

Türk Dermatoloji Dergisi

Cilt 4 Sayı 1 Mart 2010
Vol. 4 Issue 1 March

Turkish Journal of Dermatology

Orijinal Araştırma / *Original Article*

Alopesi, Akne ve Ruhsal Durum
Alopecia, Acne and Psychiatric State

Taliha Çelik ve ark.; İzmir, Antalya, Türkiye

Fototerapi Ünitesinden Hasta İzlenimleri
Patient Feedback Regarding Phototherapy Unit

Ekin Şavk ve ark.; Aydın, Türkiye

Akne ve Melasmada Alternatif Tıp
Alternative Medicine in Acne and Melasma

Çiçek Durusoy ve ark.; Alanya, Antalya, Ankara, Türkiye

Derleme / *Review*

Corynebacteriumlara Bağlı Oluşan Deri Hastalıkları
Skin Infections Due to Corynebacterium

Meltem Türkmen ve ark.; İzmir, Türkiye



Editör/Editor

Serap Utaş, Kayseri, Türkiye

İngilizce Danışmanı/English Consultant

Alison Kademoğlu, Kayseri, Türkiye

Editör Yardımcısı/Associate Editor

Ayten Ferahbaş, 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, İstanbul, Türkiye
Gül Erkin, Ankara, Türkiye
Emel Fetil, İzmir, Türkiye

Ayla Gülekon, Ankara, Türkiye
Oya Gürbüz, İstanbul, Türkiye
Mehmet Ali Gürer, Ankara, Türkiye
Yavuz Harmanyeri, İstanbul, Türkiye
Güliz İkizoğlu, Mersin, Türkiye
Nilsel İter, 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, İstanbul, 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 Ukşal, 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

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, Index Copernicus, Gale Cengage Learning, EBSCO, DOAJ, ProQuest ve Tübitak Ulakbim Türk Tıp Dizini 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, Index Copernicus, Gale Cengage Learning, EBSCO, DOAJ, ProQuest and Tübitak Ulakbim Türk Tıp Dizini 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.

YAZARLARA BİLGİ

Türk Dermatoloji Dergisi, Türk Dermatoloji Derneği'nin süreli yayın organıdır ve yılda 4 sayı olarak yayınlanır. Tüm meslektaşlarımıza 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. Yazılının 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/e/policy/b3.htm>, "Guide for the care and use of laboratory animals" - <http://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 firmalarıca 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 yazılar 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 belirtilmek koşulu 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 yapmama kaydı ile düzeltmelerin editörlere yapılmasını kabul etmiş sayılır.

Editör, yayın kurallarına uymayan yazıları yayınlamamak veya düzeltmek üzere yazarına geri göndermek ya da biçim olarak yeniden düzenlemek yetkisine sahiptir. Gönderilen yazılar, en az 2 danışman tarafından değerlendirildikten sonra yayın kurulu kararı ile yayınlanır. Gerekli olduğu takdirde bir danışmana gönderilebilir.

Yazım Kuralları

Gönderilen yazılarda hemen işleme konabilmesi için, mutlaka aşağıda belirtilen yazım kurallarına uygun olması gerekmektedir:

- 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, yanında tanımlayıcı bir takısı olan 1-10 arası sayılarla, cümle başındaki rakamlar yazıyla yazılmalıdır. Şekil ve tablolar metin içerisinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tabloların yazılan üste, şekillerinki alta yazılmalıdır. Araştırma makaleleri ve derlemeler metin, şekil, tablo, kaynaklar dahil 10, kısa bildiriler ve olgu sunumları 5 sayfa geçmemelidir.
- Yazılar aşağıda belirtilen düzene uygun şekilde hazırlanmalıdır:

Örijinal Araştırmalar

Şu şekilde düzenlenmelidir:

Kapak sayfası: Birinci sayfadır ve ayrı düzenlenir. Yazarların tam ve açık isimleri, son adlıktan akademik unvanlar 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 edildi 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 sahifelerin kurallarına uymak koşulu ile hazırlanan İngilizce özettir. İngilizce anahtar kelimeler Tıp Konulan Başlıkları'na (Medical Subject Headings: MeSH) uygun olarak verilmelidir. Tıp Konulan 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 bilginin hekimin ve hastasının nasıl yararlanacağı, çıkarılan olumlu ya da olumsuz sonucun mevcut bilgilere etkisi kısaca yazılmalıdır. Metnin özellikle tartışma kısmının alt başlıklara 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 araştırmanın yürütülmesine önemli katkıda bulunanlara, 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 dizine göre Aralık 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 Aralık rakamlarla numaralanmalıdır. Mikroskopik fotoğraflarda kullanılan boya, büyüme ölçütleri, şekil içerisinde uzunluk birimi (internal scale bar) belirtilmeli ve patolojik piyeslerde santimetrelik 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 tabloların 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 dilediği 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 almaz. 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 atıfta bulunulmuş uluslararası yazarların olması tercih edilir.

Olgu sunumları

Olgu sunularında 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 tanınması, ipucu niteliğindeki fotoğraf ve şekillerin sunulması, kesin tanı ve bu tanının tartışılacak eğitime yönelik mesajın vurgulandığı tartışma bölümü izlenmelidir.

Karşıt / yandaş görüş yazıları üç sayfa; klinik pratik yazılar şekil, resim ve kaynaklarla birlikte üç sayfa aşmamalıdır.

Editöre mektup

Editöre mektup bölümünde, daha önce yayınlanmış 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, kaynaklar sınırlı olmalı, kısa ve öz olarak biçimlendirilmelidir. Mektubun sonunda yazarın adı ve tam adresi bulunmalıdır.

Editöryel Yorum

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

İletişim

Editör: Prof.Dr. Serap Utas
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

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 Utas

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

İçindekiler

Editörial

- 1 2. Dermatoloji Kış Okulu'nun Ardından...
Erkan Alpsoy, Antalya, Türkiye

Orijinal Araştırma

- 4 Alopesi Areata ve Akne Vulgarisin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri
Taliha Çelik, Ayşe Akman, Taha Karaman, Erdal Başaran, Ertan Yılmaz, İzmir, Antalya, Türkiye
- 9 Fototerapi Kalitesinin Arttırılması Yolunda İlk Adım: Fototerapi Ünitesinden Hasta İzlenimleri
Ekin Şavk, Meltem Uslu, Arzu Görgülü Eraslan, Neslihan Şendur, Göksun Karaman, Aydın, Türkiye
- 14 Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Akne Vulgaris ve Melasma Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı: Anket Çalışması
Çiçek Durusoy, A.Tülin Güleç, Elif Durukan, Coşkun Bakar, Antalya, Ankara, Türkiye

Derleme

- 18 *Corynebacterium*lara Bağlı Oluşan Deri Hastalıkları
Meltem Türkmen, Derya Aytimur, İzmir, Türkiye

Olgu Sunumları

- 22 Pimecrolimus Krem Kullanımı Sırasında Kaposinin Variselliform Erüpsiyonu Gelişen Atopik Dermatitli Bir Olgu
Filiz Canpolat, Hatice Akpınar, Fatma Eskioğlu, Ankara, Türkiye
- 25 Liken Planus Pemfigoidesin Klinik, Histolojik ve İmmünoflöresan Özellikleri: İki Olgu Sunumu
Suhan Günaştı, İlhan Tuncer, Bermal Hasbay, Yaşargül Denli, Soner Uzun, Adana, Türkiye

Editöre Mektup

- 29 Gluteal Bölgede Bilateral ve Simetrik Yerleşen Piloleyomiyomlar
Berna Aksoy, Hasan Mete Aksoy, Hüseyin Üstün, Rukiye Gülbahçe, Mahi Balcı, Bahar Öç, Nilgün Atakan, Ankara, Türkiye

Çeşitli

- 31 Tanınız Nedir?
Ayşe Serap Karadağ, Ayla Tezer, Gülçin Güler Şimşek, Yaşar Nazlıgöl, Ankara, Türkiye

Contents

Editorial

- 1 After the Second Winter School of Dermatology
Erkan Alpsoy, Antalya, Türkiye

Original Article

- 4 The Effects of Alopecia Areata and Acne Vulgaris on Psychiatric State
Taliha Çelik, Ayşe Akman, Taha Karaman, Erdal Başaran, Ertan Yılmaz, İzmir, Antalya, Turkey
- 9 First Step for Improving Phototherapy Quality: Patient Impressions and Feedback Regarding The Phototherapy Unit
Ekin Şavk, Meltem Uslu, Arzu Görgülü Eraslan, Neslihan Şendur, Göksun Karaman, Aydın, Turkey
- 14 Complementary and Alternative Medicine use Among Patients with Acne Vulgaris or Melasma in Dermatology Clinic: a Questionnaire Survey
Çiçek Durusoy, A.Tülin Güleç, Elif Durukan, Coşkun Bakar, Antalya, Ankara, Turkey

Review

- 18 Skin Infections Due to *Corynebacterium*
Meltem Türkmen, Derya Aytimur, İzmir, Turkey

Case Reports

- 22 Kaposi's Varicelliform Eruption During Treatment of Atopic Dermatitis with Pimecrolimus Cream
Filiz Canpolat, Hatice Akpınar, Fatma Eskioğlu, Ankara, Turkey
- 25 Clinical, Histological and Immunofluorescence Features of Lichen Planus Pemphigoides: A Report of Two Cases
Suhan Günaştı, İlhan Tuncer, Bermal Hasbay, Yaşargül Denli, Soner Uzun, Adana, Turkey

Letter to the Editor

- 29 Piloleiomyomas Bilaterally and Symetrically Located in The Hips
Berna Aksoy, Hasan Mete Aksoy, Hüseyin Üstün, Rukiye Gülbahçe, Mahi Balcı, Bahar Öç, Nilgün Atakan, Ankara, Turkey

Miscellaneous

- 31 What is Your Diagnosis?
Ayşe Serap Karadağ, Ayla Tezer, Gülçin Güler Şimşek, Yaşar Nazlıgöl, Ankara, Turkey

2. Dermatoloji Kış Okulu'nun Ardından...

After the Second Winter School of Dermatology

Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu, Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu olarak 14-18 Aralık 2009 tarihleri arasında Antalya'da 2. Dermatoloji Kış Okulu'nu gerçekleştirdik. Çekirdek müfredat bilgi hedefleri içinde ilk sıralarda yer alan hastalık veya durumlar 2. Dermatoloji Kış Okulu'nun bilimsel programının temelini oluşturdu. Dermatoloji topluluğu adına son derece önemli bulduğumuz bu süreci sizlerle paylaşmak ve bu noktalara nasıl ulaştığımızı kısaca özetlemek istiyoruz.

Bildiğiniz gibi, Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu 2004 yılının sonunda kurularak, hızla alt komisyonlarını oluşturmuş ve çalışmalarına başlamıştır. Yeterlik Kurulu, önceliği çekirdek eğitim müfredatını oluşturmak, eğitimi geliştirmek ve yapılandırmak ile ilgili çalışmalara vermiştir. Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu ve Eğitim ve Sınav Komisyonu üyelerinin tamamına yakını, İzmir'de Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde düzenlenen Eğitim Programı Geliştirme ve Değerlendirme Becerileri Kursu'na ve ayrıca Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu, Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu ve Sınav Komisyonlarını temsil eden üyelerimiz Türk Tabipler Birliği tarafından yeterlik kurulları için düzenlenen çalışmaya katılmışlardır. Tüm bu etkinliklerden edindiği bilgi ve deneyim paylaşımı ile Türk Dermatoloji Yeterlik

Tablo 1. Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu Üyeleri

Üyeler	Bölge
Dr. Erkan Alpsoy (Başkan)	Akdeniz Bölgesi
Dr. Oya Gürbüz	Marmara Bölgesi
Dr. Nahide Onsun	Marmara Bölgesi
Dr. Neslihan Şendur	Ege Bölgesi
Dr. Ayşe Boyvat	İç Anadolu Bölgesi
Dr. Emel Güngör	İç Anadolu Bölgesi
Dr. Sevgi Bahadır	Karadeniz Bölgesi
Dr. Sema Aytekin	Güneydoğu Anadolu Bölgesi
Dr. Yelda Karıncaoğlu (Raportör)	Doğu Anadolu Bölgesi

Kurulu, Türkiye'deki eğitimcilerin büyük bir çoğunluğunun katılımları ile yetiştirmekte olduğumuz uzmanlık öğrencilerinin mutlaka bilmeleri ve edinmeleri gereken bilgi, beceri ve tutum hedeflerini saptamaya yönelik bir çalışma organize etmiş, bilgi hedeflerinin farklı parametrelerde puanlandırılması ile önem sırasına sokulmasını sağlamıştır. Elde edilen listenin ilk %60'lık bölümü "olmazsa olmaz" bilgi hedefleri olarak belirlenmiş ve böylece örnek bir çekirdek müfredat oluşturulmuştur.

İki bin yedi yılının sonunda kabul edilen yeni yönergemeye göre oluşturulan "Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu", çalışma önceliğini üç ana başlıkta yoğunlaştırmıştır. Bu başlıklardan ilki olan "1. Dermatoloji Kış Okulu" önceki yıl 16-20 Aralık 2008 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Diğer iki başlığımız, "Beceri Rehberleri" ve "Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlık Eğitimi Planı ve Uzmanlık Öğrencisi Karnesi" de bu yıl tamamlanarak Türk Dermatoloji Derneği'nin web sayfasından ulaşılabilir hale getirilmiştir.

Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu olarak (Tablo 1), 2. Dermatoloji Kış Okulu'nu yapılandırmak için yaptığımız toplantılarla sık sık bir araya geldik. Ayrıca, elektronik mektup ve telefon görüşmeleri ile komisyon üyeleri olarak birbirimizle sürekli iletişim içinde olduk. İkinci kez yaptığımız okulumuz için önceki deneyimimizden yanı sıra diğer anabilim dallarının benzer deneyimlerinden de yararlandık. Üniversitelerimizin Eğitim Anabilim Dalları ile de sürekli görüş alışverişinde bulunduk. Ankara'da 13.06.2009 tarihinde yaptığımız toplantıda 2. Dermatoloji Kış Okulu için Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu üyeleri arasından bir "Düzenleme Kurulu" oluşturduk (Tablo 2).

Tablo 2. "2. Dermatoloji Kış Okulu" Düzenleme Kurulu

Üyeler
Dr. Erkan Alpsoy (Koordinatör)
Dr. Neslihan Şendur
Dr. Ayşe Boyvat
Dr. Yelda Karıncaoğlu

Tablo 3. Uzmanlık öğrencilerinin 2. Dermatoloji Kış Okulu'na yönelik genel değerlendirmesi

	Evet (%)	Hayır (%)	Emin değilim (%)
2. Dermatoloji Kış Okulu beklentilerinizi karşıladı mı?	92	0	8
2. Dermatoloji Kış Okulu'nda edindiğiniz bilgileri sonraki meslek yaşamınızda kullanacağınızı düşünüyor musunuz?	98	0	2

Tablo 4. Uzmanlık Öğrencilerinin 2. Dermatoloji Kış Okulu sunumları ve grupların düzenlenmesi ile ilgili geri bildirimleri

2. Dermatoloji Kış Okulu sunumlarının;	%
a) Tümü, teorik olmalıydı	0
b) Tümü, olgu sunumları şeklinde olmalıydı	3
c) Tümü, teorik bilginin, olgu sunumlarının ve algoritmik yaklaşımın karma şekilde verildiği sunumlar olmalıydı	97

**Resim 1.** "2. Dermatoloji Kış Okulu" katılımcıları ve eğitmenlerinin toplu fotoğrafı

2. Dermatoloji Kış Okulu'nda görev alan, eğiticiler ve uzmanlık öğrencileri için temelde okulun amaçları ve öğrenim hedeflerini içeren kılavuzlar hazırladık. Ayrıca, eğiticiler ile sunumların nasıl yapılacağı konusunda 12 Kasım 2009'da Lütfü Tat Simpozyumu sırasında toplantı yaptık. Burada, eğiticilere okul ve bilimsel program hakkında bilgi verdik. Dr. Erkan Alpsoy'un örnek sunumu üzerinden gidilerek okulun amacını ve hedeflerini tartıştık. Ayrıca, aynı oturum içinde yer alan eğiticiler bir araya gelerek, üstlendikleri konu başlığı altında çok önemli buldukları mesajları çıkarmaya

çalıştılar. Bu toplantı sonrasında da iletişime devam ederek oturumlarını yapılandırıp konuşmalarına son şeklini verdiler.

2. Dermatoloji Kış Okulu'nda, hemen uzmanlık öncesi dönemde verilen programın sonunda (<http://www.turkdermatoloji.org/kisokulu/> adresinden programa ulaşılabilir) aşağıdaki temel öğrenim hedeflerinin uzmanlık öğrencilerine kazandırılmasını planladık;

1-Çekirdek müfredat bilgi hedefleri içinde ilk sıralarda yer alan hastalıklara özgü klinik belirtilerin (karşılaşılabilecek farklı şiddet ve görünümdeki hasta tipleri ile) öğrenilmesi,



Resim 2. "2. Dermatoloji Kış Okulu" oturumlarından bir görüntü

2-Klinik belirtilerden yola çıkarak ayırıcı tanı sürecinin planlanıp, tanıya ulaşılması,

3-Hastaya ve duruma özgü akılcı tedavi planlamasının yapılabilmesi ve

4-Hastalıkların önlenabilirliği konusunda fikir sahibi olunması.

Programın hedef kitlesi, yeni yönetmelik de göz önünde bulundurularak, uzmanlık süresinin son yılında bulunan (4 ve 5. yılında) öğrenciler olarak belirlendi ve tüm başvurular değerlendirmeye alındı. Kış okuluna toplam 89 uzmanlık öğrencisi (K/E: 67/22) katıldı.

İkinci Dermatoloji Kış Okulu bilimsel programı içerisinde çekirdek müfredat bilgi hedefleri içinde ilk sıralarda yer alan onlarca konu, 21 oturumda, 27 eğitici tarafından aktarıldı. İkinci Dermatoloji Kış Okulu programında yer alan konuların neredeyse tamamı karşılıklı etkileşimin daha rahat olabilmesi açısından grubun üçe bölünmesi ile oluşturulan yaklaşık 30 kişilik 3 ayrı gruba dönüşümlü olarak verildi. Sadece "Tanınız nedir?" başlıklı iki oturum ve "Tanı ve Tedavide Zorluklar" başlıklı oturum tüm gruba ve *key pad* yardımı ile aktarıldı. Bu nedenle yukarıdaki üç oturum dışında eğiticiler konularını üç kez anlattı. Uzmanlık öğrencilerinin eğitim sürecine soru ve katkılarla katılımı eğiticiler tarafından özellikle teşvik edilmeye çalışıldı.

Uzmanlık öğrencilerine bilimsel programın başında ve sonunda olmak üzere, çoktan seçmeli bir ön test ve son test yapıldı. Test, uzmanlık öğrencilerini değil, kış okulu kapsamında verdiğimiz eğitimin etkin olup olmadığını değerlendirmek için uygulandı. Uzmanlık öğrencilerinin ön testteki ortalama başarı puanı 100 üzerinden 49.16 olarak saptandı. Son testte bu puan 79.82'ye yükseldi.

Bilimsel programda bulunan her oturumdan sonra ("Eğitici Değerlendirme Formu" ve "Oturum Değerlendirme Formu") ve okulun bitiminde ("2. Dermatoloji Kış Okulu Değerlendirme Formu") alınan geri bildirimlerle uzmanlık öğrencilerinin süreci değerlendirmesi sağlandı. Komisyonumuz geri bildirim formları aracılığı ile yapılan öneri ve eleştirilerin gelecekteki kış okulu programlarının daha iyi yapılandırılması konusunda son derece yararlı



Resim 3. "2. Dermatoloji Kış Okulu" oturumlarından bir başka görüntü

olduğuna inanmaktadır. Ayrıca kapanış töreninde temelde okulu değerlendirmeye yönelik kısa sorular hazırlandı ve *key pad* kullanılarak hızlı bir geri bildirim alındı. Böylece 2. Dermatoloji Kış Okulu hakkında genel bir fikir elde edilerek, tüm katılımcılara hızlı bir geri bildirim verilmiş oldu (Tablo 3 ve 4).

İkinci Dermatoloji Kış Okulu programının, uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerine önemli bir katkıda bulunması, biz Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu ve okulda görev alan tüm öğretmenlerin ortak dileğiydi. Aldığımız geri bildirimler ve ön test ile son test arasındaki belirgin fark cesaret verici olup doğru yolda olduğumuzu göstermektedir. Uzmanlık öğrencileri bu organizasyona gönüllü olarak katıldı. Programın işleyişi süresince son derece aktif ve katılımcı bir davranış sergilediler. Tümünü büyük bir dikkat ve düzen içerisinde okula devam ettiler ve sonuçta 2. Dermatoloji Kış Okulu Katılım Sertifikası'nı almaya hak kazandılar.

İkinci Dermatoloji Kış Okulu'nun yapılabilmesi için çok sayıda bilim insanı uzun, özenli, yorucu, ama bir o kadar da keyif verici bir çalışma sergiledi. Bu noktada, Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu, Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu olarak, bizi çalışmalarımızda yüreklendiren ve desteklerini esirgemeyen Eğitim Üst Kurulu'na ve eğiticilere teşekkür etmek istiyoruz.

Yukarıda özetlemeye çalıştığımız süreç içerisinde Türk Dermatoloji Derneği, Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu ile eşgüdüm içerisinde çalıştı. Türk Dermatoloji Derneği, Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu ve onun alt kurullarının bağımsız çalışması konusunda son derece yapıcı bir tutum sergiledi. Bizlerin Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu olarak defalarca bir araya gelmesinde ve 2. Dermatoloji Kış Okulu'nu düzenlememizde başından beri giderek artan bir destek verdi. Tüm bu nedenlerle Türk Dermatoloji Derneği'ne teşekkür ediyor ve önümüzdeki süreçte yeni Kış Okullarında birlikte olmayı diliyoruz.

Saygılarımızla,

Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu adına
Prof. Dr. Erkan Alpsoy

Alopesi Areata ve Akne Vulgarisin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri

The Effects of Alopecia Areata and Acne Vulgaris on Psychiatric State

Taliha Çelik¹, Ayşe Akman², Taha Karaman³, Erdal Başaran², Ertan Yılmaz²

¹Buca Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanı, İzmir, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Özet

Amaç: Psikosomatik hastalıklar grubunda yer alan alopesi areata ve akne vulgarisin ruhsal durum ile ilişkisi ve tedavinin ruhsal faktörler üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla; alopesi areata ve akne vulgarisli hastalar ile kontrol grubu olarak sağlıklı bireyler çalışmaya alındı.

Yöntem: Her grup 25 kişiden oluştu. Her hasta tedavi öncesi ve sonrasında Hamilton depresyon ölçeği, Beck depresyon indeksi, Hamilton anksiyete ölçeği, Maudsley obsesif-kompulsif soru listesi, durumluluk ve süreklilik kaygı envanteri ile değerlendirildi. Kontrol grubu aynı testler ile ilk görüşmede ve üç ay sonra olmak üzere iki kez değerlendirildi.

