

Türk Dermatoloji Dergisi

Cilt 4 Sayı 4 Aralık 2010
Vol. Issue December

Turkish Journal of Dermatology

Olgu Sunumları / *Case Reports*

Eozinofilik Pannikülit
Eosinophilic Panniculitis

Ekrem Aktaş ve ark.; Kayseri, Türkiye

Kutanöz Poliarteritis Nodosa
Cutaneous Polyarteritis Nodosa

Beril Gülüş Demirel ve ark.; Kayseri, Türkiye

Werner Sendromu
Werner's Syndrome

Ali Murat Ceyhan ve ark.; Isparta, Türkiye

İdiyopatik Skrotal Kalsinozis
Idiopathic Scrotal Calcinosis

Burhan Özalp ve ark.; İstanbul, Türkiye



bu mevsim tek isim!



3 farklı etken madde 5 farklı etki¹

Mepiramin maleat
Antihistaminik
Antipruritik

Lidokain HCl
Anestezik

Dekspantenol
Epitelizan
Sikatrizan

1) Ürün prospektüs bilgisi

Formülü: 1 g Stilex Jel, etken madde olarak 15 mg Mepiramin maleat, 15 mg Lidokain hidroklorür, 50 mg Dekspantenol ve koruyucu olarak Benzalkonyum klorür içerir. Koku verici olarak Oleum adonia kullanılmıştır. **Endikasyonları:** Stilex Jel; güneş yanıkları, böcek sokmaları, ürtiker, kaşıntı ve birinci derece yanıklarda kullanılır. **Kontrendikasyonları:** Bileşimindeki maddelerden herhangi birine karşı oluşmuş aşırı duyarlılık durumlarında kontrendikedir. **Uyarılar/Önlemler:** İrinli deri hastalıkları ile enfekte yaralarda, iltihaplı deri enfeksiyonları ve bulaşıcı hastalıklarda uygulanmamalıdır. Kullanım süresi 7 günü geçmemelidir. **Gebelik Döneminde Kullanımı:** Gebelik kategorisi C'dir. **Yan Etkiler/Advers Etkiler:** Nadiren deri döküntüleri, kaşıntı görülebilir. **Kullanım Şekli ve Dozu:** Günde birkaç kez ince bir tabaka halinde sürülür. Göze temastan kaçınılmalıdır. **Ticari Takdim Şekli ve Ambalaj Muhtevası:** 30 g'lık tüplerde. **Ruhsat Tarihi ve Numarası:** 11.04.1997 - 182/36 **Ruhsat Sahibi:** Vifor (İsviçre) Lisansı İle Abdi İbrahim İlaç San. Ve Tic. A.Ş. Zincirlikuyu-İstanbul **İmal Yeri:** Abdi İbrahim İlaç San. Ve Tic. A.Ş. Hadımköy/ İstanbul **Perakende Satış Fiyatı (KDV dahil):** 8,87 TL (Nisan 2009) Reçete ile satılır. Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz. Abdi İbrahim İlaç San ve Ticaret A.Ş. Reşitpaşa Mahallesi. Eski Büyükdere Caddesi. No:4 P.K. 34467 Maslak/Sarıyer - İstanbul T. +90 212 366 84 00 F. +90 212 276 20 20 **Web:** www.abdiibrahim.com.tr **e-mail:** info@abdiibrahim.com.tr.



Stilex® Jel
Mepiramin maleat + Lidokain HCl + Dekspantenol



ABDİİBRAHİM

125 mg Brivudin
Zostex[®]

1
günde
1 tablet^{1,2}

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

1
günde
1 tablet^{1,2}



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

Zostex[®]

Formülü: Her bir tablet, etken madde olarak 125 mg brivudin içerir. **Farmakodinamik Özellikler:** Zostex'in etkin maddesi olan brivudin (bromo vinil deoksüridin), varisella zoster virüs (VZV)'ün replikasyonunu inhibe eden en güçlü nükleosit analogudur. Brivudin in vitro VZV replikasyonunu inhibe etme bakımından asiklovir ve pensiklovirden yaklaşık 200-1000 kez daha potentir. Brivudin herpes simplex virüs tip 1'e etkili iken herpes simplex virüs tip 2'ye karşı anlamlı bir antiviral aktivitesi yoktur. Virüs enfekte edilmiş hücrelerde, brivudin viral replikasyonun inhibisyonundan sorumlu brivudin-trifosfat oluşur. Fosforilasyon sadece enfekte hücrelerde oluşur; bu durum brivudinün viral hedeflere olan yüksek seçiciliğini de açıklar. **Endikasyonu:** Zostex, akut semptomları yitilmeden önce minimum 4 haftalık bir ara gözlenmelidir. Daha ileri bir önlem olarak, yakın bir geçmişte Zostex almış hastalarda 5-fluoroprimidin ilaçlarla tedaviye başlamadan önce DPD enzim aktivitesi ölçülmelidir. Kaza ile 5-FU veya benzeri ilaçlar Zostex ile tedavi edilen hastalarda uygulandığında 5-FU toksisitesini azaltmak için agresif önlemler alınmalıdır. Hemen hospitalizasyon önerilir ve sistemik enfeksiyonlar ile dehidratasyonu önlemek için her türlü önlem alınmalıdır. 5-FU toksisite belirtileri arasında bulantı, kusma, diyare ve siddetli olgularda stomatit, nöropeni ve kemik iliği depresyonu vardır. **Hamilelikte kullanım (Kategori C):** Zostex hamilelik süresince kullanılmamalıdır. Fötotoksik etkiler sadece yüksek dozlarda görülmektedir. Ancak, Zostex'in insan gebeliğindeki güvenliği belirlenmemiştir. **Emziren annelerde kullanım:** Hayvan deneyleri brivudin ve ana metaboliti bromovinilürasil (BVU)'ün süte geçişini göstermiştir. Emziren annelerde kullanılmamalıdır. **Araç ve Makina Kullanmaya Etkisi:** Araç kullanırken veya makinelerde çalışırken, ender olgularda baş dönmesi ve uyuklama belirtileri ortaya çıkması 72 saat içinde başlanmalıdır. **Yan Etkiler/Advers Etkiler:** Bulantı, baş ağrısı, mide bozukluğu ve kusma bazı durumlarda (hastaların % 1-5) bildirilmiştir. Diğer ender olaylar (hastaların % 1'den daha az) diyare, konstipasyon, pruritus, karın ağrısı, iştah kaybı, uyuklama ve astenidir. Bazı izole olgularda tedavinin kesilmesine yol açan deri döküntüleri gözlenmiştir; bunlar Zostex'in kesilmesiyle kendiliğinden kaybolmuştur. Beklenmeyen bir etki gördüğünüzde doktorunuza başvurunuz. **İlaç Etkileşimleri ve Diğer Etkileşimler:** Zostex ile yapılan klinik araştırmalar sırasında önemli etkileşimler tanımlanmamıştır. İlaç olarak, karaciğer P450 enzim sisteminin potansiyel induksiyonu veya inhibisyonu da gösterilememiştir. Birlikte yiyecek alması brivudinün absorpsiyonunu anlamlı olarak etkilememektedir. 5-FU ve diğer 5-fluoroprimidinlerle etkileşimler için bakınız. **Kontraindikasyonlar ve Özel Uyarılar ve Özel Kullanım Tedbirleri:** Zostex, yedi gün boyunca günde bir kez alınmalıdır. Tedaviye mümkün olan en kısa sürede, tercihen kütanöz belirtiler ortaya çıktıktan 72 saat içinde başlanmalıdır. **Tabletler her gün yaklaşık aynı zamanda alınmalıdır.** Postherpetik nöraljinin önlenmesi veya süresinin azaltılmasında dozaj değişikliğine gerek yoktur. **Yaşlılar,** renal veya karaciğer yetmezliği hastalarda dozaj değişikliğine gerek yoktur. **Doz Aşımı:** Zostex ile akut ağır doz vakası bildirilmemiştir. Doz aşımı halinde uygun şekilde semptomatik ve destekleyici tedavi uygulanmalıdır. **Saklama Koşulları:** 30°C'nin altında oda sıcaklığında saklayınız. **İşıkta** koruyunuz. Çocukların ulaşamayacakları yerlerde ve ambalajında saklayınız. **Ticari Takdim Şekli ve Ambalaj İçeriği:** Kutuda 7 tablet içeren blister ambalaj ve prospektüsü ile birlikte. **Ruhsat Sahibinin İsim ve Adresi:** Ufca İlaç San. ve Tic. A.Ş. Davutpaşa cad. No:12 34473 Topkapı-İSTANBUL. **Ruhsat Tarihi ve Numarası:** 01.08.2003 - 114/44. **Prospektüs Onay Tarihi:** 09.04.04 - 30 Temmuz 2010 itibarıyla KDV dahil perakende satış fiyatı: 163,34 TL'dir. **Ayrıntılı bilgi için prospektüse bakınız. Üretim Yeri ve Adresi:** Berlin-Chemie AG Glenecker Weg 125-D 12489- Berlin, Almanya. **Reçete ile satılır.** Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz.

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

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



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

Editör/Editor

Serap Utaş, Kayseri, Türkiye

İngilizce Danışmanı/English Consultant

Selma Yörükhan, Ankara, 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 Fertil, İzmir, Türkiye

Ayla Gülekon, Ankara, Türkiye
Emel Güngör, İstanbul, 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, İstanbul, Türkiye
Tamer İrfan Kaya, Mersin, Türkiye
Rebiay Kıran, Kocaeli, Türkiye
Osman Köse, Ankara, Türkiye
Nihal Kundakçı, Ankara, Türkiye
Zafer Kurumlu, Ankara, Türkiye
Rıfkiye Küçükoğlu, 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 Taşkaplan, İstanbul, Türkiye
Bülent Taştan, Ankara, Türkiye
Şükran Tunalı, Bursa, Türkiye
A.Yaşar Turanlı, Samsun, Türkiye
Ümit Türsen, Mersin, Türkiye
Yalçın Tüzün, İstanbul, Türkiye
Ümit Uğşal, 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

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Responsible Manager

Serap Utaş

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

Esir olmayın! YAKINDA



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, Scopus, CINAHL, Gale/Cengage Learning, EBSCO, DOAJ, ProQuest ve Index Copernicus 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, Scopus, CINAHL, Gale/Cengage Learning, EBSCO, DOAJ, ProQuest and Index Copernicus 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

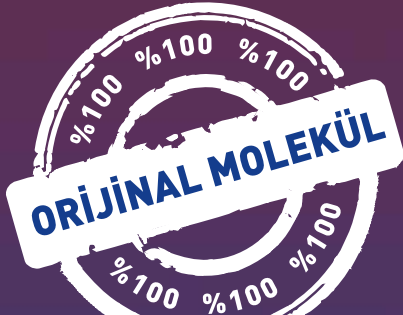
All views and reports presented in the Turkish Journal of Dermatology, are the views of their respective authors and are not the views of neither the Editor nor the publisher; The Turkish Society of Dermatology, Editor, editorial board and the publisher assume no responsibility for these articles.

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

Itraspor®

İtrakonazol 100 mg

Mantar tedavisinde geniş etki spektrumu¹



Referans:
1. Pfiérand GE, et al. Itraconazole. Exp. Opin. Pharmacother. 2000; 1(12):287-304

ITRASPOR® 100 mg Mikropellet Kapsül

FORMÜLÜ: Her kapsül pellet formülasyonunda 100 mg itraconazol içerir. **ENDİKASYONLARI:** Dermatofit ve/veya mayaların neden oldukları onikomikoz, dermatomikozlar, pitiriazis versikolor, fungal keratit, oral ve vulvovajinal kandidoz. Sistemik aspergilloz ve kandidoz, kriptokokoz (kriptokokksis menenjit dahil), histoplazmoz, sporotrikoz, parakoksidiomikoz, blastomikoz ve daha enler görülen sistemik ya da tropikal mikozlar. **KONTRENDİKASYONLARI:** İtraconazol ya da bileşiminde bulunan maddelere aşırı duyarlı olan hastalarda kontrendikedir. Sistemik mikozlar hariç gebe kadınlarda kontrendikedir. Bu durumda da, tedaviden sağlanacak yarar ile fetusa görülebilecek olumsuz etkiler değerlendirilmelidir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda, tedavi bitiminden itibaren bir sonraki menstrüel döngüye kadar uygun kontraseptif yöntemler kullanılmalıdır. Terfenadin, astemizol, cisaprid, kinidin, CYP3A4 metabolize HMG-CoA redüktaz inhibitörleri örneğin simvastatin ve lovastatin, triazolam ve oral midazolam ile kontrendikedir. **UYARILAR/ÖNLEMLER:** Klinik olarak önemli ilaç etkileşim potansiyeli vardır. Mide asidinin azalması İtraconazolün emilimi azalır. Mide asidini azaltan ilaçlar (örneğin, alüminyum hidroksit). İTRASPOR'ün alınmasından en az 2 saat sonra kullanılmalıdır. Bazı AIDS hastaları gibi ağır/hidrolik hastaların ve asid salgılamasını azaltan ilaç (örneğin, H₂-reseptör antagonistleri, proton pompası inhibitörleri) kullananların İTRASPOR'u kolalı bir içecek ile almasını önerilir. Çocuklarda kullanımı: Çocuklarda kullanımı ile ilgili klinik çalışmalar sınırlı olduğundan, sağlanabilecek yarar potansiyel riskin üzerinde olmadığı çocuklarda kullanılması önerilmez. Bir aydan daha uzun süre düzenli tedavi görenlerde ve istatistik, bulantı, kusma, halsizlik, karın ağrısı veya idrar renginde koyulaşma görülen hastalarda, karaciğer fonksiyonlarının kontrol edilmesi önerilir. Karaciğer fonksiyonlarının normal olmaması durumunda tedavi sonlandırılmamalıdır. Karaciğer enzim düzeyi yükselen, aktif karaciğer hastalığı olan, ya da diğer ilaçlarla karaciğer toksisitesi olmuş hastalarda, beklenen yarar karaciğer hasarı riskinden yüksek olmadığı tedaviye başlanmamalıdır. Bu tip vakalarda karaciğer enzim düzeyi takip edilmesi gereklidir. Karaciğer bozukluğu: İtraconazol öncelikle karaciğerde metabolize olur. Sirozlu hastalarda İtraconazolün terminal yarılanma ömrü bir miktar uzar. Oral biyoyararlanımı, biraz azalır. Bu nedenle doz ayarlaması önerilir. Böbrek yetersizliği: Böbrek yetersizliği olan hastalarda oral yoldan kullanılan İtraconazolün biyoyararlanımı düşük olabilir. Bir doz ayarlaması önerilir. İTRASPOR® tedavisi ile ilişkili olabilecek bir nöropati görüldüğü takdirde, İtraconazol tedavisi kesilmelidir. Gebelik ve Emzime Döneminde Kullanımı: Gebe kadınlarda kullanımı hakkında yapılmış bir çalışma yoktur. Bu nedenle, gebe kadınlarda sadece hayatı tehdit eden sistemik mikozlarda, elde edilebilecek yararın fetusa olası risklerin üzerinde olduğu durumlarda kullanılmalıdır. Çok az miktarda anne sütüne geçer. Bu nedenle, tedaviden beklenen yarar ile emzime sonucu doğabilecek riskler çok iyi değerlendirilmelidir. Herhangi bir şüphe de hasta emzirmemelidir. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** En sık bildirilen yan etkiler; dispepsi, bulantı, karın ağrısı ve konstipasyon gibi gastro-intestinal sisteme ait yan etkilerdir. Daha seyrek olarak bildirilen yan etkiler; baş ağrısı, karaciğer enzimlerinde geçici yükselme, menstrual düzensizlikler ile kasıntı, deri doküntüsü, ürtiker ve anjiyo-ödem gibi alerjik reaksiyonlardır. **İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ VE DİĞER ETKİLEŞİMLER:** Metabolizmasını etkileyen ilaçlar: Rifampisin, rifabutin ve fenitoindir. İtraconazol ve hidroksi-itraconazolün biyoyararlanımı düşüşü için, etkinliği de gencle azalabilir. Bu nedenle, bu etkin enzim indikleyicileri ile birlikte kullanılması önerilmez. Karbamazepin, fenobarbital ve izoniad gibi diğer enzim indikleyicileri ile yeterli veri olmamakla birlikte, benzer etki beklenmektedir. Esas olarak CYP3A4 yolu ile metabolize olduğundan, bu enzimün etkin inhibitörleri İtraconazolün biyoyararlanımı artırabilir. Örnekler: Ritonavir, İdinavir ve klaritromisinidir. Diğer ilaçların metabolizmasına etkisi: Sitokrom 3A sınıfı ile metabolize edilen ilaçların metabolizmasını engelleyebilir. Bu duruma bağlı olarak bu ilaçların yan etkileri ve etkilerinde artma ve/veya azama görülebilir. İtraconazol ile tedavi sırasında kullanılmaması gereken ilaçlar: Terfenadin, astemizol, sisaprid, triazolam ve oral midazolam, kinidin, pimozid, lovastatin ve simvastatin. Birlikte kullanımda yan etkileri zienmesi gereken ilaçlar: Sakinavir, vinca alkaloidler, busulfan, dokütales ve trimetoprim-siklosporin, takrolimus, rapamisin, digoksin, karbamazepin, busipron, alfentanil, alprazolam, midazolam IV, rifabutin, metilprednisolon. Tedavi durdurulduktan sonra, İtraconazol plazma seviyeleri doza ve tedavi süresine bağlı olarak kademe azalır. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** En iyi şekilde emilebilmesi için, yemekten hemen sonra tok karına alınması gereklidir. Mikropellet kapsüller açılmadan, bütün olarak alınmalıdır. Kür tedavisi: Bir hafta süreyle günde iki kez, iki mikropellet kapsül ile yapılır. El tirnak enfeksiyonları için üç kür tedavisi önerilir. Kür tedavilerine, daima 3 haftalık ilaç kullanılmayan dönemlerle ara verilmelidir. Sürekli tedavide, 3 ay boyunca, günde iki mikropellet kapsül alınır. Klinik yanıt, tedavinin kesilmesinden sonra, tirnak tekrar uzadıkça görülür. Vulvovajinal kandidozist: 1 gün süreyle günde iki kez 200 mg veya 3 gün süreyle günde bir kez 200 mg, piyriasis versicolor'da: 7 gün süreyle günde 1 kez 200 mg, dermatomikoz'da: 7 gün süreyle günde 1 kez 200 mg veya 15 gün süreyle günde 1 kez 100 mg, oral kandidoz'da: 15 gün süreyle günde 1 kez 100 mg kullanılması önerilir. Keratinizasyonun fazla olduğu bölgelerin tinea pedis ve tinea manus gibi enfeksiyonlarında; 7 gün süreyle günde 2 kez 200 mg'lık veya 30 gün süreyle günde 1 kez 200 mg kullanılır. Bağışıklık sistemi yetersiz hastalarda (ör. Nötropenili, AIDS'li veya organ nakli uygulanan hastalar) oral biyoyararlanımı azalabilir. Bu nedenle dozun iki katına çıkarılması gereklidir. Fungal keratit tedavisinde 21 gün süreyle, günde 1 kez 200 mg önerilir. Sistemik mikozlardaki kullanım verileri prospektüsde bulunmaktadır. **DOZ AŞIMI:** Herhangi bir bilgi yuvan değildir. Yanlışlıkla beyana gelen doz aşımında destekleyici önlemler uygulanmalıdır. İlk birkaç saat içinde mide lavajı uygulanabilir. İtraconazol, hemodializ ile uzaklaştırılmaz. Bilinen spesifik bir antidotu yoktur. **SAKLAMA KOŞULLARI:** 15-30 °C arasında, kuru bir yerde saklanmalıdır. **TICARI TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ MUHTEVASLI:** İTRASPOR® mikropellet kapsül, her mikropellet kapsüde 100 mg İtraconazol içeren 4, 15 ve 28 mikropellet kapsüllük ambalajlara, **RUHSAT SAHİBİ VE ÜRETİM YERİ:** Johnson and Johnson Sıhhi Malzeme San. ve Tic. Ltd. Şti., Ertürk Sokak, Keçiçi Plaza No:13 Kavacık, 34810 Beykoz, İstanbul, Tel: 0216 538 20 00 Fax: 0216 538 24 99 **RUHSAT TARİHİ** ve No: 04.02.2002, 199/7. Perakende Satış Fiyatı (PSF) KDV'li İTRASPOR® 100 mg 4 mikropellet kapsül 6,53 TL, (Aralık 2009), İTRASPOR® 100 mg 15 mikropellet kapsül 22,52 TL, (Aralık 2009), İTRASPOR® 100 mg 28 mikropellet kapsül 41,95 TL, (Aralık 2009)'dir. Reçete ile satılır. *Tescil edilmiş marka

Daha geniş bilgi için firmamızın web sayfasına,
Janssen Cilağ, Ertürk Sokak, Keçiçi Plaza No:13 Kavacık, 34810 Beykoz, İstanbul, Tel: 0216 538 20 00 Fax: 0216 538 24 99

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. Yazılarında dergide yayınlanmak üzere kabul edilmesi için; orijinal, "kaynak" olarak kullanıma şansının yüksek ve bilimsel olarak üst düzeyde olması ön koşuldur.

