted: 13. 04. 2009

Giriş

Tekrarlayan polikondrit (TP), artiküler ve non-artiküler kıkırdak dokuda epizodik inflamatuvar ataklarla seyreden ve nadir görülen otoimmün bir hastalıktır. Hastaların yarısının serumunda tip-2 kollajene karşı gelişen IgG tipi antikorlar gösterilmiştir (1). Olguların %30'undan fazlasına lökositoklastik vaskülit, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, hemolitik anemi, Hashimoto tiroiditi, timoma, vitiligo, psoriasis gibi otoimmün hastalıklar eşlik

edebilmektedir (2). TP, ilk defa 1923 yılında Jacksch-Wartenhorst tarafından 'polikondropati' adı ile bir olguda bildirilmiştir (3). Pearson ve ark. (4), 1960 yılında TP'nin klinik özelliklerini gösteren 12 olguluk bir seri yayınlamışlar ve TP terimini ilk defa kullanmışlardır.

TP, her yaşta görülebilmekle birlikte sıklıkla beşinci dekatta ve her iki cinsten eşit olarak görülmektedir (5). Beyaz ırkta daha sık görülmektedir (6). TP'nin etyolojisinde genetik ya da coğrafik faktörlerin rol oynadığına dair yeterli delil yoktur (5). Kıkırdak doku primer hedef olmak-

la birlikte, böbrek, kan damarı gibi kıkırdak olmayan dokular-
da da immün hasar gözlenebilmektedir (5).

Burada, klinik ve patolojik bulguları ile TP tanısı alan bir
olgu, nadir görülen bu dermatoza dikkat çekmek amacıyla
sunulmuştur.

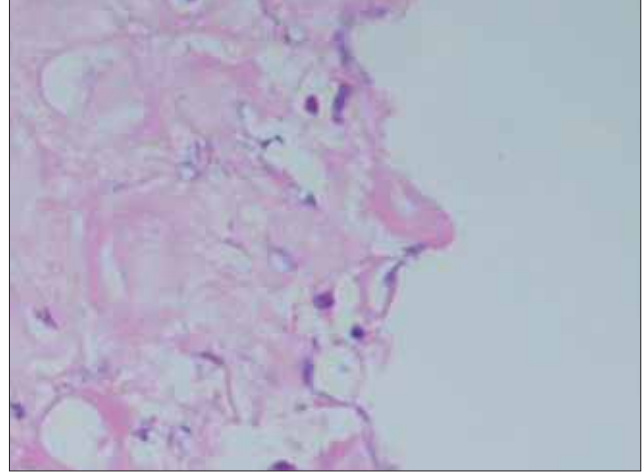
Olgu

Altmış yaşında erkek hasta yaklaşık yedi ay önce ilk defa
sol kulağında, bir hafta sonra da sağ kulağında beliren kızarıklık,
şişlik, palpasyonla artan ağrı ve zonklama şikâyeti ile polikliniğimize
başvurdu. Bu nedenle daha önce başvurduğu sağlık merkezlerince
steroid içeren topikal ilaçlar verilmiş, ancak bu tedavilerden fayda
görmemişti. Yaklaşık dört aydır öksürük, öksürükle sternum ve
kostalarda hassasiyet ve palpasyonla ağrı tarifliyordu. Bu şikayetleri
nedeniyle bir sağlık merkezinde yapılan akciğer grafisi, sinüs bilgisayarlı
tomografisi normal olarak değerlendirilmişti. Özgeçmişinde hipertansiyon
nedeniyle beş yıldır karvedilol (Dilatrend®) 12,5 mg/gün tablet
kullanımı, spinal kanal darlığı (S4-5) nedeniyle ve iki yıl önce de
burun deviasyonu nedeniyle geçirilmiş operasyon öyküsü mevcuttu.
Soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Dermatolojik bakısında
her iki aurikula ve dış kulak yolunda yaygın eritem ve ödem saptandı
(Şekil 1). Kulak memelerinde lezyon saptanmadı. Aurikuladan
kıkırdak dokuyu da içerecek şekilde yapılan biyopsinin histopatolojik
incelemesinde, perikondrial lenfosit ve nötrofil infiltrasyonuna bağlı
kıkırdağın normal bazofilisinin kaybolup soluklaştığı ve yer yer
fibrozis alanlarının oluştuğu izlendi (Şekil 2). Immunfloresan
incelemede (IF) birikim saptanmadı

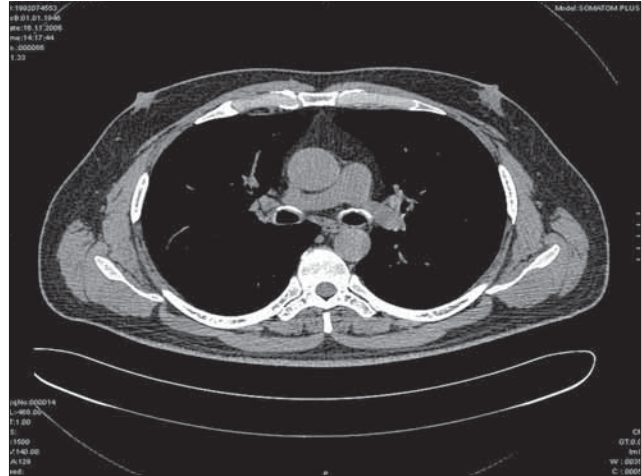
Hemogramda trombositoz izlendi ($479000/\text{mm}^3$) ve rutin biyokimya
değerleri, rutin idrar analizi, idrarda mukopolisakarit düzeyleri normal
sınırlardaydı. Sedimentasyon (95 mm/s) ve C-reaktif protein (CRP) (12.1mg/dl)
düzeyleri normalden yüksekti. Romatoid faktör (RF), antinükleer antikor
(ANA), anti-DNA ve VDRL negatif idi. Tiroid fonksiyon testle-