Bulgular: Alopesi grubunda daha belirgin olmakla birlikte, her iki hasta grubunda tedavi öncesi depresif belirtiler ve anksiyete düzeyleri yüksek olarak saptandı. Tedavi sonrası tüm psikiyatrik belirtilerde belirgin azalma gözlemlendi. Alopesi ve akne grubundaki kadın hastalarda süreklilik kaygısı ve algılanan depresyon bulgularının erkek hastalardan daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin alopesi areata grubundaki kadın hastalarda akne vulgaris grubundan daha belirgin olduğu gözlemlendi. Her iki grupta nüks öyküsü olan hastalarda depresyon bulguları tespit edildi. Alopesi areata grubunda küçük yaşlarda tedaviye yanıtın daha düşük olduğu ve bu hastalarda, hastalık süresinin uzamasına paralel olarak süreklilik kaygısı ve algılanan depresyon değerlerinde artış saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda; alopesi areata ve akne vulgaris hastalarında tedavi öncesi depresyon ve anksiyete bulgularına rastlanması bu hastalarda etkili tedavi yaklaşımının gerekliliğini ortaya koymaktadır. (*Türk J Dermatol 2010; 4: 4-8*)

Anahtar kelimeler: Alopesi areata, akne vulgaris, ruhsal durum, depresyon, anksiyete, çalışma

Geliş Tarihi: 10. 09. 2009

Kabul Tarihi: 27. 01. 2010

Abstract

Objective: In this study, we aimed to evaluate the relationship between psychiatric symptoms and alopecia areata, acne vulgaris which have their places among psychosomatic dermatoses and the effects of treatment on psychiatric symptoms.

Methods: Patients with alopecia areata and acne vulgaris, and healthy people as a control were enrolled in the study. Each group consisted of 25 peoples. Hamilton depression rating scale, Beck depression inventory, Hamilton anxiety rating scale, Maudsley obsessive compulsive questionnaire, state-trait anxiety inventory-1 and state-trait anxiety inventory-2 were evaluated with each patient both before and after treatment. Control group was evaluated with the same test at first interview and three months later.

Results: Depressive symptoms and anxiety levels before the treatment were found to be high in both patient groups, being more significant in alopecia group. Significant improvements in all psychiatric symptoms were observed in both groups after treatment. It is determined that trait anxiety and sensed depression signs were high in female patients in both groups. Trait anxiety and sensed depression signs in female patients in alopecia group were even higher than those in acne group. In patients with recurrence history in both groups, depression signs were observed. In alopecia group, for younger ages, response to treatment was found to be lower and increase in trait anxiety and sensed depression signs were found in these patients being parallel to increasing time of illness.

Conclusion: Finding symptoms of depression and anxiety before the treatment in our study, shows the need for effective management in alopecia areata and acne vulgaris patients. (*Türk J Dermatol 2010; 4: 4-8*)

Key words: Alopecia areata, acne vulgaris, psychiatric state, depression, anxiety, study

Received: 10. 09. 2009

Accepted: 27. 01. 2010

Giriş

Alopesi Areata (AA), inflamasyon bulguları olmaksızın, odaklar şeklinde kıl kaybı ile karakterize bir hastalıktır. Hastalığın etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık, otoimmünite, endokrinolojik ve enfeksiyöz etkenler, emosyonel stres ve nörolojik faktörler suçlanmaktadır (1,2).

Alopesik alanlar sıklıkla saç bölgesinde görülmele birlikte kaş, kirpik ve diğer vücut kıllarında da ortaya çıkabilir. Hastalık remisyon ve nükslerle seyretme eğilimindedir. Genellikle subjektif yakınıma neden olmasa da lezyon genişliğine paralel olarak ciddi kozmetik sorunlara yol açabilmektedir (1-3).

Akne vulgaris (AV), sıklıkla yüzde yerleşen, kronik seyirli, komedon, papül, püstül ve nodülökistik lezyonlarla karakterize ve seyrinde kalıcı skarların gelişebildiği bir hastalıktır (4, 5). Sıklıkla dış görünümün önemli bir unsur olarak kabul edildiği adolesan dönemde ortaya çıkması ve kalıcı sikatrislere neden olması hastalarda bazı ruhsal sıkıntılara yol açabilmektedir.

AA ve AV gibi dış görünümde değişikliğe yol açan hastalıkların kişinin ruhsal yapısı üzerine etkileri ile ilgili pek çok araştırma yapılmıştır. Bu hastalıklardaki ruhsal faktörler, bazı psikiyatrik ölçeklerle değerlendirilir. Çalışmamızda bazı psikiyatrik ölçekler kullanarak, ruhsal faktörlerin AA ve AV ile ilişkisini ve tedavi sonrası etkileşimini araştırmayı amaçladık.

Yöntemler

Hasta seçimi ve izlem

Çalışma, Dermatoloji ve Psikiyatri Anabilim Dallarında ortaklaşa gerçekleştirildi. Yirmi beşer hastadan oluşan gruplar, en az ilkökul mezunu, 13 yaşından büyük, AA ve AV tanısı alan hastalardan oluşturuldu. Hastaların yaşı, cinsiyeti, hastalık süresi, aile öyküsü ve nüks öyküsü sorgulanarak kaydedildi.

AA'lı hastalarda, hastalığın klinik tipi, lokalizasyonu, lezyon sayısı, lezyon çapı ve aktif kenar özellikleri değerlendirildi. Klinik takipte, ek olarak yeni lezyon çıkışı ve vellüs gelişimi izlendi. Hastalara, klinik bulgularına uygun standart tedavi yöntemlerinden; topikal kortikosteroid, antralin, intralezyonel kortikosteroid veya sistemik kortikosteroid protokollerinden birisi verildi. Tedaviye yanıt skorlandırması tam kapanma-1, kısmen veya daha az kapanma-2 olarak yapıldı.

AV'li hastalarda; açık ve kapalı komedon, papül, püstül, nodül ve sikatris varlığı değerlendirildi. Hastalık şiddeti, hafif-1, orta ve şiddetli-2. derece olarak skorlanarak değerlendirildi. Hastanın klinik bulgularına uygun tedavi yöntemlerinden; topikal antibiyotikli ajanlar, komedolitik ve antiinflamatuvar ajanlar, sistemik antibiyotik veya izotretinoin tek başına veya kombine olarak uygulandı. Tedaviye yanıtta tam düzelme-1 ve kısmen düzelme-2 olarak kabul edildi.

AA ve AV gruplarında hastalar birer ay arayla 3 kez kontrol edildi. Hastaların ruhsal durumlarını etkileyecek herhan-

gi bir psikiyatrik ilaç kullanılmadı. Kontrol grubunu en az ilkökul mezunu, 13 yaşından büyük, dermatolojik sorunu olmayan ve psikiyatrik tedavi almayan bireyler oluşturdu.

Psikiyatrik ölçekler ve değerlendirme

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ): Sıfır ile 4 arası skorlanan ölçek 17 sorudan oluşmaktadır. Hastalarda depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer.

Back Depresyon İndeksi (BDİ): Depresyon riskini belirleme, depressif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek için kullanılmakta olan test 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içermekte ve 0 ile 3 arası skorlanmaktadır.

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ): Son 3 gün içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek için kullanılır. Sıfır ile 4 arası puanlandırılan ölçek 14 soru içerir ve her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir.

Durumluluk (STAI-1: State-Trait Anxiety Inventory) - Süreklilik (STAI-2) Kaygı Envanteri: Her biri 20 maddelik iki ayrı ölçekten oluşur. Envanter durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçer.

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKO): Otuz maddeden oluşan ölçek hastada obsesif kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığını ölçer.

Psikiyatrik ölçekler (HDÖ, BDI, HAÖ, MOKO, STAI-1 ve STAI-2) hastalara tedavinin başlangıcında ve sonunda olmak üzere iki kez verildi. Değerlendirmeler, Psikiyatri Anabilim Dalı'nda aynı hekim tarafından yapıldı. Kontrol grubu da aynı testler ile ilk görüşmede ve 3 ay sonra olmak üzere iki kez değerlendirildi. Mümkün olduğunca objektif sonuçlar elde edebilmek amacıyla, iki ayrı depresyon ve anksiyete skalası kullanıldı.

İstatistiksel değerlendirme

Gruplar arası fark tek faktör üzerine yineleyen ölçümlerle varyans analizi (*repeated measure of ANOVA*) yapıldı. Gruplar arasında yaş farkı olduğu için yaş kovaryans olarak alındı. *Post-hoc* testlerde *Scheffe* prosedürü uygulandı. Gruplarda aile öyküsü araştırılırken, grup sayısı nedeniyle parametrik olmayan testler kullanıldı.

Bulgular

AA'da 22, AV'de 21 ve kontrol grubunda 20 sağlıklı birey çalışmayı tamamlayarak değerlendirmeye alındı. AA grubunda, yaşları 14 ile 56 arasında değişen (ort±sd: 29.9±12.3 yıl), 13 erkek, dokuz kadın hasta yer aldı. Ortalama hastalık süreleri 4.8 ay olan olguların, onunda nüks öyküsü ve beşinde aile öyküsü saptandı. Lezyon sayısı tek olan on alopesili hasta ve birden fazla lezyonu olan 12 alopesili hasta vardı. AV grubunu yaşları 14 ile 29 arasında değişen (18.2±3.7 yıl), sekiz erkek ve 13 kadın hasta oluşturdu. Ortalama hastalık süreleri 24.5 ay idi. AV olgularının, sekizinde nüks öyküsü ve yedisinde aile öyküsü saptandı. Kontrol grubunu oluşturan 11 erkek ve dokuz kadının yaşları 14 ile 29 arasında (29.1±8.3 yıl) idi.

Tablo 1. Alopesi, akne ve kontrol gruplarının tedavi öncesi ve sonrası psikiyatrik ölçeklerin ortalaması ve gruplar arası karşılaştırılması

		Alopesi (n=22)		Akne (n=21)		Kontrol (n=20)		F(2,63)	p	İkili Karşılaştırma ^b
		Ort	StHata	Ort	StHata	Ort	StHata			
STAI1	Ted. Ö.	37,872	2,549	37,842	2,810	30,157	2,636	2,898	0,063	FY
	Ted. S.	35,066	2,320	36,474	2,558	29,380	2,400	2,362	0,103	FY
STAI2	Ted. Ö.	45,793	1,814	43,093	2,000	38,180	1,876	4,603	0,014	all>k
	Ted. S.	40,801	1,869	41,280	2,061	35,725	1,934	2,527	0,088	FY
BDI	Ted. Ö.	13,364	2,157	12,702	2,378	6,463	2,231	3,029	0,056	FY
	Ted. S.	9,180	1,953	8,407	2,153	3,225	2,020	2,691	0,076	FY
MOKO	Ted. Ö.	11,384	1,173	11,379	1,293	7,680	1,213	3,162	0,050	FY
	Ted. S.	9,270	1,211	9,802	1,335	6,661	1,252	1,754	0,182	FY
HAO	Ted. Ö.	12,055	1,339	6,268	1,477	1,808	1,385	15,080	0,000	all>k, akne
	Ted. S.	8,290	1,220	6,681	1,346	3,565	1,262	3,931	0,025	all>k
HDO	Ted. Ö.	9,428	1,098	5,346	1,210	1,616	1,135	12,994	0,000	all>k
	Ted. S.	6,331	1,124	5,713	1,239	2,936	1,162	2,562	0,086	FY

b: Bonferroni düzeltmesi, FY: Fark yok

Tablo 2. Psikiyatrik ölçeklerdeki grup, cins ve zaman etkileri ve grup-cins, grup-zaman, zaman-cins ve grup-zaman-cins etkileşimleri

	Grup Etkisi		Cins Etkisi		Zaman Etkisi		G x C Etkileşimi		G x Z Etkileşimi		Z*C Etkileşimi		G*Z*C Etkileşimi	
	F(2,56)	p	F(1,56)	p	F(1,56)	p	F(2,56)	p	F(2,56)	p	F(1,56)	p	F(2,56)	p
STAI1	3,125	0,052	3,693	0,060	0,063	0,803	0,922	0,404	0,356	0,702	0,541	0,465	0,569	0,570
STAI2	4,643	0,014	6,103	0,017	0,008	0,927	0,644	0,529	1,222	0,302	0,034	0,854	1,059	0,354
BDI	4,564	0,015	6,014	0,017	0,471	0,496	3,015	0,057	0,131	0,877	0,590	0,446	0,015	0,985
MOKO	2,454	0,095	1,358	0,249	4,101	0,048	0,319	0,728	0,479	0,622	0,234	0,631	0,114	0,893
HAO	14,569	0,000	1,847	0,180	0,028	0,867	4,000	0,024	5,808	0,005	0,688	0,410	0,170	0,844
HDO	11,184	0,000	3,233	0,078	0,287	0,595	3,222	0,047	4,313	0,018	0,000	0,997	0,071	0,931

Grupların tedavi öncesi ve sonrası psikiyatrik ölçeklerin ortalaması ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. Psikiyatrik ölçeklerdeki grup, cins ve zaman etkileri ve grup-cins, grup-zaman ve grup-zaman-cins etkileşimlerine ait sonuçlar Tablo 2'te özetlenmiştir. Gruplar tedavi öncesi ve sonrası dikkate alınmadan bir bütün olarak değerlendirildiğinde, MOKO ve STAI-1 dışındaki tüm ölçeklerde gruplar arasında fark olduğu saptandı (Tablo 2). Bu farklar tedavi öncesinde STAI-2, MOKO, HDÖ ve HAÖ değerlerinde belirginleşmişti ve AA grubunda, bu alanlarda olumsuz yüksek puan ile karakterize idi (Tablo 1). AA grubu, AV grubundan sadece HAÖ değerlerinde belirgin olarak daha bozuktu ($p<0.000$) ve tedavi sonrasında AV grubu ile bu farklılık kaybolmakta ancak kontrol ile farklılığı devam etmekte idi ($p<0.025$).

Tedavi ve zamanın etkisi ile çok değişken çözümlemelerinde (Zaman etkisi; Tablo 2) MOKO değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşmektedir ($p<0.048$). HDÖ ve HAÖ değerlerinde tedavi ile düşüş AA grubunda istatistiksel olarak anlamlıdır (Zaman x Grup Etkileşimi, Tablo 2).

Başka bir deyişle AA grubunda tedavi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri belirgin olarak düzelmektedir.

Cinsiyetin etkisi süreklilik kaygı ve algılanan depresyonda ortaya çıkmıştır (Tablo 2) ve bu farklılık kadın deneklerde puan yüksekliği ile karakterizedir. Grup x Cinsiyet etkileşimi HDÖ ve HAÖ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlıdır ve AA grubunda kadın deneklerde AV grubuna göre daha belirgin bozulma saptanmıştır.

AA grubunda hastalık süresi arttıkça süreklilik kaygısı ve algılanan depresyonda artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,002$ ve $p=0,032$). AV grubunda ise anlamlı herhangi bir bağıntı ortaya çıkmamıştır. AA grubunda aile öyküsü olmayan hastalarda, aile öyküsü olanlara göre daha çok ruhsal sorun ortaya çıkmaktadır.

Nüks öyküsü olan hastalarda HDÖ ile saptanan depresyon ölçülerinde artış mevcuttur [Nüks temel etkisi, $F(1,38)=4.303$, $p=0,045$]. Gruplar arasında nüks durumuna göre herhangi bir farklılık saptanmamıştır [Grup x Nüks etkileşimi, $F(1,38)=0.680$, $p>0.05$].

Gruplarda hastalık şiddeti ile psikiyatrik ölçekler arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı. Tedaviye yanıt (tam yanıt ve kısmi yanıt olanlar) ile psikiyatrik ölçekler arasında herhangi bir bağlantı saptanamadı. Ancak, AA grubunda küçük yaşlarda tedaviye yanıtın daha düşük olduğu saptandı ($t=2.89$, $df=20$, $p=0.009$).

Tartışma

AA ve AV ile ruhsal faktörlerin ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmekle birlikte, genel kanı bu hastalıkların psikosomatik hastalıklar grubu içinde yer alması gerektiği yönündedir (1,6,7). AA'da depresyon ve anksiyete en sık bildirilen psikiyatrik bulgulardır (8-12). Colon ve ark. (9), AA'lı hastaların %74'ünün yaşamları boyunca, başta major depresyon ve yaygın anksiyete olmak üzere en az bir kez psikiyatrik hastalık tanısı aldığını bildirmişlerdir. Gupta ve ark. (10), çalışmalarında alopesili hastalarda depresyon skorlarının yüksek olduğu ve bu bulgunun hastalık şiddeti ile korelasyon gösterdiğini gözlemlemişlerdir. Çalışmamızda hastalık şiddeti ile ruhsal sıkıntılar arasında anlamlı bir ilişkiye rastlamadık. AA, AV, atopik dermatit, psoriasis ve Behçet hastalığı tanısı almış olgularda depresyon ve intihar eğilimi yüksek bulunmuştur (13,14). AA grubunda daha belirgin olmakla birlikte, her iki hasta grubunda anksiyete ve depresyon bulguları saptanan çalışmamız, Çalikoğlu ve ark. (15)'nin AA'lı hastalarda depresyon ve anksiyete bulguları açısından sağlıklı kontrollere göre fark olmadığı şeklindeki sonuçlarına ters düşmektedir.

Yapılan çalışmalarda çocukluk çağındaki AA hastalarında ruhsal sıkıntılar yönünden erişkin yaş grubuna benzer sonuçlar bildirmiştir (16,17). Liakopoulou ve ark. (17), kız çocuklarda psikiyatrik bulguların daha belirgin olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda, süreklilik kaygısı ve algılanan depresyonun erişkin yaş grubundaki kadın hastalarda daha ön planda olduğu gözlenmiştir. Anksiyete ve depresyon bulgularının kadın hastalarda daha belirgin olması, kültürel faktörlerle ilgili olarak kadınların dış görünümünü daha fazla önemsediklerini göstermektedir.

AV ile ruhsal faktörlerin ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda belli bir görüş birliği yoktur. Bununla birlikte, çalışmaların yapıldığı toplumlar arasındaki farklılıkların sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir (18). Wu ve ark. (19), akneli hastalarda anksiyete seviyesinin arttığı ve anksiyete seviyesinin aknenin şiddeti ile korelasyon gösterdiğini belirtmektedirler. Van der Meeren ve ark. (20), şiddetli aknesi olan hastaların daha nörotik ve kendine güvensiz olduğunu ifade etmektedirler.

Çalışmamızda, hastalık şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasında korelasyon olmaması yukarıdaki çalışma sonuçlarına ters düşmektedir. Ancak bu durum, çalışmamızın sınırlılığı olan hasta sayısının az olması ile ilişkili olabilir. Aktan ve ark. (21), çalışmamızda olduğu gibi hastalık şiddeti ile psikiyatrik bulgular arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış, ancak diğer literatür bilgileri ile uyumlu olarak bu hastalarda minör psikiyatrik bulguların daha sık olduğunu bildirmişlerdir. Yolaç Yarpuz ve ark. (22), psikiyatrik belirtilerin yaş ve eğitim seviyesi azaldıkça arttığını gözlemlediklerini ancak cin-

siyet, akne şiddeti ve lokalizasyonu ile bir ilişki bulmadıklarını belirtmişlerdir. Uslu ve ark. (23) ise psikiyatrik bulguların objektif akne şiddetiyle bir ilişkisinin olmadığını ancak sübjektif akne şiddeti ile ilişkisi olduğunu vurgulamışlardır. Bu durumu destekleyen başka bir çalışmada Yazıcı ve ark. (24), psikiyatrik belirtilerle hastalık şiddeti arasında bir ilişki olmadığını ancak yaşam kalitesindeki bozulma ile ilişkili olduğunu vurgulamışlardır.

Wu (19), Kellett ve ark. (25), şiddetli ve kronik akneli hastalarda psikiyatrik belirtilerin görülmesi yanı sıra bu belirtilerin kadın hastalarda daha belirgin olduğunu vurgulamışlardır. Çalışmamızda da benzer şekilde ruhsal sıkıntıların kadın hastaları daha çok etkilediğini saptadık.

AA ve AV gruplarında nüks öyküsü olan hastalarda depresyon bulguları tespit edilmiştir. Nüks öyküsü olan hastalarda depresyon bulgularının olması hastalığın tekrarlayıcı özelliğinin bilinmesinin kişileri ruhsal sıkıntıya soktuğunu düşündürmüştür.

AA ve AV grubunda kadınlarda ve nüks öyküsü olanlarda ruhsal sıkıntılarının kontrol grubuna göre daha belirgin olması, bu iki özelliğin olumsuz risk faktörü olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. AA grubunda; cinsiyet ve nüks öyküsüne ek olarak hastalığın erken yaşta başlaması, tedaviye yanıt açısından risk oluşturmaktadır. Her iki hasta grubunda, özellikle risk faktörü taşıyan hastalarda ruhsal sıkıntılar açısından daha dikkatli olunmalı ve bu hastalara gerektiğinde hastalığın etkili tedavisinin yanı sıra, psikiyatrik destek de sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. J Am Acad Dermatol 2000;42:549-66.
2. Hordinsky MK. Alopecia areata. In: Olsen EA ed. Disorders of Hair Growth, 1993; p:195-222.
3. Gollnick H, Orfanos CE. Alopecia areata: pathogenesis and clinical picture. In: Orfanos CE, Happle R, editors. Hair and Hair Diseases, 1990; p:529-62.
4. John S, Strauss DM. Diseases of the sebaceous glands. In: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Austen KF, Wolff K, editors. Dermatology in General Medicine, 5th ed. New York: Mc Graw Hill; 1999. p:769-84.
5. Kaminer MS, Gilchrist BA. The many faces of acne. J Am Acad Dermatol 1995;32:S6-14.
6. Folks DG, Kinney FC. The role of psychological factors in dermatologic conditions. Psychosomatics 1992;33:45-54.
7. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: An update. J Am Acad Dermatol 1996;34:1030-46.
8. Koo JYM, Shellow WVR, Hallman CP, et al. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorder. Int J Dermatol 1994;33:849-50.
9. Colon EA, Popkin MK, Callies AL, et al. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. Comprehensive Psychiatry 1991;32:245-51.
10. Gupta MA, Gupta AK, Wattell GN. Stress and alopecia areata: psychodermatologic study. Acta Derm Venereol 1997;77:296-8.
11. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment of illness. Int J Dermatol 2003;42:434-7.