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

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

Deneysel, klinik ve ilaç araştırmaları için ilgili uluslararası anlaşmalara uygun (Helsinki Declaration of 1975, revised 2002 - <http://www.vma.net/e/policy/b3.htm>, "Guide for the care and use of laboratory animals" - <http://www.nap.edu/catalog/5140.html>) etik komisyon raporu gerekmektedir. Tüm otörler bilimsel katkı ve sorumluluklarını ve çıkar çatışması olmadığını bildiren toplu imza ile yayına katılmalarıdır. Araştırmalara yapılan kısmi de olsa nakdi ya da ayni yardımların hangi kurum, kuruluş, ilaç-gereç firmalardan yapıldığı makalenin tam metin dosyasının sonunda kaynaklardan önce dip not olarak bildirilmelidir.

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

Yayınlanmak üzere gönderilen yazılar başka yerde yayınlanmamış ve yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Makaledeki tüm yazarlar bilimsel katkı ve sorumluluklarını bildiren toplu imza ile yayına katılmalarıdır. Daha önce bilimsel toplantılarda sunulmuş ve kongre kitaplarında 200 kelimeyi geçmeyen özet bildirileri basılmış çalışmalar, sunulduğu bilimsel toplantı belirlenmek 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 yapmamak 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 kararı ile yayınlanır. Gerekliğinde üçüncü bir danışmana gönderilebilir.

Yazım Kuralları

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

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

Orijinal Araştırmalar

Şu şekilde düzenlenmelidir:

Kapak sayfası: Birinci sayfadır ve ayrı düzenlenir. Yazarların tam ve açık isimleri, son aldıkları akademik 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 edildiği ya da özeti yayınlandığı 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 özetin altında verilmelidir.

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

Metin: Giriş, Yöntemler, Bulgular, Tartışma ile Sonuçlar kısımlarını içermelidir. Bu son kısımda üretilen 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 yeşilendirilir). 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 bulunanlarla, yazının son şeklinin verilmesine yardım edenlerden bahsedilir. Bunu, kaynaklar, tablo ve şekiller izlemelidir. Tablo ve şekiller metin sonunda yer almalıdır. Her tablo ayrı bir sayfada çift aralıklı olarak yazılmalı ve metin içerisindeki düzene göre Arapik rakamlarla numaralandırılır. Tablo içeriğinin kısa tanımı başlık olarak tablonun üstüne yazılmalıdır. Şekiller, her yazı için en çok 6 adet kabul edilir. Metinde geçtiği sıraya göre Arapik rakamlarla numaralanmalıdır. Mikroskopik fotoğraflarda kullanılan boya, büyüme ölçütleri, şekil içerisinde uzunluk birimi (internal scale bar) belirtilmeli ve patolojik piyesselerde santimetrik şablon eklenmelidir. Hasta fotoğraflarında etik değerler korunmalıdır. Gerek histolojik gerek klinik fotoğraflar dijital ortamda yollanmalı ve basım

için uygun netlikte olmalıdır. Şekiller, metin içerisinde kullanılacakları yerlere parantez içerisinde şekil numarasıyla belirtilmeli, kaynaklar ve 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 dildeki kaynaklarda et al. ifadesi kullanılmalıdır. Dört veya daha az yazarlı makalelerde tüm yazarların isimleri yazılmalıdır. Kaynak sayısının araştırmalarda 50 ve derlemelerde 100, olgu sunumlarında da 15 ile sınırlanmasında 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 sayfayı; klinik pratik yazılar şekil, resim ve kaynaklarla birlikte üç sayfayı 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, kaynakları 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 değerlendirme yapan hakemi tarafından kısaca değerlendirilmesi amacıyla güder. Sonunda klinik anlam ve kısa özet bulunur.

İletişim

Editör: Prof. Dr. Serap Utaş

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

Telefon: 0352 437 76 15 - 0352 222 02 00

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

E-posta: sutas@erciyes.edu.tr

seraputas@gmail.com

utass@yahoo.com

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> - <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. The authors should acknowledge and provide information at the end of full-text article before references on grants, contracts or other financial support of the study provided by any foundations and institutions or firms.

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 Venereol 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 Venereol 2007;21: 248-9.

For Books

Single author

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

Editors

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

For chapters in books

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

For electronic media

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

Review

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

Case reports

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

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

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

Letter to the editor

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

Editorial Comment

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

Correspondence

Editor: Prof. Dr. Serap Utaş

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

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

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

E-mail: sutas@erciyes.edu.tr

seraputas@gmail.com

utass@yahoo.com

İçindekiler

Editöryel

- 91 Hoşçakalın
Can Baykal, İstanbul, Türkiye

Olgu Sunumları

- 94 Dapsone Tedavisine Tam Yanıt Alınan Eozinofilik Pannikülit; Olgu Sunumu
Ekrem Aktaş, Nazan Taşlıdere, Özlem Canöz, Kayseri, Türkiye
- 97 Kutanöz Poliarteritis Nodosa
Beril Gülüş Demirel, Serap Utaş, Olgun Konaş, Kayseri, Türkiye
- 101 İnatçı Bacak Ülseri Olan Bir Hastada Gecikmiş Tanı: Werner Sendromu
Ali Murat Ceyhan, Didem Mullaaziz, Mehmet Yıldırım, Mahmut Yener, Vahide Baysal Akkaya, Isparta, Türkiye
- 107 İdiyopatik Skrotal Kalsinozis Klinik ve Patolojik Özellikleri; Üç Olgu Sunumu
Burhan Özalp, Nesimi Büyükbabani, Erdem Güven, Emre Hocaoğlu, İstanbul, Türkiye

Editöre Mektup

- 111 İzole Palmar Kollajenomalı Bir Olgu Sunumu
Zeynep Türkşen, Ayşe Serap Karadağ, Fadime Kılınc, Servet Güreşçi, Ankara, Türkiye

Çeşitli

- 114 Tanınız Nedir?
Didem Yazganoğlu, Esmâ Erbudak, Nesimi Büyükbabani, Can Baykal, İstanbul, Türkiye

Contents

Editorial

- 91 Good-bye
Can Baykal, İstanbul, Turkey

Case Reports

- 94 Eosinophilic Panniculitis with Full Response to Dapsone Therapy: A Case Report
Ekrem Aktaş, Nazan Taşlıdere, Özlem Canöz, Kayseri, Turkey
- 97 Cutaneous Polyarteritis Nodosa
Beril Gülüş Demirel, Serap Utaş, Olgun Konaş, Kayseri, Turkey
- 101 A Delayed Diagnosis in a Patient with Intractable Leg Ulcer: Werner's Syndrome
Ali Murat Ceyhan, Didem Mullaaziz, Mehmet Yıldırım, Mahmut Yener, Vahide Baysal Akkaya, Isparta, Turkey
- 107 Clinical and Pathological Features of Idiopathic Scrotal Calcinoses; A Report of Three Cases
Burhan Özalp, Nesimi Büyükbabani, Erdem Güven, Emre Hocaoğlu, İstanbul, Turkey

Letter to the Editor

- 111 A Case Report of Isolated Palmar Collagenoma
Berna Aksoy, Hasan Mete Aksoy, Hüseyin Üstün, Rukiye Gülbahçe, Mahi Balcı, Bahar Öç, Nilgün Atakan, Ankara, Turkey

Miscellaneous

- 114 What is Your Diagnosis?
Didem Yazganoğlu, Esmâ Erbudak, Nesimi Büyükbabani, Can Baykal, İstanbul, Turkey

Şampuanlarımızın formülleri gelişti!

Saçlar artık daha yumuşak!

Guar Hydroxypropyltrimonium Chloride
Coco Glucoside
Hydrolized Wheat Protein
Hydrolized Soy Protein

Saçlar, saç dipleri daha güçlü ve bakımlı!

Vitamin E Acetate
Provitamin B 5



125 ve 300 ml.'lik ambalajlarda.

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

DermaDolin

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

**Dermatolojide
çeyrek yüzyılı
aşttık**

Staf'lara son...

Steroid Yapıdaki Tek Antibiyotik

Stafine®

KREM | **POMAD** | **TABLET**
%2 Fusidik Asit | %2 Sodyum Fusidat | 500 mg Sodyum Fusidat

Gram (+) koklar ve Anaerop bakterilerin sebep olduğu

Tüm Deri ve Yumuşak Doku İnfeksiyonlarında

- ⇒ Akne vulgaris tedavisi
- ⇒ İnfekte yara ve yanık tedavisi
- ⇒ Paronişi
- ⇒ Furonkül, Karbunkül, Follikülit
- ⇒ Atopik dermatit, İmpetigo vb.



STAFINE KISA ÜRÜN BİLGİSİ: Stafine Film Tablet: 500 mg Sodyum fusidat, Stafine Pomad 20 mg/g Sodyum fusidat; Stafine Krem 20 mg/g Fusidik asit, Stafine Visköz Göz Damlası %1 Fusidik Asit, **FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ:** Sodyum fusidat, Fusidium coccineum kültüründen elde edilen bir antibiyotiktir. Bakterinin ribozomal protein sentezini inhibe ederek etki gösterir. Sodyum fusidat, özellikle Gram (+) bakteriler üzerinde etkilidir. Gram (+) ve (-) anaeroblara, Mycobacteria ve Neisseria türleri ile bazı protozoa türlerine de etkilidir. Sodyum fusidat ve diğer antibiyotikler arasında çapraz rezistans yoktur. Staphylococcus aureus ve Staphylococcus epidermidis enfeksiyonlarında MIC değeri 0.03-0.1 mcg/mL'dir. 4 gün süreyle günde 3 kez 500 mg'lık doz uygulamasıyla 100 mcg/mL veya daha üzerinde plazma konsantrasyonlarını elde edildiği bildirilmiştir. Aseptik ve enfekte olmuş kemige, sinoviyal sıvıya, hepatobilier salgıya, mukozaya, gözde aköz humöre (göz sıvısı), serbral dokulara, abselere ve tüm yumuşak dokuya kolayca penetre olur. Sodyum fusidatın büyük bir kısmı metaboliteni şeklinde safra ile atılır. Metabolitlerin bir kısmı antibiyotik etkinliğe sahiptir. Yaklaşık %2'si değişmeden feçesle, çok az bir kısmı da idrarla atılır. **ENDİKASYONLARI:** Stafine Tablet, genel olarak stafilokok enfeksiyonlarında (Metsiline dirençli olanlar dahil) tek başına veya diğer ajanlarla birlikte kullanılır. Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, enfekte yaralar, Stafilokoksis septisemi, pnömoni, beyin absesi, kemik ve eklemler inflamasyonu (akut ve kronik osteomyelit, septik artriti), kistik fibrozis, endokarditi gibi enfeksiyonlarda etkilidir. Ayrıca antibiyotiklerin neden olduğu ve Clostridium difficile tarafından oluşturulan pseudomembranoz kolitte, vankomisin ve metronidazol kadar etkilidir. Stafine Krem ve Pomad, özellikle stafilokok ve streptokok gibi gram (+) bakterilerin ve fusidik aside hassas mikroorganizmaların neden olduğu deri enfeksiyonlarında kullanılır (enfekte yaralar, impetigo, enfekte ekzema, follikülit, enfekte akne ve cilt abseleri, erisipel, hidrozadenit gibi). **KONTRENDİKASYONLARI:** Fusidatlarla karşı hassasiyeti olan kişilerde kullanılmamalıdır. **YAN ETKİLERİ:** Nadiren hafif gastrointestinal şikayetler (Epigastrik ağrı, kusma, ishal), uzun ve yüksek doz tedavisinde reversibl saçlı görülebilir, ilaç bırakınca düzülür. Nadiren hafif allerjik reaksiyonlar. İnkopeni, trombositopeni görülebilir. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Tablet: Yetişkinlerde: Günde 3 kez, 500 mg (toplam 1,5 g/gün) 8 saatte bir uygulanır. Doz enfeksiyonun şiddetine göre 2 katna kadar yükseltilebilir. Çocuklarda: Günlük toplam doz 30-50 mg/kg/gün olup, günlük doz üçe bölünerek verilmelidir. **Krem ve Pomad:** Günde 2-3 kez, 7 gün süre ile uygulanır. **RUHSAT SAHİBİ: KOÇAK FARMA İLAÇ ve KİMYA SAN. A.Ş. RUHSAT TARİHİ ve NO:** Tablet:19.03.1998-186/93, Krem: 07.11.2005-206/74, Pomad:19.03.1998-186/97. **PIYASADA BULUNAN TİCARİ ŞEKİLLERİ ve PER. SAT. FİY. :** Stafine Tablet 15 film tabletlük Alü Blister ambalajda 50,39 TL. Stafine Pomad ve Krem, 15 g Alüminyum tüplerde 6,84 TL. Stafine Visköz Göz Damlası, 5 g'lık ambalajda plastik tüplerde 7,88 TL (Ekim 2010) Reçete ile satılır.



KOÇAK FARMA
İLAÇ ve KİMYA SAN. A. Ş.
Genel Cad. 64-66 Bağlarbaşı, Etiler / İSTANBUL
Teli: 0 212 492 57 00 (Pbx) Faks: 0 212 492 57 24
Ayrıntılı bilgi için Medikal Servisimizi arayınız.
e-mail: info@koçakfarma.com

Ekonomik fiyatla sağlıklı nemlendirmek te bizim işimizdir!

ÜRE
İÇERMEZLER



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

Dermadolin

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

Dermatolojide
çeyrek yüzyılı
aşık

sculptra®
poly-L-lactic acid

SucceeV®
Mono-phasic
Hyaluronic Acid

Medikal estetik yeniden tanımlanıyor



Yeni bir Hyaluronik asit ve sanofi-aventis güvencesi ile...

Doğal, 25 aya kadar etkili.¹
Derin çöküntü ve kırışıklıklarda...²

1. Narins R.S. et al. Journal of American Dermatology 2010; 62:448-62
2. Ürün Kullanma talimatı Haziran 2008

Hoşçakalın

Benim açımdan her şey Tülin Akan hocamız başkanlığındaki Türk Dermatoloji Derneği'nin (TDD), Yönetim Kurulu (YK) seçiminin yapılacağı genel kurulu Ulusal Kongre'mize almasıyla başladı. Çeşme'deki Ulusal Kongre'de Yönetim Kurulu'nda görev almaya hak kazandığımı öğrendiğimde kendimi milli takıma girmiş gibi mutlu hissetmişim. Çeşme'deki görev dağılımı toplantısı dışında Yönetim Kurulu olarak Ankara'daki bir kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz ilk toplantı sonrasında hedeflerimizi belirleyip Aralık 2004 tarihli aşağıdaki mektubu üyelerimize gönderilmek üzere postaya verdik.

Sevgili Meslektaşlarımız, (Aralık 2004)

Eylül ayında Ulusal Kongre'mizde yapılan seçimli Genel Kurul'da Türk Dermatoloji Derneği'nin Yönetim Kurulu'na seçildik. İlk kez bir ulusal kongrenin içinde yapılmasıyla, TDD Genel Kuruluna geniş bir katılım sağlandı. Bunun gerçekleşmesi için tüzük değişikliği çalışmalarını yapan önceki TDD-YK üyelerine teşekkür ederiz. Geniş katılımlı genel kurulun bizce en olumlu tarafı; TDD-YK üyelerinin farklı bölgelerden gelmesi ve o çevredeki meslektaşların görüş ve önerilerini merkeze taşımalarıdır. Bizler, Türkiye'deki dermatoloji uzmanlığı ile ilgili sorunları gidermek için yola çıkıyor ve bu doğrultuda sizlerin de görüşleri ve katkılarını bekliyoruz.



Tüm dermatoloji derneklerinin bir çatı altında toplanmasını sağlamak ve böylelikle daha etkin bir derneğin oluşmasına katkıda bulunmak ilk hedeflerimiz arasında yer almaktadır. Bu konuda faaliyet gösteren diğer dernek üye ve yöneticilerinden çok olumlu tepkiler aldık. Birleşme ve bütünleşme süreci sizlerden gelecek önerilerle şekillenecektir. Bu konu ile ilgili anket çalışması planlanmaktadır. Birbirimize daha kolay ulaşmak, iletişim kurmak ve tartışmak amacıyla TDD'ye ait bir web sayfası hazırlıkları son aşamaya gelmiştir. Bu sitenin tüm üyelerimiz için haberleşme, tartışma ve bilgilendirme platformu oluşturacağını umuyoruz.