Şekil 1. Aurikula ve dış kulak yolunda yaygın eritem, endürasyon ve ödem



Şekil 2. (a) Yaygın kıkırdak doku destrüksiyonu (H&E, x2,5) (b) kondrositlerde nekrotik ve nekrobiyotik değişiklikler (H&E, x40)



Şekil 3. Toraks bilgisayarlı tomografide trakeada ve her iki ana bronşta mukozal kalınlaşmalar ile kıkırdak kalsifikasyonları

ri normal sınırlardaydı ancak tiroid oto antikorlarında yükseklik (anti-TG: 46 IU/ml, anti-TPO: 475 IU/ml) saptandı. Endokrinoloji konsültasyonu ile değerlendirilen hastaya "Hashimoto tiroiditi" tanısı koyuldu ve takip önerildi. Dinamik ekspiratuar tomografide, trakeada ve her iki ana bronşta saptanan mukozal kalınlaşmalar ve kıkırdak kalsifikasyonları polikondritis ile uyumlu bulundu (Şekil 3). Solunum fonksiyon testlerinde restriktif bulgular mevcuttu. Renal Doppler ultrasonografisinde ana renal arterler normal idi. Ekokardiyografik incelemede mitral, aort kapaklarında birinci derecede yetmezlik ve diyastolik disfonksiyon görüldü. Kulak-burun-boğaz muayenesinde larinks bakışı ve otoskopi normaldi. Ayrıntılı odyolojik incelemede, işitme normal sınırlarda olup iç kulak tutulumuna ait bulgu saptanmadı. Göz bakımında birinci derece hipertansif retinopati dışında patoloji saptanmadı.

Olguya klinik, histopatolojik ve radyolojik bulgular doğrultusunda "tekrarlayan polikondrit" tanısı koyuldu. Tedavide 48mg/gün metilprednisolon oral olarak başlandı. Birinci haf-

tanın sonunda kulaklardaki eritem ve ödemde belirgin gerileme izlendi ve steroid dozu aşamalı olarak azaltıldı. Yaklaşık iki yıldır metilprednisolon (8mg/gün) almakta olan olgu klinik olarak remisyonadadır.

Tartışma

Tekrarlayan polikondritte en sık auriküler kondrit (%90), ikinci sıklıkta ise nasal kondrit (%54-70) gelişir (6). Auriküler kondritin tipik özellikleri; kulak memesinin tutulmaması, dış kulak kıkırdağında unilateral ya da bilateral olarak ani gelişen kızarıklık, hassasiyet ve ödemdir. Akut inflamasyon sıklıkla 1-2 haftada içerisinde spontan geriler, ancak haftalar veya aylar sonra tekrarlayabilir. Kondritin tekrarlayan bu epizodları, normal kıkırdak dokuda dekstrüksiyona ve fibrozise neden olarak kulakta yumuşamaya ya da karnibahar benzeri görünümüne ve burunda çökmeye ya da semer burun deformitesine yol açabilir. Bu hastada erken tanı ve uygulanan tedaviye bağlı olarak belirgin bir kulak deformitesi gelişmemiştir.

Polikondrit kulak ve burun dışında eklemleri de etkiler. Olguların %80'inde artralji veya artrit gelişir. Artrit seronegatif, non-dekstrüktif ve gezici karakterde bir veya daha fazla, büyük ya da küçük eklemlerde gelişebilir (7). Tek eklem tutulumu gelişen olgularda gut veya septik artrit ayrımları zor olabilmektedir Periferik artrit varlığı hastalığın yaygınlığı ve kötü prognozla ilişkili bulunmuştur (8). Olgumuzda artalji veya artrit gibi eklem tutulumuna ait semptomlar bulunmaktaydı.

İç kulak hasarına bağlı bulantı, kusma, tinnitus, ataksi, duyma kaybı ve larinks, trakea, bronş tutulumuna bağlı horlama, non-produktif öksürük, afoni, dispne, wheezing gözlenebilir. Trakeostomi endikasyonuna neden olabilecek hava yolu kollapsı gelişen olgular da bildirilmiştir (5). Olgumuzda da respiratuar sistem tutulumuna bağlı olarak öksürük ve dispne semptomları mevcuttu. Ayrıca tomografik incelemede trakeada ve her iki ana bronşta polikondritis ile uyumlu mukozal kalınlaşmalar ve kıkırdak kalsifikasyonları saptandı. Göz ve adneksiyal yapılarda konjunktivit, episklerit, keratit gibi inflamatuvar semptomlar izlenebilir. Assenden aorta veya aort kapağındaki ani dilatasyona bağlı olarak aort yetmezliği veya aort anevrizması ve renal arter tutulumuna bağlı renal komplikasyonlar gelişebilir. Renal arter tutulumu kötü prognoz göstergesidir (9). Hastamızda renal arter tutulumu saptanmazken, aort kapağında birinci derecede yetmezlik tesbit edildi.

Kutanöz bulgular hastaların %50'sinde gözlenir. En sık vaskülit, eritema nodozum benzeri lezyonlar görülür (10). Hastalığın erken döneminde gezici yüzeysel tromboflebit gelişebilmektedir (11). Diğer deri bulguları arasında oral aft, anjiödem, ürtiker, livedo retikularis, liken planus yer alırken, literatürde bazal hücreli karsinoma ile birliktelik gösteren TP'li olgular da bildirilmiştir (5, 10, 12). TP, myelodisplastik sendromlarla (MDS) da birliktelik gösterebilir. MDS'nin eşlik ettiği TP daha çok kadınları etkilemekte ve bu olgularda vas-

külit gibi kutanöz bulgular daha sık gelişmektedir (11). Bu nedenle kutanöz bulguların varlığında bu hastalar MDS yönünden araştırılmalıdır. Bizim olgumuzda auriküler kondrit dışında ek bir deri bulgusu izlenmedi. Eşlik edebilecek ek hastalıklar açısından yapılan incelemelerde "Hashimoto tiroiditi" saptandı.