12. Güleç AT, Tanriverdi N, Dürü C, et al. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol* 2004;43: 352-6.
13. Koblenzer CS. Psychotherapy for intractable inflammatory dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 1995;32: 609-12.
14. Gürler A, Tuğcu H, Sayıl I, ve ark. Psychiatric symptomatology of Behçet, psoriasis and alopecia patients. *Turk J Dermatology* 1991;1: 5-9.
15. Çalikoğlu E, Alpay FB. Pruri universalis, alopecia areata, psoriasis vulgaris ve kronik ürtikerde Beck depresyon, Durumluluk ve süreklilik kaygı envanterlerinin değerlendirilmesi. *T Klin Dermatol* 2000;10: 229-32.
16. Arpağ EES, İlnem M, Köşlü A. Psikosomatik dermatozlu çocuklarda depresyon varlığının araştırılması. *Türkderm* 1999;33: 33-6.
17. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, Kakourou T, Tselalidou E. Children with alopecia areata: Psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36: 678-84.
18. Magin P, Pond C, Smith W, Goode S. Acne's relationship with psychiatric and psychological morbidity: results of a school-based cohort study of adolescents. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24: 58-64.
19. Wu SF, Kinder BN, Trunnel TN, et al. Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. *J Am Acad Dermatol* 1988;18: 325-33.
20. Van der Meeren HLM, Van der Schaar WW, Van der Hurk CMAM. The psychological impact of severe acne. *Cutis* 1985;36: 84-6.
21. Aktan Ş, Özmen E, Yavuz Ş, Özkaya N. The psychiatric symptoms in patients with acne vulgaris. *Türkderm* 1994;28: 93-8.
22. Yolaç Yarpuz A, Demirci Saadet E, ve ark. Social anxiety level in acne vulgaris patients and its relationship to clinical variables. *Turk Psikiyatri Derg* 2008;19: 29-37.
23. Uslu G, Sendur N, Uslu M, et al. Acne: prevalence, perceptions and effects on psychological health among adolescents in Aydın, Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22: 462-9.
24. Yazici K, Baz K, Yazici AE. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18: 435-9.
25. Kellett SC, Gawkrödger DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1999;140: 273-82.

Fototerapi Kalitesinin Arttırılması Yolunda İlk Adım: Fototerapi Ünitesinden Hasta İzlenimleri

First Step for Improving Phototherapy Quality: Patient Impressions and Feedback Regarding the Phototherapy Unit

Ekin Şavk, Meltem Uslu, Arzu Görgülü Eraslan, Neslihan Şendur, Göksun Karaman
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Özet

Amaç: Fototerapi/fotokemoterapi ile ilgili hastaların algılamalarına yönelik bilgi azdır. Bu çalışmada hastaların fototerapi/ fotokemoterapiye yönelik duygu ve düşüncelerinin öğrenilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ünitimizde 2000-2006 tarihleri arasında fototerapi alan hastalardan kliniğimize gelerek 20 soru içeren anketi doldurmaları istenmiştir. Telefonla ulaşılabilen 78 hastadan 52'si anketleri yanıtlamışlardır.

Bulgular: Yaşları 5 ile 76 arasında değişen (ortalama 42.1±15.9) hastaların 26'sı kadın, 26'sı erkektir. Büyük çoğunluğu psoriasis (%55.8) ve vitiligo (%26.9) nedeniyle fototerapi almıştır ve en sık kullanılan tedavi yöntemleri dar bant UVB (%65), lokal PUVA (%23) ve PUVA'dır (%6). Hastaların çoğu (%73) fototerapi ünitesinde olumlu bir ortam ve iyi bir tutumla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Ünite hastalar tarafından "sıkışık", "kalabalık" fakat aynı zamanda "umut verici" olarak tanımlanmıştır. Fototerapiyle ilgili olarak en sık tariflenen güçlükler üniteye ulaşmak için yolculuk etme gereği, fotoduyarlandırıcı ilaç kullanımı ve yüksek sağaltım maliyetidir. Hastaların %76'sı eğer gerekirse fototerapi almayı diğer sağaltım seçeneklerine tercih edeceğini bildirirken fototerapi ünitesinde görevli hekim en fazla iyileştirme ihtiyacının fark edildiği faktör olarak saptanmıştır.

Sonuç: Bazı çekinceler taşımakla birlikte fototerapi günümüzde çeşitli deri hastalıklarının sağaltımında tercih edilen bir seçenektir. Fototerapi ünitemizde olumsuz bazı fiziksel koşullar olsa da sağaltım kalitesinin geliştirilmesi için ilk atılacak adımın daha çok sağaltımın insani yönü, özellikle de hasta-hekim iletişimine yönelik olması gerekmektedir.

(*Turk J Dermatol 2010; 4: 9-13*)

Anahtar kelimeler: Fototerapi, hasta, geribildirim

Geliş Tarihi: 29. 06. 2009

Kabul Tarihi: 13. 01. 2010

Abstract

Objective: We aimed to learn about patients' feelings and thoughts regarding phototherapy/photochemotherapy.

Methods: Patients treated at our phototherapy unit between 2000-2006 were asked to fill out a questionnaire including 20 questions. Fifty-two of 78 patients contacted answered it.

Results: Twenty-six were women and 26 were men, aged between 5 and 76 (mean age 42.1±15.9). Majority of patients had been treated for psoriasis (55.8%) and vitiligo (26.9%). Most commonly used modalities were narrow band UVB (65%), local PUVA (23%) and PUVA (6%). Majority of patients (73%) reported that they "always" experienced a favorable atmosphere and had a fair reception in the phototherapy unit. The unit was described as "congested", "crowded", but also a place which was found to be "promising improvement of skin disease". Most frequently mentioned difficulties of phototherapy were trips to the unit, use of photosensitizing medication and the relatively high cost of treatment. 76% stated that they would prefer phototherapy rather than other treatment alternatives. The attending physician of the phototherapy unit was found to be the factor most in need of improvement.

Conclusion: Although unfavorable physical conditions of the phototherapy unit exist, the first step in improving treatment quality should be geared towards the more human component of treatment, namely the physician patient interaction.

(*Turk J Dermatol 2010; 4: 9-13*)

Key words: Phototherapy, patient, feedback

Received: 29. 06. 2009

Accepted: 13. 01. 2010

Giriş

Fototerapi çeşitli deri hastalıklarının sağaltımında önemli yere sahip bir alternatiftir (1). Yeni ışınlama teknikleri ve donanımlarının geliştirilmesi yanında fototerapi endikasyonlarının da giderek artması ile bu fiziksel sağaltım yöntemi her geçen gün daha da yaygın kullanım alanı bulmaktadır. Dermatoloji ve fotobiyoloji literatürü, fototerapinin çeşitli dermatozlarda ve popülasyonlardaki etkinliği, farklı uygulama teknikleri, kısa ve uzun vadedeki istenmeyen etkileri gibi konularda son derece zengindir (2,3). Ancak fototerapi uygulanan hastaların bu sağaltım yöntemi ile ilgili yönelimlerine ait veriler ise henüz yeterli olmaktan uzaktır. Hastaların kendi perspektiflerinden fototerapi deneyimlerinin irdelenmesi bu sağaltım seçeneğinin olumlu ve olumsuz bazı yönlerini daha iyi açığa çıkarmaya yardımcı olabilecek; fototerapi uygulamalarındaki eksiklik ve aksaklıkların saptanmasına, bunların giderilmesine ve fototerapi ünitelerinin işlevselliğinin artmasına da katkısı olacaktır.

Başlangıcı MÖ 1400'lere dayanan fototerapi yapay UV ışını yayan lambaların geliştirilmesini izleyen yıllarda ve özellikle de 20. yüzyılın ikinci yarısında yaygın kullanım alanı bulmuştur (4). Ülkemizde de dermatolojide modern anlamda fototerapinin kullanımı 1984 yılından bu yanadır (5). Göreceli olarak yeni kurulmuş bir üniversite olan Adnan Menderes Üniversitesi'ndeki fototerapi ünitemiz ile 2000 yılından bu yana Aydın merkezi ve çevre ilçelerindeki hastalara yönelik fototerapi hizmeti vermekteyiz. Bu çalışmamızda hastalarımızın ünitemiz ve fototerapi ile ilgili izlenimlerinin öğrenilmesi hedeflenmiştir. Elde edilen verilerin gelecekte hem kendi ünitemiz hem de ülkemiz genelindeki fototerapi uygulamalarının etkinleştirilmesine katkıda bulunacağı umulmuştur.

Yöntem ve Gereçler

Bu geriye dönük çalışma başlangıcında Ocak 2000 ile Kasım 2006 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Fototerapi Ünitesi'nde izlenen hastaların dökümü yapılarak bu üniteye 130 hastanın sağaltım görmüş olduğu saptanmıştır. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan çalışma için onay alınmasını takiben bu hastaların tümüne telefon ile ulaşılmaya çalışılmış; çalışma ile ilgili bilgilendirmeyi takiben önce aydınlatılmış onay formunu doldurmaları, ardından da fototerapi ile ilgili izlenim ve görüşlerini öğrenmek amacıyla hazırlanmış olan bir anket formunu yanıtlamaları istenilmiştir.

Anket: Hazırlanan ankette demografik verilerin yanı sıra, hastaların fototerapiyle ilgili terimlerden daha önce haberdar olup olmadığı, sağaltım öncesi bilgilendirme düzeyinin yeterliliği, mahremiyetinin korunmasında bir sorunun varlığı sorgulanmış, bunun yanı sıra ünitenin hastada yarattığı izlenim 16 betimlemeden uygun gördüklerini işaretlemesi istenerek araştırılmıştır. Ankette yer alan diğer sorular sağaltımın olası zorlukları (maliyet, hastaneye gelip gitme, tekrar-

lanan laboratuvar incelemeleri, konsültasyonlar, kullanılan ilaçlar, karşılaştığı davranış), hastanın fototerapi teknisyeni ve fototerapi sorumlu hekimi hakkındaki görüşleri, fototerapi ve diğer sağaltım seçenekleri arasındaki tercihi ile fototerapi başarısının (10 üzerinden) değerlendirilmesini kapsamaktadır.

Hastaların fototerapi ile elde ettikleri klinik iyileşme, hasta dosyalarındaki muayene verileri incelenerek 5 üzerinden yapılan bir değerlendirme ile (1=yanıtsız, 2=az yanıt, 3=kısmi yanıt, 4=tama yakın yanıt, 5=tam yanıt) kaydedilmiştir. Veriler SPSS 10 programı aracılığıyla analiz edilmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirildiği fototerapi ünitesi ve işleyişi:

Ünite kabin hariç tutulduğunda 5 m² lik bir hareket alanı bulunan küçük bir odada yerleşmiştir. Bu üniteye bir dar bant UVB ve UVA ışını verebilen kabin ile lokal UVA ve UVB cihazları bulunmaktadır. Üniteye özel bir bekleme yeri olmayıp burada sağaltım gören hastalar dermatoloji polikliniğinin genel bekleme salonunu kullanmaktadır. Fototerapi ünitesinde sağaltımdan sorumlu bir asistan hekim ve fototerapi teknisyeni sürekli olarak bulunur ve hekim ayda bir kez olmak üzere hastaların rutin muayenelerini yapar, direkt hasta ile iletişime ya da fototerapi teknisyeni aracılığıyla hastaların sorunlarından haberdar olur ve gerekli müdahalede bulunur. Asistan hekimler aylık rotasyonlar ile bu üniteye çalışır ve hastalarla ilgili kararları sorumlu öğretim üyesine danışarak alırlar. Bölüm işleyişine göre bu hekim bazı aylarda fototerapi ünitesi hastalarının yanı sıra başka poliklinik hastalarının hizmetinden de sorumlu olur ve bu diğer hastaları da bu ünite içinde perde ile ayrılmış bir bölümde muayene eder.

Bulgular

Fototerapi ünitesi ile ilgili veriler:

Telefon aracılığıyla fototerapi ünitesinde izlenmiş olan 130 hastanın 78'ine (%60) ulaşılabildiği; bu hastaların da 52'si (%67) anketi yanıtlamıştır. Çalışmaya katılmış olan 52 hastanın 26'sı (%50) kadın, 26'sı (%50) erkektir. Yaşları 5-76 arasında değişen (ortalama 42.1±15.9) hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında %48'inin ilkökul, %29'unun üniversite-yüksek okul mezunu, %23'ünün lise mezunu olduğu görülmüştür. Mesleki dağılım incelendiğinde dokuz öğretmeni olmak üzere 20 (%38) devlet memuru ile 15 (%29) ev hanımı yanında 6 öğrenci, 5 emekli, 3 esnaf ve birer hekim, psikolog ve çiftçinin fototerapi ünitesinden yararlandıkları görülmüştür. Herhangi bir sosyal güvencesi olmaksızın fototerapi gören hasta sayısı 9'dur (%17.3). Hastaların %55.8'i psoriasis (%40.4 psoriasis vulgaris, %15.4 palmoplantar psoriasis), %26.9'u vitiligo tanılı ile fototerapi görmüşlerdir. En sık (%65) uygulanan fototerapi yöntemi dar bant UVB olup bunu %23 ile lokal PUVA, %6 ile PUVA, %4 ile tarak UVB ve %2 oranında retinoik asit-dar bant UVB kombinasyonu izlemiştir. Hastaların %84'ü daha önce topikal sağaltım, %19'u asitretin, %16'sı sistemik kortikosteroid, %12'si siklosporin ve %6'sı da metotreksat kullanmışlardır.

Tablo 1. Hastaların fototerapi ünitesi ile ilgili genel izlenimleri

Olumsuz	%	Olumlu	%
Sıkışık	37	Umut verici	87
Kalabalık	17	Temiz	54
Isı ayarı iyi değil	10	Düzenli	54
Ürütücü	10	Modern, ileri teknolojiye sahip	46
Gürültülü	6	Ferah	23
Pis	6	Etkileyici	12
Dağınık	2	Şaşırtıcı	6
Karanlık	2		
Laubali	2		

(Veriler hastaların 16 betimlemeden uygun gördüklerini işaretlemeleri istenerek elde edilmiş olup birden fazla seçeneği işaretleme hakkı mevcuttur)

Tablo 2. Hastaların fototerapi sorumlu hekimi ile ilgili değerlendirmeleri

	Evet %	Hayır %
Sorumlu doktor tarafından muayenelerim aylık olarak düzenli yapıldı.	63	37
Her muayenemde aynı sorumlu doktor tarafından değerlendirilmeyi tercih ederdim.	48	52
Sorumlu doktorun bilgi düzeyi yeterli idi.	42	58
Sorumlu doktorun kim olduğunu anlamadım.	30	70
Sorumlu doktorun benimle yeterince ilgilenmediğini düşünüyorum.	21	79
Kontrollerimin daha sık yapılmasını isterdim.	20	80
Sorumlu personel zaten tedaviyi uyguluyor, ayrıca hekimin varlığına gerek yok.	20	80

Fototerapi ünitesi ile ilgili hastaların genel izlenimleri değerlendirildiğinde, hastaların her zaman (%73) ya da genellikle (%27) fototerapi ünitesinde olumlu bir ortam ve iyi muamele gördüklerini belirttikleri görülmüştür. Üniteyle ilgili en sıklıkla dile getirilen olumlu betimlemeler umut verici, temiz ve düzenli olması iken en sık ifade edilen olumsuz betimlemeler ise ünitenin sıkışık ve kalabalık olmasıdır. Üniteye ilişkin hasta düşüncelerinin ayrıntıları Tablo 1'de sunulmuştur.

Hastaların %35'i PUVA, fototerapi, UVB gibi terimleri ilk kez bu üniteye duyduğunu belirtmişlerdir. Çoğunluğu (%80) sağaltım öncesi yapılan bilgilendirmeyi uygun ve yeterli bulmuş, sağaltım gördüğü üniteye mahremiyetinin zedelenmediğini ifade eden hasta olmamıştır. Fototerapi teknisyeni ile ilgili dış görünümü, güler yüzlü ve içten oluşu, hastayla ilgilenmesi, kayıt tutma, hasta sorunlarını paylaşması ve bunları hekime iletmesi, bilgi düzeyi şeklinde sıralanan özellikler %83 ya da daha yüksek oranda "iyi" ya da "çok iyi" olarak değerlendirilmiştir. Fototerapi sorumlu hekimleri ile ilgili yanıtların dökümü Tablo 2'dedir.

Tablo 3. Fototerapi ile ilgili hastaların karşılaştıkları güçlükler

	Sıkıntı nedeni değil (%)	Belirgin sıkıntı nedeni (%)	Bir miktar sıkıntı nedeni (%)
Sürekli hastaneye gelme gereği	50	14	36
Tedavi sırasında kullanılan ilaçlar	67	17	16
Yüksek tedavi maliyeti	77	5	18
Tedavi öncesi ve sırasında istenen konsültasyonlar	81	11	8
Tekrarlanan laboratuvar incelemeleri	83	3	14
Fototerapi ünitesinde karşılaşılan davranış	92	0	8

Fototerapi ile ilgili olarak hastaların en sıklıkla yaşadığı sorun sürekli hastaneye gelme gereğidir (%50). Sağaltım sırasında kullanılan ilaçlar ikinci, sağaltım maliyeti üçüncü sırada, fototerapi süresince istenen konsültasyonlar, kan tetkikleri ve üniteye karşılaştığı davranış ise daha seyrek olarak sıkıntı nedeni olmuşlardır. Fototerapi ile ilgili hastaların karşılaştıkları güçlüklerin sıklığı ve derecesi ile ilgili veriler Tablo 3'te sunulmuştur.

Hastaların fototerapi sağaltımına yönelik tercih ve değerlendirmeleri:

Hastalardan fototerapiyi diğer sağaltım alternatifleri ile karşılaştırılmaları istenildiğinde %29'u bu soruyu yanıtsız bırakmış; yanıtlayanlar içinde ilk sırada tercih edilen tedavi yöntemi (%75.7) fototerapi olmuştur. Bunu ikinci sırada topikal sağaltım (%16.2), azalan oranlarda da asitretin (%5.4) ve metotreksat (%2.7) izlemiş, siklosporin ve sistemik kortikosteroidler hiçbir hastanın ilk tercihi olmamıştır. Fototerapiyi tercih etme açısından psoriasis vulgaris, palmoplantar psoriasis ve vitiligo tanılarını ile izlenmiş olmak herhangi bir farklılık yaratmamıştır ($p=0.28$).

Hastalardan fototerapi ile elde edilen iyileşmeyi 10 üzerinden değerlendirmeleri istendiğinde, ortalama olarak 6.5 ± 2.3 puan verilmiştir. Tanılara göre psoriasis vulgaris (7.11) > vitiligo (5.86) > palmoplantar psoriasis (5.62) sıralamasını izlemekle beraber, farklı dermatolojik tanılar olan hastalara verilen başarı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.26$). Hastanın fototerapi başarı puanı, fototerapi ünitesinin umut verici olarak tariflenmesi ile ilişkili bulunmuştur ($p=0.03$).

Tartışma

Hekimlerin sağaltım başarısını değerlendirmede genellikle göz önüne aldıkları parametre hastalık halinde elde edilen iyileşme/düzelmedir. Bunun dermatolojik bir örneğini psoriasis sağaltımı ile ilgili çalışmaların sık kullanılan bir ölçüm aracı olan ve hastadaki lezyonların tutulum alanı ile morfolojilerine dayandırılmış *Psoriasis Alan Şiddet İndeksi* (PAŞİ) oluşturur (6). Ancak sağaltımın başarısı, hastalığın iyileşmesinden daha farklı bir anlam taşıyabilir (7). Sağaltım

başarısını arttırmaya yönelik uygulamaların bir örneği en uygun poliklinik hizmeti şartları mevcut olsa da hastaların yine de yatırılarak tedavi edilmesidir (8). Hekimlerin çabalarının esas hedefi hastalığın sağaltımı yoluyla “tam bir iyilik hali”ne ulaşmak olduğundan bir yandan hastalıktaki iyileşme izlenirken aynı zamanda uygulanan sağaltım ile ilişkili olarak hasta memnuniyetinin de sağlandığını bilmek önemlidir. Dolayısıyla hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, asıl amaca hizmet eden önemli unsurlardan biri olmaktadır. Bu memnuniyetin değerlendirilmesi için hastanın sağaltım yöntemi ve uygulamasına bakışı, sağaltıma bağlı olarak yaşadığı sorunlar, sağaltımı ne kadar başarılı bulduğu vb. parametrelerin araştırılması gerekir.

Bu çalışmada yaş ve hastalık olarak birbirinden oldukça farklılıklar gösteren hastaların oluşturduğu bir popülasyonda, fototerapiye hasta bakışı değerlendirilmiştir. Hastaların yaklaşık 2/3’si fototerapi ile ilgili terimlerinden daha önce haberdar olan bireylerdir. Büyük bir çoğunluğu fototerapi/fotokemoterapi öncesi yapılan bilgilendirmeyi yeterli bulmuş ve üniteyi umut verici olarak tariflemişlerdir. Hastaların yarısından fazlası da bu mekanı temiz ve düzenli bulmuştur. Her ne kadar birkaç işin birden yapıldığı küçük bir mekan olan fototerapi ünitesi burada çalışan hekimlere karmaşalı bir yer görünümü verse de, hastalar üniteyi genel anlamda olumlu bir ortam olarak değerlendirmiştir. Bu nedenle birim, beklentimizden çok daha az oranda ‘sıkışık ve kalabalık’, daha yüksek oranda da ‘temiz ve düzenli’ olarak ifade edilmiştir. Fototerapi ünitesinde çalışan hekimler açısından bakıldığında ünitenin bir köşesinde hasta muayenesi yapılırken diğer bir köşede başka bir hekimin bilgisayarda çalışıyor olması, aynı anda diğer bir hastanın fototerapi kabini-ne giriyor olması ve ortamdaki gürültü, dikkat dağıtıcı, mahremiyeti zedeleyici, kargaşalı bir ortam yaratmaktadır. Aynı “hareketli” ortamın hastalarca rahatsız edici olarak algılanmamasında seans süresince kabin dışından seslerin kişilerin kendilerini yalnız hissetmemelerine yardımcı olmasının ve hatta seansın tamamlanmasını bekledikleri dakikalarda bir meşguliyet sağlamanın payı olduğu düşünülebilir.

Hastalar genel olarak fototerapi ünitesindeki ortamı olumlu değerlendirmişler ve birimdeki en pozitif düşünceleri özellikle fototerapi personeli ile ilgili olmuştur. Ünite ile ilgili en çarpıcı sorun, ya da iyileştirme ihtiyacı saptanan faktör ise fototerapi sorumlu hekimi olarak karşımıza çıkmıştır. Bu sonucun nedenlerinden biri hekimlerin gerek hastalar ve dermatozları gerekse de fototerapi ile ilgili bilgi birikimlerinin fototerapi ünitesi personeline fazla olmasına karşın, meşguliyetleri ya da hastalara aktarmalarındaki yetersizlik olabilir. Görevi yalnızca fototerapiye giren hastalarla ilgilenmek olan personel konusunda olumlu düşüncelerin olması iyi bir durum olmakla birlikte, bir sakıncası hastaların hekimden çok personele güven duyması olasılığıdır. Diğer taraftan hekimlerin bilgilerinin yetersiz olarak algılanması, hekimin donanımını hastaya aktarmasındaki yetersizlikten kaynaklanmıyor olabilir; bir çalışmada hastaların çoğunun derilerinin durumu konusunda yeterli bilgileri olmasına karşın hala daha fazlasını istediklerine inandıkları görülmüş ve bilgi ve eğitimin, mevcut olmasına karşın,

her zaman hastanın daha fazla “anlamlı” neden olabileceği yorumu yapılmıştır (8). Ayrıca hekim ile hastanın karşılaştığı ortamın da hastaların hekimle ilgili görüş ve beklentileri üzerine etkileri olabilmektedir (9). Bu çalışmada hekimler sıkışık ve karmaşalı bir ortamda çalışmalarını nedeniyle hasta açısından daha olumsuz yönde algılanmış olabilirler. Fototerapi ünitesi sorumlu hekimlerinin çalışma düzenlerinin gözden geçirilmesi ve hastalar ile iletişimin öneminin vurgulanmasına gereksinim vardır.