Derneğimizin birleşme ve bütünleşmesinin yanında, tüm dermatoloji uzmanlarını kucakladığında daha güçlü olacağının bilincindeyiz. Üyelerin özlük haklarının korunması, dermatolojinin etki alanının korunması ve genişletilmesi, etkin ve güçlü bir dernekle mümkündür. Derneğe halen üye olmamış meslektaşlarımızın da derneğe üye olması bizleri her açıdan

güçlendirecek ve doğal olarak bundan sonraki seçimli genel kurullara da daha geniş bir katılım olmasını sağlayacaktır. Çevrenizde üye olmayan arkadaşlarımızın bir an önce derneğe katılmalarını sağlamakla, bizlere en büyük desteği vermiş olacaksınız. Uzmanlık eğitimi veren kurumlardaki arkadaşlarımız, uzman yaptıkları herkesi TDD üyesi yapma gayreti içinde olmalıdır.

Tüm dermatoloji uzmanlarını kucaklamış, onlarla sürekli iletişim içinde olan ve camianın gelişmesi için dışarıya karşı tek ses ve tek yürek duran bir dernek; yaşanmakta olan uzmanlık eğitimi süreci, yan dal uzmanlıkları, uzmanlık sonrası sürekli eğitim ve kongre düzenleme kargaşası gibi sorunların üstesinden gelebilecek güce sahip olur. Bu şekilde, uluslararası kongreleri Türkiye'de düzenlemenin ve ulusal bilimsel etkinlikleri belirli bir takvime göre düzenlemenin mümkün olacağını düşünüyoruz. Üyelerimize ulusal kongre katılımında maddi destek sağlama konusunda görüş birliği içindeyiz. Desteğin koşulları, biçimi ve yöntemi daha sonraki toplantılarımızda şekillenecek ve sizlere duyurulacaktır.

Eşdeğerlilik, uzmanlık eğitiminin standardizasyonu ve BOARD çalışmaları açısından ne yazık ki, Türkiye'deki diğer uzmanlık derneklerine göre çok geri durumdayız. Yönetim kurulunda, dernek gelirlerinin önemli bir kısmının eğitim ve araştırmaya ayrılması fikri benimsenmiştir. Yeni oluşmakta olan ve uzmanlık eğitimi açısından büyük önem taşıyan Dermatoloji Yeterlik Yürütme Kurulu (BOARD)'na maddi ve manevi destek sağlamayı da önemli bir görev olarak kabul ediyoruz. Dermatoloji Yeterlik Yürütme Kurulu; ilk toplantısını yapmış ve iç yapılanmasını tamamlamak üzeredir.

Yönetim kurulumuzun yapılanması;
Dr. Ahmet Yaşar TURANLI (Başkan),
Dr. Serap UTAŞ (Başkan yardımcısı),
Dr. Seher BOSTANCI (Sekreter),
Dr. Nilgün ATAKAN (Muhasis),
Dr. Can BAYKAL (Üye),
Dr. Ertan YILMAZ (Üye) ve

Dr. Akın AKTAŞ (Üye) şeklinde olmuştur. Yapılan yönetim kurulu toplantılarında; Dr. Sedef ŞAHİN ve Dr. Tülin ERGUN' a UEMS (Avrupa Uzmanlık Eğitimi Grubu) temsilciliği görevi verilmiş ve 21. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nin Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı ve TDD tarafından düzenlenmesine karar verilmiştir.

İki yıl sürecek görev süremizde Türk dermatoloji camiasının sorunlarını azaltmayı amaçlıyoruz. Dernek ile ilgili beklenti ve önerilerinizi aşağıda bulunan adreslere iletmeniz bizler için önemli bir kaynak olacaktır.

Saygılarımızla

Türk Dermatoloji Derneği Yönetim Kurulu

Aslında yukarıdaki mektubu gönderdiğimiz sırada derneğimizin çok saygın bir konumu olsa da alt yapısında ciddi eksiklikler vardı. Posta adresleri güncel olmadığı için zaten mektupların bir bölümü geri dönmüştü. Dernek ile ilgili beklenti ve öneriler konusundaki ricamıza da yazılı bir yanıt gelmemişti. Dermatologlar ile dernek arasında iletişimde bir eksiklik olduğu kuşkusuzdu. Bu iki yıllık dönemde ve YK'da görev yaptığım toplam 6 yıllık dönemde derneğin altyapı sorununu ve üyeleriyle iletişim sağlanması konusunu büyük ölçüde çözdüğümüzü düşünüyorum. Öncelikle o gün üyelerimize yazdığımız mektupta belirttiğimiz hedefleri uygulamaya geçirmeye çalıştık. Ne kadar başarılı olduğumuzun takdiri elbette meslektaşlarımıza aittir. Deri ve Zührevi Hastalıklar alanındaki derneklerin tek çatı altında toplanması, kongre ve sempozyumlar takviminin belirlenmesi konularında ilk ara genel kurulda elektronik oylama ile yaptığımız anket doğru yolda olduğumuza işaret etse de oluşumuna öncülük ettiğimiz dernekler arası platform beklediğimiz sonucu vermedi. O günkü koşullarda ilerleme sağlayamayacağımızı anlayınca kendi yolumuzda yürümeye karar verip, derneğimizi güçlendirmeye yoğunlaştık. Tüm üyelerimize eşit mesafede olmayı da ilke olarak kabul ettik.

Üyesi az olan bir dernek, adı ne olursa olsun tüm Deri ve Zührevi Hastalıklar uzmanlarını tam olarak temsil edemezdi. Zaten ilk çağrımız derneğimize üye olunması içindi. Altı yıl önce 600 olan üye sayımız Ekim 2010 itibarıyla 1300'e çıkmış olup üye olmayan meslektaşlarımızın oranı artık çok azdır. Yapılanma açısından, merkezimizin olmamasının yanı sıra en önemli eksikliklerimiz avukat, sekreter ve hatta sabit bir muhasebecimizin olmaması idi. Kongrelerimizde dernek standında hastanelerimizden bir personel görev yapıyordu. Bugün artık o günler çok geride kaldı. Mesleğimizin özlük haklarını güçlü bir şekilde savunmak ilk yapmak istediklerimiz arasında idi. Kısa sürede belirlediğimiz avukatımızı mesleki özlük haklarımızın korunması çalışmalarında çok yorduk. Resmi kurumlara yaptığımız öneri ve itirazlardan, açtığımız davalardan kuşkusuz önemli kazanımlar elde ettik. Ancak yeni düzenlemelerin getirdiği sorunlarla mücadele konusunda tüm dermatologların etkin katılımı ve sürekli desteği gerekmektedir.



İkinci dönemde Sibel Alper, üçüncü dönemde ise Şebnem Özkan, Emel Güngör, Ayşen Karaduman ve Rana Anadolu arkadaşlarımız ile de Yönetim Kurulu'nda beraber görev yaptık. Herkesin ayrı bir katkısı oldu derneğimize. Bugün derneğimizin kendi merkezi, hazırlanmakta olan müzesi ve başka dallardan daha ileri durumda bir Yeterlik Kurulu bulunmaktadır. Büyük bir şevkle görev yapan Yeterlik Yürütme Kurulumuzun ve tüm alt komisyonlarının hep yanında olmaya çalıştık.

İlk günden itibaren üyelerimize Ulusal Kongre'ye katılımında destek sağlamak fikrimiz vardı; bunu giderek artan bir düzeyde başarmanın yanı sıra uluslararası kongrelere hatta uzun süreli uluslararası çalışmalara, ayrıca bilimsel projelere maddi destek



sağlama olanağını bulduk. Tüm bunları sadece gözbebeğimiz Ulusal Kongre'mize sahip çıkarak sağladık. Bu vesileyle Ulusal Kongre'mize her katılımın Türk Dermatolojisi'ne önemli bir destek olduğunu bir kez daha hatırlatmak istiyorum. Uzmanlık öğrencilerimize bir şeyler verebilmek, onlara erken dönemden itibaren Deri ve Zührevi Hastalıklar ailemizin parçası olduklarını hissettirebilmek ana hedeflerimizdendi. Onların da artık dernek yönetim kurulu ile ilişki içinde bir temsilcileri var ve en önemlisi Yeterlik Kurulu ile birlikte organize ettiğimiz kış okulları aracılığı ile eğitimlerin son aşamasında onlara bir miktar katkı sağladığımızı düşünüyoruz. Uzmanlara açık olan çalışma gruplarımız ise dernek örgütlenmesinde önemli bir adımdı ve artık onların ortaya çıkarmaya başladığı ürünler ile derneğimiz bilimsel açıdan daha da zenginleşti.

Tüm uygulamalarımızı belirli kriterler ve kurallara uygun olarak yapmaya ve bunları yönergelerle kalıcı hale getirmeye çalıştık. Ulusal Kongre'yi düzenleyecek kurumu seçme yetki-

mizi üyelerimize devrettik. Sabah elektronik posta kutusunda dernekten haber bulduğunda sevindiğini söyleyenler olması bizi her zaman memnun etti. Meslektaşlarımızın bize ilettiği her sorunu çözemesek de onları yanıtız bırakmadık, mutlaka bir şeyler yapmaya çalıştık. Bugün artık tüm üyelerimiz dermatolojinin etki alanı ve özlük hakları ile ilgili akıllarına takılan her nokta için derhal Türk Dermatoloji Derneği'ni aramakta, gelişmeleri izlemek için sık sık web sitemizi ziyaret etmektedir. Bunları çabalarımızın en önemli karşılığı olarak algılıyoruz.

Derneğimizin önemli bir eksiği de uluslar arası alanda ilişkilerinin yoğun olmaması idi. Ülkemiz dermatolojisinin yurt dışındaki ana temsilcisi olarak bunu artırdık. EADV 2013 yılı ana kongresinin derneğimiz çatısı altında İstanbul'a alınması bunun en önemli kanıtı oldu. Bu kongrenin Dermatoloji ailemizin ve derneğimizin tanıtımına önemli katkısının olacağını düşünüyoruz.

Ertan Yılmaz arkadaşımız 6 yıl boyunca kuşkusuz dernek çalışmaları için en çok çaba harcayan, her yere yetişmeye çalışan kişiydi. Ona ayrı bir teşekkür borcumuz olduğunu düşünüyorum. Dernekdeki görevinin bitimine birkaç gün kala zorlu bir yolculukla Ankara'ya gelip Sağlık Bakanlığı'nda gününü geçiren Akın Aktaş arkadaşımızın özverisi, Ahmet Yaşar Turanlı hocamızın görev süresi bittikten sonra bile medikal estetisyenlik sertifikalarının iptali ile ilgili davada duruşmaya katılmak üzere gece otobüsüyle Ankara'ya gelmesi dernek için çalışanların yaşadıkları daimi heyecanın birer yansımasıdır. Tabii ki derneğimizin önemli bir eksiği olan bilimsel dergiyi çıkartma işini üstlenen ve bu görevi halen başarıyla sürdürmekte olan Serap Utaş arkadaşımızın katkısını vurgulamakta yarar var. Dernek merkezinin oturtulmasında ve tüm resmi işlemlerin yürütülmesinde başta Nilgün Atakan ve Seher Bostancı arkadaşlarımız olmak üzere Ankara kökenli Yönetim Kurulu üyelerimiz büyük katkı sağladılar.

Çok yorucu bir o kadar da keyifli ve onur verici bir görevdi. YK görevim sırasında birçok dost edinmem kendi adıma ayrı bir mutluluk kaynağı oldu. TDD Yönetim Kurulu'na seçildiğim ilk günü unutmadığım gibi, görevi devrettiğim son genel kurul gününü de hiç unutamayacağım. Derneğimizi gelecekte daha güzel günler beklediğine inanıyor ve her şey için tüm meslektaşlarıma sonsuz teşekkür ediyorum.

Hoşça ve dostça kalın.

Can Baykal

(2004-2010 Türk Dermatoloji Derneği Yönetim Kurulu Üyesi)



Dapson Tedavisine Tam Yanıt Alınan Eozinofilik Pannikülit; Olgu Sunumu

Eosinophilic Panniculitis with Full Response to Dapsone Therapy: A Case Report

Ekrem Aktaş¹, Nazan Taşlıdere¹, Özlem Canöz²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

Özet

Eozinofilik pannikülit subkutan dokuda daha çok eozinofillerin oluşturduğu mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu ile seyreden bir pannikülitir. Etiyolojide en sık gnathostomiyazis (Larva migrans profundus), lökositoklastik vaskülit ve eritema nodosum suçlanmaktadır. Burada steroid tedavisine yanıt alınamayan ancak dapson tedavisi ile tam olarak düzelen idiyopatik eozinofilik pannikülitli bir olgu sunularak literatür bilgileri gözden geçirilmiştir. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 94-6*)

Anahtar kelimeler: Eozinofilik pannikülit, dapson

Geliş Tarihi: 19.03.2010

Kabul Tarihi: 26.10.2010

Abstract

Eosinophilic panniculitis is characterized by a mixed type inflammatory cell infiltration, predominantly with eosinophils, in subcutaneous tissue. Gnathostomiasis (Larva migrans profundus), leucocytoclastic vasculitis and erythema nodosum are implicated as the most common etiologic causes. In this case report, we present an idiopathic eosinophilic panniculitis with full response to Dapsone therapy, which had not responded to corticosteroids, and literature data were reviewed.

(*Turk J Dermatol 2010; 4: 94-6*)

Key words: Eosinophilic panniculitis, dapsone

Received: 19.03.2010

Accepted: 26.10.2010

Giriş

Eozinofilik pannikülit, subkutan yağ dokusunun yoğun olarak eozinofillerden oluşan infiltrasyonudur. Klinik olarak genellikle eritemli subkutan nodüller şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bazı hastalıklarla birliktelik bildirilmektedir (1). Burada, altta yatan herhangi bir neden tespit edilemeyen ve dapson tedavisine yanıt alınan bir olgu literatür bulguları eşliğinde sunulmaktadır.

Olgu

Elli yaşında erkek hasta, beş yıldır yılda bir kaç kez tekrarlayan kol ve bacaklarda kızarıklık, şişlik şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Şişlikler yaklaşık 20 gün devam

edip kendiliğinden geçiyormuş. Dermatolojik muayenesinde; sağ kol, sol uyluk ve bacadaki eritemli 5-6 cm çapında nodüler lezyonlar tespit edildi (Şekil 1).

Alınan deri biyopsisinde yüzeysel dermiste perivas-küler mononükleer hücre infiltrasyonu, subkutan yağ doku içerisinde nodüler ve lobüler yer yer septal yerleşim gösteren baskın olarak eozinofilleri ayrıca nötrofil ve histiyositleri de içeren mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi (Şekil 2). Bulgular eozinofilik pannikülit ile uyumlu olarak değerlendirildi.

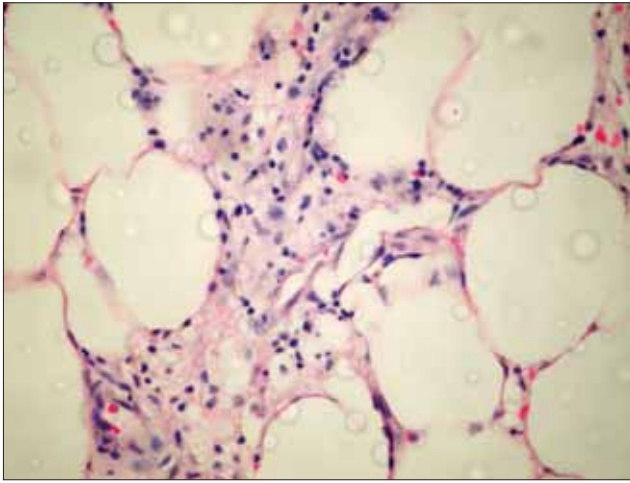
Hastanın tam kan sayımında hemoglobin: 16.8 g/dl, beyaz küre: 6530 hcr/ μ L, trombosit: 175.000 μ /L, kan biyokimyasında üre: 23.5 mg/dl, kreatinin: 0.9 mg/dl, aspartat aminotransferaz: 19 U/l, alanin aminotransferaz: 15 U/l, amilaz: 59 U/l, lipaz: 38 U/l, total protein:

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Dr. Nazan Taşlıdere, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye
Tel: +90 352 437 76 15 e-posta: nazanst@hotmail.com

doi:10.5152/tdd.2010.16



Şekil 1. Hastanın sağ ön kolunda derin yerleşimli nodüler lezyon



Şekil 2. Yüzeysel dermiste perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu, subkutan yağ doku içerisinde nodüler ve lobüler yer yer septal yerleşim gösteren baskın olarak eozinofil ayrıca nötrofil ve histiyositleri de içeren mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu

5.4 g/dl, albümin: 3.4 g/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 6 mm/saat idi. Tam idrar tetkikinde özellik yoktu. İdrar mikroprotein kreatinin oranı normal sınırlarda idi. İdrar Streptolizin O (ASO) 146 IU/ml, C-reaktif protein (CRP): 2.98, romatoid faktör (RF): 9.5 IU/dl, antinükleer antikor (ANA), anti double stranded DNA (Anti-ds DNA) ve ANA alt grupları, hepatit belirteçleri, anti mitokondrial antikor (AMA), anti-düz kas antikor (ASMA), anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA), antikardiyolipin Ig (immünglobulin) G ve Ig M, VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), TPHA (Treponema pallidum hemaglutinasyon assay), Anti-HIV (Human Immunodeficiency Virus), serum kriyoglobulini negatif idi. Gaitada ve balgamda parazite rastlanmadı. Brusella, visseral *Fasciola hepatica* ve toksokariyazis serolojileri normaldi. Boğaz ve idrar kültüründe üreme olmadı. Akciğer grafisinde özellik yoktu, üç kez bakılan idrar ARB (aside rezistan boyama) negatif, PPD (Purified Protein Derivative) 22 mm idi. BACTEC ve mikobakteri kültüründe üreme olmadı mevcut bulgularla hastada aktif tüberküloz düşünül-

medi. Torakoabdominal tomografi, batin USG, normal olarak değerlendirildi. Tiroid fonksiyon testlerinden tiriyodotironin (T3): 0.91 pg/ml (1.24-3.71), tiroksin (T4): 11.56 pg/ml (7.77-17.1), tiroid stimulan hormon (TSH): 0.72 uIU/ml (0.27-3.75) anti TPO (tiroid peroksidaz antikor): 24 U/ml (0-30), anti tiroglobulin: 0.10 IU/ml (0-70), alfa fetoprotein: 4,3 ng/ml (0-8), karsino embriyonik antijen (CEA): 1,00 ng/ml (0-10), kanser antijen (CA) 19-9: 5.43 U/ml (0-31), CA 72-4: 2.39 (0-3.8), total prostat spesifik antijen (PSA): 0.43 ng/ml (0-4), serbest PSA: 0.25 ng/ml (0-1), kompleks PSA: 0.27 ng/ml (0-3), alfa 1 antitripsin: 138 mg/dl (88-174) idi. Hastada parotit öyküsü yoktu.