TP için özgün laboratuvar testi bulunmamakla birlikte en sık sedimentasyon ve CRP yüksekliği gözlenir. Trombositoz, lökositoz ve normokrom normositer anemi %50 olguda saptanmaktadır. İdrarda asit mukopolisakkarit artışı ve kanda tip 2 kollajene karşı gelişen antikorlar tesbit edilebilir. Bizim olgumuzun tetkiklerinde tipik olarak sedimentasyon ve CRP yüksekliği ile trombositoz saptandı. Histopatolojik incelemede perikondrial lenfosit ve nötrofil infiltrasyonuna bağlı kıkırdağın normal bazofilisinde kaybolma ve soluklaşma saptanır. İlerlemiş vakalarda kıkırdak dokunun yerini fibrotik materyal alır. Hastaların yarısında immünofloresan incelemede immünoglobülin veya kompleman birikimi saptanır ancak olgumuzda IF incelemede herhangi bir birikim saptanmadı.

Tanısal algoritim 1976 yılında McAdam ve ark. (13) tarafından belirlenmiştir. Tanı için aranan kriterler şunlardır:

- (1) bilateral auriküler kondrit
- (2) non-eroziv seronegatif inflamatuvar poliartrit
- (3) nazal kondrit
- (4) okuler inflamasyon
- (5) respiratuar sistem kondriti
- (6) audiovestibuler hasar

Buna göre:

- a) En az üç kriter pozitifliği veya;
- b) Histopatolojik tanı ve en az bir kriter pozitifliği veya;
- c) Steroidlere ve/veya dapsona yanıt ile birlikte iki ya da daha fazla farklı anatomik bölgede kondrit bulunması TP tanısı için yeterli kabul edilmiştir.

Bizim hastamızda histopatolojik tanının yanı sıra, Mc Adam kriterlerinden, bilateral auriküler kondrit ve respiratuar sistem kondriti olmak üzere iki kriterin pozitifliği saptandı ve bu bulgularla olguya TP tanısı koyuldu.

Hastalığın prognozu oldukça değişken olup %30 oranında mortalite bildirilmiştir. En sık ölüm nedeni hava yolu kollapsı ve alt solunum yolu enfeksiyonudur. Kardiyovasküler komplikasyonlar ikinci sırada yer alırken üçüncü sırada steroid tedavisine ikincil gelişen enfeksiyonlar bulunur (14). Özellikle respiratuar sistem tutulumunu erken evrede saptamak mortaliteyi önemli ölçüde azaltır. Son zamanlarda özellikle dinamik ekspiratuar tomografinin erken tanıdaki rolünün üstünlüğüne dikkat çekilmektedir. Yapılan çalışmalarda pulmoner semptomları olan TP hastalarının büyük bir kısmında dinamik ekspiratuar tomografide tutulum saptanırken rutin inspiratuar tomografide bu hastaların ancak yarısında patoloji saptanabildiği belirtilmektedir (15). Bu nedenle respiratuar sistem tutulumu düşünülen olgularda rutin görüntüleme yöntemi olarak dinamik ekspiratuar tomografi kullanılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır.

TP tedavisinde kullanılan temel ajanlar arasında sistemik steroidler, kolşisin, mikofenolat mofetil ve dapson bulunmak-

tadır (16). Azatiyopirin / siklofosamid / siklosporin, metotrek-sat gibi immünsupresif ajanlar ve TNF (tümör nekroze edici faktör) inhibitörleri (infliksimab/ etanersept) de tedavide başarıyla kullanılan ajanlardır (17, 18). Olgumuza düşük doz steroid tedavisi başlanmış ve kısa sürede dramatik yanıt alınmıştır.

TP henüz etiyolojisi bilinmeyen bir hastalıktır. Bu olguda dikkati çeken bir bulgu hastalık başlamadan iki yıl önce burun kıkırdaklarına yönelik deviasyon ameliyatı yapılmış olmasıdır. Bu esnada kıkırdağın immunolojik olarak tanınması ile TP'nin tetiklenmiş olabilir. Ancak literatürdeki olgu bildirimlerinde daha önceden kıkırdağa yönelik bir operasyon olup olmadığı belirtilmemiştir. Bundan sonraki olgularda etiyolojiye yönelik araştırmalarda kıkırdak içeren bölgelerde bir operasyon yapıp yapılmadığının sorgulanmasının da yararlı olacağı kanısındayız.

Kaynaklar

1. Rapini RP, Warner NB. Relapsing polychondritis. Clin Dermatol 2006;24:482-5.
2. Asadi AK. Relapsing polychondritis. Dermatol Online J 2003; 9: 3. Available at: <http://dermatology.cdlib.org>
3. Willis J, Atack EA, Kraag G. Relapsing polychondritis with multifocal neurological abnormalities. Can J Neurol Sci 1984;11:402-4.
4. Pearson CM, Kline HM, Newcomer VD. Relapsing polychondritis. N Engl J Med 1960 14; 263: 51-8.
5. Trentham DE, Le CH. Relapsing polychondritis. Ann Intern Med. 1998 15;129:114-22.
6. Kent PD, Michet CJ Jr, Luthra HS. Relapsing polychondritis. Curr Opin Rheumatol 2004;16:56-61.
7. Kozanoğlu ME, Göncü MK, Çetik F. Tekrarlayan Polikondrit: Bir Olgu Sunumu. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2002;48:148-51.
8. Balsa A, Expinosa A, Cuesta M, et al. Joint symptoms in relapsing polychondritis. Clin Exp Rheumatol 1995;13:425-30.
9. Chang-Miller A, Okamura M, Torres VE, et al. Renal involvement in relapsing polychondritis. Medicine Baltimore 1987;66:202-17.
10. Ananthkrishna R, Goel R, Padhan P, et al. Relapsing polychondritis-case series from South India. Clin Rheumatol 2009;28 Suppl 1:S7-10.
11. Letko E, Zafirakis P, Baltatzis S, et al. Relapsing polychondritis: a clinical review. Semin Arthritis Rheum 2002;31:384-95.
12. Bhattacharjee A, Chakraborty A, Purkaystha P. Prevalence of head and neck cancers in the north east-an institutional study. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2006;58:15-9.
13. McAdam LP, O'Hanlan MA, Bluestone R, Pearson CM. Relapsing polychondritis: prospective study of 23 patients and a review of the literature. Medicine (Baltimore). 1976;55:193-215.
14. Güler M. Relapsing polychondritis (tekrarlayan polikondrit). Türkiye Klinikleri J Med Sci 1987;7:327-33.
15. Lee KS, Ernst A, Trentham DE, et al. Relapsing polychondritis: Prevalence of expiratory CT airway abnormalities. Radiology 2006;240:565-73.
16. Bibas R, Gaspar NK, Ramos-e-Silva M. Colchicine for dermatologic diseases. J Drugs Dermatol 2005;4:196-204.
17. Richez C, Dumoulin C, Coutouly X, Schaefferbeke T. Successful treatment of relapsing polychondritis with infliximab. Clin Exp Rheumatol 2004;22:629-31.
18. Ratzinger G, Kuen-Spiegl M, Sepp N. Successful treatment of recalcitrant relapsing polychondritis with monoclonal antibodies. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23:474-5.