Bu anket çalışmasının bizce başarılı olan bir yönü de, hastaların fikirlerini çekinmeden belirtebilmiş olmalarıdır. Hasta memnuniyetine yönelik araştırmaların çoğunda, pek çok memnuniyet ifadesinin altında yaşanan olumsuz deneyimleri, suçlanma hissi nedeniyle gizlediği bulunmuştur (10). Bu nedenle araştırmaların verilen hizmetin değerlendirilmesinden hasta deneyimlerine ve memnuniyetten çok memnuniyetsizliğe odaklanması önerilmiştir. Bu çalışma, hastaların bu şekilde olumsuz deneyimlerini ifade etmelerine fırsat tanımıştır ve bu nedenle amacına iyi hizmet ettiği düşünülmektedir.

Hastalarımızın fototerapi ile ilgili en sık yaşadıkları sorun sürekli hastaneye gelip gitme olarak belirtilmiştir (%50). Ev fototerapisinin gerekliliği ve etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada fototerapi gören psoriasisli hastaların %42’si hastanede uygulanan fototerapinin günlük yaşamlarında güçlük nedeni olduğunu belirtmişlerdir. Bu hastalar hastaneye gidip gelmek için zaman ayırmak, iş/ev hayatlarında düzenleme yapmak gerektiğini ifade etmişlerdir (11). Hastalarımızın fototerapiye olan uyumlarını arttırmanın, yaşadıkları güçlükleri en aza indirebilmenin önemli bir yolu sağaltım protokolü oluştururken hastaların uyabilecekleri fototerapi sıklığı ve saatlerinin sağaltım başlangıcında hasta ile görüşülerek ayarlanması ve fototerapi ünitelerinin çalışma saatlerinin arttırılması olabilir.

Bir sağaltım seçeneği olarak fototerapi ile ilgili hasta görüşlerine yer verilen çalışma verileri genellikle psoriyatik hasta gruplarına aittir ve farklı araştırmalarda saptanan hasta düşünceleri farklılık göstermiştir (12,13). Opmeer ve ark. (13), psoriyatik hastaların çeşitli yan etkiler ve uygulama zorluğu gibi nedenler gözetildiğinde metotreksat ve siklosporin gibi oral uygulanan sistemik sağaltımları diğer seçeneklere tercih etme oranlarının, fototerapi/fotokemoterapiden daha fazla olduğunu (%30-33’e karşı %8-14) bildirmişlerdir. Buna karşılık 1197 psoriasisli hasta ile yapılan bir başka çalışmada hastaların sağaltım başarısını göz önünde bulundurulmaksızın uygulanan sağaltımdan duydukları memnuniyet araştırılmış; diğer sistemik ajanlara kıyasla fotokemoterapiden duyulan hoşnutsuzluğun / memnuniyetsizliğin anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır (14). Bu çalışmada hoşnutsuzluk / memnuniyetsizlik oranı metotreksat ve asitretin için %36, siklosporin için %46 iken PUVA için sadece %14 olarak bildirilmiştir. Sonuçlarımız bu araştırmadakinine paralel olup, bizim izlediğimiz olgularımızda da fototerapi, diğer sistemik ve topikal sağaltım alternatiflerine göre en sık tercih edilen seçenek olarak saptanmıştır. Anketimizi yanıtlayan hastalar fototerapinin diğer sağaltım seçeneklerine tercih edilmesinin nedenlerini ortaya koyan, özel açıklamalarda bulunmamışlardır. Ancak diğer sorulara

verdikleri bazı yanıtlardan yola çıkarak hastaların fototerapi ünitesinde karşılaştıkları olumlu ortam ile personel desteğinin bu tercihe katkısı olabileceği düşünülmüştür. Fototerapi sırasında hastaların hissettikleri ve düşündükleri ile iyileşme hızı arasında ilişki olduğu, fototerapi sırasında meditasyon programının da uygulandığı bir çalışmada gösterilmiştir (15). Ayrıca, fototerapinin sıra dışı doğası, topikal ya da sistemik medikasyon kullanımı gibi daha geleneksel sağıltım yöntemlerine benzememesi, aslında hastalarda ayrıcalıklı bir sağıltım gördükleri duygusunu da uyandırıyor olabilir. Bu bir spekülasyon olmakla birlikte, ışığın yarattığı psikolojik olumlu katkı ile birlikte düşünülürse, fototerapinin tercih edilmesinde sağıltımın başarısı, güçlükleri ve yan etkileri gibi somut olarak gözlenebilen etkileri dışında, hastaların kendilerini ruhsal açıdan daha iyi hissetmeleri de tercihlerinde rol oynayabilir.

Sonuç olarak, hasta perspektifinden fototerapi deneyiminin irdelendiği bu çalışmamızda fototerapinin hastalarımızca tercih edilen bir sağıltım seçeneği olduğu ve hastalarımızın fototerapi ünitemiz ile ilgili genellikle olumlu izlenimlerinin bulunduğu saptanmıştır. En fazla iyileştirme gereksinimi gösteren faktör olarak fototerapi ünitesinde görevli hekimin belirlenmiş olması, ünitemizin sağıltım kalitesinin geliştirilmesi için ilk atılacak adımın daha çok sağıltımın insani yönü, özellikle de hasta-hekim iletişimine yönelik olması gerektiğini düşündürmüştür. Ülkemizdeki diğer fototerapi ünitelerinde yapılacak olan benzer değerlendirmelerin uygulamalardaki eksiklik ve aksaklıkların saptanmasına ve giderilmesine yardımcı olacağı ve fototerapi ünitesinin işlevselliğinin artmasına katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

Kaynaklar

- Hönigsmann H, Szeimies RM, Knobler R. Photochemotherapy and Photodynamic Therapy. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Ed. Wolf K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. 7th ed. New York, Mc-Graw-Hill, 2008;2249-62
- Hönigsmann H, Schwarz T. Ultraviolet Light Therapy. Dermatology. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rappini RP, Horn TD, Mascaro JM, Mancini AJ, Salasche SL, Saurat JH, Stingl G. 1st ed. Edinburgh, Mosby-Elsevier Science, 2003;2109-25
- Hözle E. Physical therapy: Light, Cold, Heat. Dermatology. Ed. Burgdorf WHC, Plewing G, Wolff HH, Landthaler M. 3rd ed. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2009;1594-601
- Roelandts R. The history of phototherapy: Something new under the sun? J Am Acad Dermatol 2002;46:926-30
- Boztepe G, Demirgüleş E, Altaykan A ve ark. Bir fototerapi ünitesinin 20 yıllık öyküsü. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2006;16:7-13
- Henseler T, Schmitt-Rau K. A comparison between BSA, PASI, PLASI and SAPASI as measures of disease severity and improvement by therapy in patients with psoriasis. Int J Dermatol 2008;47:1019-23
- Feldman SR, Nijsten T, Margolis DJ, Rolstad T. Systemic therapy does not usually clear psoriasis, but treatment success does not require clearing. J Am Acad Dermatol 2005;52:140-1
- Ayyalaraju RS, Finlay AY, Dykes PJ, et al. Hospitalisation for severe skin disease improves quality of life in the United Kingdom and the United States: A comparative study. J Am Acad Dermatol 2003;49:249-54
- Kanzler MH, Gorsulowsky DC. Patients' attitudes regarding physical characteristics of medical care providers in dermatologic practices. Arch Dermatol 2002;138:463-6
- Collins K, O'Cathain A. The continuum of patient satisfaction-from satisfied to very satisfied. Soc Sci Med 2003;57:2465-70
- Cameron H, Yule S, Moseley H et al. Taking treatment to the patient: development of a home TL-01 ultraviolet B phototherapy service. Br J Dermatol 2002;147:957-65
- Lim C, Brown P. Quality of life in psoriasis improves after standardized administration of narrowband UVB phototherapy. Aust J Dermatol 2006;47:37-40
- Opmeer BC, Heydendael VMR, deBorgie CAJM et al. Patients with moderate-to-severe plaque psoriasis preferred oral therapies to phototherapies: a preference assessment based on clinical scenarios with trade-off questions. J Clin Epidemiol 2007;60:696-703
- Nijsten T, Margolis DJ, Feldman SR et al. Traditional systemic treatments have not fully met the needs of psoriasis patients: results from a national survey. J Am Acad Dermatol 2005;52:434-44
- Kabat-Zinn J. Participatory medicine. JEADV 2000; 14:239-40

Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Akne Vulgaris ve Melasma Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı: Anket Çalışması

Complementary and Alternative Medicine use Among Patients with Acne Vulgaris or Melasma in Dermatology Clinic: a Questionnaire Survey

Çiçek Durusoy¹, A.Tülin Güleç², Elif Durukan³, Coşkun Bakar³

¹*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Alanya, Antalya, Türkiye*

²*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye*

³*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye*

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı akne vulgaris (AV) veya melasma tanısı almış hastalarda, tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) kullanım sıklığı, tercih edilen yöntemler ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışmaya Alanya Başkent Üniversitesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran AV veya melasma tanısı alan toplam 73 hasta alındı. Hastalara, sosyodemografik özellikleri, hastalıklarının fiziksel, psikolojik ve iş/ arkadaşlık ilişkilerine olumsuz etkileri, TAT yöntemlerine başvurma durumlarını sorgulayan anket formu uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 54'ü AV ve 19'u melasma tanısı almıştı. TAT kullanma oranı %52,1 olup, AV'li hastaların %57,4'ü ve melasmalı hastaların %36,8'i TAT kullanmıştı. Kadınların erkeklere göre ve hastalıkları nedeniyle iş/arkadaşlık ilişkilerinde sorun yaşayanların yaşamayanlara göre daha yüksek oranda TAT kullandığı saptandı. TAT kullanan hastaların tümü bitkisel ürünleri tercih etmişlerdi ve hastaların %63,2'i yöntemleri aile ve/veya arkadaşlarından öğrenmişlerdi.

Sonuç: Verilerimiz, AV'li ve melasmalı hastaların TAT yöntemlerine sık başvurduğunu göstermektedir. Tıbbi tedavilerle etkileşerek tedavi sonucunu etkileyebilecekleri için, dermatologlar hastalarında TAT kullanımını sorgulamalıdır.

(*Turk J Dermatol 2010; 4: 14-7*)

Anahtar kelimeler: Akne vulgaris, fitoterapi, melasma, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler

Geliş Tarihi: 05. 10. 2009

Kabul Tarihi: 27. 01. 2010

Abstract

Aims: To determine the prevalence rate and types of complementary and alternative medicine (CAM) use among patients diagnosed with acne vulgaris (AV) or melasma, and to identify the factors influencing the use of CAM.

Method: This study included 73 patients who attended dermatology outpatient clinic in Alanya Başkent University and diagnosed with AV or melasma. Each patient was asked to answer a questionnaire consisting of sociodemographic information and negative impact of their disease on their psychological and physical health status and work/friendship relations, their history of using CAM methods.

Results: Of the study patients, 54 were diagnosed with AV and 19 with melasma. The proportion of CAM use was 52,1% in total; 57.4 %of AV and 36,8%of melasma patients had used CAM. Females with regard to the males, those having problems in work/ friendship relations with regard to those who have not, were using CAM in high proportion. All CAM users have applied phytotherapy, and 63,2 %of the patients have learned these methods from family members and/or friends.

Conclusion: Our results show that CAM use is common in patients with AV and melasma. Since the CAM methods have the potential of influencing the outcomes of the disease by interacting with the medical treatment modalities, dermatologists should enquire about CAM use as it may by. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 14-7*)

Key words: Acne vulgaris, complementary and alternative medicine, melasma, phytotherapy

Received: 05. 10. 2009

Accepted: 27. 01. 2010

Giriş

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT), Amerikan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi tarafından “standart tıbbi tedavilerin dışında kalan çeşitli sağlık bakım sistemleri, uygulamaları ve ürünleri” olarak tanımlanmaktadır (1,2).

TAT kullanımını son yıllarda gelişmekte olan ve endüstrileşmiş birçok ülkede artmıştır (2). Dermatoloji hastalarında TAT kullanımını %35-69 arasında değişmektedir (3, 4). “Fitoterapi”, doğal bitkileri kullanarak hastalıkları tedavi etme yöntemidir ve en çok tercih edilen TAT yöntemleri arasındadır (3). Ülkemizdeki sıklığı bilinmemekle birlikte çok sayıda hasta tıbbi tedavilerin yanı sıra bitkisel tedavilere de başvurmaktadır (3,5). Çalışmalarda psoriasis, atopik dermatit ve kontakt dermatit hastalarının TAT kullanım sıklıkları ve TAT’a başvurmayı etkileyen faktörler araştırılmıştır (6-9). Akne vulgaris (AV) ve melasma toplumda oldukça sık görülen, tedavilere dirençli olabilen ve hastaları psikolojik açıdan önemli derecede etkileyebilen hastalıklardır (10-13). Literatürde, akne vulgarisli hastalarda TAT kullanımı ile ilgili kısıtlı sayıda çalışma mevcut olup, melasma tanısı alan hastalarda bu konuda yapılmış bir araştırma bulunmamaktadır (7).

Bu çalışmada, AV veya melasma tanısı almış hastalarda, TAT kullanım sıklığı, tercih edilen yöntemler ve bu hastalarda TAT kullanımını etkileyen faktörler araştırıldı.

Hastalar ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya Kasım 2007 ve Mart 2008 tarihleri arasında Alanya Başkent Üniversitesi Dermatoloji Polikliniği’ne başvuran, AV veya melasma tanısı alan, 15 yaş ve üzerindeki hastalar alındı. Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde AV tanısı alan 72 hastanın 59’u (%81.5) ve melasma tanısı alan 23 hastanın 19’u (%82,6) araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya dahil olmayı kabul etti ve bu hastalara yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulandı. Veri kaynağı olarak kullanılan anket formu, araştırmacıların kendisi tarafından, konuyla ilgili literatür gözden geçirilerek oluşturuldu (6-8). Anket formu ile hastaların temel tanımlayıcı özellikleri, hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal ilişkiler açısından günlük yaşamı etkileme düzeyi, medikal tedavi alma ve TAT kullanma durumları, bu tedavilerden fayda görme durumları, TAT kullandıysa tercih ettikleri yöntemler (bitkisel tedaviler ve diğerleri; diyet destek ürünleri, akupunktur gibi) ve bu yöntemleri öğrendikleri kaynaklar (aile ve arkadaşlar; televizyon, gazete gibi medya iletişim araçları; internet; doktor, eczacı ve diğer sağlık görevlileri) hakkında veri toplandı. Fiziksel, psikolojik ve sosyal ilişki alanlarını etkileme düzeyi her alan için ayrı birer soruda ve beşli Likert tipi ölçek ile değerlendirildi. Hastalığın hiçbir etkisinin olmayışı “1”, çok olumsuz yönde etkilemesi ise “5” olarak puanlandı.

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 15.0 istatistik paket programı (Statistical Package for the Social Sciences, versiyon 15.0, SPSS Inc, Chicago, Ill, USA) kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra ortalama±SD, sayı ve yüzde dağılımlar) gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi “p<0,05” olarak kabul edildi.

Tablo 1. Akne vulgaris ve melasma tanısı alan hastalarının demografik özellikleri

	Tanı	
	Akne vulgaris (n=54) n (%)*	Melasma (n=19) n (%)*
Cinsiyet		
Kadın	41(75.9)	17 (89.5)
Erkek	13 (24.1)	2 (10.5)
Eğitim düzeyi	p=0.325 ^a	
İlköğretim mezunu	21(38.9)	11 (55.5)
Lise mezunu	24 (44.4)	5 (27.8)
Üniversite mezunu	9 (16.7)	3 (16.7)
Medeni durum	χ ² = 13.904 p=0.008	
Evlü	12 (22.2)	16 (84.2)
Bekar	42 (77.8)	3 (15.8)
Yaş (ortalama ±SD) ^b	χ ² = 22.84 p<0.0001	
Hastalığın süresi (ay) (ortalama ±SD) ^c	21.2 ± 5.5	34.9 ± 6.8
	39.9 ± 34.8	64.8 ± 63.3
*Yüzdeler kolon yüzdesidir ^a Fisher’in Kesin Ki-Kare Testi		
^b Mann-Whitney U testi, p<0.0001 ^c Mann-Whitney U testi, p=0.125		

Bulgular

Çalışmaya 54 AV’li ve 19 melasmalı olmak üzere toplam 73 hasta alındı. Tüm hastaların 58’i (%79.5) kadın, 15’i (%20.5) erkekti. AV ve melasma tanısı alan hastaların demografik özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur. AV’li hastaların yaş ortalaması 21.2±5.5 yıl, melasmalı hastaların yaş ortalaması ise 34.9±6.8 yıl olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.0001). Melasma grubunda ilköğretim mezunu olanların yüzdesi AV grubundan daha yüksekti (p<0.05, sırasıyla %55.5 ve %38.9). Diğer özellikler açısından iki grup arasında fark yoktu (p>0.05). Hastaların tanılarına göre fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve iş/arkadaş ilişkilerinin hastalıkları nedeniyle olumsuz etkilenip etkilenmediği değerlendirildiğinde AV ve melasma grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

Çalışmaya katılan tüm hastaların 38’i (%52.1) TAT kullanmıştı, TAT kullanan hastaların tamamı topikal bitkisel yöntemler kullanmış, 4 hasta (%5.6) ayrıca sistemik olarak kullanılan bitkisel yöntemler de denemişti. TAT yöntemlerine başvurmuş olan hastaların %31.6’sı sadece TAT kullanırken, %68.4’ü TAT’yi standart medikal tedavilerle birlikte kullanmıştı. Hem medikal tedavi hem de TAT kullanmış olan hastaların %19.2’si TAT’nin medikal tedaviye göre daha etkili olduğunu, %7.7’si de iki yöntemin etkilerinin aynı olduğunu ifade etti. Melasmalı hastalarda TAT’den memnuniyet oranı %57.1, AV’li hastalarda ise %33.3’dü (p<0.05). TAT kullanan hastaların bilgi kaynağı %63,2 oranında aile ve arkadaşları, %23,7 medya iletişim araçları, %7,9 internet ve %5,3 doktor, eczacı ve diğer sağlık görevlileri oluştur-

Tablo 2. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT) kullanma durumlarının dağılımı

	n	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler (TAT)	
		Kullanmış (%)*	Kullanmamış (%)*
Tanı			
Akne Vulgaris	54	57.4	42.6
Melasma	19	36.8	63.2
		$\chi^2=2.382$ p=0.123	
Cinsiyet			
Kadın	58	58.6	41.4
Erkek	15	26.7	73.3
		$\chi^2=4.876$ p=0.027	
Eğitim düzeyi			
İlköğretim mezunu	32	66.7	33.3
Lise mezunu	29	37.9	62.1
Üniversite mezunu	12	58.3	41.7
Medeni durum		$\chi^2=6.063$ p=0.194	
Evlü	28	50.0	50.0
Bekar	45	46.7	53.3
		$\chi^2=0.077$ p=0.782	
*Yüzdeler satır yüzdesidir			

maktaydı. Ayrıca hastaların tümü, doktorları tarafından kendilerine sorulursa kullandıkları TAT yöntemi konusunda açıklama yapacaklarını belirtti.

Tanı gruplarına göre değerlendirildiğinde AV'li hastaların %57.4'ü (31 hasta), melasmalı hastaların ise %36.8'i (7 hasta) TAT kullanmıştı, hastaların tanılarına göre TAT kullanma durumları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda TAT kullandığı saptandı (sırasıyla %58.6 ve %26.7) (p<0.05). Hastaların eğitim düzeyi, medeni durumu, yaşı ve hastalığın süresi ile TAT kullanma durumu arasında anlamlı ilişki yoktu (p>0.05). Tablo 2 ve 3'de AV'li ve melasmalı hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre TAT kullanma durumlarının dağılımı sunulmuştur. Hastalıkları nedeniyle iş/arkadaşlık ilişkileri olumsuz etkilenen hastalarda TAT kullanma oranı, etkilenmeyen ve biraz etkilenenlere göre daha yüksekti (p<0.05). Hastalığının, iş/arkadaşlık ilişkilerini olumsuz etkilediğini ifade edenlerin tamamı TAT kullanırken, herhangi bir olumsuz etki olmadığını söyleyenlerin %61'i TAT kullanmıştı. Hastalıklarının, fizik ve psikolojik sağlık durumlarını olumsuz etkilemesinin TAT kullanım oranına etkisi yoktu (p>0.05). Fiziksel sağlığının olumsuz etkilediğini ifade edenlerin %47.8'i, herhangi bir olumsuz etki olmadığını söyleyenlerin %83.3'ü TAT kullanmıştı; bu oranlar psikolojik sağlığı olumsuz etkilenen ve etkilenmeyenlerde sırasıyla %64.0 ve %46.7 olarak belirlendi.

Tartışma

TAT'ler genellikle kronik, tedavilere dirençli ve kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumsuz etkileyen hastalıklar-

da başvurulan yöntemlerdir (2-4). AV, pilosebase ünitenin sık görülen, multifaktöriyel, inflamatuvar bir hastalıdır. Ergenlik döneminde daha sık görülen AV, tedavilere rağmen yıllarca sürebilmesi ve deride kalıcı izlere neden olabilmesi nedeniyle hastalarda psikolojik ve sosyal açıdan ciddi kısıtlamalar yaratabilmektedir (10,11). Melasma, tipik olarak yüzde görülen kazanılmış bir hiperpigmentasyon hastalıdır. Sıklıkla puberte sonrası ve %90 oranında kadınlarda görülür. Melasma da tedaviye zor cevap vermesi ve sık tekrar etmesi nedeniyle hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir (12,13). Bu iki dermatolojik hastalık için de çeşitli bitkisel tedaviler kullanılabilmektedir (14,15).