Hasta idiyopatik eozinofilik pannikülit kabul edilerek metil prednizolon tedavisi başlandı. Ancak 10 gün 60 mg / gün, 10 gün 40 mg/gün metil prednizolon almasına rağmen aktif lezyonlarının devam etmesi üzerine steroid tedavisi kesildi ve hastaya dapson 200 mg/gün başlandı. Üç aydan sonra doz 100 mg/gün' e düşürüldü, dokuz ay bu dozdan tedaviye devam edildi hasta halen gün aşırı 100 mg/gün dapson kullanmakta olup takibinde lezyonlarında nüks görülmedi.

Tartışma

Eozinofilik pannikülit pannikülitlerin nadir görülen bir formudur. İlk olarak 1985'te tanımlanan hastalıkta eozinofilik selülitte ait histolojik değişikliklere eşlik eden pannikülit bildirilmiş ve bu durum streptokoksik antijenik uyarıya bağlanmıştır (1). Hastamızın bu açıdan yapılan boğaz kültüründe normal boğaz flora bakterileri üremiştir.

Klinik olarak daha çok bacaklara yerleşen hassas nodüler lezyonlar ile karakterize olan bu hastalıkta plaklar ile birlikte veziküllerde görülebilir (1). Ancak bizim olgumuzda plaklar ve veziküller yerine sadece eritemli nodüler lezyonlar vardı.

Hastalığın histopatolojisinde subkutan yağ dokusundaki septalarda kalınlaşma ve fibrozis, çok sayıda histiyosit ve eozinofillerin katıldığı granülomatöz infiltrat ve dermis ile subkutan yağ dokusu birleşim yerine lokalize alev figürleri bulunur, septal ya da hem septal hem lobüler yoğun eozinofilik infiltrat vardır (1-3). Alev figürü; dermal eozinofil ve histiyositlerin çevrelediği ortada amorf, fibriler yapısını kaybetmiş, parlak pembe kollajenden oluşmuştur.

Eozinofilik pannikülitte yol açan birçok neden vardır. En sık yol açan nedenler gnathostomiyazis, lökositoklastik vaskülit ve eritema nodosumdur (4). Ayrıca streptokoksik ve diğer bakteriyel enfeksiyonlar, rekürren parotit, HIV enfeksiyonu, *Fasciola hepatica* enfeksiyonuyla ilişkili, toksokariyazis, tetanoz aşısı yada layşmanya tedavisi için pentavalan antimon bileşiklerinin uygulandığı alanda, subkutan dokunun gabaksat meksilatla infiltrasyonu, steroid dışı antiinfamatuar ilaçlar, poliarteritis nodosa, artropod ısırığı, atopik dermatit, diyabetes mellitus, eozinofilik selülit, B ve T hücreli lenfoma, travma diğer nedenlerdir (2, 5-8). Ayrıca literatürde intihar amaçlı çiftçilikte kullanılan bazı ilaçların enjekte edilmesine bağlı eozinofilik pannikülit gelişimi de bildirilmiş-

tir (9). Eozinofilik pannikülit özgün bir hastalıktan çok özgün olmayan reaktif bir süreç olarak kabul edilmektedir.

Eozinofilik pannikülitin en sık karıştığı hastalık eozinofilik selülitir. Eozinofilik selülit (Wells'sendromu) idiyopatik rekürren bir dermatozdur. Klinik olarak selülitte benzeyen eritemli, infiltratif dermal ve subkutan kitle şeklinde lezyonlardan oluşan haftalarca devam edip yavaşça gerileyen bir dermatozdur. Klinik olarak sellülit ve ürtikerin bir kombinasyonu gibidir (10). Histolojisinde de alev figürleri ve eozinofili vardır. Hastamızda multipl subkutan nodüllerin olması ve ürtikeryal lezyonların olmaması Well's sendromundan bizi uzaklaştırmaktadır.

Hasta, bulgulara yol açacak herhangi bir neden bulunmadığı için idiyopatik eozinofilik pannikülit olarak kabul edilmiştir. Türkçe literatürde eozinofilik pannikülit olgusu bulunmamaktadır. Eozinofilik pannikülit tedavisi daha çok altta yatan hastalığın tedavisine dayanmaktadır. Kortikosteroid tedavisinden yarar görmeyen hastamızda dapson tedavisi başlanmış ve lezyonlarda tam iyileşme sağlanmıştır. Hastanın 13 ay süren takibinde yeni lezyon gelişimi gözlenmemiştir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Burket JM, Burket BJ. Eosinophilic panniculitis. J Am Acad Dermatol 1985;12:161-4.
2. Oliveira-Neto MP, Mattos M, Cuzzi-Maya T, Pirmez C. Localized eosinophilic panniculitis following intramuscular injection of pentavalent antimony for treatment of american tegumentary leishmaniasis. An Bras Dermatol 2004;79:463-9.
3. Liu Y, Xiao SX, Wang JM, et al. Eosinophilic panniculitis: Report of three cases. Int J Dermatol 2006;45:1412-4.
4. Adame J, Cohen PR. Eosinophilic panniculitis: diagnostic considerations and evaluation. J Am Acad Dermatol 1996;34:229-34.
5. Glass LA, Zaghoul AB, Solomon AR. Eosinophilic panniculitis associated with chronic recurrent parotitis. Am J Dermatopathol 1989;11:555-9.
6. Soldano AC, Walters R, Groben PA. Eosinophilic neuritis and eosinophilic panniculitis in a patient with advanced acquired immunodeficiency syndrome. Arch Pathol Lab Med 2006;130:1046-8.
7. Perez C, Vives R, Montes M, Ostiz S. Recurrent eosinophilic panniculitis associated with Fasciola hepatica infection. J Am Acad Dermatol 2000;42:900-2.
8. Kato N. Eosinophilic panniculitis. J Dermatol 1993;20:185-7.
9. Rodriguez NG, Ortiz-Rey JA, Buceta F, Ruan JI. Auto-induced eosinophilic panniculitis: a diagnostic dilemma. An Med Interna 2001;18:635-7.
10. James WD, Berger TG, Elston DM. Erythema and Urticaria. Andrews' Diseases of the Skin. Clinical dermatology (10th ed). Saunders Elsevier, Philadelphia 2006, pp.139-56.

Kutanöz Poliarteritis Nodoza

Cutaneous Polyarteritis Nodosa

Beril Gülüş Demirel¹, Serap Utaş¹, Olgun Kontaş²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

Özet

Kutanöz poliarteritis nodoza (PAN), visseral tutulumun olmadığı ve iyi prognozlu poliarteritis nodoza varyantıdır. En sık görülen deri lezyonu bacakların alt kısımlarında lokalize nodüllerdir. İyi seyirli olmasına rağmen relapslar ve ilerleyen yıllarda sistemik tutulum izlenebilir. Burada yaklaşık bir aydır bacakta ağrılı, eritemli nodülleri olan ve selülit tanısı ile defalarca farklı antibiyotikler kullanan bir kutanöz PAN olgusu sunulmaktadır. Hasta sistemik steroid tedavisi ile iyileşmesine rağmen, tedaviden sonraki üçüncü ayda aynı şikayetlerle yeniden başvurmuştur. Hastalığın tekrarlaması nedeniyle daha önce birkaç kez selülit tanısı konulan ve bu şekilde tedavi edilmeye çalışılan olgu, kutanöz PAN'nin ayırıcı tanısının vurgulanması amacıyla sunulmuştur.

(*Türk J Dermatol 2010; 4: 97-100*)

Anahtar kelimeler: Kutanöz poliarteritis nodosa, ayırıcı tanı, sistemik kortikosteroidler

Geliş Tarihi: 29. 01. 2009

Kabul Tarihi: 15. 06. 2010

Abstract

Cutaneous polyarteritis nodosa is a variant of polyarteritis nodosa (PAN), without visceral involvement and with a more favourable prognosis. The presence of nodules, located in the lower legs are the most frequent cutaneous lesion. The etiology is unknown. Although cutaneous PAN carries a good prognosis, it can show development of systemic disease and relapses after follow-up. In this report, the case of a man with erythematous, painful nodules on his lower leg, who was misdiagnosed as cellulitis is described. The patient had been treated with many systemic antibiotics before coming to us. Although he was treated with systemic corticosteroids, after the third month of treatment, lesions appeared again. In this report, we aimed to emphasize the differential diagnosis of cutaneous PAN because of the recurrence of the disease. (*Türk J Dermatol 2010; 4: 97-100*)

Key words: Cutaneous polyarteritis nodosa, differential diagnosis, systemic corticosteroids

Received: 29. 01. 2009

Accepted: 15. 06. 2010

Giriş

Kutanöz poliarteritis nodoza (PAN), kronik, tekrarlayan, benin karakterde küçük ve orta boy arterleri etkileyen bir vaskülitir. Tipik deri lezyonu alt ekstremitelerde izlenen subkutan nodüllerdir. Livedo retikularis ve ülsürasyon da sık olarak izlenir. Patogenezi bilinmemektedir ancak immün aracılı mekanizmaların sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bilinen nedenleri arasında viral hepa-

titler, streptokok enfeksiyonları, ilaç kullanımı (özellikle minosiklin) sayılabilir (1, 2). Pannikülit, eritema nodozum, tromboflebit gibi birçok hastalıkla karışabilir (3). Kutanöz PAN'de nöksler, ilerleyen yıllarda sistemik tutulum olabilir. Burada sistemik tutulumun olmadığı, yapılan incelemelerde altta yatan herhangi bir etiyolojik neden bulunamadığı ve sistemik steroid tedavisi ile düzelen ancak daha sonra nökseden bir kutanöz PAN olgusu ayırıcı tanısının vurgulanması amacıyla sunulmaktadır.

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Dr. Beril Gülüş Demirel, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye
Tel: +90 352 437 76 15 e-posta: berilgy@yahoo.com

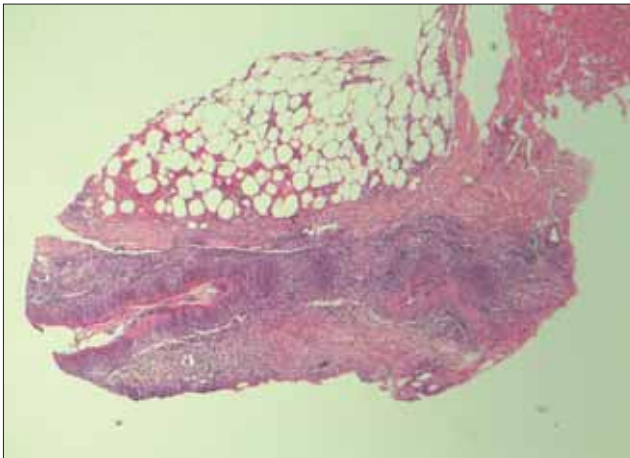
doi:10.5152/tdd.2010.17

Olgu

Yetmiş beş yaşında erkek hasta bir aydır bacak ön yüzünde bulunan ağrılı şişlikler yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hasta daha önce farklı yerlerde selülit tanısı ile analjezik ve sistemik antibiyotik tedavileri kullanmıştı. Hastanın öz geçmişinde ek bir hastalığı ve herhangi bir ilaç kullanımı, üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü bulunmaktaydı. Dermatolojik muayenesinde sağ bacakta ödem, sağ bacak ve sağ ayak bileği üzerinde yaygın, dağınık olarak yerleşmiş, üzeri eritemli, palpasyonla hissedilen 1-3 cm boyutlarında nodüler lezyonlar saptandı (Şekil 1). Nodüler lezyonlara ülserasyon ve livedo retikularis eşlik etmiyordu. Hastanın diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik değerlendirilmesinde dermiste damar dışına çıkmış eritrositler, subkutan yağ dokuda bulunan damar duvarlarında belirgin fibrinoid nekroz ve yoğun nötrofil lökosit infiltrasyonu izlendi (Şekil 2, 3). Bu bulgular subkutan PAN ile uyumlu idi.



Şekil 1. Hastanın sağ bacağındaki ödem ve yaygın olarak yerleşmiş, üzeri eritemli nodüler lezyonlar

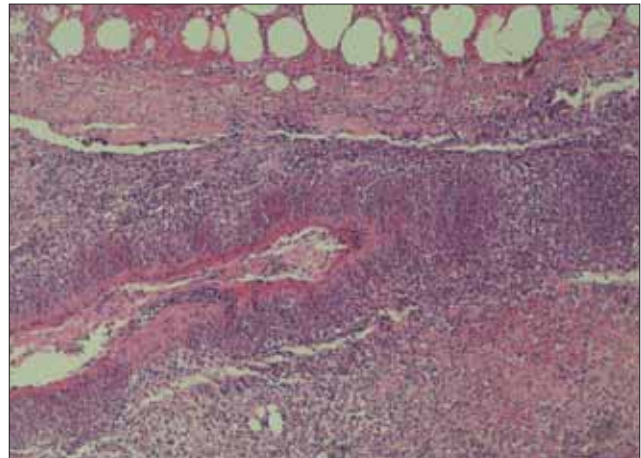


Şekil 2. Subkutan dokudaki lezyonun genel görünümü. Üstte yağ dokusu ve içinde iltihabi infiltrasyon, altta uzun bir damar boyunca duvarda inflamatuvar reaksiyon görülmektedir (Hematoksilen-eozin x40)

Yapılan laboratuvar incelemelerinde sedimentasyon (86 mm/saat) ve C-reaktif protein (97.2 mg/L) yüksekliği mevcuttu. Hemogram (Hemoglobin: 14.6 g/dl, beyaz küre: 8.330/µl, trombosit: 295.000/µl) ve biyokimya (AST: 27 U/l, ALT: 35 U/l, LDH: 131 U/l, kreatinin: 1.3 mg/dl, BUN: 17mg/dl) değerleri normaldi. Kollajen doku belirteçleri [Antinükleer antikor, Anti ds-DNA, antinötrofil sitoplazmik antikorlar (p-ANCA, c-ANCA)] düzeyleri, gaitada gizli kan, hepatit belirteçleri negatifti. Protein elektroforezi (α 2 globulin: %10.8, γ -globulin: %17.7, β -globulin: %13.3, albumin: %55.4, α 1-globulin: %2.8), kompleman düzeyleri (C3: 147 mg/dl, C4: 19.9 mg/dl), idrar mikroprotein/kreatinin düzeyi (0.16 mg/mmol) ve batin ultrasonu (USG) normal olarak değerlendirildi. Akciğer grafisi ve *purified protein derivative* (PPD) deri testi ile tüberküloz lehine bulgu saptanmadı.

Sağ bacakta ödem nedeniyle hasta kalp damar cerrahisi ile konsülte edildi. Alt ekstremite Doppler USG'si çekildi. Herhangi bir anormallik saptanmadı ve hastaya kalp damar cerrahisinin ek önerisi olmadı. Sistemik tutulum açısından yapılan dahiliye ve nefroloji konsültasyonlarında da mevcut laboratuvar bulguları ve klinik bulgular ile hastada sistemik tutulum düşünülmeydi.

Hastaya sistemik olarak 60 mg/gün dozunda metilprednizolon, analjezik ve yaş pansuman başlandı. Yatak istirahati ve elevasyon uygulandı. Bu tedaviler ile hastanın nodüler lezyonları bir hafta içerisinde geriledi. Gerileyen lezyonların yerlerinde mor-kahve renkte retiküler tarzda pigmentasyon gelişti, skar oluşumu gözlenmedi (Şekil 4). Hastanın steroid tedavisi iki ay içerisinde azaltılarak kesildi. Tedaviden sonraki üçüncü ayda hasta bu kez her iki bacakta aynı şikayetlerle yeniden başvurdu. Bu başvurusunda şikayetinden önce uzun süre ayakta kalma hikayesi mevcuttu. Hastanın tekrarlanan laboratuvar incelemelerinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Başlanan daha düşük doz sistemik kortikosteroid (40 mg/gün metilprednizolon) tedavisi ile lezyonlar tamamen geriledi.



Şekil 3. Damar duvarındaki iltihabi reaksiyon. Lümen oblitere ve bir alanda nekrotik görünümdedir. Duvarda yoğun lenfosit, nötrofil ve eozinofil infiltrasyonu vardır (Hematoksilen-eozin x100)



Şekil 4. Hastanın tedavinin birinci ayındaki görünümü. Sağ bacakta belirgin ödem ve gerileyen nodüler lezyonların yerinde gelişen retiküler görünüm

Tartışma

Kutanöz PAN, küçük ve orta boy arterleri etkileyen segmenter lökositoklastik vaskülitir. Derin dermis ve subkutan yağ doku arterleri etkilenmiştir. Hastalığın immün aracılı mekanizmaları olduğu düşünülmektedir. Çeşitli enfeksiyöz durumlar hastalığın başlangıcında ve tekrarlarında sorumlu olabilir. Özellikle streptokoklar patogeneizde rol alan enfeksiyöz ajanlardır. Literatürde üst solunum yolu enfeksiyonları ve *Mycobacterium tuberculosis* enfeksiyonları ile birlikteliği bildirilmiştir (1, 4, 5). Hepatit B ve C virüsleri sistemik PAN patogenezinde suçlanırken nadiren izole kutanöz PAN olgularında da saptanabilir (6, 7). Olgumuzda yapılan laboratuvar incelemelerinde hepatit belirteçleri negatif ve ASO normaldi. Herhangi bir enfeksiyon etkeni lehine bulgu saptanamadı.

Kutanöz PAN'li hastalarda artmış sedimentasyon hızı en sık görülen laboratuvar bulgusudur. Bunun dışında hafif derecede anemi, geçici, açıklanamamış mikroskopik hematüri izlenebilir (1, 4). Olgumuzda yapılan laboratuvar incelemelerinde sedimentasyon ve CRP yüksekliği dışında anormal laboratuvar bulgusu izlenmemiş ve sistemik tutulum yönünde veri saptanamamıştır. Sistemik PAN'de kan basıncı yüksekliği, lökositoz, eozinofili, proteinüri izlenebilirken kutanöz PAN vakalarında bu bulgular izlenmez (2, 4). Perinükleer antinötrofil sitoplazmik antikor (p-ANCA) pozitifliği sistemik PAN'li bazı hastalarda ve ayrıca izole kutanöz PAN'li hastalarda izlenmiştir (3, 8). Literatürde ilaç kullanımı özellikle minosiklin ile ilişkili kutanöz PAN vakaları bildirilmiştir (9). Olgumuzda ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Ülkemizden Ailevi Akdeniz Ateşi ile birlikte olan PAN vakaları da bildirilmiştir (10).