Prof.Dr. Türkan SAYLAN

Türkan Hocamızı 74 yıllık bir yaşam sonrasında 18 Mayıs 2009'da görkemli bir törenle uğurladık. Oysa 1998'de el yazısı ile yazdığı mektubunda "ölüm, tıpkı yaşam gibi doğal bir olay, bir noktalanmadır, abartılması beni son derece rahatsız etmiştir. Öğretim üyelerine yapılan alışlagelmiş törenleri, çiçek vb. ni asla istemiyorum, kimse ilan vermesin....." diyordu.

Herkesi bir tarafa koysak, onun sevecenlikle kucakladığı hastaları ve okuttuğu kız çocukları onu nasıl unuturdu? Aslında geriye çekilip biraz daha geniş açıyla baktığımızda Türkan Hoca hayatı boyunca bir halk sağlığı uzmanı gibi çalıştı.

Dermatoloji'de lepra gibi fazla önemsenmemiş, üzerinde durulmayan bir konuya el atıp bu hastalıkla mücadeleyi üstlendi. Bu konuda ödüller kazandı ve uluslararası haklı bir üne sahip oldu. Daha sonra toplumda ayıp kabul edilen cinsel temasla bulaşan hastalıklar için Dermatoloji Anabilim Dalı'nda telefonla danışmayı ve arkasından Cinsel İlişki ile Bulaşan Hastalıklar Polikliniği'ni hayata geçirdi.

Hastalıklara hasta gözüyle bakabilmesi ve sistemdeki açıkları yakalayabilmesi onun müthiş bir yeteneğiydi. Ancak bunları yapabilmesi için tanrı vergisi bir de düzenleyicilik yeteneği vardı. İnsanları çevresine toplar, anlatır, ikna eder ve birlikte çalışma düzenini sağlar, görev verirdi. Bu yeteneklerini Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği'nde sonuna kadar kullandı ve sonuç inanılmaz oldu.

Dirençliydi, hastalığı ile sonuna kadar, onu yok sayarak mücadele etti. Onu, ilk ameliyatında evinde ziyarete gittiğimde "ben iyiyim, siz neler yapıyorsunuz?" demişti. Dürüsttü, oğlu Çınar Hakkari'de askerlik yaptığında bile nüfusunu kullanmadı. Herkesin bir mücadelecisi bir ruha sahip olduğunu ve bunu kullanması gerektiğini düşünürdü.

Çalışkandı, öğle saatlerini tostla geçirir, bu süreyi yazı yazmakla veya telefonla iş hallederek geçirirdi. Yardımseverdi, fakir çocuklara giysi aldırır, pek çok hastaya ücretsiz bakardı.

Sabırlı mıydı? Hayır. Verdiği görevin hemen yapılmasını ister ve bu konuda sık sık geri bildirim alırdı. Çünkü zaman, onun için çalışma ile harcanacak ve iş kotalı olacak bir şeydi. Bunun boşa harcanması düşünülemezdi.

Özel hayatını hemen hemen hiç bilmezdik, çünkü bahsetmezdi. Annesinin vefatında bir öğretim üyesi ile birlikte taziye için camiye gittiğimizde bizi biraz da hayret ve şaşkınlıkla "siz niye geldiniz" diye karşılamıştı. Daha sonra bu tür şeylerin onun için önemli olmadığını, "geçmiş olsun veya başsağlığı" gibi dileklerin ayrıldığı zamana harcanmış gözüyle baktığını veya orada dik durmaya çalışırken başka birinin ona acımasını reddettiğini düşündüm. Kutlamalar, yemekli törenleri de sevmezdi ve genellikle katılmazdı.

Bu nedenle emekli olduğunda mümkün olan en sade töreni yaptık. Klinikteki toplantı odasında, çalışanlar ve emekli öğretim üyeleri toplanıp- biraz da korkarak-başka bir bahaneyle kendisini çağırdık. Konuşma, çiçek ve bir de plaket.....O kadar! Kemoterapi nedeniyle saçları dökülmüş, yüzü çökmüştü ama mutlu olmuştu, yüzü gülüyordu.

Türkan Hoca, bildiği yoldan asla dönmeyen, savaşçı bir dava kadınıydı ve son yıllarında hatta son günlerinde bile Türkiye için çalıştı. Dürüst ve yenilmez bir kişiliği vardı, bu yüzden onu ayakta alkışlıyoruz.