Deri hastalıklarında, TAT yöntemlerinin sık kullanıldığı bilinmektedir (3,4,16). Arye ve ark. (9), psoriasisli hastalarda TAT kullanma sıklığını %62,5 olarak bildirmişlerdir. Noiesen ve ark.(6) ise alerjik kontakt dermatitli hastalarda bu oranı %40 olarak saptamışlardır. Rozaseli hastalarla psoriasisli hastaların araştırıldığı bir çalışmada ise rozaseli hastalarda %22 ve psoriasisli hastalarda %53 oranında TAT kullanıldığı bildirilmiştir (17). Magin ve ark.(7)'nin yaptıkları nitelikle araştırma, akneli hastalarda TAT'ye sık başvurulduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda TAT kullanma sıklığı tüm hastalar için %52,1 oranında saptandı. AV'li hastaların %57.4'ü ve melasmalı hastaların %36,8'i TAT kullanmıştı. Literatür verileriyle uyumlu olarak TAT kadınlar tarafından daha yaygın olarak kullanılmaktaydı. Önceki çalışmalarla benzer şekilde çalışmamızda da iş/arkadaşlık ilişkilerinin olumsuz etkilenmesi hastaların TAT yöntemlerine başvurmalarını etkileyen önemli faktördü. Hastaları en sık iş yerinde çalışırken, diğer insanların yüzlerindeki lezyonları sorgulamaları ve arkadaşları tarafından sık sık yüzündeki sivilcelerin, lekelerin geçmediğinin hatırlatılması etkiliyordu. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda, hastaların genellikle TAT yöntemlerini medya iletişim araçlarından öğrendikleri bildirilmektedir (18). İngiltere'de ise çalışmamızda olduğu gibi bu yöntemlerin en sık aile ve arkadaşlardan, ikinci sıklıkta ise medya iletişim araçlarından öğrenilerek kullanıldığı bildirilmektedir (19). Literatürde psoriasis ve atopik dermatitli hastalarda, en sık bitkisel tedaviler tercih edilmekle birlikte akupunktur, megavitamin, aromaterapi, hemopati gibi çok çeşitli yöntemlerin de kullanıldığı bildirilmektedir (6-9). Çalışmamızda hastaların tümünün sadece bitkisel tedavileri tercih etmeleri, akne ve melasma tedavisinde kullanılan TAT yöntemlerinin daha kısıtlı olmasından kaynaklanabileceği gibi kültürel farklılıklardan dolayı bir takım TAT yöntemlerinin şehrimizde bilinmiyor olmasıyla da açıklanabilir.

Magin ve ark.(7) yaptıkları çalışmada, akneli hastaların TAT'yi topikal tıbbi tedavilerden daha başarılı bulduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda, hem medikal tedavi hem de TAT kullanmış olan hastaların %19.2'si TAT'nin medikal tedavilerden daha başarılı olduğunu düşünüyordu. Öte yandan, AV'lilerde TAT kullanımı melasmalı hastalara göre daha fazla olmasına karşın, melasmalı hastaların TAT'den memnuniyet oranı daha yüksekti. Çalışmamızda olduğu gibi AV'li hastalar sıklıkla puberte dönemini yaşamakta olan genç hastalar olup, genellikle aknenin nedenleri ve tedavisi konusunda yanlış inanışlara sahiptirler (10,11). Uygulanan tedavilerden çok kısa sürede ve tamamen olumlu sonuç alma beklentisinde olan bu hastalarda, tedavilerin uzun sürmesi ve lezyonların tamamen geçmemesi, hastalarda umutsuzluk ve başarısızlık duygusuna neden olarak TAT yöntemlerine

Tablo 3. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT) kullanan ve kullanmayan hastaların yaş ve hastalık süresi ortalamalarının dağılımı

	Yaş (ortalama \pm SD) [median (minimum-maksimum)]	Hastalığın süresi (ortalama \pm SD) [median(minimum-maksimum)]
TAT		
Kullanmış	24.2 \pm 9.0 [21.5 (13-50)]	44.2 \pm 52.7 [48 (1-170)]
Kullanmamış	25.4 \pm 7.9 [24 (15-42)]	48.8 \pm 36.8 [24 (1-240)]
p ^a	0.560	0.711
^a Bağımsız gruplarda t testi		

daha sık başvurularına ve bu tedavilerden de memnun kalmamalarına neden olmuş olabilir.

Araştırmalarda genellikle TAT kullanan hastaların, doktorlarına bu konuda bilgi vermedikleri ve doktorların da TAT kullanımını sorgulamadıkları saptanmıştır (2,18). Çalışmamızda, hastaların tamamının, doktorları tarafından kendilerine sorulursa kullandıkları TAT yöntemi konusunda açıklama yapacaklarını belirtmeleri, dermatologların hastalardan ilaç öyküsü alırken bu yöntemleri sorgulamalarının önemine işaret etmektedir. Hastaların hangi yöntemi kullandığı, bilimsel olarak yararının ve yan etkilerinin doktor tarafından bilinmesi çok önemlidir. Aksi takdirde ilaç etkileşimleri nedeniyle tedavide istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilir (2,3).

Sonuç olarak, verilerimiz, AV'li ve melasma tanısı alan hastaların TAT'ye sık başvurduğunu göstermektedir. Bitkisel tedaviler, en sık tercih edilen yöntemlerdir ve iş/arkadaşlık ilişkilerinde yaşanan problemler, TAT kullanımını etkileyen en önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tıbbi tedavilerle etkileşerek tedavi sonucunu etkileyebilecekleri için, dermatologların hastalardan ilaç öyküsü alırken TAT yöntemlerini sorgulamaları, hastaların tıbbi tedavilerinin planlanması ve takibinde önemli olabilir.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Bu çalışma, tanımlayıcı tipte bir araştırma olup beş aylık dönemde bir hastanenin dermatoloji polikliniğine başvuran AV'li ve melasmalı hastaların TAT kullanma oranını belirlemiştir. Bu nedenle, sonuçların tüm topluma genellenmesi mümkün olmamakla birlikte yine de konunun yaygınlığı ve önemine vurgu yapmaktadır. Çalışmaya katılan hastalarda, hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde, hastalığın hasta üzerine olan olumsuz etkileri subjektif olarak değerlendirilmiş olup AV ve melasmada hastalık şiddetini belirlemede kullanılan standart ölççekler kullanılmamıştır. İleride AV ve melasmalı hastalarda TAT'nin kullanımıyla ilgili daha geniş hasta gruplarını içeren, hastalık şiddeti ile ilişkilendirmek açısından, şiddeti değerlendirmede standart ölççekler kullanılarak, çok merkezli çalışmaların yürütülmesi daha genellenebilir sonuçlara ulaşılmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. National Center For Complementary and Alternative Medicine, (<http://nccam.nih.gov/>)
2. Özçelik H, Fadiloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. Türk Onkoloji Dergisi 2009;24:48-52
3. Durusoy Ç, Ulusal BG. Dermatolojide Bitkisel tedaviler-Fitoterapi. Türk Dermatoloji Dergisi 2007;1:47-50.

4. Ernst E. The usage of complementary therapies by dermatological patients: a systemic review. Br J Dermatol 2000;142:857-61.
5. Kurt E, Bavbek S, Pasaoglu G ve ark. Use of alternative medicines by allergic patients in Turkey. Allergol Immunopathol 2004;32:289-94.
6. Noiesen E, Munk MD, Larsen K, et al. Use of complementary and alternative treatment for allergic contact dermatitis. Br J Dermatol 2007;157:301-5.
7. Magin PJ, Adams J, Heading GS, et al. Complementary and alternative medicine therapies in acne, psoriasis, and atopic eczema: results of a qualitative study of patients' experiences and perceptions. J Altern Complement Med 2006;12:451-7.
8. Chen YF, Chang JS. Complementary and alternative medicine use among patients attending a hospital dermatology clinic in Taiwan. Int J Dermatol. 2003;42:616-21.
9. Arye BE, Ziv M, Frenkel M, et al. Complementary medicine and psoriasis: linking the patient's outlook with evidence-based medicine. Dermatology 2003;207:302-7.
10. Erkin G, Boztepe G. Akne vulgaris. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:207-11.
11. Hanna S, Sharma J, Klotz J. Acne vulgaris: more than skin deep. Dermatol Online Journal. Available at: <http://dermatology-s10.cdlib.org/93/>.
12. Taylor A, Pawaskar M, Taylor SL, et al. Prevalence of pigmentary disorders and their impact on quality of life: a prospective cohort study. J Cosmet Dermatol 2008;7:164-8.
13. Dogramaci AC, Havlucu DY, Inandi T, Balkrishnan R. Validation of a melasma quality of life questionnaire for the Turkish language: the MelasQoL-TR study. J Dermatolog Treat 2009;20:95-9.
14. Bedi MK, Shenefelt PD. Herbal therapy in dermatology. Arch Dermatol 2002;138:232-42.
15. Zhu W, Gao J. The use of botanical extracts as topical skin-lightening agents for the improvement of skin pigmentation disorders. J Investig Dermatol Symp Proc 2008;13:20-4.
16. Yetkin H, Başak PY. Dermatolojide bitkisel tedavi. Türkderm 2006 40:40-5.
17. Aleer MM. Complementary and alternative medicine use in rosacea and psoriasis patients. J Am Acad Dermatol 2007;56:AB56, P:564
18. Baron SE, Goodwin RG, Nicolau N, et al. Use of complementary medicine among outpatients with dermatologic conditions within Yorkshire and South Wales, United Kingdom. J Am Acad Dermatol 2005;52:589-94.
19. Nicolaou N, Johnston GA. The use of complementary medicine by patients referred to a contact dermatitis clinic. Contact Dermatitis 2004;51:30-3.

Corynebacteriumlara Bağlı Oluşan Deri Hastalıkları

Skin Infections Due to Corynebacterium

Meltem Türkmen, Derya Aytimur

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

Özet

Corynebacteriumlar, deri florasının %50'den fazlasını oluşturan gram pozitif, sporsuz, kapsülsüz, aerobik difteroid basillerdir. Bu bakteri ailesi deride, deri difterisi, kromhidroz, bromhidroz gibi hastalıklara sebep olmakla birlikte klinikte en sık pitted keratoliz, eritrazma ve trikobakteriozis etkeni olarak karşımıza çıkar. Bu üç hastalığın özellikle kötü hijyen, sıcaklık ve nem gibi çevresel faktörlerin predispozisyonunda ortaya çıktığı düşünülmektedir. Aslında klinikte daha sık karşımıza çıkan bu enfeksiyonlar, klinik olarak mikotik enfeksiyonlarla karışabilmekte ve bu nedenle hekim yanlışlığı sonucu sıklıkla antimikotiklerle tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Bu makale, *Corynebacteriumlar* ile oluşan deri hastalıklarına dikkat çekmek ve literatür ışığında tartışmak amacıyla sunuldu. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 18-21*)

Anahtar kelimeler: *Corynebacteriumlar*, pitted keratoliz, eritrazma, trikobakteriozis

Geliş Tarihi: 02. 06. 2009

Kabul Tarihi: 28. 01. 2010

Abstract

Corynebacteria are Gram-positive, non-sporulated, non-capsulated, aerobic diphtheroid bacteria accounting for nearly 50% of the natural skin biocenosis. This bacterial family is responsible for various skin diseases such as cutaneous diphtheria, chromhidrosis, bromhidrosis but the most common of them are pitted keratolysis, trichobacteriosis and erythrasma. A warm and moist environment and poor hygiene are the predisposition factors for these three diseases. Although these skin diseases are seen more frequently, they usually mistaken for a mycotic infection by general practitioners, with subsequent antimycotic treatment. Here skin diseases compromised with *Corynebacterium* are presented with their demographic features and discussed on the basis of a literature review. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 18-21*)

Key words: *Corynebacterium*, pitted keratolysis, erythrasma, trichobacteriosis

Received: 02. 06. 2009

Accepted: 28. 01. 2010

Giriş

Corynebacterium, çok sayıda alt grubu olan gram pozitif, sporsuz, kapsülsüz, aerobik basillerdir ve deri florasının %50'den fazlasını oluştururlar (1). *C. afermentans*, *C. amycolatum*, *C. minittissimum*, *C. jeikeum*, *C. striatum* deri florasında yer alan *Corynebacterium* tiplerinden birkaçıdır (2). Bu bakteri ailesi, deride başlıca üç hastalıktan sorumludur; pitted keratoliz (PK), eritrazma ve trikobakteriozis (3,4). Mikotik enfeksiyonlardan farklı olarak ekzojen kontaminasyonla oluştuğuna dair kanıt

yoktur (3). Kötü hijyen, sıcaklık ve nem gibi çevresel faktörlerin hazırlayıcı olarak rol oynadığı düşünülmektedir (5). Genellikle yanlış tanı alıp mikotik enfeksiyon gibi tedavi edilmeye çalışılmaları onların kronik seyirlerine katkıda bulunur.

Pitted Keratoliz

Genellikle ayak tabanında yer alan düzensiz, krater biçiminde 0.5-7 mm boyutlarında çukurcuklarla karakterize yüzeysel bakteriyel deri enfeksiyonudur (Şekil 1). Etiyolojik olarak *Corynebacterium spp* yanı sıra, *Dermophilus congolensis*, *Kytococcus sedentarius* da

suçlanan ajanlar arasındadır (3,6). Bu bakteriler proteolitik aktivite ile keratolitik etki yaparak stratum korneumda tahribata yol açarlar (6-8). PK, tropikal ülkelerde çıplak ayakla gezenlerde daha sıkken, batı ülkelerinde dar ve sıkı ayakkabılar, kötü hijyen ve maserasyonla ilişkilidir. Özellikle asker, atlet ve çiftçilerde sıktır. Yapılan çalışmalarda PK görülme sıklığının %2.6 oranında olduğu belirtilmektedir (3). Ancak epidemiyolojik çalışmalar netleşmemiş olmakla birlikte, aslında hastalığın daha sık görüldüğü ancak doğru tanı konulmadığı düşünülmektedir. Her iki cinste ve her yaşta görülebilmekle birlikte daha sık genç erkekleri etkilemektedir. Bunun nedeni olarak da oklüziv ayakkabı giymek gibi risk faktörlerine erkeklerin daha fazla maruz kalması gösterilmektedir (3,7).

Lezyonlar daha çok plantar alanda ve basınç bölgelerinde yerleşir. Genellikle asemptomatik olmakla birlikte nadiren irritasyon, ağrı, yanma hissi eşlik edebilir ve bu belirtiler daha çok, uzun süreli kapalı ayakkabı giymekle ilişkilendirilmiştir (9). Hastaların yaklaşık 2/3'sinde hiperhidroz ve tiol, sülfid, tioester gibi sülfür bileşiklerinin üretimine bağlı oluşan kötü koku mevcuttur (6). Ağrı ve kötü koku PK'nin şiddetiyle doğru orantılıdır. Eritemli lezyonların varlığında ise ağrı ve koku gözlenmez bu da farklı bakteriyel nedenleri düşündürür (3). Araştırmacılar PK saptanan olgularda diğer bulguların da araştırılması gerektiğini savunmaktadır. Her üçünün de eşlik ettiği vakalar nadir de olsa bildirilmiştir ve bu durum 'Corynebacterium triyadi' olarak adlandırılmıştır (4). Güney Kore'de yapılan bir çalışmada 842 askerin 108 tanesinde PK tespit edilmiş ve bunların 14 tanesinde (%13) 'Corynebacterium triyadi' saptanmıştır (10).

Histolojik olarak stratum korneumdaki krater benzeri defektlerin içinde gram, PAS, metanamin gümüş ile boyanan bakteriler tespit edilir (3). Kokoid formlar daha yüzeyde yerleşirken filamantöz formlar daha derin tabakalarda yerleşir (9). Yüzeysel dermiste inflamasyon gözlenmez. Elektron mikroskopide korneosit ve stratum granulosumun üst tabakasındaki keratinositlerin içinde ya da arasında mikroorganizmalar tespit edilir. Keratohyalin granül ve korneodesmozomlardaki yapısal değişiklikler bakteriyel proteolitik aktiviteye bağlıdır (7,11).

PK tanısı esas olarak klinik olarak konur. Lezyonlar banyodan sonra belirginleşir, bu da muhtemelen stratum korneumun şişmesine bağlıdır (3). Etken, kanlı agar veya serumlu agarda 37 derecede 18-24 saatte üretilebilmektedir.

PK tedavisi ile ilgili yapılmış geniş kohort çalışmaları yoktur. Tedavi, hazırlayıcı faktörlere ve etkene yönelik olarak yapılmaktadır. Sık çorap değiştirilmesi gibi ayakların hijyenine dikkat edilmesi, hazırlayıcı faktörleri azaltacaktır. İlk basamakta topikal ya da sistemik eritromisin tercih edilmektedir (12). Diğer seçenekler arasında imidazol deriveleri (özellikle mikonazol) ve fusidik asit yer alır. Keratolitik ajanların tedavide etkinliğine dair elimizde kanıt yoktur. Lokal pH'ı düzenlemenin de tedavide etkinliği belli değildir. Sarfakioğlu ve ark. (13), sistemik eritromisin, fusidik asitli pomad ve klindamisin fosfat solüsyon ile başarılı bir şekilde tedavi edilen 25 yaşında bir PK olgusu bildirmişlerdir. Koç ve ark.(14), topikal klindamisin (%1) solüsyonu ile topikal

eritromisin (%4) jel tedavilerinin karşılaştırıldığı 43 PK hastası ile yaptıkları çalışmada, her iki tedavi yönteminin de etkin olduğunu ve aralarındaki tedavi etkinliği farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna varmışlardır. PK tedavisinde en uygun tedavi yöntemi medikal stratejilerin yanı sıra hijyen kontrolüdür. Alüminyum hidroksit kullanılarak hiperhidrozu önlemek önerilir. Tedaviye dirençli PK'lı bir olguda botulinum toksininin terlemeyi önleyici etkinliğinden faydalanılarak tedavi sağlandığı bildirilmiştir (15). Anti bakteriyel sabunların kullanımının profilaksiste etkinliği gösterilememiştir.

PK aslında klinikte daha sık karşımıza çıkmakta ancak hekim yanılgıları sonucu mantar tanısı ile antimikotiklerle tedavi edilmeye çalışılmaktadır.

Eritrazma

Corynebacterium minitissimum'un etken olduğu kronik kutanöz enfeksiyondur (16,17). Sıklıkla inguinal, interdigital, intergluteal, krural alanlarda yerleşir. Keskin sınırlı, kırmızı-kahverengi plaklarla karakterizedir (Şekil 2). Genellikle asemptomatik olmakla birlikte hafif kaşıntı eşlik edebilir. Deri sıklıkla ince sigara kağıdı gibi görünür ve mikotik enfeksiyonlarla karışır. Dermatofit, *Candida spp* ve *C. minitissimum* ile oluşan mikst enfeksiyonlar bildirilmiştir (4,17). Risk faktörleri net olarak tanımlanmamış olsa da ısı ve nemin hazırlayıcı çevresel faktörler olduğu bilinmektedir. Inguinal eritrazma puberte öncesi çok nadir görülür ve cinsiyet ayrımı gözetmez. Eritrazma, aşırı kilolu, obez, diyabetik, yaşlı ve özellikle nemli iklimde yaşayanlarda daha sık görülür (18-20). Bazı otörler diyabetli hastalarda eritrazma sıklığının araştırılması gerektiğini vurgulamaktadırlar (4,21). Ayırıcı tanıda psoriasis inversa, pitriyazis versikolor ve kandidiyazis yer alır. Hücrenel bağışıklığı bozulmamış olan bireylerde sadece deride oluşan eritrazma, HIV pozitif olanlar dahil immünsüpresif hastalarda bakteriyemi, şiddetli selülit, kostrokondral abse, piyelonefrite neden olabilir (22-24). Dervoşoğlu ve ark.(25), sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan bir hastada *C. minitissimum* peritoniti saptamışlardır. PAS, metanamin gümüş, gram boyamada stratum korneumun üst tabakalarında küçük kokobasiller görülebilir.

Wood ışığında bakteri tarafında üretilen porfirine bağlı parlak mor-kırmızı renkte görünür ve mercan kırmızısı olarak tarif edilir (Şekil 3). Alınan deri kazıntısı, laktofenol pamuk mavisini ya da metilen mavisini damlatılarak mikroskopide incelendiğinde bakteriler görülür. Gram boyamada gram pozitif dallanan iplikler görünümündedir. Direkt KOH bakışı da dermatofit enfeksiyonlarını ekarte etmek için önerilmektedir (3,12). Organizmalar kanlı agar besiyerinde 1-5 mm boyutlarında, non-hemolitik, krem renginde, düz koloniler yapar. Glikoz, maltoz ve mannitol fermentasyonu görülür. DNaz negatiftir.

Tedavide ilk seçenek eritromisindir (günde 4 kere 250 mg, 2 hafta süreyle) (21). Aksiler ve inguinal alanda yerleşenlerde eritromisin daha etkili iken, interdigital enfeksiyonlarda tetrasiklin ve fusidik asitle etkinlikleri aynıdır (26). Sistemik olarak tetrasiklin, klaritromisin, kloramfenikol de tedavi seçenekleri arasında yer alır. Antimikrobiklerle direnç gelişimi söz konusu olunca fotodinamik tedaviler denenilebilir (27).



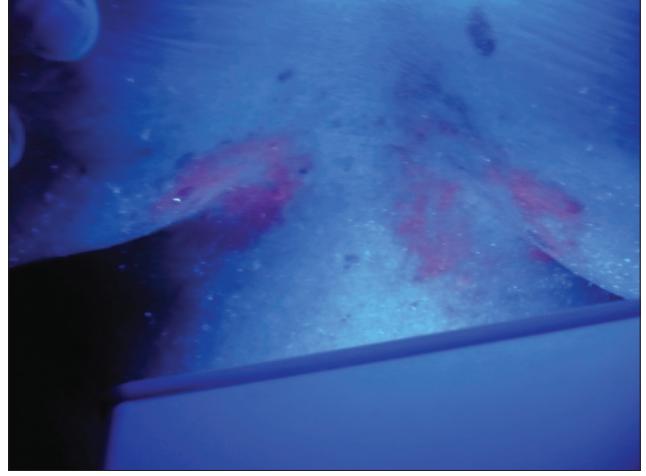
Şekil 1. Pitted keratoliz



Şekil 2. Eritrazma, aksiler bölgede keskin sınırlı, kırmızı-kahverengi plaklar

Trikobakteriozis

Kıl shaftını etkileyen asemptomatik bir bakteriyel enfeksiyondur (28). Aksiler ve pubik bölgedeki kıl gövdelerine sıkıca tutunmuş 1-2 mm boyutlu, ayırık nodüllerle karakterizedir. Bu nodüller sarı, kırmızı ya da siyah renkte olabilir. Bazen kıyafetlere kadar geçen bir küf kokusu eşlik edebilir. Etiyolojide, apokrin ya da erkin ter üretim fazlalığı ve buna bağlı bakteriyel aşırı çoğalma rol alır (29). Isı ve nemli ortam,



Şekil 3. Wood ışığı altında parlak mercan kırmızısı renk değişimi

kötü hijyenin hazırlayıcı faktörler olduğu düşünülmektedir. Elektron mikroskopide kıl shaftı çevresine kapsül oluşturacak şekilde yapışmış ancak penetre olmamış korinebakteriler saptanır.