Kutanöz PAN'nin tipik klinik görünümü bacak alt kısmında farklı evrelerde olan ağrılı nodüler lezyonlardır. Livedo retikularis eşlik edebilir. Ülserasyon sık görülen bir kompli-

kasyondur. Artralji, myalji, periferik nöropati, ateş deri bulgularına eşlik edebilir. Kutanöz PAN, vaskülitli septal panniküller içerisinde yer alır. Bu sınıflamada yer alan diğer panniküller yüzeysel tromboflebit ve lökositoklastik vaskülitir. Vaskülitlerde kesin tanıya ulaşabilmek için histopatolojik inceleme yapılmalıdır ancak çok az vaskülitik hastalık patognomonik klinik bulgulara ve laboratuvar bulgularına sahiptir. Yüzeysel tromboflebitte nodüller genellikle bir ven trasesini takip ederler. Genellikle hiperkoagülabilité ile ilişkili durumlarda görülür. Histopatolojik olarak erken lezyonlarda sıklıkla organize bir trombüs vardır ve geç lezyonlarda rekanalizasyon ve fibrozis izlenir. Kutanöz PAN yüzeysel tromboflebite göre histopatolojik olarak daha yoğun inflamasyon içerir ve luminal trombüsler daha azdır (11, 12). Klinik ve histopatolojik olarak diğer panniküllerden ayrılmalıdır (3). Olgumuzda eritemli, ağrılı nodüller bulunması nedeniyle ayırıcı tanıda eritema nodozum düşünülmüş olup histopatolojik incelemede septal tutulumun olmaması ve vaskülit lehine bulguların görülmesi nedeniyle bu tanıdan uzaklaşmıştır. Yine benzer klinik görünüm izlenen nodüler vaskülitte ülserasyon siktir ve iyileşme sonrası hiperpigmente skar bırakır. Histopatolojisinde septal ve lobüler yerleşimli granüloatoz pannikülit ve nötrofilik vaskülit izlenir. Septalarda ve lobüllerde geç dönemde fibrozis izlenebilir (13). Ayrıca ayırıcı tanısında yer alan diğer vaskülitler arasında mikroskopik polianjitis, Wegener granüloatozu ve Churg-Strauss sendromu yer alır. p-ANCA pozitifliğine mikroskopik polianjitisde ve Churg-Strauss sendromunda kutanöz PAN'den daha sık rastlanırken, c-ANCA pozitifliği sıklıkla Wegener granüloatozu ve Churg-Strauss sendromu ile birlikte izlenir.

Kutanöz PAN'de karakteristik patolojik görünüm derin dermis ve/veya pannikülusta lökositoklastik vaskülitir. İnflamatuvar nodüllerde değişen derecelerde fibrinoid nekroz, lökositoklazi, ödem ve inflamatuvar hücreler içeren nekrotizan arterit izlenir. Bazen damar duvarında Ig M ve C3 birikimi görülür (1, 4, 14). Olgumuzun deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde subkutan yağ dokuda bulunan damarların duvarlarında belirgin fibrinoid nekroz ve yoğun nötrofil lökosit infiltrasyonu izlenmiş ve bu görünüm kutanöz poliarteritis nodoza ile uyumlu bulunmuştur.

Hastalık genellikle iyi seyirli olduğundan yoğun bir tedavi gerektirmez. Hafif formlar steroid dışı antiinflamatuvar ilaçlar, salisilatlar ve kolşisin ile tedavi edilebilirken kortikosteroidler genellikle daha ağır vakalarda kullanılır (3). Cevap alınmadığı takdirde metotreksat, siklofosamid, azathioprin gibi immünosupresifler kullanılabilir. Tedavide primer amaç akut alevlenmeleri önlemek, ağrıyı azaltmak ve sistemik tutulumu önlemektir. Hafif vakalarda steroid dışı antiinflamatuvar ajanlar tek başına veya düşük doz prednizon (20 mg/gün) ile kombine kullanılabilir. Dirençli kutanöz PAN'si bulunan üç hastada, 6-12 aylık dönemde düşük doz haftalık metotreksat kullanımına olumlu cevap izlenmiştir. Ancak metotreksat toksisitesi nedeniyle ilk basamak tedaviler arasında yer almaz (15). Streptokok veya diğer bakte-

riyel enfeksiyonların eşlik ettiği vakalarda antibiyotik kullanımı yararlı olabilir. Özellikle çocuk hastalarda ve sık tekrarlayan streptokok enfeksiyonları nedeniyle hastalıkta alevlenme olan vakalarda penisilin profilaksisi yapılabilir (3).

Kutanöz poliarteritis nodoza iyi seyirli bir hastalık olmasına rağmen tekrarlar ve ilerleyen yıllarda sistemik tutulum izlenebilir. Chen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (16), 20 kutanöz PAN hastasının ikisinde 18 yıllık izlem sonrasında sistemik tutulum izlenmiştir. Bu nedenle bu hastaların düzenli aralıklarla kontrollerinin yapılması önemlidir. Olgumuzda da tedaviden üç ay sonra lezyonların tekrarlamasına rağmen takiplerinde sistemik tutulum açısından herhangi bir bulgu saptanmamıştır. Olgumuz sistemik tutulum açısından düzenli olarak takip edilmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Daoud MS, Hutton KP, Gibson LE. Cutaneous periarteritis nodosa: a clinicopathological study of 79 cases. *Br J Dermatol* 1997;136:706-13.
2. Choi SW, Lew S, Cho SD, et al. Cutaneous polyarteritis nodosa presented with digital gangrene: a case report. *J Korean Med Sci* 2006;21:371-3.
3. Khoo BP, Ng SK. Cutaneous polyarteritis nodosa: a case report and literature review. *Ann Acad Med Singapore* 1998;27:868-72.
4. Bauzá A, España A, Idoate M. Cutaneous polyarteritis nodosa. *Br J Dermatol* 2002;146:694-9.
5. Albornoz MA, Benedetto AV, Korman M, et al. Relapsing cutaneous polyarteritis nodosa associated with streptococcal infections. *Int J Dermatol* 1998;37:664-6.
6. Guillevin L, Mahr A, Callard P, et al. French Vasculitis Study Group. Hepatitis B virus-associated polyarteritis nodosa:

clinical characteristics, outcome, and impact of treatment in 115 patients. *Medicine (Baltimore)* 2005;84: 313-22.

7. Tang MB, Liew KV, Ng PP, et al. Cutaneous polyarteritis nodosa associated with precore mutant hepatitis B infection. *Br J Dermatol* 2003;149:914-5.
8. Pereira BA, Silva NA, Ximenes AC, et al. Cutaneous polyarteritis nodosa in a child with positive antiphospholipid and p-ANCA. *Scand J Rheumatol* 1995;24:386-8.
9. Tehrani R, Nash-Goelitz A, Adams E, et al. Minocycline-induced cutaneous polyarteritis nodosa. *J Clin Rheumatol* 2007;13:146-9.
10. Ozen S, Ben-Chetrit E, Bakkaloglu A, et al. Polyarteritis nodosa in patients with Familial Mediterranean Fever (FMF): a concomitant disease or a feature of FMF? *Semin Arthritis Rheum* 2001;30:281-7.
11. Luis Rodríguez-Peralto J, Carrillo R, Rosales B, Rodríguez-Gil Y. Superficial thrombophlebitis. *Semin Cutan Med Surg* 2007;26:71-6.
12. McKee Philip H, Calonje Eduardo, Granter Scott R. Superficial thrombophlebitis. In: *Pathology of the skin with clinical correlation*. 3th edition. Elsevier - Mosby. 2005. p.772.
13. McKee Philip H, Calonje Eduardo, Granter Scott R. Nodular vasculitis. In: *Pathology of the skin with clinical correlation*. 3th edition. Elsevier - Mosby. 2005. p.366-9.
14. Rogalski C, Sticherling M. Panarteritis cutanea benigna-an entity limited to the skin or cutaneous presentation of a systemic necrotizing vasculitis? Report of seven cases and review of the literature. *Int J Dermatol* 2007;46:817-21.
15. Jorizzo JL, White WL, Wise CM, et al. Low-dose weekly methotrexate for unusual neutrophilic vascular reactions: cutaneous polyarteritis nodosa and Behçet's disease. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:973-8.
16. Chen KR. Cutaneous polyarteritis nodosa: a clinical and histopathological study of 20 cases. *J Dermatol* 1989;16: 429-42.

İnatçı Bacak Ülseri Olan Bir Hastada Gecikmiş Tanı: Werner Sendromu

A Delayed Diagnosis in a Patient with Intractable Leg Ulcer: Werner's Syndrome

Ali Murat Ceyhan¹, Didem Mullaaziz¹, Mehmet Yıldırım¹, Mahmut Yener², Vahide Baysal Akkaya¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

Özet

Werner sendromu (WS) skleroderma benzeri deri değişiklikleri, alopesi, bacak ülserleri, kısa boy, katarakt, erken ateroskleroz, osteoporoz, hipogonadizm, diyabetes mellitus ve malinitelere yatkınlıkla karakterize otozomal resesif kalıtım gösteren ve oldukça nadir görülen erken yaşlanma sendromudur. Tipik olarak hayatın üçüncü veya dördüncü dekadında tanınabilmektedir. WS'li hastalar genellikle aterosklerotik komplikasyonlar ve malin tümörler nedeni ile 40-50'li yaşlarda kaybedilmektedir. Bundan dolayı, WS'nin erken tanısı, önemli mortalite ve morbidite nedenleri olan malin tümörler, ateroskleroz, diyabet veya osteoporozun erken evrede tespit edilmesi için ve genetik danışmanlık açısından büyük önem taşımaktadır. Bu makalede, sol ayak bileği arka yüzünde inatçı ülser yakınması ile polikliniğimize başvuran, geç tanı almış 51 yaşındaki WS'li bir erkek olgu sunduk. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 101-6*)

Anahtar kelimeler: Werner sendromu, bacak ülseri, gecikmiş tanı

Geliş Tarihi: 05.11.2009

Kabul Tarihi: 17.06.2010

Abstract

Werner's syndrome (WS) is an extremely rare and autosomal recessive premature aging syndrome characterized by scleroderma-like skin changes, alopecia, leg ulcers, short stature, cataract, early atherosclerosis, osteoporosis, hypogonadism and increased susceptibility to malignancies and diabetes mellitus. It can be typically recognized at the third or fourth decades of life. Patients with WS usually die at the age of 40-50 years due to malignant tumors or atherosclerotic complications. Therefore, early recognition of WS is of great importance for genetic counseling and for the identification of malignant tumors, atherosclerosis, diabetes, or osteoporosis at an early stage, since they are the most important factors causing morbidity and mortality. In this article, we reported a case of belated diagnosis of WS in a 51 years old man who was admitted to our out-patient clinic for a persistent ulcer on the posterior side of the left ankle. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 101-6*)

Key words: Werner's syndrome, leg ulcer, delayed diagnosis

Received: 05.11.2009

Accepted: 17.06.2010

Giriş

Werner sendromu (WS), ilk olarak 1904 yılında Alman oftalmolog Otto Werner tarafından juvenil katarakt, ekstremitelerde pakidermi benzeri değişiklikler, kısa boy, erken yaşlanma bulguları ve genital hipoplazisi olan dört kardeşte tanımlanmıştır. Daha sonra 1934 yılında Oppenheimer ve Kugel bu bulgulara osteoporoz ve hiperglisemi gibi endokrin anomalilerin de eşlik ettiğini rapor etmişlerdir (1). Werner sendromu oldukça nadir olarak görülmektedir. Yıllık insidans milyonda bir civarında olup Japonya'da daha sıktır (2). Tüm dünyadan, 1916-2002 yılları arasında tanımlanan toplam 1300 WS'li olgunun yaklaşık olarak 1000 tanesinin Japon asıllı olduğu bildirilmiştir (1). Otozomal resesif kalıtım göstermektedir ve RecQ- tip DNA helikazı kodlayan WRN geni ve yeni tanımlanan Lamin A/C genindeki mutasyonların patogenezi sorumlu olduğu ileri sürülmektedir (3, 4). Klinik olarak prematür yaşlanma, skleroderma benzeri deri değişiklikleri, alopesi, bacak ülserleri, kısa boy, katarakt, erken ateroskleroz, osteoporoz, hipogonadizm, diyabetes mellitus ve malinitelere yatkınlıkla karakterizedir (1, 2, 4). WS'li hastalar sıklıkla eşlik eden aterosklerotik komplikasyonlar ve maliniteler nedeni ile dördüncü- beşinci dekatta kaybedilmektedir. Son derece nadir görülmesi ve klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgularının çeşitliliği nedeni ile çoğu zaman klinisyenin dikkatinden kaçabilmektedir (4).

Bu yazımızda, sol ayak bileği arka yüzünde uzun süredir iyileşmeyen yara yakınması ile polikliniğimize başvuran ve eşlik eden diğer bulgularla birlikte WS tanısı koyduğumuz 51 yaşındaki bir olguyu sunuyoruz.

Olgu

Elli bir yaşında evli ve dört çocuk sahibi erkek hasta, sol ayak bileği arka yüzünde uzun süredir iyileşmeyen yara



Şekil 1. Hastanın esas başvuru yakınması olan sol ayak bileği arka yüzündeki ülser lezyonunun klinik görünümü

yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın bu yakınmalarının ilk olarak yaklaşık bir yıl önce nohut büyüklüğünde küçük bir yara şeklinde başladığı ve daha sonra zamanla etrafa doğru genişlediği öğrenildi. Ağrı, kaşıntı gibi herhangi bir subjektif yakınma tariflemeyen hasta, lezyon bölgesine herhangi bir travma olmadığını ifade etti. Özgeçmişinde 15 yıl önce her iki göze katarakt operasyonu, iki yıl önce de sol ayak tabanından melanom tanısı ile total eksizyon ve sol inguinal lenf nodu diseksiyonu yapıldığı öğrenildi. Anamnez alma esnasında ileri derecede ses kısıklığı saptanan hasta, bu şikayetin yaklaşık beş yıldır olduğunu belirtti ve sigara kullanma öyküsü tariflemeydi. Anne ve babası arasında akrabalık ilişkisi olmayan ve ailenin tek çocuğu olan hastamızın ailesinde benzer hastalık bulunmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede sol ayak bileği arka yüzünde (aşil tendonu lokalizasyonu) 3x6 cm ebadında, üzeri sarı fibrin dokusu ile kaplı keskin kenarlı ülser lezyon saptandı (Şekil 1). Başlangıçta hastanın bu lezyonunun, lokalize olduğu bölge nedeni ile kronik tekrarlayan travmaların (ayakkabı vurmaları) neden



Şekil 2. Olgunun tipik yüz görünümü



Şekil 3. El parmaklarında fleksiyon deformitesi ve el tırnaklarındaki distrofik değişiklikler

olduğu travmatik ülser veya staz ülseri olabileceğinden şüphelenildi. Ayrıntılı muayene ve anamnez sonucunda hastada bu lokal yakınmanın yanı sıra boy kısalığı (Boy: 151 cm, kilo: 52 kg), sklerodermoid deri değişiklikleri ve yaşına göre daha yaşlı bir görünüm (Şekil 2), el ve ayak parmaklarında fleksiyon kontraktürü, tırnak distrofileri (Şekil 3) tespit edildi ve yirmili yaşlardan itibaren saçlarda seyrelme ve erken beyazlama olduğu öğrenildi. Bu bulgular ses kısıklığı, geçirilmiş melanoma ve erken yaşta katarakt operasyonu öyküsü ile birleştirildiğinde hastada WS'den şüphelenildi ve eşlik edebilecek diğer bulgular açısından ayrıntılı tetkik edilmek üzere hastanın kliniğe yatışı uygun görüldü. Bacaktaki skleroderma benzeri deri lezyonundan alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde epidermal atrofi, orta şiddette hiperkeratoz ve kollajen liflerde kalınlaşma ve hyalinizasyon izlendiği rapor edildi. Kemik dansitometresi ve direkt radyografik değerlendirmeler sonucunda kemik yapıda osteoporotik değişiklikler, osteopeni, el parmaklarında hafif şiddette osteoskleroz ve el-ayak grafilerinde yumuşak dokuda vasküler yapılaraya uyan lokalizasyonlarda lineer kalsifikasyonlar tespit edildi. Eşlik edebilecek erken aterosklerotik değişiklikler açısından kardiyoloji bölümü tarafından değerlendirilen hastanın bilateral dorsalis pedis ve tibialis posterior nabızları alındı. Ayrıca EKG ve miyokard perfüzyon sintigrafisi de olağan olarak değerlendirildi. Karotis arter Doppler ultrasonografisinde ise her iki karotiste aterosklerotik plakları izlendi. Ses kısıklığı açısından KBB tarafından değerlendirilen hastada her iki vokal kord ön 1/3'lük kısımda yüzeysel ülserasyon ve minimal kalınlaşma olduğu saptandı ve bunun üzerine yapılan larinks tomografisinde herhangi bir kitle tespit edilmedi. Rutin laboratuvar incelemesinde hemoglobinin: 11.4 g/dl, eritrosit sedimentasyon hızı: 108 mm/saat, açlık kan glukozu: 104 mg/dl, oral glukoz tolerans testinde 2. saat sonundaki kan glukoz değeri 186 mg/dl, CRP: 11.7 mg/dl BUN: 38.3 mg/dl, kreatinin: 1.4 mg/dl, trigliserid: 573 mg/dl, kolesterol: 289 mg/dl, LDL: 139 mg/dl ve glomerüler filtrasyon hızı: 35.9 ml/dk olarak saptandı. Ayrıca antinükleer antikor (ANA), anti-DNA ve anti-Scl-70 otoantikörleri negatif bulundu. Batın USG'de karaciğerde grade 3 hepatosteatoz ve her iki böbrek boyutlarının normale göre küçülmüş olduğu rapor edildi. Sol ayak bileği dorsalindeki ülserle lezyonu için plastik cerrahi birimi ile konsülte edilen hastaya herhangi bir cerrahi müdahale önerilmedi. Bunun üzerine ülserle lezyona lokal yara örtüleri uygulandı ve yara dudakları epitelizeasyonu hızlandırmak için periyodik olarak gümüş nitratla koterize edildi. Genetik danışmanlık eğitimi açısından genetik birimine yönlendirilen hastaya 6 aylık dönemlerde dermatoloji poliklinik kontrolü önerildi.

Tartışma

Erişkin erken yaşlanma sendromu olarak bilinen WS'ye eşlik eden klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları oldukça çeşitlilik göstermektedir (4). Hayatın ilk on yıllık döneminde bu kişiler normal bir gelişim göstermektedirler. Tipik karakteristik bulgular çoğu zaman 3.-4. dekatta ortaya çıkmaktadır. Sendromun en erken klinik belirtisi büyümede yavaşlama ve boy kısalığıdır (4, 5). Saçlarda seyrelme ve erken grileşme sıklıkla ikinci en erken ortaya çıkan bulgu olup genellikle ikinci dekatta belirginleşmektedir. Subkutan dokuda kayıp ve deride atrofi sonucu oluşan gergin, parlak ve alttaki dokuya sıkıca yapışık skleroderma benzeri deri değişiklikleri, gaga şeklinde burun ve kuş benzeri yüz görünümü WS'nin tipik bulguları arasında yer almaktadır (1, 2, 4, 5). Prematür katarakt, yüksek tonlu, ince ve kısık ses, osteoporoz, hipogonadizm, diyabetes mellitus veya oral glukoz tolerans testinde bozukluk, hiperlipidemi, subkutan doku ve/veya yumuşak dokuda kalsifikasyon, sklerodaktili, el ve ayak parmaklarında fleksiyon kontraktürü, düz tabanlılık, osteoskleroz ve tırnak distrofileri, WS'ye eşlik edebilen diğer bulgular arasında yer almaktadır (1, 2, 4-6). Olgumuzda hipogonadizm, diyabetes mellitus dışındaki tüm bulgular mevcuttu.