Prof.Dr. Rifkiye KÜÇÜKOĞLU
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanı

Kongre Takvimi

ULUSLARARASI KONGRELER

11th World Congress of Pediatric Dermatology
17 - 20 Kasım 2009
Bangkok, Tayland
www.wcpd2009.org

World Allergy Congress, Arjantin
6-10 Aralık 2009

68th Annual Meeting of the American
Academy of Dermatology
26 Şubat -02 Mart 2010
Miami, FL, ABD

69th Annual Meeting of the American
Academy of Dermatology
04-08 Şubat 2011
New Orleans, LA, ABD

22. World Congress of Dermatology
22-24 Mayıs 2011, Seoul
www.wcd2011.org

70th Annual Meeting of the American
Academy of Dermatology
16-20 Mart 2012
San Diego, CA, ABD

ULUSAL KONGRELER

XIX. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Simpozyumu
11-15 Kasım 2009, Ankara
www.lutfutat2009.org

23. Ulusal Dermatoloji Kongresi
19-23 Ekim 2010, Antalya
www.ulusaldermatoloji2010.org

Şampuanlarımızın formülleri gelişti!

Saçlar artık daha yumuşak!

Guar Hydroxypropyltrimonium Chloride
Coco Glucoside
Hydrolized Wheat Protein
Hydrolized Soy Protein

Saçlar, saç dipleri daha güçlü ve bakımlı!

Vitamin E Acetate
Provitamin B 5



125 ve 300 ml.'lik ambalajlarda.