Tanı klinik olarak konur. Genellikle etken *Corynebacterium tenius*'tur. Keratin hasarına neden olarak kütikül ve yüzeysel korteks tabakasını tahrip eden bu bakteri, 0.4µm-0.6µm boyutlarında, küçük, kalın basillerdir ve Wood ışığı ile portakal rengi floresans gözlenir (3,29). Şüpheli olgularda histokimyasal boyama yardımcı olur. Pedikülozis ve *Trichosporon asilii* enfeksiyonu dışlanmalıdır (28). Özgün bir tedavi yöntemi yoktur. Eritrazmada olduğu gibi topikal eritromisin ya da klindamisin losyonları veya imidazol deriveleri kullanılabilir. Benzoil peroksidinde tedavi ve önlemede etkili olduğu bildirilmiştir (3,29). Yıkama sırasında kılın ovulması antibakteriyellerin emilmesini artırır. Aksiler tıraşlama ve terleme önleyici ajanların kullanımı rekürrensi önler (30).

Corynebacteriumlar'ın intertrijnoz alanlarda aşırı çoğalması sonucu androjenin kötü kokuya neden olan ürünlere dönüşmesi ile bromhidroz, porfirin- benzeri maddelerin üretilmesi ile kromhidroz görülebilmektedir (31).

Bu hastalıklar dışında korinebakterilere bağlı gelişen nadir görülen deri hastalıkları arasında deri difterisi ve Grup JK korinebakteri sepsisi de yer almaktadır. Deri difterisi *Corynebacterium diphtheriae*'nin neden olduğu bakteri ekzotoksini ile oluşan akut bir enfeksiyon hastalığıdır. Özellikle kişisel hijyeni bozuk kişilerde görülür ve deride zımba ile delinmiş gibi ve sert, yuvarlak, soluk mavi zeminin görüldüğü kenarları kalkık ülserler şeklindedir (32). Genellikle ülser gri bir psödomembranla kaplıdır. Bölgesel lenf nodları etkilenebilir. *C. diphtheriae* sporsuz, kapsülsüz, hareketsiz, pleomorfik boyanan 2-6 µm boyunda ve 0.5-1 µm eninde gram pozitif basildir. Boyalı preparatlarda basiller, yan yana açığı yapacak şekilde dağınık yerleşmeleri nedeniyle, Çin harfleri gibi görülür. Kanlı agar, Loeffler besiyerinde 12-18 saatte gri-beyaz koloniler oluşturur (33). Tedavide, sistemik penisilin ya da eritromisin ilk tercih edilecek ajanlardır. Grup JK *Corynebacterium* (CGJK) (*C. jeikeum*) sağlıklı bireylerin derisinde aksiler ve

perineal alanlarda yüksek konsantrasyonlarda bulunur. İmmüsupresyon, uzun süreli hastanede kalış, nötropeni, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, katater kullanımı veya deri bütünlüğünün bozulduğu durumlarda sepsis, endokardit, pnömoni ya da deri infeksiyonlarına yol açabilir (34). Öztürkeri ve ark. (35), hastanede yatan hastaların derisindeki CGJK kolonizasyon prevalansını araştırmak amaçlı yaptıkları çalışmada 23 sağlıklı kişinin koltukaltı, kasık ve damar içi kateter girişi bölgelerinden alınan kültürlerin hiç birisinde mikroorganizma izole edilemezken, hastanede yatan 83 hastanın 25'inin (%30.1) CGJK ile kolonize olduğunu göstermişler ve bir haftadan uzun süreli hastanede kalmak ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanmanın CGJK için risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (35). CGJK, deride selülit, papüler döküntü, subkutanöz abse, doku nekrozu ya da palpabl purpuralara neden olabilir.

Kaynaklar

- Kazmierczak AK, Szarapinska-Kwaszewska JK, Szewczyk EM. Opportunistic coryneform organisms - residents of human skin. *Pol J Microbiol* 2005;54:27-35.
- Wauters G, Bosterhaut B, Janssens M. Identification of *Corynebacterium amycolatum* and other nonlipophilic fermentative corynebacteria of human origin. *J Clin Microbiol* 1998;36:1430-2.
- Blaise G, Nikkels F, Hermanns-Lê T, Nikkels-Tassoudji N, Piérard G. *Corynebacterium*-associated skin infections. *Int J Dermatol* 2008;47:884-90.
- Shelley WB, Shelley D. Coexistent erythrasma, trichomycosis axillaris, and pitted keratolysis: an overlooked corynebacterial triad? *J Am Acad Dermatol* 1982;7:752-7.
- Hartmann AA. The influence of various factors on the human resident skin flora. *Semin Dermatol* 1990;9:305-8.
- Ertam İ, Aytimur D, Yüksel SE. Isolation of *Kytococcus sedentarius* from a case of pitted keratolysis. *Ege Tıp Dergisi* 2005;44:117-8.
- Almaida HL, Castro LAS, Rocha NEM, Abrantes VL. Ultrastructure of pitted keratolysis. *Int J Dermatol* 2000;39:698-709.
- Longshaw CM, Wright JD, Farrell AM, Holland KT. *Kytococcus sedentarius*, the organism associated with pitted keratolysis, produces two keratin-degrading enzymes. *J Appl Microbiol* 2002;93:810-6.
- Takama H, Tamada Y, Yano K, et al. Pitted keratolysis: clinical manifestations in 53 cases. *Br J Dermatol* 1997;137:282-285.
- Rho NK, Kim BJ. A corynebacterial triad: Prevalence of erythrasma and trichomycosis axillaris in soldiers with pitted keratolysis. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58:57-58.
- Tilgen W. Pitted keratolysis (keratolysis plantare sulcatum). Ultrastructural study. *J Cutan Pathol* 1979;6:18-30.
- Singh G, Naik CL. Pitted keratolysis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2005;71:213-5.
- Sarıfakioğlu E, Güleç AT, Seçkin D. Pitted keratolysis: Olgu sunumu. *Türkderm* 2000;34:242-4.
- Koç E, Arca E, Akar A, Gür AR. Pitted Keratolysisde Topikal Klindamisin (%1) Solüsyonu ile Eritromisin (%4) Jel Tedavilerinin Karşılaştırılması. *Dermatose* 2004;4:37-41.
- Tamura BM, Cucé LC, Souza RL, Levites J. Plantar hyperhidrosis and pitted keratolysis treated with botulinum toxin injection. *Dermatol Surg* 2004;30:1510-44.
- Golledge CL, Phillips G. *Corynebacterium minutissimum* infection. *J Infect* 1991;23:73-6.
- Allen S, Christmas TI, McKinney W, et al. The Auckland skin clinic tinea pedis and erythrasma study. *N Z Med J* 1990;103:391-3.
- García Hidalgo L. Dermatological complications of obesity. *Am J Clin Dermatol* 2002;3:497-506.
- Scheinfeld NS. Obesity and dermatology. *Clin Dermatol* 2004;22:303-9.
- Sindupakh W, MacDonald E, Smith EB. Erythrasma. Overlooked or misdiagnosed? *Int J Dermatol* 1985;24:95-6.
- Holdiness MR. Management of cutaneous erythrasma. *Drugs* 2002;62:1131-41.
- Granok AB, Benjamin P, Garrett LS. *Corynebacterium minutissimum* bacteremia in an immunocompetent host with cellulitis. *Clin Infect Dis* 2002;35:40-2.
- Bandera A, Gori A, Rossi MC, et al. A case of costochondral abscess due to *Corynebacterium minutissimum* in an HIV-infected patient. *J Infect* 2000;41:103-5.
- Ahmad NM, Ahmad KM. *Corynebacterium minutissimum* pyelonephritis with associated bacteraemia: a case report and review of literature. *J Infect* 2005;51:299-303.
- Derişoğlu E, Yumuk Z, Kalender B. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastada *Corynebacterium minutissimum* peritoniti: Olgu sunumu. *Türk Mikrobiyol Cem Derg* 2007 37:59-61.
- Morales-Trujillo ML, Arenas R, Arroyo S. [Interdigital erythrasma: clinical, epidemiologic, and microbiologic findings. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:469-73.
- Darras-Vercambre S, Carpentier O, Vincent P, et al. Photodynamic action of red light for treatment of erythrasma: preliminary results. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2006; 22: 153-6.
- Levit F. Trichomycosis axillaris: a different view. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18: 778-9.
- Levit F. Trichomycosis axillaris. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:858-9.
- Kwaszewska AK, Brewczynska A, Szewczyk EM. Hydrophobicity and biofilm formation of lipophilic skin corynebacteria. *Pol J Microbiol* 2006;55:189-93.
- Bang YH, Kim JH, Paik SW, Park SH, Jackson IT, Lebeda R. Histopathology of apocrine bromhidrosis. *Plast Reconstr Surg* 1996;98:288-92.
- Connell TG, Rele M, Daley AJ, Curtis N. Skin ulcers in a returned traveller. *Lancet* 2005;65:726.
- Efstratiou A, Engler I, Mazurova T. Current approaches to the laboratory diagnosis of diptheria. *J Infect Dis* 2000;181:138-45.
- Jucglà A, Sais G, Carratala J, Moreno A, Fernandez-Sevilla A, Peyri J. A papular eruption secondary to infection with *Corynebacterium jeikeium*, with histopathological features mimicking botryomycosis. *Br J Dermatol* 1995;133:801-4.
- Öztürkeri H, Yaylacı M, Cerrahoğlu K, Türken O. Fırsatçı bir patojen olan *Corynebacterium grup JK'* nın hastanede yatan hastalardaki deri kolonizasyonu. *İnfeksiyon Derg* 1999;13:25-9.

Pimekrolimus Krem Kullanımı Sırasında Kaposinin Variselliform Erüpsiyonu Gelişen Atopik Dermatitli Bir Olgu

Kaposi's Varicelliform Eruption During Treatment of Atopic Dermatitis with Pimecrolimus Cream

Filiz Canpolat, Hatice Akpınar, Fatma Eskioglu

Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Kaposinin variselliform erüpsiyonu daha önceden var olan bir deri hastalığı zemininde gelişen, sıklıkla herpes simpleks virüs tip 1 ve 2, daha az olmak üzere Coxsackie A-16 ve vaksinya virüsünün neden olduğu yaygın bir viral enfeksiyondur. Sıklıkla atopik dermatite eşlik eder. Topikal immunomodulator olan pimekrolimusun atopik dermatit tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bildirilen yan etkileri nadirdir ancak kullanımına bağlı kutanöz enfeksiyon gelişmesi, potansiyel komplikasyonudur. Kaposinin variselliform erüpsiyonu, pimekrolimus ile tedavi edilen atopik dermatitli hastalarda görülen en önemli problemidir. Bu topikal immunomodulatorün etkisi tam olarak bilinmese de hastalar herpes simpleks virüs enfeksiyonu açısından bilgilendirilmeli ve enfeksiyonun yayılmasını önlemek amacıyla ilacın kullanımı kesilmelidir. Bu yazıda, atopik dermatitli, pimekrolimus kullanımı sırasında Kaposinin variselliform erüpsiyonu gelişen bir çocuk olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmaktadır. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 22-4*)

Anahtar kelimeler: Kaposinin variselliform erüpsiyonu, atopik dermatit, pimekrolimus

Geliş Tarihi: 26. 02. 2009

Kabul Tarihi: 13. 06. 2009

Abstract

Kaposi's varicelliform eruption is a widespread viral infection frequently caused by herpes simplex virus types 1 and 2, and less frequently Coxsackie A-16 and vaccinia virus superimposed on a pre-existing dermatosis. It is often associated with atopic dermatitis. The topical immunomodulator pimecrolimus have proven effective in managing atopic dermatitis. Reported adverse effects are infrequent; however, cutaneous infections are potential complications of its application. Kaposi's varicelliform eruption is the most important problem in treating patients with atopic dermatitis with pimecrolimus. Even though the causative effect of this topical immunomodulator remains unclear, patients should be thought to recognise herpes simplex virus infection and stop application to prevent the spreading of the infection. Herein we report a child with atopic dermatitis who developed Kaposi's varicelliform eruption during treatment with pimecrolimus because of its rare occurrence. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 22-4*)

Key words: Kaposi's varicelliform eruption, atopic dermatitis, pimecrolimus

Received: 26. 02. 2009

Accepted: 13. 06. 2009

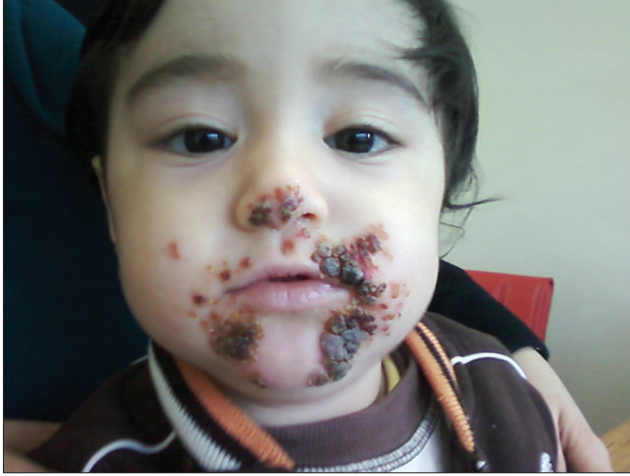
Kaposinin variselliform erüpsiyonu (KVE) veya egzama herpetikum (EH), mevcut herhangi bir deri hastalığı zemininde gelişen viral bir enfeksiyondur. Sıklıkla atopik dermatit (AD) zemininde ve en sık herpes simpleks virüsü (HSV) tip 1 ve 2 nedeniyle olmakla beraber daha nadir olmak üzere Coxsackie virüs A-16 veya vaksinya virüs de etken olabilir (1).

Son yıllarda AD'li hastalarda KVE insidansının arttığına ve tedavide kullanılan pimekrolimus kremin KVE

gelişimine neden olduğuna dair yayınlar vardır (2-4). Biz de bu yazıda %1 pimekrolimus krem kullanımı sırasında KVE gelişen AD'li bir hastayı sunarak literatür eşliğinde patogenezi tartışıyoruz.

Olgu

Altı aylıktan beri atopik dermatit nedeniyle takip edilen 2,5 yaşında erkek hasta, 4 gündür var olan, ani



Şekil 1. Burun, yanaklar ve çene üzerinde gruplaşmış, bir kısmı umblike, yer yer hemorajik kurutla kaplanmış veziküller lezyonlar

başlangıçlı, yanaklar ve burun üzerinde kaşıntılı içi su dolu kabarcıklar yakınması ile polikliniğimize başvurdu. AD nedeniyle son dört aydır yalnızca nemlendirici losyon ve aralıklı olarak pimekrolimus krem kullandığı bilinen hastanın son bir haftadır yalnız pimekrolimus kullandığı ve yakın çevresinde uçuk geçiren olmadığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde ateş (38C) ve bilateral servikal lenfadenopati tespit edildi. Dermatolojik muayenesinde burun, yanaklar ve çene üzerinde gruplaşmış, bir kısmı göbekenme gösteren, yer yer hemorajik kurutla kaplanmış veziküller vardı (Şekil 1). Tam kan sayımında beyaz küresi 14900 olan hastanın sedimentasyon hızı ve biyokimyasal parametreleri normal sınırlarda idi. Serum total IgE düzeyi yaşına göre yüksek tespit edildi (74 Ü/ml). Yapılan Tzanck yaymasında akantolitik multinükleer dev hücreler tespit edilirken, lezyondan yapılan kültürde bakteri üremedi. HSV IgM (+) olan hastaya KVE tanısı konarak pimekrolimus kullanımı kesildi. Oral asiklovir 5x100 mg, oral amoksisilin-klavulonik asit ve topikal fusidik asit tedavisi başlandı ve yedinci günün sonunda veziküller lezyonların tamamen gerilediği gözlemlendi.

Tartışma

KVE, gerçek insidansı bilinmemekle birlikte AD'li hastaların %3-6'sında görülen nadir bir durumdur (5). Sıklıkla AD zemininde ortaya çıktığı gibi Darier hastalığı, pemfigus foliyaseus, büllöz pemfigoid, pemfigus vulgaris, pitriyazis rubra pilaris, Hailey-Hailey hastalığı, iritan kontakt dermatit, kutanöz T hücreli lenfoma, Sezary sendromu, rozase, seboreik dermatit, psoriasis, Wiskott-Aldrich sendromu, konjenital iktiyoziform eritrodermi üzerinde de KVE gelişebileceği rapor edilmiştir (3,6,7). Son yıllarda topikal takrolimus sonrasında KVE gelişen birkaç olgu da bildirilmiştir (8,9).

KVE, genellikle baş ve boyunda lokalize klinik olarak ateş, halsizlik ve lenfadenopatinin eşlik ettiği umblike vezikülopüstüler lezyonlar şeklinde başlar. Bu lezyonlar

olgumuzda olduğu gibi, hemorajik eğilimde olup, erode olan alanlarda zimba deliği benzeri görünüm tipiktir (1). Tanıda, olgumuzda uyguladığımız Tzanck testi ve HSV-1'e karşı gelişen antikorların görülmesinin yanı sıra direkt floresan antikor testi ve viral kültür de kesin sonuç için kullanılabilir (10).

AD sırasında yaşanan en büyük problem, bakteriyel ve viral deri enfeksiyonu gelişmesidir. AD'de HSV enfeksiyonu dışında molluskum contagiosum gibi viral enfeksiyonlar da görülebilmektedir. Aslında kortikosteroidlerin KVE gelişimine daha fazla neden olduğu düşünülürken son yıllarda AD tedavisi sırasında pimekrolimusla bağlı KVE vakalarının bildirilmesiyle, steroidlerin bu durumda anlamlı etkisinin olmadığı görülmüştür (11). Wahn ve ark'nın (12), 713 AD üzerinde yaptıkları çalışmada, pimekrolimus krem ve topikal steroid kullanımı karşılaştırılmış ve pimekrolimus kullananlarda viral deri enfeksiyon insidansının daha yüksek olduğu görülmüştür. Özellikle pimekrolimus krem kullanan AD'li kişilerde, herpes virüslere bağlı KVE gelişiminin %4 oranında olduğu bilinmektedir (13).

Herpes virüslere bağlı KVE gelişiminin patogenezi, IFN- γ , IL-18 ve IFN- γ indükleyici faktör düzeylerindeki düşüklüğün neden olduğu antiviral etkideki azalmaya bağlanmaktadır. Buna benzer olarak takrolimusun da periferik mononükleer hücrelerden IL-18 üretimini inhibe ederek yan etki olarak KVE geliştirdiği bilinmektedir (13). Bu ilişkiyi açıklayabilmek için 21 AD'li hastada IL-18 gen polimorfizmi araştırılmıştır. Bu çalışmaya göre, takrolimus kullanımı sırasında KVE gelişen altı AD'li hastada görülen IL-18 gen mutasyonu sıklığı, KVE gelişmeyen 15 AD'li hastaya göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre, Osawa ve ark. (13), takrolimus tedavisini takiben KVE gelişiminin, IL-18 genindeki mutasyonla ilişkili olduğunu belirtmişler ve bu mutasyonun görüldüğü AD'li hastalarda takrolimus kullanımı sırasında dikkatli olunması gerektiğini vurgulamışlardır.

AD'de KVE gelişiminden sorumlu hazırlayıcı faktörler tam olarak bilinmemektedir. Hücrel immün sistem bozuklukları, derinin bariyer fonksiyonlarında bozulma ve kaşımaya sekonder kontaminasyon varlığı nedeniyle AD'li hastalarda HSV enfeksiyonuna eğilimin artabileceği düşünülmektedir (4). Ayrıca, total serum IgE yüksekliği ve AD'nin erken başlangıçlı olmasının KVE gelişimi açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra IL-18 gen mutasyonunun ve IFN- β ile CXCL 10 gibi bazı sitokinlerin üretiminin azalmasını da hazırlayıcı faktör olarak kabul edenler vardır (2,11).

KVE'de multiorgan tutulumu, sepsis ve HSV'ye bağlı keratit gibi oluşabilecek durumları önlemek amacıyla en kısa sürede sistemik antiviral kullanımı çok önemlidir. Sekonder enfeksiyonlara yönelik antibiyotik kullanımı da ihmal edilmemelidir (5). Olgumuz da oral asiklovir, topikal ve oral antibiyotik tedavisine çok iyi yanıt vermiş ve yedi günde veziküller lezyonlarda tama yakın gerileme görülmüştür.

Takrolimus kullanımına bağlı KVE olguları literatürde daha sık olmakla birlikte, pimekrolimus kullanımına bağlı tek bir rapor vardır (4). İlaç kullanımı ile KVE gelişimi arasın-

daki sürenin değişken olduğu dikkati çekmektedir. Literatürde erişkin bir hastada takrolimus kullanımını takiben dört gün sonra ve pimekrolimus kullanımından iki hafta sonra KVE gözlemlendiği bildirilmiştir (4,14). Ayrıca, 2 yaşın altında önerilmemesine rağmen iki yeni doğan hastada 4 ve 6 gün takrolimus kullanımı sonrası KVE gelişimi rapor edilmiştir (15). Olgumuzda ise son bir haftadır kesintisiz pimekrolimus krem kullanımı sonrası lezyonların ortaya çıkması, çevresinde herpes enfeksiyonu geçiren olmaması ve Tzanck yaymasının sonucu bize, KVE'nin pimekrolimusa ikincil olduğunu düşündürmüştür.