WS'de hastalık seyri esnasında ortaya çıkabilen ve hastaların çoğunda ölüm nedeni olabilen bir diğer önemli bulgu ise prematür ateroskleroz ve buna bağlı gelişen komplikasyonlardır (miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, serebral infarkt) (1, 2, 4). Olgumuzda geçirilmiş aterosklerotik hastalık öyküsü yok idi ve miyokard perfüzyon sintigrafisi ve elektrokardiyografik değerlendirmede de patolojik bulguya rastlanmadı. Ancak direkt grafide periferik arter traseleri boyunca lineer kalsifiye aterosklerotik plakları ile uyumlu sklerotik görünümün ve karotis arter Doppler ultrasonografisinde her iki karotiste de yaygın aterosklerotik plaklarının izlenmesi, aterosklerotik sürece yatkınlığın gösterilmesi açısından önemli bir bulgu idi.

Werner sendromlu hastalarda bir diğer sık ölüm nedeni eşlik eden maliniteler olup hastaların %5.6-25'inde görülebildiği bildirilmiştir (7). Epitelial kanser ve mezenşimal sarkom insidansı normal popülasyona kıyasla WS'de on kat daha fazladır (1). WS'de malinite gelişme riskinin normal popülasyona göre neden daha yüksek olduğu tam olarak bilinmemektedir (7). Normal yaşlanma sürecinde gözlenen hiperplazi ve dejeneratif değişikliklere benzer şekilde, WS'de daha erken ortaya çıkan hücresel düzeydeki bu değişiklikler, malinite gelişimini kolaylaştıran faktörler olarak suçlanmaktadır. Ayrıca WS'de, kromozomal instabilite ve kromozomal yeniden düzenlemelerin (rearrangement) yanı sıra, DNA replikasyon sürecindeki defekt ve doğal öldürücü hücre aktivitesindeki azalmanın da

nite gelişimine katkı sağladığı ileri sürülmektedir (1, 7, 8). Tiroid kanseri, melanoma, osteosarkoma, meninjiom, yumuşak doku sarkomları ve hematolojik maliniteler WS ile birlikteliği en sık rapor edilen maliniteler arasında yer almaktadır (1, 9). İlginç olarak, WS'de eşlik eden bu malinitelerin genellikle sıra dışı bir yerleşim gösterdiği ve klasik melanomanın aksine, solar maruziyetle ilişkisiz olarak akral ve/veya mukozal yerleşimli melanomaların sık gözlemlendiği rapor edilmiştir (4). Bizim olgumuzda da solar maruziyetle ilişkisiz olarak ayak tabanı yerleşimli melanoma öyküsünün olması WS tanısını destekleyen bir diğer bulgu idi.

Werner sendromu kronik bacak ülserlerinin oldukça nadir bir sebebidir (10). Yamamoto ve ark. (1) 1916-2002 yılları arasında Medline ve Japon veri tabanlarını kullanarak taradıkları 411 WS'li olgunun 189'unda (%46) inatçı ülserlerin eşlik ettiğini bildirmişlerdir. Oldukça zor iyileşen bu ülserler sıklıkla ayak bileği, aşil tendonu, topuk, başparmak ve ayağın dorsal yüzeyinde yerleşim göstermektedir (1, 10). Subkutan atrofi, yetersiz perfüzyon, bozulmuş fibroblastik aktivite, ayak anatomik yapısındaki bozulma, ateroskleroz ve diyabetes mellitus ülser patogenezinde rol oynadığı öne sürülen faktörler arasında yer almaktadır (10). Şimdiye kadar WS tanısı geciken hastamızda, ayak

Tablo 1. Werner sendromu tanı kriterleri ve olgumuzda eşlik eden bulgular

Werner sendromu tanı kriterleri	Olgumuzdaki bulgular
<i>Major bulgu ve semptomlar (10 yaş üzerinde başlangıç gösteren)</i>	
Katarakt [bilateral]	+
Karakteristik dermatopatolojik bulgular ve karakteristik yüz görünümü [Kuş benzeri yüz görünümü]	+
Kısa boy	+
Saçlarda erken grileşme ve seyrelme	+
[Anne ve baba arasında kan bağı bulunması veya hastalığın kardeşleri de etkilemiş olması]	-
[Yirmidört saatlik idrarda pozitif hyalüranik asit testi]	Çalışılmadı
<i>Diğer bulgular ve semptomlar</i>	
Tip 2 diyabetes mellitus	-
Hipogonadizm	-
Osteoporoz	+
El ve/veya ayak parmaklarında distal falanks'da osteoskleroz (Direkt grafi)	+
Yumuşak doku kalsifikasyonu	+
Prematür ateroskleroz (miyokard infarktüsü, vs.)	-
Neoplazmlar: mezenşimal (sarkoma vs.),	+
Anormal ses (yüksek tonlu tiz ses, veya kısık, boğuk ses)	+
Düz tabanlık	+
<i>Kesin tanı</i>	
Tüm major bulgular ve minör bulgulardan 2'si	
<i>Muhtemel tanı</i>	
İlk üç major bulgu ve minör bulgulardan 2'si	
<i>Olası Tanı</i>	
Katarakt yada dermatolojik değişikliklere ilaveten 4 minör bulgu	
<i>Tanının dışlanması</i>	
Bulgu ve semptomların adolosan dönemden önce başlangıç göstermesi (Boy kısalığı hariç)	

bileği arka yüzünde (aşıl tendon lokalizasyonu) yerleşim gösteren ve uzun süredir iyileşmeyen ülsere lezyon, lokalize olduğu bölge itibarı ile WS'de gözlenen ülseler ile uyumlu idi. Ayrıca, polikliniğimize esas başvuru yakınması olan ülsere lezyon, WS tanısının konulmasına olanak sağlayan ilk bulgu idi.

WS tanısı klinik bulgulara dayanılarak konulmaktadır. Nakura ve ark. 1994 yılında WS tanı kriterlerini geliştirmişler ve bu kriterleri karşılayıp karşılamama durumuna göre hastalığı kesin, muhtemel ve olası WS olarak sınıflandırmışlardır (4). Buna göre major bulguları ve ilaveten altı minör bulguyu sağlayan olgumuz kesin WS olarak kabul edildi (Tablo 1).

Hutchinson Gilford progeria sendromu (HGPS), Rothmund Thomson sendromu ve skleroderma ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklardır. HGPS pre-maturiteye ve doğumdan sonra kısa sürede hızla yaşlanmaya sebep olan son derece nadir genetik bir hastalıktır. WS'den farklı olarak yaşlanma süreci erken çocukluk döneminden itibaren başlamaktadır ve hastalar genellikle ortalama 13 yaş civarında atreosklerotik, kardiyak ve serebrovasküler komplikasyonlar nedeni ile kaybedilmektedir. Rothmund-Thomson sendromunda ise poikiloderma (telenjektazi, skarlaşma, irregüler pigmentasyon ve depigmentasyon, atrofi), hiperkeratotik lezyonlar, bül oluşumu, fotosensitivite, juvenil zonular katarakt ve nadiren rastlanan korneal distrofi gibi bulgular gözlemlenmektedir. HGPS'de olduğu gibi bulgular WS'ye kıyasla daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (5, 11, 12). Sklerodermada izlenen Raynaud fenomeni, otoantikör pozitifliği, disfaji, gastrointestinal ve pulmoner sistem tutulumu WS'de görülmemektedir, telenjektazi ve dijital ülseler ise oldukça nadirdir (11, 12).

Olgumuzda Nakura ve ark. tarafından hazırlanan kriterlerdeki bulgulardan farklı olarak kompanse kronik böbrek yetmezliği de tespit edildi. Bunun üzerine, WS ve böbrek yetmezliği birlikteliği ile ilgili olarak yapılan literatür taramasında üç adet anektodal vaka raporuna rastlandı (13-15). Kawamura ve ark.(13) WS tanısı aldıktan 19 yıl sonra böbrek yetmezliği gelişen 53 yaşındaki hastanın böbrek biyopsisinde hipertansif glomeruloskleroz tespit etmişler ve renal tutulumun hipertansiyon ile ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir (13). WS ve son dönem böbrek yetmezliği birlikteliği ile ilgili bir diğer rapor ise Nishihara ve ark. (14) tarafından diyabetes mellituslu bir olguda tanımlanmıştır. Bu raporda yazarlar, diyabet mellitus ile ilişkili diğer mikrovasküler komplikasyonların özellikle de retinopatinin olmamasını gerekçe göstererek, renal tutulumun diyabetes mellitus ile ilişkili olmadığını ileri sürmüşlerdir. Kocabay ve ark. (15), diyabetes mellitus, hipertansiyon ve altta

yatan başka bir predispozan faktör olmaksızın renal yetmezlik gelişen 29 yaşında WS'li bir olgu tanımlamışlar ve renal tutulumun WS'nin nadir görülen bir bulgusu olabileceği iddiasını ortaya atmışlardır. Bizim olgumuzda da renal yetmezliğe zemin hazırlayan bilinen bir neden, diyabetes mellitus, hipertansiyon ve başka bir predispozan faktör saptanmadı.

Bu yazımızda, esas başvuru yakınması inatçı bacak ülseleri olan ve şimdiye kadar tanısı konulamamış oldukça nadir görülen bir WS olgusu literatür eşliğinde kapsamlı olarak gözden geçirilmiştir. Beraberinde görülen böbrek yetmezliğinin tesadüfi bir birliktelik mi? yoksa hastalık seyri nadir görülen klinik bir antite mi? sorusunun cevabını vermek hali hazırda zor ve literatür desteğinden yoksundur.

Sonuç olarak oldukça nadir görülen ve klinik, laboratuvar ve radyolojik açıdan farklı özellikler gösterip, çoğu zaman klinisyenin dikkatinden kaçabilen WS'de; hastalık seyri esnasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ve özellikle de malinite gelişim riski açısından erken tanı ve takip büyük önem taşımaktadır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Yamamoto K, Imakiire A, Miyagawa N, Kasahara T. A report of two cases of Werner's syndrome and review of the literature. *J Orthop Surg* 2003;11:224-33.
2. Goto M. What can we learn from Werner syndrome? A biased view from a rheumatologist. *Mod Rheumatol* 2002;12:294-9.
3. Jacob KN, Baptista F, dos Santos HG, et al. Phenotypic heterogeneity in body fat distribution in patients with atypical Werner's syndrome due to heterozygous Arg133Leu lamin A/C mutation. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:6699-706.
4. Muftuoglu M, Oshima J, von Kobbe C, et al. The clinical characteristics of Werner syndrome: molecular and biochemical diagnosis. *Hum Genet* 2008;124:369-77.
5. Leistriz DF, Hanson N, Martin GM, Oshima J. Werner Syndrome Genereviews. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=gene&part=werner>
6. Shimamoto A, Sugimoto M, Furuichi Y. Molecular biology of Werner syndrome. *Int J Clin Oncol* 2004;9:288-98.
7. Goto M. Hierarchical deterioration of body systems in Werner's syndrome: Implication for normal ageing. *Mechanisms of ageing and development* 1997;98:239-54.
8. Yamanaka A, Hirai T, Ohtake Y, Kitagawa M. Lung cancer associated with Werner's syndrome: a case report and review of the literature. *J Clin Oncol* 1997;27:415-8.

9. Ozgenc A, Loeb LA. Werner syndrome, aging and cancer. *Genome Dyn* 2006;1:206-17.
10. Yeong EK, Yang CC. Chronic leg ulcers in Werner's syndrome. *Br J Plast Surg* 2004;57:86-8.
11. Yüksel P, Yüksel N, Akbay G, Hasircioğlu F, Karabay Y. Werner sendromu. *T Klin Dermatol* 1998;8:102-5.
12. Bes C, Vardi S, Güven M, Soy M. Werner's syndrome: a quite rare disease for differential diagnosis of scleroderma. *Rheumatol Int* 2010;30:695-8.
13. Kawamura H, Tsuchida H, Maezawa Y, et al. A report of a case with Werner's syndrome suffering from end-stage renal failure. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2003;40:282-6.
14. Nishihara G, Nakamoto M, Yasunaga C, et al. End-stage renal disease in a patient with Werner's syndrome. *Nephron* 1997;76:360.
15. Kocabay G, Ozturk S, Ecdar T. Werner syndrome associated with renal involvement. *Saudi Med J* 2006;2: 1768-9.

İdiyopatik Skrotal Kalsinozisin Klinik ve Patolojik Özellikleri; Üç Olgu Sunumu

Clinical and Pathological Features of Idiopathic Scrotal Calcinosis; A Report of Three Cases

Burhan Özalp¹, Nesimi Büyükbabani², Erdem Güven¹, Emre Hocaoğlu¹

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

Özet

Skrotal kalsinozis, skrotum derisinde kalsifiye nodüllerle karakterize selim bir hastalıktır. Hastalık daha sık olarak üçüncü dekada sert, fikse, kaşıntılı ve ağrısız nodüler lezyonlarla ortaya çıkmakta ve nodüller yıllar içerisinde yavaşça büyümektedir. Hastalığın etiopatogenez ile ilgili çeşitli hipotezler mevcut olsa bile, etiyojisi hala tartışmalıdır. Epidermal kistlerinin sekonder kalsifikasyonu, dartos kasının distrofik kalsifikasyonu, ektrin ter bezi kanalı kalsifikasyonunun skrotal kalsinozisinin nedenleri olabileceği göz önünde tutulsa bile, hastalık hala idiyopatik olarak değerlendirilmektedir. Burada 61, 42 ve 27 yaşında üç adet skrotal kalsinozis vakası sunulmaktadır. Hastalardaki nodüllerin tamamı lokal anestezi altında eksize edildi, cilt defekti primer olarak kapatıldı ve örneklerin histopatolojik incelemesi yapıldı. Cerrahi girişimlerin sonucu tatminkar olup üç hastada da kabul edilmiş kozmetik iyileşme elde edildi. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 107-10*)

Anahtar kelimeler: Skrotum, kalsinozis, deri hastalığı

Geliş Tarihi: 08.06.2010

Kabul Tarihi: 27.10.2010

Abstract

Scrotal calcinosis is a benign disorder of scrotal skin which is characterised by calcified nodules. The disease most usually occurs in the third decade within fixed, rough, itching and painless nodules and they grow slowly over the years. Although there are a few hypotheses related to the etiopathogenesis of the disease, its etiology is still controversial. Although secondary calcification of epidermal cysts, dystrophic calcification of the dartos muscle and calcification of eccrine cysts seem to be considered as the causes of scrotal calcinosis, it is still assessed as an idiopathic disorder. In this report, three cases of scrotal calcinosis are presented at the ages of 61, 42 and 27 years. All of the nodules were excised under local anesthesia, skin defects were repaired primarily and histopathological examinations of samples were carried out. Surgical outcomes were satisfactory and acceptable cosmetic healing was achieved in all three patients. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 107-10*)

Key words: Scrotum, calcinosis, skin disease

Received: 08.06.2010

Accepted: 27.10.2010

Giriş

Skrotal kalsinozis 1883 yılında Lewinsky tarafından tanımlanmıştır (1). Hastalık en sık olarak üçüncü dekatta başlar ve skrotum derisinde kalsiyum ve fosfat tuzlarının çökmesine bağlı olarak meydana gelen sert, ağrısız ve kaşıntılı beyaz lezyonlarla karakterizedir (2). Cerrahi müdahalenin geciktiği durumlarda nodüllerin çapı 7 cm'ye kadar ulaşabilmektedir (3). Kaşıntı en önemli semptom olup hastalar en sık olarak kozmetik kaygılara

bağlı ameliyat olmaktadır (2, 3). Bu raporda, skrotal kalsinozisli üç hastanın sunumu yapılmakta ve histopatolojik incelemeler eşliğinde hastalık tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu

Olgu 1

Altmış bir yaşındaki hasta 25 yıldır skrotum derisinde mevcut olan ve zaman içerisinde yavaşça büyüyen kaşıntılı, sert ve beyaz renkli nodüller için polikliniğe

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Dr. Burhan Özalp, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 212 414 20 00 e-posta: burhanozalp@hotmail.com

doi:10.5152/tdd.2010.19

başvurdu. Ön plandaki yakınma kaşıntı olup, zaman zaman süt kıvamında akıntı olduğunu ifade eden hasta kozmetik nedenlerle ameliyat olmak istediğini söyledi. Medikal öyküde, 10 yıl önce Hashimoto tiroiditine bağlı total tiroidektomi dışında herhangi bir özellik yoktu ve hormon replasman tedavisi ile hastalık kontrol altındaydı. Fizik muayenede çok sayıda cilt altına yerleşmiş, hareketli ve çapları 0.3 ile 0.7 cm arasında değişen nodüller gözlemlendi. Diğer sistemlerin muayenesi doğaldı. Hastanın kalsiyum, fosfor ve parathormon değerlerini de içeren biyokimya sonuçları normal sınırlardaydı. Lokal anestezi altında nodüller çıkartılarak cilt primer olarak onarıldı.

Olgu 2

Kırk iki yaşında, üç yıldır Tip-2 diyabetes mellitus (DM) tanısı mevcut ve kontrolsüz glukoz düzeyleri olan hasta skrotum derisinin her iki tarafında, yer yer beyaz ve tebeşir tozu kıvamında akıntılı lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Lezyonlar ikinci dekatta ortaya çıkmış ve uzun yıllar kaşıntı dışında herhangi bir şikayete yol açmamıştı. Anamnezde ailede benzer lezyon öyküsü ve travma hikayesi yoktu. Fizik muayenede, en büyüğü 2.5x1.8 cm boyutunda olan üç adet sarımtırak-beyaz renkli, cilt altı yerleşimli sert nodül saptandı (Şekil 1). Genital bölge haricinde diğer sistemlerin muayene bulguları normaldi. Hastanın HbA_{1c}'si %7.5, açlık kan şekeri 243 mg/dl olup diğer biyokimya ve hormon tetkikleri normal sınırlar içindeydi. Son iki yıldır mevcut akıntılar ve kozmetik kaygılar nedeniyle hasta cerrahi müdahale isteğinde bulundu.