**YENİ FORMÜLLÜ ŞAMPUANLARIMIZ,
ARTIK DAHA DERMATOLOJİK ve KOZMETİK OLDULAR**

Dermadolin

dermadolin@gmail.com / www.dermadolin.com.tr ☎ 212 - 220 00 59 • 221 76 65

**Dermatolojide
çeyrek yüzyılı
aşttık**

TERBİSİL®

Terbinafin



TERBİSİL FORMÜL: 1 tablette; 250 mg Terbinafin baza eşdeğer Terbinafin Hidroklorür bulunur. **FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ :** Farmakodinamik özellikleri :Terbinafin, geniş antifungal aktivite spektrumu olan bir alilamindir. Düşük konsantrasyonlarda dermatofitlere, küf mantarlarına ve dimorfik mantarlara karşı fungisidal etki gösterir. Maya mantarlarına karşı etkinlik, mantarın türüne göre fungisidal veya fungistatik özelliktedir. Terbinafin, mantarın sterol biyosentezini erken dönemde spesifik olarak engeller. Bu durum, ergosterol yetmezliğine ve intraselüler skualen birikimine yol açarak, mantar hücrelerinin ölümü ile sonuçlanır. Terbinafin, mantar hücre membranında skualen epoksidaz enzimi inhibisyonu yolu ile etki gösterir. Skualen epoksidaz enziminin sitokrom P450 sistemi ile bir bağlantısı yoktur. Terbinafin hormonların ve başka ilaçların metabolizmasını etkilemez. **ENDİKASYONLARI:** -Trichophyton (T.rubrum, T.mentagrophytes, T.verrucosum, T.tonsurans, T.tirolaceum), Microsporum canis ve Epidermophyton floccosum gibi dermatofitlerin neden olduğu deri, saç ve tırnakların fungal enfeksiyonlarında, -Cilt mantarları (ringworm) tedavisinde; (tinea corporis, tinea kruris, tinea pedis ve tinea capitis) ve kandida cinsi (örneğin; Candida Albicans) mantarların neden olduğu maya enfeksiyonlarında, enfeksiyon bölgesinin şiddeti ve genişliği ile bağlantılı olarak oral tedavinin gerekli olduğu durumlarda endikedir. **KONTRENDİKASYONLARI:** Terbinafine karşı aşırı duyarlılık halterinde kullanılmamalıdır. **UYARILAR/ÖNEMLER:** Ağır karakterli disfonksiyonu olan veya böbrek fonksiyonları bozuk hastalar (kreatinin klirensi 50 ml/dak altında olanlar veya serum kreatinini 300 µmol/l üzerinde olanlar) ilacı yarı doza almamalıdır (Yan etkiler bölüme bakınız). Gebelik ve Emzirme: Gebelik kategorisi B. Hayvanlarda yapılan fetal toksisite ve fertilité çalışmaları yan etki bulgusu vermemiştir. Gebe kadında klinik deneyim mümkün olmadığından, muhtemel yararlanma beklentisi, muhtemel riskleri geçmediği sürece TERBİSİL gebelik sırasında kullanılmamalıdır. Terbinafin süte geçer; bu nedenle oral TERBİSİL tedavisi alan kadınlar emzirmemelidir. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** Terbinafin genelde iyi tolere edilir. Yan etkiler, hafif veya orta derecede ve geçicidir. En sık görülen gastrointestinal semptomlar (dolgunluk hissi, iştahsızlık, bulantı, hafif karın ağrısı, diyare) veya ciddi olmayan deri reaksiyonlarıdır (döküntü, ürtiker). İzole olgularda, Stevens-Johnson Sendromu, toksik epidermal nekroliz gibi ciddi deri reaksiyonları bildirilmiştir. Deride ilerleyici kızamık ve döküntü olursa terbinafin tedavisine devam edilmemelidir. Ender olarak terbinafin tat alma duygusunun kaybı da dahil olmak üzere tat anormalliklerine neden olabilir. Bu durum, ilaç kesildikten birkaç hafta sonra düzeler. İzole vakalarda önemli hepatobilyer disfonksiyon bildirilmiştir. Bu durumun ilaç kullanımıyla bağlantılı olduğu bildirilmesine rağmen eğer hepatobilyer disfonksiyon olmuşa ilaca devam edilmemelidir. İzole vakalarda nötropeni veya trombositopeni gibi hematolojik bozukluklar rapor edilmiştir. **BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ. İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ ve DİĞER ETKİLEŞİMLER:** In vitro ve sağlıklı gönüllülerde yapılan araştırmalar, terbinafinin sitokrom P450 sistemi yoluyla metabolize olan ilaçların (örneğin; siklosporin, tolbütamid, oral kontraseptifler) klirensini arttırmak veya azaltmak üzerine etkisinin inmal edilebilir düzeyde olduğunu göstermiştir. Oral kontraseptiflerle birlikte terbinafin alan hastaların bazılarında adet düzensizlikleri bildirilmektedir. Bu tür düzensizliklerin insidansı, oral kontraseptifleri tek başına kullandıklarında görülen düzensizlik oranı kadar olmaktadır. Öte yandan terbinafinin plazma klirensi, metabolizmayı indukleyen (örneğin; rifampisin) ilaçlarla artırılabilir ve sitokrom P450'yi inhibe eden ilaçlarla (örneğin; simetidin) inhibe edilebilir. Bu tür ilaçlarla birlikte kullanımı gerekli olduğunda, terbinafin dozu uygun biçimde düzenlenmelidir. **KULLANIM ŞEKLİ ve DOZU:** Tedavi süresi endikasyona ve enfeksiyonun şiddetine göre değişir. Çocuklar: İki yaşın altındaki (genellikle < 12 kg) çocuklarda kullanımıyla ilgili herhangi bir veri bulunmamaktadır. 20-40 kg arası çocuklar (6-12 yaş arası): Günde tek doz 1/2 tablet 40 kg'ın üzerindeki çocuklar: Günde tek doz 1 tablet Yetişkinler: Günde tek doz 1 tablet Deri enfeksiyonlarında yaklaşık tedavi süreleri: Tinea pedis (interdigital, planter/mokasen tipte): 2-6 hafta; Tinea corporis, kruris: 2-4 hafta ; Kutanöz kandidiyazis: 2-4 hafta. Hastalık bulgularındaki tam düzelmeye mikolojik iyileşmeden sonraki birkaç hafta içinde görülebilir. Saç ve kafa derisi enfeksiyonlarında yaklaşık tedavi süresi : Tinea capitis: 4 hafta. Onikomikoz: Başarılı tedavi süresi çoğu hastada 6 hafta ile 3 ay arasındadır. Özellikle tırnak büyümesi normal oranda olan genç hastalarda, ayak baş parmağı tırnağı dışında ayak tırnakları enfeksiyonlarında 3 aydan kısa bir süre tedavi yeterli olmaktadır. Geriye kalan durumlarda 3 aylık tedavi genellikle yeterlidir. Özellikle ayak baş parmak tırnağı enfeksiyonu olan hastalarda 6 ay veya daha fazla tedavi gerekebilir. Tedavinin ilk haftalarında gözlenen yavaş tırnak büyümesi, 3 aydan daha uzun tedavinin endike olduğu hastaların belirlenmesine yardımcı olabilir. Tırnakların fungal enfeksiyonlarında optimal klinik etkinliğe, mikolojik iyileşmeden ve tedavinin sonlandırılmasından birkaç ay sonra ulaşılır. Bu durum sağlıklı tırnak dokusunun büyümesi için gerekli süre ile ilgilidir. Yaşlılarda kullanımı : Yaşlılarda değişik dozaj gerekliliğine ve gençlerde görülebilen yan etkilerden başka yan etkilerin ortaya çıkmasına dair bir bulgu söz konusu değildir. Bu yaş grubunda önceden mevcut bir karaciğer veya böbrek fonksiyon bozukluğu olabileceği akılda tutulmalıdır. (Uyarılar/Önemli bölüme bakınız). Çocuklarda kullanımı: İki yaşın üzerindeki çocuklarda oral terbinafinin iyi tolere edildiği gözlenmiştir. **DOZ ASIMI :** Tek bir doz aşımı olgusu bildirilmiştir. 4 g alımdan sonra hastada bulantı, epigastrik ağrı ve baş dönmesi olmuştur. Hasta tümüyle iyileşmiştir. Doz aşımının önerilen tedavisi esas olarak aktif kömür uygulayarak ilacın eliminasyonu, gerekirse, semptomatik ve destekleyici tedaviyen ibarettir. **SAKLAMA KOSULU:** 30° C'nin altındaki oda sıcaklığında, ambalajı içinde ve ışıktan korunarak saklanmalıdır. **TICARI TAKDİM ŞEKLİ ve AMBALAJ MUHTEVASI:** TERBİSİL Tablet 250 mg; 14 ve 28 tabletlik blister ambalajlarda, TERBİSİL krem %1; 30 g'lık tüplerde. **RUHSAT SAHİBİ:** BERKSAM İLAÇ TİCARET A.Ş. P.K. 226 34115 Sirkeci - İSTANBUL **RUHSAT TARİHİ** ve No: 23/8/2001 197/83 **ÜRETİM YERİ:** SANTA FARMA İLAÇ SANAYİ A.Ş. P.K. 262 34361 Şişli - İSTANBUL. **Perakende satış fiyatı ve fiyat aldığı tarih:** Terbisisil %1 krem 30 gr tüp: 11.10 YTL. Terbisisil 250 mg 14 tablet blister: 33.42 YTL. Terbisisil 250 mg 28 tablet blister: 66.70 YTL. Terbisisil %1 sprey: 13.87 YTL. (20 Nisan 2009). **REÇETE İLE SATILIR.**

Kaşıntıyı geride bırakın!¹

✓ İltihaplı ve egzematöz mikozlarda*
%97 klinik başarı oranı sağlar²

- * **Tinea pedis**³
- * **Tinea corporis**³
- * **Tinea cruris**³
- * **Eritem intertrigo**³
- * **Tinea unguium**³
- * **Vulvo/Vagina Kandidaları**³



2x1³



Travocort® Krem

İzokonazol Nitrat + Diflukortolon Valerat

REFERANSLAR

- ¹ Gartmann H. et al., Dermatomykosen und ihre Therapie, Excerpta Medica (1981)
- ² Weigtasser H. Advantages of an antimycotic-corticoid combination in comparison to the pure antimycotic in the initial treatment of inflammatory dermatomycoses. Excerpta Medica, Amsterdam - Oxford - Princeton, 1981
- ³ Kısa ürün bilgisi.