Sonuç olarak, AD'li olgularda aniden ortaya çıkan veziküller lezyonlarda KVE'den şüphelenilmelidir. Bu duruma eğer hasta kullanıyorsa, pimekrolimusun neden olabileceği düşünülerek en kısa sürede antiviral başlanıp pimekrolimus kullanımı kesilmelidir. Pimekrolimus krem kullanımının aralıksız olarak bir seferde 3 ayı geçmemesi ve 2 yaşın altındaki hastalarda kullanılmaması gerekir. Total IgE düzeyi yüksek AD'li bebeklerde pimekrolimus kullanırken dikkatli olunmalı, herpetik enfeksiyon varlığında kontrendike olduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatology*. 2. Baskı. Berlin, Springer-Verlag. 2001;53-120.
2. Kimata H. Rapidly increasing incidence of Kaposi's varicelliform eruption in patients with atopic dermatitis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:260-1.
3. Olson J, Robles DT, Kirby P, Colven R. Kaposi varicelliform eruption (eczema herpeticum). *Dermatol Online J* 2008;14:18.
4. Segura S, Romero D, Carrera C, Iranzo P, Estrach T. Eczema herpeticum during treatment of atopic dermatitis with 1% pimecrolimus cream. *Acta Derm Venereol* 2005;85:524-5.
5. David T, Longson M. Herpes simplex infections in atopic eczema. *Arch Dis Child* 1985;60:338-43.
6. Ceyhan AM, Yüksel Başak P, Yıldırım M, Baysal Akkaya V, Başak K. Darier hastalığı zemininde gelişen Kaposi'nin variselliform erüpsiyonu. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2007;17:124-8.
7. Çalka Ö, Metin A, Cesur Y. Kaposi'nin variselliform erüpsiyonu. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi* 2001;10:99-101.
8. Khalid A, Mc Dermott H, Merry C, Bergin C. Eczema herpeticum in a patient with atopic dermatitis treated with topical tacrolimus. *Ir Med J* 2005;98:220-1.
9. Miyake-Kashima M, Fukagawa K, Tanaka M, et al. Kaposi varicelliform eruption associated with 0.1% tacrolimus ointment treatment in atopic blepharitis. *Cornea* 2004;23:190-3.
10. Leung DYM, Rhodes AR, et al. Atopic dermatitis. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freed IM, Austen KF, eds. *Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw Hill. 1993:1552-56.
11. Wollenberg A, Zoch C, Wetzel S, Plewig G, Przybilla B. Predisposing factors and clinical features of eczema herpeticum-a retrospective analysis of 100 cases. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:198-205.
12. Wahn U, Bos JD, Goodfield M, et al. Flare reduction in eczema with elidel (children) Multicenter Investigator Study Group. Efficacy and safety of pimecrolimus cream in the long-term management of atopic dermatitis in children. *Pediatrics* 2002;110(1 Pt 1):e2.
13. Osawa K, Etoh T, Ariyoshi N, et al. Relationship between Kaposi's varicelliform eruption in Japanese patients with atopic dermatitis treated with tacrolimus ointment and genetic polymorphisms in the IL-18 gene promoter region. *J Dermatol* 2007;34:531-6.
14. Lubbe J, Pournras CC, Saurt J-H. Eczema herpeticum during treatment of atopic dermatitis with 0.1% tacrolimus ointment. *Dermatology* 2000; 201: 249-51.
15. Kimata H. Kaposi's varicelliform eruption associated with the use of tacrolimus ointment in two neonates. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:262-3.

Liken Planus Pemfigoidesin Klinik, Histolojik ve İmmünoflöresan Özellikleri: İki Olgu Sunumu

Clinical, Histological and Immunofluorescence Features of Lichen Planus Pemphigoides: A Report of Two Cases

Suhan Günaştı¹, İlhan Tuncer², Bermal Hasbay², Yaşargül Denli¹, Soner Uzun¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Özet

Liken planus pemfigoides (LPP) nadir görülen, akkiz, otoimmün büllöz bir hastalıktır. Klinik, histolojik ve immünojenik olarak liken planus ve büllöz pemfigoidin karışımı olarak karşımıza çıkar. Nedeni belli olmamakla birlikte ilaçlar, fototerapi, enfeksiyon ve malinite ile ilişkilendirilmiştir. Yalnız oral lezyonlar, oral ve kutanöz lezyonlar veya sadece kutanöz lezyonlarla seyredabilen değişik klinik varyantlara sahiptir. Biz nadir görülen liken planus pemfigoidesli iki olguyu tipik histolojik ve immünoflöresan özellikleriyle sunuyoruz. Elli beş yaşında, erkek olgumuzda tipik liken planus lezyonlarıyla beraber yaygın bül ve erozyonlar mevcuttu; sistemik steroid tedavisine kısa sürede yanıt verdi. On altı yaşındaki kadın olgumuzda bül ve erozyonlar belirgin değildi ve topikal tedavilerle lezyonlar kısa sürede iyileşti. LPP vezikülo-eroziv oral-mukozal ve kutanöz hastalıkların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 25-8*)

Anahtar kelimeler: Liken planus pemfigoides, immünoflöresan, büllöz hastalık

Geliş Tarihi: 07.07. 2009

Kabul Tarihi: 25. 08. 2009

Abstract

Lichen planus pemphigoides (LPP) is a rare, acquired and autoimmune disorder. LPP clinically, histologically and immunologically appears to be a combination of lichen planus and bullous pemphigoides. LPP is usually idiopathic but some cases have been associated with drugs, phototherapy, infections and malignancy. It has different clinical variants such as presenting with only oral lesions; with oral and cutaneous lesions and with only cutaneous lesions, respectively. We present two cases with typical histologic and immunofluorescence features of LPP. Our 55 years old male case had typical lichen planus lesions with widespread bulla and erosions; he responded systemic steroid treatment in a short time. Bulla and erosions were not prominent in our 16 years old female case and with topical treatments to her lesions improved in a short time. LPP should be considered in the clinical differential diagnosis of vesiculerosive oral mucosal and cutaneous diseases. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 25-8*)

Key words: Lichen planus pemphigoides, immunofluorescence, bullous disease

Received: 07.07. 2009

Accepted: 25. 08. 2009

Giriş

Liken planus pemfigoides (LPP) nadir görülen, akkiz immünobüllöz bir hastalıktır. Klinik olarak tipik liken planus lezyonları üzerinde ve/veya tutulmamış deri bölgelerinde gelişen gergin büllerle karakterizedir (1). Büller birdenbire önceden var olan liken planus lezyonları üzerinden gelişebileceği gibi, önce bül oluşumu ardından liken planus lezyonlarının gelişimi de görülebilir. LPP kırklı yaşlarda ve erkeklerde daha sık görülmektedir (2). Histopatolojisi büllöz pemfigoidde görülen superepidermal ayrışma ve liken planusta görülen dermal bant tarzı infiltrasyonla karakterizedir. Direkt immünoflöresan inceleme, bazal membran zonu boyunca IgG ve/veya kompleman 3 (C3) ile lineer, fibrinojen ile saçaklı depolanma gösterir (3). Nadir görülen bir hastalık olan LPP'li iki olgu klinik, histolojik ve immünojenik özellikleriyle birlikte literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Olgu 1

Elli beş yaşında erkek hasta, bacaklarında, kollarında ve gövdesinde yaklaşık iki aydır mevcut olan kaşıntı ve su toplaması şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde lezyonların bacaklarda başladığı ve iki hafta içinde kollarına ve gövdesine yayıldığı ve büllöz lezyonların liken planus lezyonlarından yaklaşık altı ay kadar sonra geliştiği öğrenildi. Hastanın herhangi bir sistemik hastalığı ve lezyon çıkmadan önce ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede kol, gövde ve bacaklarda yaygın bül ve erozyonları; bacaklarda mor hipertrofik plakları, sırtında hiperpigmente üzeri düz papülleri mevcuttu (Şekil 1a,c; Şekil 2a,c,d). Büller daha çok liken planus lezyonları üzerinde yerleşmekle birlikte sağlam deri üzerinden gelişen büller de mevcuttu. Bazı büller hemorajik karakterdedi. Oral mukoza muayenesi normaldi. Nikolsky bulgusu negatif idi. Laboratuvar incelemesinde tam kan

sayımı, periferik yayması, tam kan biyokimyası, tam idrar tetkiki normaldi. Hepatit serolojisinde HBsAg ve anti-HBe pozitif, anti-HBs negatif idi. Akciğer grafisinde hipertansiyona sekonder değişiklikler ve abdomino-pelvik ultrasonografi incelemesinde hepatosteatoz ve prostat hiperplazisi saptandı. Hastadan büllöz pemfigoid, LPP ön tanılarıyla likenoid papül ve büllöz lezyonundan iki ayrı deri biyopsisi alındı. Her iki biyopsi materyali de histopatolojik ve immünofloresan ile immünoopatolojik olarak incelendi. Liken papülünden alınan deri örneğinin histopatolojik incelenmesinde epidermiste hiperkeratoz, fokal hipergranüloz, atrofi, bazal tabakada lifefaksiyon dejenerasyonu, dermiste bant tarzında lökosit infiltrasyonu, pigment inkontinansı ve melanofajlar görüldü. Büllöz lezyonun histopatolojik değerlendirilmesinde ise epidermiste hiperkeratoz, ödem, akantoz, supepidermal ayrılma, bül formasyonu, bül içerisinde eozinofil lökositler, ödem sıvısı ve dermiste perivasküler lenfosit, eozinofil lökosit infiltrasyonu görüldü (Şekil 3a,b). Büllöz lezyondan alınan deri örneğinin direkt immünofloresan incelenmesinde C3'de bazal membran zonu boyunca lineer depolanma ve fibrinojenle bazal membran zonu boyunca saçaklı depolanma, IgG, IgA ve IgM'de çok sayıda *Civatte* cisimcikleri görüldü (Şekil 4b). Liken papülünden alınan deri örneğinin direkt immünofloresan incelenmesinde C3'de bazal membran zonu boyunca lineer depolanma (n biçimli testere dişi paterni), fibrinojenle bazal membran zonu boyunca yoğun lineer saçaklı depolanma ve IgA ve IgM'de *Civatte* cisimcikleri görüldü (Şekil 4a).

İmmünofloresan ve histopatolojik bulgular ile LPP tanısı konuldu. Hastaya oral 24 mg metilprednizolon tedavisi ve kaşıntısı için semptomatik olarak oral hidrokislin başlandı. Bir hafta içinde lezyonlarda gerileme gözlemlendi ve metilprednizolon 4 günde bir 4 mg azaltarak tedaviye devam edildi. Üç hafta içinde yeni bül çıkışı olmadı, mevcut liken planus ve büllöz lezyonlar yerlerinde hiperpigmentasyon bırakarak tamamen iyileştiler (Şekil 1b,d; 2b).

Olgu 2

On altı yaşında kadın hasta gövde ve ekstremitelerinde yaygın kaşıntılı, eritemli, skuamli lezyonlar ile polikliniğimize



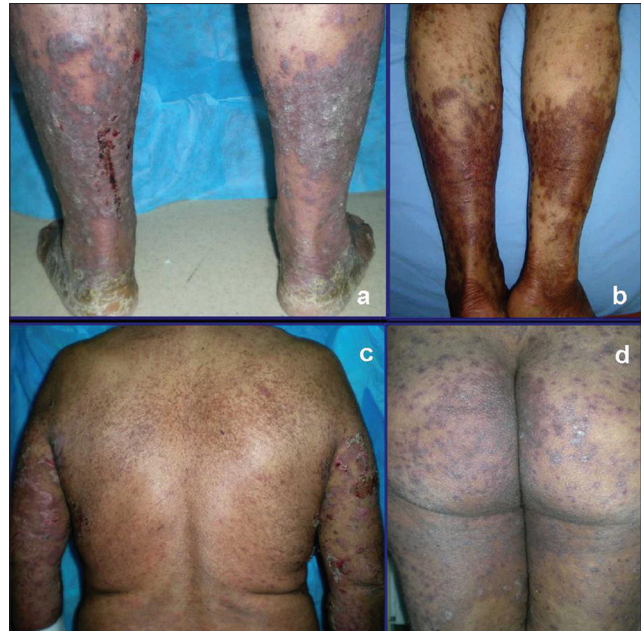
Şekil 1. a) Gövde ve ekstremitelerde erozyon ve kurutlar b) tedavi sonrası lezyon yerleri pigmentasyon ile iyileşmiş c) gövde yan yüzünde bül artıkları, kurutlar ve erozyonlar d) tedavi sonrası lezyon yerleri pigmentasyon ile iyileşmiş

başvurdu. Papüler lezyonların sekiz ay önce uyluk iç yüzünde başladığı ve iki ay içerisinde gövde ve kollarına yayıldığı öğrenildi. Herhangi bir sistemik hastalığı yoktu. Hastanın bize başvurmadan önce bu papüler lezyonları nedeniyle oral antihistamin ve sistemik steroid tedavisi aldığı ve lezyonlarında gerileme olduğu saptandı. Dermatolojik muayenesinde her iki aksillada, gövdesinde, her iki uyluk iç yüzünde, her iki el bilek iç yüzünde üzerlerinde büle sekonder krutlanmaların olduğu morumsu, likenoid papüler lezyonları vardı (Şekil 5a). Oral mukoza muayenesi normaldi. Laboratuar incelemesinde tam kan sayımı, periferik yayması, tam kan biyokimyası, tam idrar tetkiki normaldi. Hepatit serolojisinde anti-HBs pozitif diğerleri negatif idi. Likenoid papülden alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelenmesinde epidermiste hiperkeratoz, akantoz, dermiste bant tarzında lenfositik infiltrasyon, pigment inkontinansı ve kollajende ödem izlendi (Şekil 6). Likenoid lezyonundan alınan biyopsinin direkt immünofloresan incelenmesinde C3'de bazal membran zonu boyunca lineer depolanma, fibrinojenle bazal membran zonu boyunca saçaklı depolanma, IgM'de bazal membran zonu boyunca soluk lineer depolanma ve *Civatte* cisimcikleri, IgA'da ise *Civatte* cisimcikleri görüldü (Şekil 7a,b).

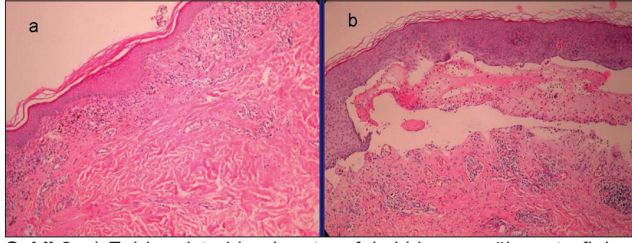
Liken planus ön tanısıyla alınan deri örneğinde elde edilen immünofloresan ve histopatolojik bulgular bize LPP tanısı koydurdu. Hastada topikal steroidli kremler ile tedaviye devam edildi ve iki hafta içinde lezyon yerleri hiperpigmentasyon bırakarak tamamen iyileşti (Şekil 5b).

Tartışma

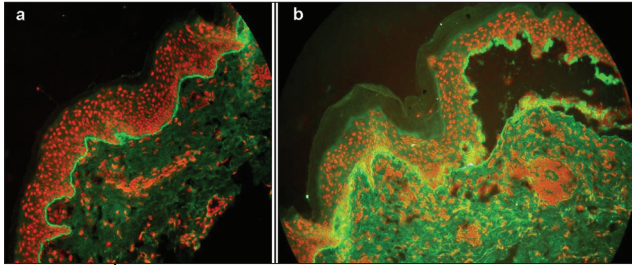
Olgumuzun biri klinik, histolojik ve immünofloresan olarak LPP'yi tam olarak gösterdi. Diğer olgumuzun, büllöz lezyonları, muhtemelen erken alınmış sistemik steroid tedavisi nedeniyle daha az belirgindi ve sadece liken planus lezyonları üzerinde görüldü ancak immünojenik ve histolojik özellikler bize LPP tanısını koydurdu.



Şekil 2. a) Bacak arkalarında mor hipertrofik plaklar b) tedavi sonrası hipertrofik lezyonlar maküler düzeye gerilemiş c) sırtta kahverengi plan papüller d) glutealarda morumsu likenoid yer yer skuamli papül ve plaklar



Şekil 3. a) Epidermiste hiperkeratoz, fokal hipergranüloz, atrofi, bazal tabakada likefaksiyon dejenerasyonu, dermiste bant tarzında lökosit infiltrasyonu, pigment inkontinansı ve melanofajlar H&E X200 b) epidermiste hiperkeratoz, ödem, akantoz, supepidermal ayrılma, bül formasyonu, bül içerisinde eozinofil lökositler, ödem sıvısı ve dermiste perivasküler lenfosit, eozinofil lökosit infiltrasyonu H&E X100

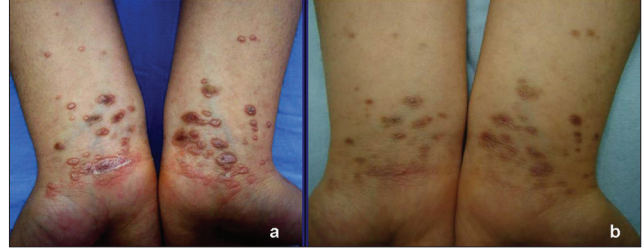


Şekil 4. a) İmmünofloresan incelemede bazal membran zonu boyunca lineer C3 depolanması b) bazal membran zonu boyunca saçaklı fibrinojen depolanması

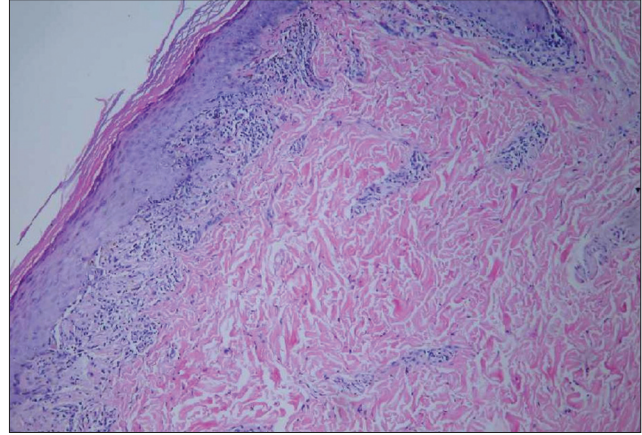
LPP nadir görülen ve ayrı bir antite mi yoksa liken planus ve büllöz pemfigoidin bir birlikteliği mi ya da büllöz pemfigoidin bir varyantı mı olduğu konusundaki tartışmaların devam ettiği otimmün bir dermatozdur (3). Genellikle idiyopatikdir ancak sinnarizin, kaptopril, ramipril, antitüberküloz ilaçların kullanımı, fototerapi tedavisi sonrası ve Çin bitkisel ürün tüketimi sonrasında LPP gelişimi bildiren olgular vardır (4-9). Ayrıca Hamada ve ark.(10), kolon adenokarsinomlu bir LPP olgusu bildirmiş ve neoplazi ile ilişkisi olabileceğini vurgulamışlardır. LPP'li bildirilen olgular gerek klinik gerek etiyolojik olarak çeşitlilik göstermektedir (Tablo 1). Hepatit ile birlikte liken planusun özellikle de eroziv liken planusun birlikteliği bilinen bir durumdur. Ancak LPP ile ilişkisi henüz açık değildir; Flageul ve ark. (12), hepatit B gelişen bir çocukta LPP ile ilişki kurmuştur. Biz de ilk olgumuzda hepatit B antijenini pozitif olarak saptadık. Hepatit birlikteliğinin mevcut liken planus mu yoksa LPP ile mi ilişkili olduğu sonucuna varmak pek mümkün değildir. Hepatitin LPP ile ilişkisini bildiren yeni olgu sunumlarına ihtiyaç vardır.

LPP'de klasik liken planus lezyonlarına gergin büller eşlik eder. Büller liken planus lezyonları üzerinden gelişebileceği gibi, normal deri üzerinde de gelişebilir. Bül ve liken planus lezyonlarının çıkışı eşzamanlı olabilir ancak bildirilen çoğu vakada bizim olgularımızda olduğu gibi önce liken planus lezyonları daha sonra bül gelişimi gözlenmiştir. Bildirilen olgularda LPP düşük doz steroidlere hızla cevap veren, benin bir dermatoz gibi görünmektedir. Bizim ikinci olgumuzda önce çıkmış olan liken planus lezyonu için verilen sistemik steroid tedavisi muhtemelen bül çıkışını hafifletmiş ve sadece lezyon üzerinde hastalığın daha hafif geçmesini sağlamıştır; ancak histopatolojik ve immünofloresan bulguları etkilememiştir. LPP'li olgularda bül gelişimi olmadan nükslerin geliştiği de ayrıca bildirilmiştir (13).

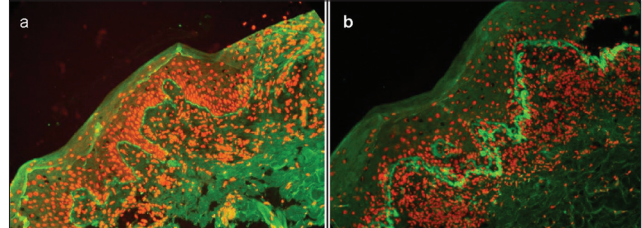
LPP büllöz liken planustan klinik olarak sağlam deri üzerinden bül gelişimi ile nispeten ayırt edilebilir. Ancak



Şekil 5. a) El bilek fleksör yüzde likenoid plan yer yer umbilike papüller lezyonlar ve büle sekonder kurutların olduğu morumsu papüller b) tedavi sonrası lezyonlar pigmentasyon bırakarak tamamen gerilemiş



Şekil 6. Epidermiste hiperkeratoz, akantoz, dermiste bant tarzında lenfositik infiltrasyon, pigment inkontinansı ve kollajende ödem H&E X200



Şekil 7. a) İmmünofloresan incelemede bazal membran zonu boyunca lineer C3 depolanması b) bazal membran zonu boyunca saçaklı fibrinojen depolanması

kesin ayırımı immünofloresan incelemede bazal membran zonu boyunca lineer IgG ve/veya C3 depolanmasının görülmesi ile yapılır (14). Büllöz liken planusta bül uzun süredir var olan liken planus lezyonu üzerinde görülür ve bazal hücrelerdeki şiddetli likefaksiyon dejenerasyonu sonucu gelişir. Klasik büllöz pemfigoidde liken planus lezyonlarının görülmemesi, seyirinin daha şiddetli olması ve nispeten daha yaşlı popülasyonu etkilemesi LPP'den klinik ayırıcı tanısında her ne kadar yardımcı olsa da kesin ayırım için immünofloresan inceleme altın standarttır. LPP'de büllöz pemfigoidden farklı olarak bazal membran zonu boyunca fibrinojende saçaklı depolanma görülmesi tipiktir (15). Solomon ve ark.(2), sadece oral mukoza lezyonu olan bir LPP olgusu bildirmişlerdir. Bizim her iki olgumuzun oral mukozasında lezyon yoktu. LPP sadece oral lezyonlar ile seyrederse eroziv liken planus, müköz membran pemfigoidi de ayırıcı tanıda önem kazanır. Paraneoplastik pemfigusta (PNP) likenoid lezyonlarla birlikte inatçı oral ülserler görüle-

Tablo 1. LPP'li bildirilen olgular

Salem ve ark. ⁴	Kaptoprilin indüklediği pemfigus benzeri özellikler ile birlikte liken planus pemfigoides
Miyagawa ve ark. ⁵	Sinnarizinin indüklediği liken planus pemfigoides benzeri lezyonlar
Kuramoto ve ark. ⁸	PUVA'nın indüklediği liken planus pemfigoides
Flageul ve ark. ¹²	Hepatit B gelişen bir çocukla ilişkili liken pemfigoid
Xu ve ark. ⁹	Çin bitkisi ile ilişkili liken planus pemfigoides
Hamada ve ark. ¹⁰	Kolon adenokarsinomu ile ilişkili liken planus pemfigoides ve çok sayıda keratoakantoma
Sakuma ve ark. ¹¹	Pemfigoid nodularise ilerleyen liken planus pemfigoides
Maceyko ve ark. ⁶	Oral ve kutanöz liken planus pemfigoides
Solomon ve ark. ²	Oral liken planus pemfigoidesde klinik ve immünopatolojik bulgular
Bouloc ve ark. ³	Liken planus pemfigoides bir heterojen hastalıktır. elektron mikroskopi ile çalışılan beş hastanın bildirilmesi

bilir. Sadece oral lezyonlarla ve sadece deri tutulumu ile bildirilen olguların olması hem deri hem de mukozanın birlikte tutulduğu LPP olgularının da olabileceğini akla getirir. Deri ve mukozal tutulumun birlikte görülebildiği LPP'li olgularda bu iki hastalığı klinik olarak ayırt etmek mümkün olmayabilir. Stevens ve ark.(16), klinik ve histolojik incelemede LPP; fakat immünofloresan incelemede pemfigus vulgaris bulgusu gösteren PNP'li bir olgu bildirmişlerdir. PNP'de direkt immünofloresan incelemesi hücreler arası aralıkta IgG antikorlarının depolanması veya PNP için daha özgün bir yöntem olan sıçan mesanesinde hasta serumundaki antikorların hücreler arası aralıkta depolandığının gösterilmesi kesin tanı için gerekli olabilir (17).