Şekil 1. Olgu-2'ye ait resimde, en büyüğü 2,5x1,8 cm boyutunda 3 adet kalsifiye nodül görülmekte

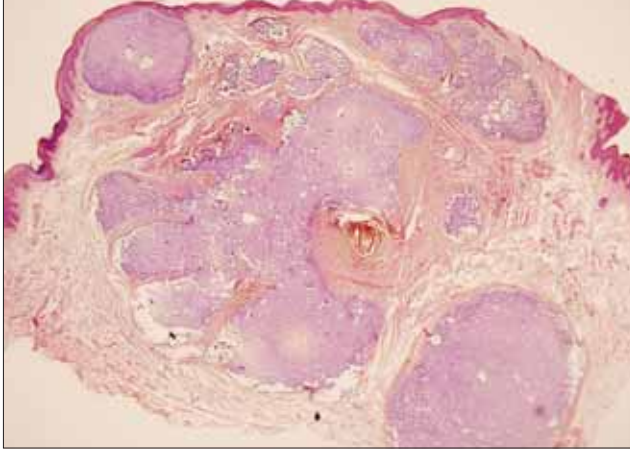
Olgu 3

Yirmi yedi yaşındaki hasta 6 yıldır skrotal bölgede var olan nodüller nedeniyle polikliniğe başvurdu. Hastanın anamnezinde, lezyonların fark edilmesinden bir süre önce skrotal alana alınmış bir darbe öyküsü mevcut olup hasta nodülleri bu darbeye ilişkilendirmekteydi. Tek yakınma inatçı kaşıntı olup, nodüller her iki skrotal alana yayılmış, 0.5-1.3 cm boyutlarında ve cilt altına yerleşmişti (Şekil 2). Skrotal nodüllerin varlığı dışında ek patolojik muayene bulgusu gözlenmedi. Lezyonlardan herhangi bir drenaj olmamıştı ve hastanın laboratuvar tetkikleri normaldi.

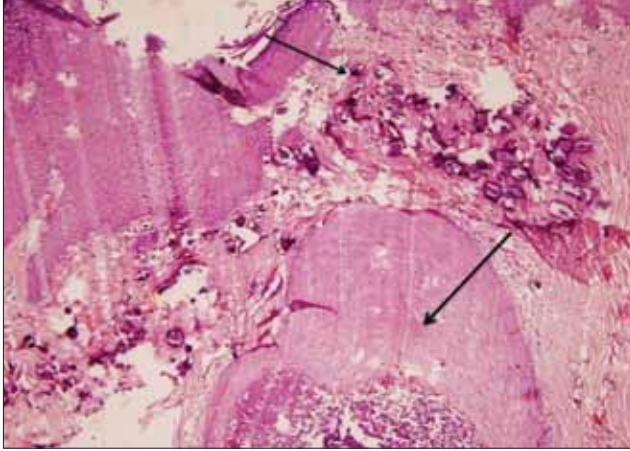
Tüm hastalar lokal anestezi altında ameliyat edildi. Birinci olgudan dört, ikinci olgudan üç ve üçüncü olgudan beş adet lezyon çıkartılarak histopatolojik inceleme yapıldı, oluşan cilt defektleri ise primer cilt dikişiyle onarıldı. Diyabetes mellitus tanılı hastada yara ayrışması oldu ve yeniden cilt onarımı yapıldı. Patolojik inceleme sonucunda tüm lezyonların skrotal kalsinozise bağlı nodüller olduğu ve klinik tanıyla uyduğu doğrulandı. Histopatolojik olarak kalsifikasyonlar, amorf karakterli olup, cilt altı dokuda, çevresinde belirgin sınırlayıcı bir yapı görülmezsiz izlenmekteydi (Şekil 3). Nadiren kalsifikasyon alanı çevresinde seyrek yabancı cisim tipinde dev hücreler gözlemlendi. Epidermoid kist kalsifikasyonuna ilişkin bulgu gözlenmedi. Birinci olguda birikimlerden yüzeye yakın olanlarının bazılarında yüzey ile ilişkilendirilen skuamöz epitel gözlemlendi ancak yüzey epidermisi özelliklerine sahip bu epitel, drenaj ile ilişkili sinüs epiteli niteliğinde olup, epidermoid kist epiteli özelliklerine sahip değildi (Şekil 4). Her üç hastada da cerrahi sonuç



Şekil 2. Skrotal kalsinozise bağlı çok sayıda nodüler lezyonlara tüm skrotum derisinde rastlanmakta (Olgu-3)



Şekil 3. Epidermin hemen altında ve dermiste çok sayıda morumsu renkli amorf birikimler (HE x20)



Şekil 4. Epidermin hemen altında küçük birikimler (ince ok). Biraz daha derinde daha büyük bir birikimin çevresinde sinüs epiteli niteliğinde olan kalınlaşmış çok katlı yassı epitel (kalın ok) (HE x100)

tatmin edici olup başarılı kozmetik iyileşme sağlandı. Ameliyat sonrası ortalama takip süresi bir yıl idi ve nöks lezyon görülmedi.

Tartışma

Skrotal kalsinozis 1883 yılında Lewinski tarafından tanımlanmış olup günümüze kadar ki süreçte oluşum mekanizması hala tam olarak aydınlatılamamıştır (1). Patogenezinde değişik varsayımlar ortaya atılmış olsa bile, hala yaygın olan düşünce hastalığın idiyopatik olduğu yönündedir (1, 3).

Bazı yazarlar, hastalardan eksize edilen lezyonların incelenmesi sonrasında kalsiyum ve fosfat birikimlerinin çevresinde yassı epitel hücre sıraları gördüğünü bildirmiş ve epidermoid kist rüptürü sonrası meydana gelen inflamasyona bağlı skrotal kalsinozisin oluştuğu sonucunu çıkartmışlardır (2, 4, 5). Song (6), aynı hastadan çıkarttığı 51 nodülün hastalık oluşumunun farklı aşamalarını gösterdiğini belirte-

rek, ilk aşamada epidermoid kist oluşumu ile sürecin başladığını ve bunu sırasıyla; kist içeriğinin kalsifikasyonu, kalsiyum ve fosfat birikimine bağlı kist çapında artış, kist duvarı rüptürü, yabancı cisim tipinde dev hücre infiltrasyonu ve oluşan inflamasyona bağlı kist duvarı epitelyal hücre yıkımının takip ettiğini belirtmiştir. Bunun aksine, Yahya ve Rafindadi (7) ise yayımladıkları makalelerinde, o ana kadar literatürde mevcut 100 vakanın sadece 19'unda epitelyal hücre dizilerinin görüldüğünü ve bundan dolayı epidermal kist kalsifikasyonunun hastalığın patogenezi açıklanamayacağını belirtmişlerdir. Ayrıca kendi sundukları dört vakaya ait nodüllerin incelemesinde epitelyal hücre sıralanması görmediklerinden hastalığı idiyopatik olarak nitelendirmişlerdir. Bizim hastalarımızdan elde ettiğimiz toplam 13 adet nodül incelenmesinde epidermoid kist kalsifikasyonuna ilişkin somut bulgu saptanmadı. Olgu-1'den çıkartılan nodüllerin incelenmesinde, birikimlerin yüzeye yakın olanlarının drenaja bağlı skuamöz epitel ile ilişkili olduğu saptanmış ve dikkatlice incelendiğinde bu epitelin kist epiteli özelliğinde olmadığı, drenajla ilişkili yüzey epidermisi olduğu fark edilmiştir. Bu bulgular, hastalığın idiyopatik olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Dare (8), hastalığın etiyolojisinden ektrin ter bezi milialarının kalsifikasyonunu sorumlu tutmuş ve bunu kalsifiye nodüllerin duvarında ektrin kanalları gördüğünü belirterek açıklamıştır. Birçok yazarsa patolojik incelemelerde bu görüşü kanıtlayacak veriye ulaşamamış ve bu görüşün doğru olmadığını bildirmişlerdir (2, 4-7). Çalışmamızdaki olgulara ait histopatolojik incelemelerde ter bezi milialarının kalsifikasyonuna rastlanmaması, bizleri bu mekanizmanın hastalıktan sorumlu olabileceği düşüncesinden uzaklaştırmaktadır.

Minör travmaların etiyolojide rol alabileceğini Feinstein ve arkadaşları (9) ifade etmiş ve travmaya sekonder dartos kasının distrofik kalsifikasyonun hastalığa yol açtığını bildirmişlerdir. Pabuçcuoğlu ve arkadaşları (10) ise herhangi bir sebepten ötürü dartos kasında meydana gelen dejenerasyonun zamanla nekroze alanlara dönüştüğünü, nekrotik kısımların gerilemesiyle de dermis ve nekrotik kısımlar arasında boşluk oluşarak skrotal kalsifikasyonu tetiklediğini öne sürmüşlerdir. Tüm bu görüşlerin aksine birçok çalışmada kalsifikasyonun sadece dermiste olduğu saptanmış ve dartos kasında kalsifikasyon ya da nekroz bulguları gözlenmemiştir. Bu raporda sunulan vakalardan olgu-3'te major travma öyküsü olması ve hastanın skrotal nodülleri travmayla ilişkilendirmesi bilimsel olarak kanıtlamasa bile, hastalığın etiyolojisinde travmanın da olabileceği kuşkusunu uyandırmaktadır. Tüm olgulara ait nodüllerin histopatolojik incelenmesinde kalsifikasyonun dermiste sınırlı kalıp dartos kasında dejenerasyon olmamasından dolayı hastalığın ortaya çıkmasında bu mekanizmanın da etken olduğunu düşünmemekteyiz.

Sonuç olarak; opere edilen her üç hastada da kalsiyum, fosfor, alkalin fosfatase seviyeleri ile parathormon düzeylerini de içeren biyokimyasal tahlil sonuçları normaldi ve bun-

dan dolayı metastatik kalsifikasyon düşünülmedi. Distrofik kalsifikasyonu açıklayacak dermatomyozit, skleroderma, ya da kanser gibi ek hastalık olmayan hastalardan sadece birinde travma öyküsü distrofik kalsifikasyonla uyumlu idi. Dikkate değer husus ise, literatürde tekrarlayan minör travmaların hastalıkla ilişkilendirilmesine karşın bu vakada tek-meye bağlı majör travma öyküsünün olmasıdır. Bilinmeyen bir mekanizma ile majör travmanın hastalığı yol açma ihtimali de akılda tutulmalıdır. Her ne kadar son zamanlarda tartışmalar epidermal kist kalsifikasyonu üzerinde yoğunlaşmış olsa da literatürdeki vakaların büyük kısmı hala idiyopatik olarak tanımlanmaktadır. Olgu-1'de kalsifikasyonun etrafında epitelyal hücrelerin varlığı gözlenirse bile bunlar drenaj ile ilişkili sinüs epiteli özelliğinde olduğundan epidermal kistlerin kalsifikasyonu tezini kanıtlamadığı düşünülmektedir. Her üç hastadan alınan nodüllerin histopatolojik incelemesinde daha önce anlatılan mekanizmalarla ilişkilendirilebilecek patolojinin olmaması, bizce de hastalığın idiyopatik olduğu görüşünü kuvvetlendirmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Lewinski HM. Lymphangiome der Haut Mit Verkalkem Inhalt. Arch Pathol Anat 1883;91:371-4.
2. Saad AG, Zaatari GS. Scrotal calcinosis: is it idiopathic? Urology. 2001;57:365.
3. Koçak T, Çizmeçi O, Mete Ö, et al. Idiopathic scrotal calcinosis presenting as three nodules, one being 7 cm in diameter. Turk J Urology 2009;35:157-8.
4. Swinehart J, Golitz L. Scrotal calcinosis, dystrophic calcification of epidermoid cysts. Arch Dermatol 1982;118:985-8.
5. Parlakgumus A, Canpolat ET, Caliskan K, et al. Scrotal calcinosis due to resorption of cyst walls: a case report. J Med Case Reports. 2008;8:375.
6. Song DH, Lee KH, Kang WH. Idiopathic calcinosis of the scrotum: histopathologic observations of fifty-one nodules. J Am Acad Dermatol 1988;19:1095-101.
7. Yahya H, Rafindadi AH. Idiopathic scrotal calcinosis: a report of four cases and review of the literature. Int J Dermatol 2005;44:206-9.
8. Dare AJ, Axelsen RA. Scrotal calcinosis: Origin from dystrophic calcification of eccrine duct milia. J Cutan Pathol 1988;15:142-9.
9. Feinstein A, Kahana M, Schewach-Millet M, Levy A. Idiopathic calcinosis and vitiligo of the scrotum. J Am Acad Dermatol 1984;11:519-20.
10. Pabuççuoğlu U, Canda MS, Güray M et al. The possible role of dartoic muscle degeneration in the pathogenesis of idiopathic scrotal calcinosis. Br J Dermatol 2003;148: 827-9.

İzole Palmar Kollajenomalı Bir Olgu Sunumu

A Case Report of Isolated Palmar Collagenoma

Sayın Editör,

Bağ dokusu nevüsleri, dermisin hücre dışı yapılarının sınırlı hamartomatöz malformasyonlarıdır. Kollajen lifler, elastik lifler ya da glikozaminoglikanlardan oluşabilir. Kollajenin birikimiyle oluşan hamartoma kollajenoma adı verilir (1). Kollajenomalar başlıca kalıtsal ve edinsel olarak ayrılabilen, edinsel grupta yer alan izole kollajenoma olguları oldukça nadir görülmektedir (2).

Yirmi dört yaşında erkek hasta, sol elinde yaklaşık sekiz yıldır bulunan kitleler nedeniyle polikliniğe başvurdu. Ağrısız olan bu kitlelerin ilk önce ikinci parmak arasından başladığı ve yavaş yavaş parmak ucuna doğru ilerlediği öğrenildi. Hastanın travma ya da başka bir hastalık öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede, sol el palmar bölgede ikinci parmak arasından başlayıp işaret parmağı ulnar tarafta parmak ucuna kadar uzanan yumuşak kıvamlı, düzgün sınırlı, tümoral plağa dönüşen, deri renginde, 3-5 mm arasında değişen büyüklüklerde papüller ve plak tespit edildi (Şekil 1, 2). Hastada bu lezyon dışında herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Aile öyküsü yoktu. Çekilen el grafisinde herhangi bir kemik patolojisi saptanmadı. Nodülden alınan insizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde hiperkeratotik çok katlı yassı epitel altında artmış miktarda, rastgele dağılım gösteren, kaba- kalın kollajen demetler görüldü. Bu kollajen demetlerde dejenerasyon saptanmadı (Şekil 3). Histokimyasal çalışma ile yapılan elastik Van Gieson boyamada elastik liflerde artış ya da patoloji görülmedi. Olgu kollajenoma olarak yorumlandı.

Lezyonların sadece bir bölgede olması, aile öyküsünün olmaması, eşlik eden herhangi bir patolojinin bulunmaması nedeniyle hastaya izole palmar kollajenoma tanısı konuldu. Hasta cerrahi tedavi istemedi.

Derinin konnektif doku nevüsleri, ekstrasellüler matris elemanlarından olan kollajen, elastin ya da proteoglikanlardan oluşan hamartomatöz lezyonlardır. Kollajen tipi konnektif doku nevüsleri ya da kollajenomalar, dermiste kollajenin aşırı birikimiyle oluşan bir bağ dokusu nevusudur. Genel olarak kalıtsal ve edinsel olarak sınıflandırılır (1). Kalıtsal gruptakiler familial kutanöz kollajenoma, Proteus sendromunda görülen plantar serebriform kollajenoma, tuberosklerozdaki Shagreen yamaları ve Buschke-Ollendorff sendromunda osteopoikilozis ile birlikte olan dissemine lentiküler dermatofibrozis olarak karşımıza çıkarken edinsel olanlar kendi içinde erüptif ve izole olarak ikiye ayrılır (2).

Familiyal kutanöz kollajenoma; otozomal dominant geçiş gösteren genellikle gövde ve üst ekstremitelerde simetrik yerleşen, multipl endüre dermal nodüllerle karakterizedir. Lezyonlar sıklıkla adölesan dönemde oluşur ve birlikte idiyopatik progresif kardiyomyopati, konjestif kalp yetmezliği ve kardiyak ileti bozuklukları görülebilir. Proteus sendromu, kompleks konjenital hamartomatöz bir hastalıktır. Deri, iskelet sistemi, santiral sinir sistemi, yumuşak dokular, vasküler yapılar ve bazen visseral organlar etkilenebilir. En sık karşılaşılan bulguları vücutta yaygın bağ doku nevüsleri ve kemiklerde asimetrik büyümedir. Plantar bölgede yerleşik serebriform kollajenomalar Proteus sendromu için patognomonik bir bulgudur (3).

Tuberoskleroz, otozomal dominant kalıtım gösteren karakteristik olarak beyin, retina, deri, akciğer, böbrek ve kalp gibi organlarda hamartomlara yol açan bir hastalıktır. Shagreen yamaları, tuberoskleroz hastalığında görülen kollajen birikimiyle oluşan tümoral veya plak şeklindeki lezyonlardır. Buschke-Ollendorff sendromu,



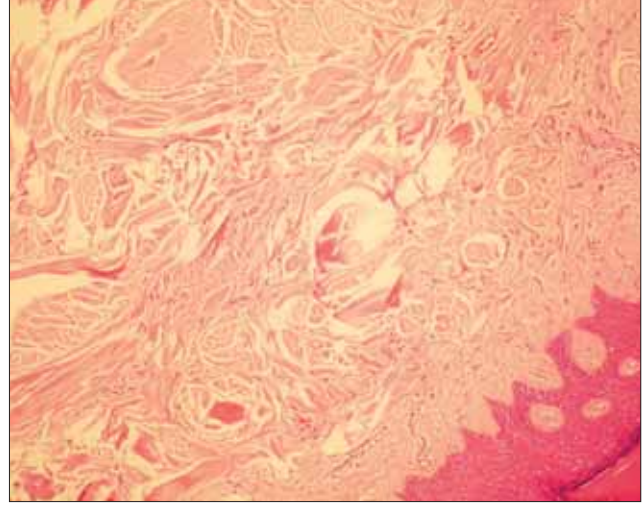
Şekil 1. Sol el palmar bölgede deri renginde papüller ve plak görünümünde



Şekil 2. Lezyonların yakından görünüşü

pleitropik otozomal dominant geçişli, inkomplet penetranslı bir herediter konnektif doku hastalığıdır. Osteopoikilozis ve dissemine lentiküler dermatofibrozisin birlikte bulunduğu bir sendromdur. Dermal lezyonlar kollajen, elastik lifler ve bazen de mukopolisakaritlerden oluşan konnektif doku nevüsleridir. Lezyonlar alt ekstremitte ve gövdenin alt kısımlarında lokalize asimetric yayılım gösteren multipl, sert, soluk renkli papül ve plaklar şeklindedir (4).

İzole kollajenoma, aile öyküsü olmadan tek lokalizasyonda ortaya çıkar ve yavaş bir progresyon izler. Sıklıkla baş, boyun, gövde ve üst ekstremitede yerleşir (5). Avuç içi ve ayak tabanında lokalize olanların üzerindeki deri hiperkeratotik bazen de serebriform bir görünüm alabilmektedir. Olgumuzda da aile öyküsü yoktu ve lezyonlar tek bir bölgede mevcuttu. Sekiz yıl içinde yavaş progresyon göstermişti. Avuç içinde lokalize olmakla beraber hiperkeratotik bir görünüm yoktu.