Travocort® Krem KISA ÜRÜN BİLGİSİ

Formülü: 1 g Travocort krem, 10 mg (%1) izokonazol nitrat ve 1 mg (%0,1) Diflukortolon valerat içerir. **Endikasyonları:** Travocort krem, şiddetli iltihabi veya egzematöz reaksiyonlar ile seyir eden derinin yüzeysel mantar enfeksiyonlarının (örneğin ayak parmaklarının aralarında, ellerde, kasıklarda ve genital bölgede) başlangıcı ve ana tedavisi için uygundur. **Kontraindikasyonları:** Tedavi alanında tüberküloz veya leistik süreçler bulunduğu; virüslerde (örn. varicella, herpes zoster), rozasea, perioral dermatit ve tedavi edilecek bölgede aşı sonrası cilt reaksiyonları olduğunda kontrendikedir. Bileşiminde bulunan maddelerden herhangi birine karşı olduğu bilinen aşırı duyarlılık. **Uyarılar/önlemler:** Bakteriyel enfekte olmuş cilt hastalıklarında ayrıca spesifik bir tedavi gerekebilir. Yüze uygulamalarda, Travocort'un göze kaçmasına dikkat edilmelidir. Sistemik kortikoidlerde olduğu gibi, lokal kortikoidlerin kullanılması ile de (örn. uzun süre yüksek doz veya geniş bir alana tatbik edilmeleri, kapalı pansuman veya göz çevresindeki deriyeye uygulanmaları sonucu) glokom gelişebilir. İnterdigital kısımların enfeksiyonunda, Travocort'a batırılmış bir gazlı bezin el ya da ayak parmakları arasına yerleştirilmesi tavsiye edilir. Tekrarlayan enfeksiyonları engellemek için kişisel hijyenler (el ve yüz bezi, havlular, iç çamaşırları vb. pamuklu ürünler tercih edilmelidir.) hergün değiştirilmeli ve kaynatılmalıdır. Düzenli hijyen önlemler. Travocort'la tedavinin başasını için esastır. Ayaktaki mantarlarda, yıkanmadan sonra ayak parmak aralarını iyice kurulanmalıdır. **Caşırılar** her gün değiştirilmelidir. **Yan etkiler/advens etkiler:** Travocort ile tedavide nadir vakada kaşıntı, yanma, eritem veya vezikülasyon oluşabilir. Geniş alanlara (vücut yüzünün % 10' u ve fazlası) veya uzun süreli (4 haftadan uzun) uygulamalarda, aşağıdaki yan etkiler oluşabilir: Deride atrofi, teleanjektaziler, striae, akne benzeri değişiklikler ve kortikoidin resorpsiyonuna bağlı olarak sistemik etkiler. Topikal uygulama için olan diğer kortikoidlerdeki gibi, nadir vakada folikülit, hipertrofik, perioral dermatit ve bileşenlere karşı alerjik reaksiyonlar oluşabilir. Travocort, kadında gebelik veya süt verme döneminde uzun süre veya geniş alanlarda uygulandığında, yenidoğanlarda da bazı yan etkileri oluşması mümkündür (örneğin, hamileliğin son haftalarındaki uygulamalar sonucunda bebekteki bazı fonksiyonlarında azalma). **Kullanım şekli ve dozu:** Travocort, günde 2 defa hastalıklı deri kısımlarına uygulanır. İltihabi ya da egzematöz belirtilerin kaybolması takiben ya da tedavi başlangıcından en geç 2 hafta sonra, Travocort krem kesilerek, tedaviye kortikoid içermeyen Travogen ile devam edilir. Bu, özellikle kasak ve genital bölgeler için geçerlidir. **Ticari takdim şekli:** Travocort Krem 15 g'lık tüpte. **Intendis GmbH** Almanyaya lisansı ile imal edilmiştir. **Ruhsat sahibi:** Intendis Ilac Tic. Ltd. Şti. **Üsküdar-İstanbul Ruhsat tarihi ve no:** 29.08.2005-206/34 **İmal yeri:** Bayer Ilac Fabrikaları A.Ş. 34010 Topkapı-İstanbul **Recete ile satılır.** Ayrıntılı bilgi firmamızdan temin edilebilir. **KDV dahil perakende satış fiyatı:** 11,22 YTL. (Ekim 2008).

3 x 1 000 mg 7 gün³ Zona tedavisinde etkili²

Herpes Zoster	3 x 1000 mg	7 gün ³
Genital Herpes Atak	2 x 500 mg	5 gün
Herpes Labialis Günlük	2 x 2000 mg	1 gün
Herpes Labialis Atak	2 x 500 mg	5 gün
HSV-1 ve HSV-2 baskılama	1 x 500 mg	1 yıl ¹