LPP'nin patogenezi henüz bilinmemektedir; ancak teoriler vardır. Liken planusta hasarlı bazal hücrelerin saklı antijen determinantlarını ortaya çıkarttığı veya bu hücrelerin antikor oluşumuna yol açan yeni antijenler yarattığı öne sürülmüştür (18). Yayınlanan olguların çoğunda büllöz lezyonlar bizim olgurumuzda olduğu gibi liken planus lezyonlarından sonra ortaya çıkmıştır. Son zamanlarda LPP patogenezi ile ilgili "epitop yayılma" kavramı ortaya atılmıştır (19). Otoimmün hastalıkların hayvan modellerinde otoimmün cevabın hedefinin sabit kalmayıp aynı dokuda benzer ya da aynı proteinlere doğru genişleyebildiği gösterilmiştir. PUVA tedavisi sonrası LPP gelişen bir olguda patogeneizde bu fenomen üzerinde durulmaktadır (8).

Yayınlanan LPP'li olgularda IgG antikorlarının hemidesmozomlarda yerleşmiş ya 180 kd pemfigoid antijene (BPAg2, tip-XVII kollajen) ya 230 kd pemfigoid antijene (BPAg1) ya da her ikisine karşı geliştiği gösterilmiştir (20,21). Bazı olgularda paraneoplastik pemfigusa benzer patern de gösterilmiştir (16). Davis ve ark. (22), bildirdikleri iki olguda 180 kDa antijenine birlikte 200 kDa antijenine karşı gelişen IgG antikorları saptamışlardır.

LPP yukarıda da söz edildiği gibi immünobüllöz hastalıkların ayırıcı tanısında önemli bir yere sahip olabilir. Klinik bulgularının çeşitliliği örneğin sadece oral lezyonlarla seyreden olguların varlığı bu ayrımı daha da güçleştirebilir. Bu nedenle immünopatolojik incelemelerin ayırıcı tanıdaki önemi daha da artmaktadır. Çünkü her ne kadar klinik ve histopatolojik incelemeler LPP'yi diğer immünobüllöz hastalıklardan ayırmada yardımcı olsa da immünofloresan incelemeler kesin tanı için rutinde kullanılan en önemli araçlardır.

Kaynaklar

- Zillikens D. Autoimmune Bullous Diseases. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M, editors. Braun-Falco's Dermatology. 3th ed. Berlin:Springer-Verlag;2009. p.641-68.
- Solomon LW, Helm TN, Stevens C, et al. Clinical and immunopathologic findings in oral lichen planus pemphigoides. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;103:808-13.
- Bouloc A, Vignon-Pennamen MD, Caux F, et al. Lichen planus pemphigoides is a heterogeneous disease: a report of five cases studied by immunoelectron microscopy. Br J Dermatol 1998;138:972-80.
- Ben Salem C, Chenguel L, Ghariani N, et al. Captopril-induced lichen planus pemphigoides. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2008;17:722-4.
- Miyagawa S, Ohi H, Muramatsu T, et al. Lichen planus pemphigoides-like lesions induced by cinnarizine. Br J Dermatol 1985;112:607-13.
- Maceyko RF, Camisa C, Bergfeld WF, et al. Oral and cutaneous lichen planus pemphigoides. J Am Acad Dermatol 1992;27:889-92.
- Demirçay Z, Baykal C, Demirkesen C. Lichen planus pemphigoides: report of two cases. Int J Dermatol 2001;40:757-9
- Kuramoto N, Kishimoto S, Shibagaki R, et al. PUVA-induced lichen planus pemphigoides. Br J Dermatol 2000;142:509-12.
- Xu HH, Xiao T, He CD, et al. Lichen planus pemphigoides associated with Chinese herbs. Clin Exp Dermatol 2008;34:329-32.
- Hamada T, Fujimoto W, Okazaki F, et al. Lichen planus pemphigoides and multiple keratoacanthomas associated with colon adenocarcinoma. Br J Dermatol 2004;151:252-4.
- Sakuma-Oyama Y, Powell AM, Albert S, et al. Lichen planus pemphigoides evolving into pemphigoid nodularis. Clin Exper Dermatol 2004;28:613-6.
- Flageul B, Hassan F, Piquier L, et al. Lichen pemphigoid associated with developing hepatitis B in a child. Ann Dermatol Venereol 1999;126:604-7.
- Saurat JH. Does the bullous eruption of lichen planus pemphigoides recur when the LP relapses? J Am Acad Dermatol 1984;10:290-1.
- Uzun S. Büllöz Hastalıklar. In:Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji. 3'üncü baskı. İstanbul:Nobel Tıp Kitapevleri;2008. p.805-912.
- Scully C, Beyli M, Ferreira MC, et al. Update on oral lichen planus:etiopathogenesis and management. Crit Rev Oral Biol Med 1998;9:86-122.
- Stevens SR, Griffiths CE, Anhalt GJ, et al. Paraneoplastic pemphigus presenting as a lichen planus pemphigoides-like eruption. Arch Dermatol 1993;129:866-9.
- Uzun S. Otoimmün Büllöz Hastalıklarda Laboratuvar Tanı. Dermatose 2002;2:42-6.
- Stingl G, Holubar K. Coexistence of lichen planus and bullous pemphigoid:an immunopathological study. Br J Dermatol 1975;93:313-20.
- Vanderlugt CJ, Miller SD. Epitope spreading. Curr Opin Immunol 1996;8:831-6.
- Hsu S, Ghohestani RF, Uitto J. Lichen planus pemphigoides with IgG autoantibodies to the 180kd bullous pemphigoid antigen (type XVII collagen). J Am Acad Dermatol 2000;42:136-41.
- Yoon KH, Kim SC, Kang DS, et al. Lichen planus pemphigoides with circulating autoantibodies against 200 and 180kDa epidermal antigens. Eur J Dermatol 2000;10:212-4.
- Davis AL, Bhogal BS, Whitehead P, et al. Lichen planus pemphigoides:its relationship to bullous pemphigoid. Br J Dermatol 1991;125:263-71.

Gluteal Bölgede Bilateral ve Simetrik Yerleşen Piloleyomiyomalar

Piloleiomyomas Bilaterally and Simetrically Located in The Hips

Sayın Editör,

Leyomiyomalar düz kas hücrelerinden gelişen ve vücutta düz kas bulunan herhangi bir yerde gelişebilen benign neoplazmlardır (1). Deri leyomiyomaları genellikle dört gruba ayrılır: 1) piloleyomiyomalar; soliter veya multipl, errektör pilorum kasından köken alırlar 2) anjiyoleyomiyomalar; vasküler düz kastan köken alırlar 3) dartoik leyomiyomalar; genital bölge, areola ve meme başında bulunan dartos kasından köken alırlar 4) lipoleyomiyomalar; ilave olarak mezenkimal elementler içerirler (2). Burada simetrik olarak gluteal bölgeye yerleşmiş iki adet piloleyomiyomu olan bir olgu sunulmaktadır.

Yirmi yedi yaşında bayan hasta iki yıldır var olan, gluteal bölgeye yerleşmiş, ağrısız iki adet şişlik nedeniyle polikliniğe başvurdu. Lezyonların öncesinde herhangi bir travma hikayesi yoktu. Olgumuz daha önce hipertrofik skar tanısıyla önerilen topikal steroid ve topikal soğan ekstraktı tedavilerinden fayda görmemişti. Olgunun özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Dermatolojik muayenede her iki gluteal bölgeye simetrik olarak yerleşmiş, hassas olmayan, iki adet nodül saptandı. Sağ gluteal bölgede eritematöz 3,2x1,5 cm çaplı sert nodül (Şekil 1) ve sol gluteal bölgede 1,5x1,5 cm çaplı açık kahverengi renkte sert nodül mevcuttu (Şekil 2).

Sağ gluteal bölgedeki lezyondan keloid, sol gluteal bölgedeki lezyondan da leyomiyoma ön tanılarıyla iki adet punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede her iki biyopsi örneğinde middermiste yer yer ektrin bezler çevresinde, proliferen olan, birbirleri ile çaprazlaşan, girdap yapıları oluşturan ve fokal pleomorfizm gösteren düz kas hücrelerinin oluşturduğu nispeten iyi sınırlı vaskülarize nodüller izlendi ve iki lezyon bulunduğu için multipl piloleyomiyoma tanısına ulaşıldı. Tam kan sayımı ve suprapubik pelvik ultrasonografi normaldi.

Lezyonlar kozmetik nedenlerle genel anestezi altında total olarak eksize edildi. Eksize edilen her iki kitlenin histopatolojik incelemesinde iç içe girmiş

demetler halinde yerleşmiş, eozinofilik sitoplazmalı, işsi düz kas hücrelerinden oluşmuş, iyi sınırlı nodüllerden oluştuğu görüldü. Bu nodüller middermiste ektrin ve foliküler yapıların etrafında yerleşmişlerdi ve epidermisten grenz zon ile ayrılmaktaydılar. Bu hücrelerin girdapsı yapılar oluşturdıkları ve fokal pleomorfizm gösterdikleri saptandı. Malignensi lehine herhangi bir bulgu yoktu (Şekil 3). İmmünohistokimyasal incelemede tümöral hücrelerin α -düz kas aktin pozitif ve S-100 negatif oldukları saptandı. Olgumuzda her iki kitlenin histopatolojik incelemesi sonucunda bilateral, simetrik olarak yerleşmiş, iki piloleyomiyoma nodülü tanısına ulaşıldı. Bir yıllık takip süresince herhangi bir nüks saptanmadı.

Piloleyomiyomalar olguların %80'inde çok sayıda ve hatta yüzlerce olabilir (3). Multipl piloleyomiyomalar genellikle hayatın ikinci ve üçüncü dekadlarında görülür ve yavaş büyürler (1,3,4). Piloleyomiyomalar genellikle ekstremitelerin ekstansör bölgelerinde, gövdede ve yüzde yerleşirler (1). Multipl piloleyomiyomaların yerleşimleri ise simetrik bilateral, gruplaşmış, segmental ve lineer paternlerde olabilir (1). Olgumuzda ise gluteal bölgede simetrik ve bilateral olarak yerleşmiş iki adet, eş zamanlı ortaya çıkan piloleyomiyoma nodülü mevcuttu. Piloleyomiyomalar genellikle 15 mm'den küçükler ancak birkaç santimetre çapta da olabilirler (4,5).

Piloleyomiyoma ayırıcı tanısında günümüze kadar bildirilmiş olan klinik durumlar arasında anjiyoleyomiyoma, meme kanseri, dermatofibrom, ektrin spiradenom, endometriyozis, dev hücreli tümör, glomus tümörü, leyomiyosarkom, mastositoz, nörolemmoma, nöroma, nörofibrom, plazmasitom, ve akne skarları yer almaktadır (1,4).

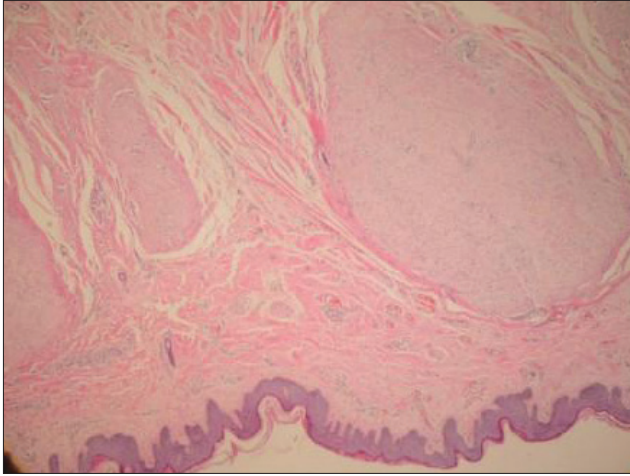
Utikal ve ark. (2), piloleyomiyoma eksizyon skarında gelişmiş bir kutanöz leyomiyosarkom olgusu rapor etmişlerdir. Bu yazarlar önceki cerrahi travma veya önceki piloleyomiyomadan kalan rezidüel hücrelerin transformasyonunun leyomiyosarkom gelişiminde muhtemel faktör olabileceğini öne sürmüşlerdir. Olgumuzda



Şekil 1. Sağ gluteal bölgede yerleşmiş eritematöz sert nodül



Şekil 2. Sol gluteal bölgede yerleşmiş sert nodül



Şekil 3. Histopatolojik incelemede epidermisten grenz zon ile ayrılmış, iç içe geçmiş içi düz kas hücre demetlerinden oluşan, iyi sınırlı nodüller görülmektedir (HEX40)

lezyonlar tam olarak eksize edilmiş ve yakın takip önerilmiştir. Piloileyomiyoma eksize skarında dahi malignensi gelişimi bildirilmiş olduğu için olguların yakın takibi önemlidir.

Berna Aksoy¹, Hasan Mete Aksoy², Hüseyin Üstün³, Rukiye Gülbahçe³, Mahi Balçr⁴, Bahar Öç⁵, Nilgün Atakan⁶

¹TDV 29 Mayıs Özel Ankara Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

²TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

³Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

⁴TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

⁵TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi, Anestezi Kliniği, Ankara, Türkiye

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Kaynaklar

1. Alper M, Parlak AH, Kavak A, Aksoy KA. Bilateral multiple piloileiomyomas on the breast. Breast 2004;13:146-8.
2. Utikal J, Haus G, Poenitz N, Koenen W, Back W, Dippel E, Gratchev A, Goerd S. Cutaneous leiomyosarcoma with myxoid alteration arising in a setting of multiple cutaneous smooth muscle neoplasms. J Cutan Pathol 2006;33:20-3.
3. Lun KR, Spelman LJ. Multiple piloileiomyomas. Austral J Dermatol 2000;41:185-6.
4. Stone JA, Morrison AL. Piloileiomyoma mistaken for post-tacne scarring. Cutis 2004;73:335-7.
5. Izumi T, Kai M, Shimizu H, Tajima S. Solitary piloileiomyoma with an unusual clinical appearance. J Dermatol 1996;23:56-7.

Tanınız Nedir?**What is Your Diagnosis?**

Ayşe Serap Karadağ¹, Ayla Tezer², Gülçin Güler Şimşek², Yaşar Nazlıgül³

¹Sağlık Bakanlığı Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bakanlığı Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

³Sağlık Bakanlığı Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Olgu

Gastroenteroloji servisinde hepatosellüler karsinoma tanısıyla yatan 81 yaşındaki erkek hasta bacaklarındaki döküntü nedeniyle konsülte edildi. Asemptomatik lezyonların 2 ay önce her iki ayak sırtında başladığı ve giderek bacaklara doğru yayıldığı öğrenildi. Olgunun aile hikayesi yoktu.

Dermatolojik muayenesinde her iki ayak ve bacak dorsalinde çok sayıda, asimetrik, 0.5-1.5 mm boyutlarında, 1-2 mm uzunluğunda, ince, gri-beyazımsı renkte, foliküler olmayan keratotik çıkıntılar görüldü (Şekil 1,2). Bu lezyonlar folikül ağızlarıyla ilişkili değildi. Lezyonların etrafındaki deri normaldi. Hastanın yüzü, avuç içi ve ayak tabanları normaldi. Lezyonlardan *punch* biyopsi ile alınan materyalin histopatolojik incelemesinde ortokeratotik stratum korneum, filiform ortokeratotik çıkıntılar, akantoz ve üst dermiste hafif lenfositik infiltrasyon saptandı (Şekil 3). Dermiste değişiklik yoktu.

Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde patolojik olarak hemoglobin 9.3 g/dL, ferritin 13.3, alfa-fetoprotein 127 geldi. HbsAg (+) olarak saptandı.

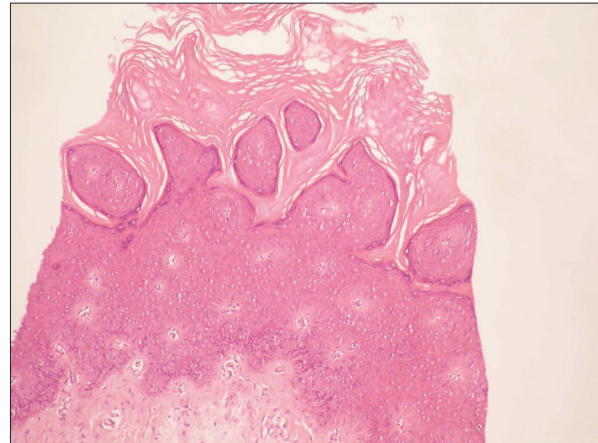
Maliniteye yönelik tedavileri reddeden hastaya keratolitik ve nemlendirici tedavi başlandı. Hastanın altı aylık izlemi boyunca lezyonlarında herhangi bir düzelme olmadı.



Şekil 1. Her iki ayak ve bacak dorsalinde çok sayıda beyaz, hiperkeratotik, papüler lezyonlar görülmekte



Şekil 2. Lezyonların daha yakından görünüşü



Şekil 3. Ortokeratotik materyal içeren spiküller ve epidermal elevasyon (H&E X 4)

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Uz.Dr. Ayşe Serap Karadağ, Sağlık Bakanlığı Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel: +90 312 256 90 00 e-posta: askaradag@yahoo.com

XIX. Prof.Dr. A.Lütfü Tat Sempozyumunda e-poster olarak sunulmuştur

Tanı

Hastaya klinik ve histopatolojik bulgularla multipl minute digitate hiperkeratoz tanısı kondu.

Multipl minute digitate hiperkeratoz (MMDH) nadir görülen, foliküler olmayan, keratinizasyon bozukluğudur (1). Klinik olarak çok sayıda, asemptomatik, deri renginde, 0.5-2 mm çapında, 1-2 mm uzunluğunda, düzgün yüzeyle keratotik papüller şeklinde görülür. Hastalık malinite, ilaçlar ve inflamatuvar hastalıklar gibi birçok hastalığa eşlik edebilmektedir (1,2).

MMDH ile ilgili çeşitli sınıflamalar yapılmış olsa da günümüzde başlıca 5 grupta sınıflandırılmaktadır; 1) Ailesel 2) Sporadik, idiyopatik, 3) Malinite ile ilişkili, 4) Post-inflamatuvar tip (sistemik hastalık ve ilaçlarla ilgili) 5) Post-irradiasyon MMDH (1,2). Ailesel tipi otozomal dominant seyrederek, hayatın 2.-3. dekadında başlar. Sporadik form daha da nadir görülür (literatürde bildirilen 10 vaka vardır), genellikle 4.-5. dekatta başlamaktadır (1,3).

MMDH ile malinite arasındaki ilişkinin nedeni tam olarak aydınlatılmamıştır (3). Literatürde MMDH ile birlikte görülen maliniteler; multipl myeloma, bronşial karsinom, larinks karsinomu, renal hücreli karsinom, intestinal karsinom, melanoma, lenfoma ve meme kanseridir (3,4). Neoplastik olmayan durumlar ise inflamatuvar, kardiyovasküler hastalıklar, Crohn hastalığı, Darier hastalığı, sebace hiperplazi, polikistik böbrek hastalığı, karaciğer kisti, kronik böbrek yetmezliği, A hipovitaminosu, hiperlipoproteinemisi, çinko eksikliği ve ultraviyoleye maruziyettir. Etretinat, siklosporin, HMG-CoA redüktaz inhibitörleri de bu hastalığa neden olabilmektedir (2).

MMDH'nin klinik ve histopatolojik olarak Mibelli'nin porokeratozu, keratozis folikularis, liken spinulosus, Kyrle

hastalığı, hiperkeratozis lentikularis perstans (Flegel hastalığı), foliküler liken planus, pitriyazis rubra pilaris ve keratozis pilaris ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (3,4).

Lezyonların spontan remisyonu oldukça nadirdir. Üre, salisilik asit ve A vitamini gibi çeşitli topikal tedaviler kullanılabilir, ancak etkinliği tartışmalıdır. Bazı vakalarda topikal 5-florourasil krem ve etretinat ile kısmi bir düzelme sağlanmıştır. Buna rağmen vakaların çoğu tedaviye dirençlidir (3,5). Bu olgu da tedaviye direnç göstermiş, 6 aylık izlemi boyunca düzelme sağlanmamıştır.

Sistemik hastalık, neoplazi ve ilacın indüklediği MMDH'de histopatolojik bulgular aynıdır. MMDH tanısı konan hastalarda rutin tetkikler ve ilaç kullanımı, malinite varlığı gibi tüm etiyolojik faktörlere yönelik araştırmalar yapılmalıdır. Sistem sorgulaması ve aile hikayesinin varlığının gözden geçirilmesi de doğru tanıya yararlı olabilmektedir.

Kaynaklar

1. Pimentel CL, Puig L, García-Muret MP, et al. Multiple minute digitate hyperkeratosis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002;16:422-4.
2. Kavita Sriprakash K, Yong-Gee S. Multiple minute digitate hyperkeratoses associated with paraproteinaemia. Australas J Dermatol 2008;49:233-6.
3. Rubegni P, De Aloe G, Pianigiani E, et al. Two sporadic cases of idiopathic multiple minute digitate hyperkeratosis. Clin Exp Dermatol 2001;26:53-5.
4. Guarneri C, Guarneri F, Vaccaro M, et al. Multiple minute digitate hyperkeratoses. Int J Dermatol 2005;44:664-7.
5. Takagawa S, Satoh T, Yokozeki H, Nishioka K. Multiple minute digitate hyperkeratosis. Br J Dermatol 2000;142:1044-6.

Kongre Takvimi

ULUSLARARASI KONGRELER

68th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology
5-9 Mart 2010
Miami, FL, ABD

Avrupa Pediatrik Dermatoloji Kongresi
20-22 Mayıs 2010
Lozan-İsviçre

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, Seul, Güney Kore
www.wcd2011.org.

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

ULUSAL KONGRELER

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

4. Ulusal Pediatrik Dermatoloji Günleri
2-5 Haziran 2010,
Mersin, Türkiye

Çukurova Dermatoloji Günleri
5-9 Mayıs 2010
Antakya, Türkiye

Dermatoloji - Dermatoonkoloji Gündemi
26-30 Mayıs 2010
Çeşme, İzmir, Türkiye

3. Dermatoimmünoloji Güz Okulu Muğla, Türkiye
23-26 Eylül 2010

3. Dermatolojik Cerrahi Günleri İstanbul, Türkiye
4-7 Kasım 2010