Valtrex™ 500 mg - 1000 mg Film Tablet Kısa Prospektüs Bilgisi

Formülü: Bir film tablet 500mg / 1000mg valasiklovir içerir. **Endikasyonları:** Valtrex, Herpes labialis (uçuk) tedavisinde endikedir. Valtrex baskılanma tedavisi olarak alındığında ve daha güvenli seks yaşamı ile bir arada olduğunda genital herpes bulaşmasını azaltır. Valtrex, Herpes zoster (zona) enfeksiyonlarının tedavisinde endikedir. Valtrex, akut ve post herpetik nevralji dahil, zostere bağlı ağrının stresini ve hastalarda görülme oranını azaltarak, ağrının giderilmesini hızlandırır. Deri ve muköz membranların herpes simplex enfeksiyonlarının tedavisinde, ilk ve nükesden genital herpes dahil olmak üzere kullanılır. Valtrex, HSV nükesünün ilk belirti ve semptomları görüldüğünde alınırsa lezyon gelişmesini önleyebilir. Organ nakli sonrası görülen Cytomegalovirüs (CMV) enfeksiyonunun ve hastalığının profilaksisinde endikedir. **Kontrendikasyonları:** Valtrex, valasiklovir, asiklovir veya bunların formülasyonlarındaki herhangi bir maddeye aşırı duyarlılığı olduğu bilinen hastalarda kontrendikedir. **Uyarılar / Önlemler:** Özellikle yaşlıların, dehidratasyon riski altında olan hastaların yeterli sıvı almalarına özen gösterilmelidir. Böbrek yetmezliği olan hastaların Valtrex dozu ayarlanmalıdır. Karaciğer hastalığı bulunanlarda yüksek dozda Valtrex (4g/gün) kullanımıyla ilgili veri bulunmamaktadır. Valtrex'in karaciğer naklinde kullanımıyla ilgili bir çalışma yapılmamış olmakla birlikte yüksek doz asiklovir profilaksisinin CMV enfeksiyon ve hastalığını azalttığı gösterilmiştir. **Gebelik ve Emzirme Döneminde Kullanımı:** Gebelik kategorisi B. Valtrex, normal önerilen dozlarda, gebelikte ancak elde edilecek yararların bilinmeyen muhtemel risklerinden daha fazla olduğuna inanılan durumlarda kullanılmalıdır. Valtrex, emziren bir anneye uygulanır ise dikkat edilmesi önerilmektedir. **Yan Etkiler/Advers Etkiler:** Bulantı, diyare, kusma ve abdominal rahatsızlık, fotosensitiviteyi içeren kızarıklık, ürtiker, kaşıntı ve nadir olarak dispne, anjiyödem, anafilaksi, baş ağrısı. Sık olmamakla beraber, reversibil konfüzyon, hallüsinasyon ve baş dönmesi rapor edilmiştir ve çok nadir olarak böbrek yetmezliği olan hastalarda ve başka predispozan faktörleri olan hastalarda bayılmaya rastlanmıştır. CMV profilaksisi için yüksek dozlarda Valtrex alan organ nakli yapılan hastalarda düşük doz alanlara kıyasla nörolojik reaksiyonlar daha sık görülmüştür. Uzun süreli klinik çalışmalarda yüksek dozda (günlük 8g) valasiklovir alan hastalarda ve şiddetli bağışıklığı baskılanmış, özellikle ileri HIV hastalarında, böbrek yetmezliği, mikroanjyopatik hemolitik anemi ve trombositopeni bildirilmiştir. **İlaç Etkileşimleri:** Klinik anlamlılığı olan bir etkileşime belirlenmemiştir. Valtrex tedavisi ilave yarar sağlayabilir. Bağışıklığı yetersiz hastalarda önerilen doz günde 2 kez 500 mg'dir. CMV enfeksiyon ve hastalığının profilaksisi (12 yaşın itibaren adolesan ve yetişkinler): Organ nakli sonrası mümkün olan en kısa sürede günde dört kez 2 g Valtrex başlanmalıdır. Tedavi süresi genellikle 90 gündür. Böbrek fonksiyonları ciddi şekilde bozulmuş hastalarda Valtrex'in dozu aşağıda belirtildiği şekilde düzenlenmelidir. Hemodiyalizdeki hastalarda, kreatinin klirensi dakikada 15 ml'nin altında olan hastalara önerilen doz kullanılmamalıdır. Bu doz hemodiyaliz sonrası uygulanmalıdır. Kreatinin klirensi, özellikle renal fonksiyonun çok hızlı değiştiği organ veya doku naklini hemen takip eden dönemlerde sık sık kontrol edilmelidir. Buna bağlı olarak Valtrex dozu ayarlanmalıdır. Hafif veya orta şiddette sirozlu hastalarda doz ayarlaması gerekmemektedir. Valtrex'in çocuklarda kullanımıyla ilgili veri yoktur. Yaşlılarda: Böbrek fonksiyonları belirgin şekilde bozulmuş hastalar dışında doz düzenlemesi gerekmemektedir. **Aşırı Dozaj:** Semptomlar ve Belirtiler: Valasiklovir aşırı dozlarını alan hastalarda akut böbrek yetmezliği ve konfüzyon, halüsinasyonlar, ajitasyon, bilineç azalma ve komayı içeren nörolojik semptomlar bildirilmiştir. Bulantı ve kusma meydana gelebilir. Tedavi: Asiklovir, hemodiyaliz ile kandan büyük oranda uzaklaştırılabileceğinden, semptomatik Valtrex doz aşımı oluştuğu takdirde bir tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. **Saklama Koşulları:** 30°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız. **Ruhsat Sahibinin İsim ve Adresi:** GlaxoSmithKline İlaçları Sanayi ve Ticaret A.Ş., 1.Levent/İstanbul. **Valtrex 500 mg Ruhsat Tarihi ve Numarası:** 10.10.1997-103/9 Recete ile satılır. 2 Nisan 2009 tarihi itibarıyla KDV dahil PSF: Valtrex 500 mg 42 film tablet: 194,02 TL, Valtrex 500 mg 10 film tablet: 47,84 TL'dir. Prospektüs kodu: 12/04.04.06/GDS 16/PI 01/C. Prospektüs onay tarihi: 11.05.2006 **Valtrex 1000 mg Ruhsat Tarihi ve Numarası:** 09.06.2008-124/92 Recete ile satılır. 2 Nisan 2009 tarihi itibarıyla KDV dahil PSF: Valtrex 1000 mg 21 film tablet: 193,25 TL. Prospektüs kodu: 05/21.05.08/PI01. Prospektüs onay tarihi: 09.06.2008 **TM: Valtrex GlaxoSmithKline şirketler grubunun tescilli markasıdır.** Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. Recete ile satılır. **Ref:** 1.Baker D A et al. Once-Daily Valacyclovir Hydrochloride for Suppression of Recurrent Genital Herpes. Obstet Gynecol 1999;94:103-6 2-Omrod D. et al. Valaciclovir A Review of its Use in the Management of Herpes Zoster. Drugs 2000; 59(6):1317-1340 3. Valtrex™ Prospektüs Bilgisi.



GlaxoSmithKline

DAHA GENİŞ BİLGİ İÇİN FİRMAMIZA BAŞVURUNUZ.

GlaxoSmithKline İlaçları San. ve Tic. A.Ş. Büyükdere Cad. 1. Levent Plaza B Blok No: 173 34394 1. Levent / İSTANBUL Tel: 0212 339 44 00 www.gsk.com.tr VAL/İL/05/09/01