Şekil 3. Hiperkeratotik çok katlı yassı epitel altında artmış miktarda, kaba- kalın kollajen demetler görüldü

Erüptif kollajenomalar klinik olarak familyal kutanöz kollajenomaya benzer. Çok sayıda nodül gövde ve ekstremitelerde görülebilmekte ve bazen simetrik olabilmektedir. Ama aile öyküsü yoktur. Hastalar genellikle sağlıklıdır ve lezyonların oluşumu anidir (6).

Uitto ve arkadaşları (7), kollajenomanın hemen hemen sadece tip1 kollajenden oluştuğunu göstermişlerdir. Sorunun etkilenen bölgelerde kollajenaz üretiminde azalma nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir. Histopatolojik olarak dermiste kollajen lif miktarının arttığı, elastik lif boyaları ile elastik liflerin azalmış ya da normal seviyelerde olduğu görülmüştür. Fibroblast sayısında artış yoktur (4). Olgumuzda da histopatolojik incelemede kollajen liflerde artış vardı, Van Gieson ile yapılan boyamada elastin liflerde artış olmaması da literatürle uyumlu bulundu.

Kollajenoma, benin bir hastalıktır ama spontan gerileme söz konusu değildir. Medikal tedavinin yeri yoktur. Kosmetik sorun oluşturan izole lezyonlar cerrahi olarak çıkarılabilir. Multipl olanlarda cerrahi girişim uygun değildir. Ayrıca özellikle el ve ayaklarda yerleşik lezyonlarda eksize edilmeden önceki fonksiyonel durum ile eksizyon sonrası oluşabilecek fonksiyon bozuklukları karşılaştırılarak eksizyon kararı verilmelidir.

Kaynaklar

1. Uitto J, Santa-Cruz DJ, Eisen AZ. Connective tissue nevi of the skin: clinical, genetic and histopathologic classification of hamartomas of the collagen, elastic, and proteoglycan type. J Am Acad Dermatol 1980;3:441-61.
2. Nico MMS, Valante NYS, Machado KA. Isolated Plantar Collagenoma. Acta Derm Venereol 2003;83:144.
3. Nelson AA, Ruben BS. Isolated plantar collagenoma not associated with proteus syndrome. J Am Acad Dermatol 2008;58:497-9.
4. Choi JC, Lee MW, Chang SE, et al. Isolated plantar collagenoma. Br J Dermatol 2002;146:164-5.

5. Romiti R, Romiti N. Papuloliner collagenoma. J Am Acad Dermatol 2004;50:797-8.
6. Mukhi SV, Kumar P, Yuvarajkumar D, Raghuveer CV. Eruptive collagenoma. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2002;68:98-9.
7. Uitto J, Bauer EA, Santa-Cruz DJ, et al. Decreased collagenase production by regional fibroblast cultured from skin of a patient with connective tissue nevi of the collagen type. J Invest Dermatol 1982;78:136-40.

Zeynep Türkşen¹, Ayşe Serap Karadağ², Fadime Kılınc³, Servet Güreşçi⁴

¹Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

²Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

³Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

⁴Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Tanınız Nedir?

What is Your Diagnosis?

K. Didem Yazganoğlu¹, Esmâ Erbudak¹, Nesimi Büyükbabani², Can Baykal¹

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

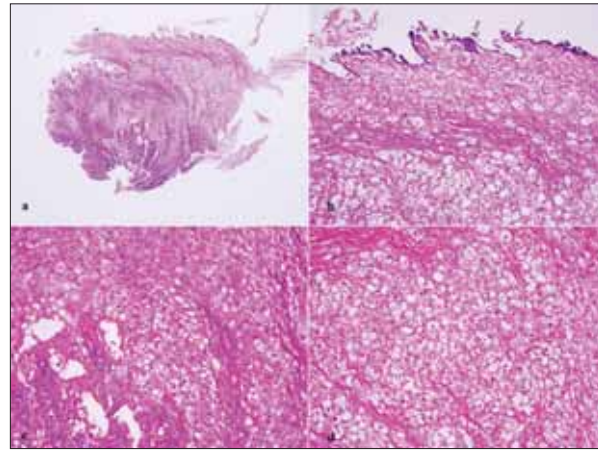
Olgu

Dört yaşındaki kız çocuğu, her iki yanak iç yüzünde beyaz renk değişimi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde, oral mukozada yanak iç yüzlerinde iki taraflı olarak beyaz renkli, hiperkeratotik görünümlü asemptomatik plaklar mevcuttu (Şekil 1). Bu plaklar oral mukozanın gerilmesiyle kaybolmuyordu. Hasta iki aylıkken ailesi tarafından fark edilen lezyonlar için başka bir merkezde topikal antifungal tedavi uygulanmış ancak gerileme olmamıştı. Aile öyküsünde benzer bir lezyon tanımlanmıyordu. Oral mukozadaki lezyonlardan alınan insizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde yüzeyde



Şekil 1. Ağız içinde labial mukozayı kaplayan beyaz renkli hiperkeratotik plak

ince bir parakeratoz katmanı içeren çok katlı yassı epitelde akantoz, epitel hücrelerinde suprabazal tabakadan başlayarak yüzeye doğru giderek artan, sitoplazmada berrak, şeffaf görünüm, bazale yakın katmanlarda sitoplazmada perinükleer kondansasyon ve hafif bir hipereozinofilik görünüm saptandı (Şekil 2). Hastanın dermatolojik ve sistemik muayenesinde ek bir bulguya rastlanmadı. Hastanın tedavisiz olarak izlenmesi uygun görüldü.



Şekil 2. a: Mukoza biyopsisinin panoramik görünümü. Yüzeysel katmanlarda epitelin soluk görünümü belirgin (HE x40); b: En yüzeyde oral floraya ait bakteri kolonileri, epitel hücrelerinde berrak sitoplazmalar (HE x100); c: Bazale yakın katmanlarda hücre sitoplazmalarında perinükleer kondansasyon ve daha eozinofilik görünüm (HE x200); d: Yüzeye doğru gidildikçe hücre sitoplazmasının görünümünde belirgin değişim (HEx200)

Tanı

Hastaya klinik ve histopatolojik bulgularla beyaz süngersi nevus tanısı kondu. Beyaz süngersi nevus, başlıca oral mukozada olmak üzere mukozal beyaz lezyonlara yol açan nadir görülen bir hastalıktır. Cannon'un hastalığı, herediter lökokeratoz, lökokeratozis oris, beyaz gingivostomatit, oral mukozanın ekfoliyatif lökoödem gibi çeşitli adlarla da anılır (1, 2). Otozomal dominant geçiş gösteren bir hastalık olmakla beraber, hastamızda da olduğu gibi aile öyküsü her zaman bulunmaz (2, 3). Keratin 4 ve keratin 13 genleri mutasyonu sonucu ortaya çıktığı tahmin edilmekle beraber (4, 5), de novo mutasyon sonucu da oluşabileceği öne sürülmüştür (2). Patogenezde epitel hücre matürasyonu ve deskuamasyonunda bozukluk, tonofilamentlerde atipik artış ve agregasyon, interse-lüler bağlantıda artışın neden olduğu yüzey hücrelerinde birikim ve dolayısıyla normal ekfoliyasyonun olmaması gibi faktörler yer almaktadır (1). Konjenital olabildiği gibi, erken çocukluk döneminde de başlayabilir (1). Bütün ırklarda, cinsiyet ayrımı göstermeksizin, eşit sıklıkta rastlanılır (1). Oral mukozada yaygın veya yama tarzında, özellikle yanak ve dudak iç yüzlerde, bunun yanında ağız tabanında, dilin ventral yüzünde ve yumuşak damakta da gözlenebilen beyaz renkli, süngeri andıran, hiperkeratotik görünümlü plaklar şeklinde görülür. Gingiva ve dilin dorsal yüzünde tutulum ise nadirdir (1, 2). Daha az sıklıkla nazal, vaginal, özofageal ve rektal mukozalarda görülür. Hastalık mukozada dışı lezyona yol açmaz (1, 2). Genellikle asemptomatiktir, bazen ağızda kuruluk, yanma ve pürüzlülük hissi olabilir (2, 3, 6).

Oral beyaz lezyonların klinik olarak ayırıcı tanısında kandidiyazis, liken planus, lökoplazi, psoriasis, oral kıllı lökoplazi, lökoödem, submüköz fibrozis, nikotin stomatiti, tütün kullananların keratozu, coğrafik mukozit, friksiyonel keratoz gibi birçok dermatolojik veya enfeksiyöz hastalık bulunmakla birlikte, özellikle inatçı lezyonlarda Howel-Evans sendromu, diskeratozis konjenita, pakioniş konjenita ve herediter benin intaepitelyal diskeratoz da akla gelmelidir (1, 2). Bu hastalıkların bazıları histopatolojik olarak da beyaz süngersi nevus ile karışabilir. Beyaz süngersi nevusta, ayırıcı tanıya giren hastalıklarda da görülebilecek intraselüler ödem ve diğer bulguların yanı sıra (7, 8), bunlardan farklı olarak perinükleer eozinofilik sitoplazmik kondansasyon görülmesi karakteristiktir (8). Hastamızda da, histopatolojik düzeyde, epitelin bazale yakın katmanlarında gözlediğimiz sitoplazmik kondansasyon ve hipereozinofilik görünümün beyaz süngersi nevus lehine iyi bir ipucu olduğu kanısındayız.

Hem klinik hem de histopatolojik olarak çocukluk çağı başlangıçlı olan lökoödemden ayırım zaman zaman zor olabilir. Lezyonlu bölgedeki mukoza gerildiğinde lökoödem kaybolması, ancak beyaz süngersi nevusun değişiklik göstermemesi ayırıcı tanıda yardımcıdır (8). Mukozaya gerildiğinde kaybolmayan, inatçı beyaz lezyonları ve beyaz süngersi nevus tanısı için tipik histopatolojik bulguları olan hastamızda yukarıda adı geçen sendromlar açısından eşlik eden dermatolojik ve sistemik bulgular da yoktu.

Bu lezyonda malin dönüşüm gözlenmemekte ve çoğunlukla asemptomatik olduğu için de tedavi önerilmemektedir (2). Tedavide topikal olarak tetrasiklin, sistemik olarak ise penisilin, ampisilin, amoksisilin ve tetrasiklin kullanımı ile hastaların bir kısmında cevap alınmış ve semptomlarda düzelme, hatta bazılarında lezyonda tamamen gerileme bildirilmiştir, ancak tedavi bırakılınca nüks olabilmektedir (3, 6, 9, 10). Hastamız başvurduğunda yakınmasız olduğu için, tedavisiz izlenmesi uygun görüldü.

Çocukluk çağında ağız içinde görülen beyaz lezyonlarda beyaz süngersi nevus da akla gelmelidir. Bu nadir lezyonun klinik olarak tanınması ve histopatolojik olarak başta premalin durumlar olmak üzere diğer lezyonlardan ayırımının yapılması, benin karakteri dolayısıyla hastalara gereksiz tedavi ve girişimler yapılmasını önleyecektir.

Kaynaklar

1. Miller CS, Craig RM Jr. White corrugated mucosa. J Am Dent Assoc 1988;117:345-6.
2. Patil K, Mahima VG, Srikanth HS. White sponge nevus: A nonhereditary presentation J Indian Soc Pedod Prev Dent 2008;26:125-7.
3. Otake IF, de Sousa SO, Migliari DA, Matthews RW. Successful treatment with topical tetracycline of oral white sponge nevus occurring in a patient with systemic lupus erythematosus. Int J Dermatol 2006;45: 1130-1.
4. Shibuya Y, Zhang J, Yokoo S, et al. Constitutional mutation of keratin 13 gene in familial white sponge nevus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003;96:561-5.
5. Zhang JM, Yang ZW, Chen RY, et al. Two new mutations in the keratin 4 gene causing oral white sponge nevus in Chinese family. Oral Dis 2009;15:100-5.
6. McDonagh AJ, Gawkrödger DJ, Walker AE. White sponge naevus successfully treated with topical tetracycline. Clin Exp Dermatol 1990;15:152-3.
7. Kirkham N. Tumors and cysts of the epidermis. In: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF, editors. Lever's

- histopathology of the skin. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.805-866.
8. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, editors. Oral pathology. Clinical Pathologic Correlations. 4th ed. St. Louis: Saunders; 2003.
 9. Lamey PJ, Bolas A, Napier SS, et al. Oral white sponge naevus: response to antibiotic therapy. Clin Exp Dermatol 1998;23:59-63.
 10. Becker LR, Lutz C, Erhard H, et al. White sponge naevus successfully treated with tetracycline mouth rinse. Acta Derm Venereol 1997;77:413.

2010 Yazar Dizini - 2010 Author Index

- A. Tülin Güleç, 14
Ali Murat Ceyhan, 101
Arzu Görgülü Eraslan, 9
Aycan Özden Sezgin, 40
Ayla Tezer, 31
Ayşe Akman, 4
Ayşe Serap Karadağ, 31, 111
Bahar Öç, 29
Beril Gülüş Demirel, 33, 97
Bermal Hasbay, 25
Berna Aksoy, 29, 48
Burhan Özalp, 107
Can Baykal, 91, 114
Coşkun Bahar, 14
Çiçek Durusoy, 14
Derya Aytimur, 18
Didem Mullaaziz, 101
Ekin Şavk, 9
Ekrem Aktaş, 94
Elif Durukan, 14
Emre Hocaoğlu, 107
Erdal Başaran, 4
Erdem Güven, 107
Erkan Alpsoy, 1
Ertan Yılmaz, 4
Esmâ Erbudak, 114
Fadime Kılınç, 111
Fatma Eskioğlu, 22, 58
Fatma Fulya Köybaşıoğlu, 58
Fatma Sibel Alper, 40
Filiz Canpolat, 22
Göksun Karaman, 9
Gülçin Güler Şimşek, 31
Gülşen Kandiloğlu, 40
Hanife Ezgi Erçal, 40
Hasan Mete Aksoy, 29, 48
Hatice Akpınar, 22
Hatice Erdem, 44
Havva Kaya Akış, 58
Hayriye Sarıcaoğlu, 44
Hüseyin Üstün, 29, 48
Işıl Kılınç Karaarslan, 40
İbrahim Özmen, 55
İlgen Ertam, 40
İlhan Tuncer, 25
İrem Ertürk, 52
K. Didem Yazganoğlu, 114
Kamil Dilek, 44
Mahi Balcı, 29, 48
Mahmut Yener, 101
Mehmet Yıldırım, 101
Meltem Türkmen, 18
Meltem Uslu, 9
Murat Borlu, 33
Murat Demiriz, 55
Nazan Taşlıdere, 94
Nesimi Büyükbabani, 107, 114
Neslihan Şendur, 9
Nilgün Atakan, 29
Olgun Kontaş, 97
Osman Köse, 55
Özer Arıcan, 52
Özlem Canöz, 94
Rukiye Gülbahçe, 29
Serap Utaş, 97
Servet Güreşçi, 111
Soner Uzun, 25
Suhan Günâştı, 25
Şaduman Balaban Adım, 44
Şenay Yıldız Hacıoğlu, 44
Taha Karaman, 4
Taliha Çelik, 4
Tuğrul Dereli, 40
Vahide Baysal Akkaya, 101
Yaşar Nazlıgöl, 31
Yaşargül Denli, 25
Zeynep Türkşen, 111

2010 Konu Dizini - 2010 Subject Index

- Akne vulgaris / Acne vulgaris, 4, 14
Alopesi areata / Alopecia areata, 4
Anksiyete / Anxiety, 4
Atopik dermatit / Atopic dermatitis, 22
Ayrıcı tanı / Differential diagnosis, 97
Bacak ülseri / Leg ulcer, 101
Behçet hastalığı / Behcet disease, 44
Benekli lentijinöz nevüs / Speckled lentiginous nevus, 48
Büllöz hastalık / Bullous disease, 25
Corynebacteriumlar / Corynebacterium, 18
Çalışma / Study, 4
Çocukluk çağı / Childhood, 40
Dapson / Dapsone, 94
Deneyisel tedaviler / Experimental therapies, 33
Depresyon / Depression, 4
Deri hastalığı / Skin disease, 107
Dermatoskopi / Dermatoscopy, 48
Eozinofilik pannikülit / Eosinophilic panniculitis, 94
Eozinofilik sellülit / Eosinophilic cellulitis, 40
Eritrazma / Erythrasma, 18
Fototerapi / Phototherapy, 9, 14
Gecikmiş tanı / Delayed diagnosis, 101
Geleneksel tedaviler / Traditional treatments, 33
Geribildirim / Feedback, 9
Hasta / Patients, 9
İmmünoflöresan / Immunofluorescence, 25
İyatrogenik Kaposi sarkomu / Iatrogenic Kaposi sarcoma, 44
Kalsinozis / Calcinosis, 107
Kaposinin variselliform erüpsiyonu / Kaposi's varicelliform eruption, 22
Kutanöz poliarteritis nodosa / Cutaneous polyarteritis nodosa, 97
Layşmanyazis / Leishmaniasis, 55
Lentigo / Lentigo, 48
Lentijinöz nevüs / Lentiginous nevus, 48
Liken planus pemfigoides / Lichen planus pemphigoides, 25
Lökoderma / Leukoderma, 52
Melasma / Melasma, 14
Mosaisizm / Mosaicism, 48
Nevüs / Nevus, 55
Nevüs spilus / Nevus spilus, 48
Pimekrolimus / Pimecrolimus, 22
Pitted keratoliz / Pitted keratolysis, 18
Ruhsal durum / Psychiatric state, 4
Sistemik kortikosteroidler / Systemic corticosteroids, 97
Skrotum / Scrotum, 107
Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler / Complementary and alternative medicine, 14
Trikobakteriozis / Trichobacteriosis, 18
Vitiligo / Vitiligo, 33, 52
Vitiligo benzeri depigmentation / Vitiligo-like depigmentation, 52
Wells Sendromu / Wells syndrome, 40
Werner Sendromu / Werner's syndrome, 101
Yeni tedaviler / New treatments, 33

2010 Hakem Dizini - *2010 Referee Index*

Akın Aktaş
Köksal Alpay
Erkan Alpsoy
Ertuğrul Aydemir
Can Baykal
Vahide Baysal Aklaya
Seher Bostancı
Ayşe Boyvat
Zülal Erbağcı
Cengizhan Erdem
Tülin Ergun
Emel Erkek
Gül Erkin
Ayten Ferahbaş
Emel Fetil
Emel Güngör
Oya Gürbüz
Yavuz Harmanyeri
Ayşen Karaduman
Göksun Karaman

Ayşe Kavak
Tamer İrfan Kaya
Osman Köse
Cem Mat
İnci Mevlitoğlu
Meltem Önder
Güzin Özarmağan
Fezal Özdemir
Şebnem Özkan
Günseli Öztürk
Hayriye Sarıcaoğlu
M. Turhan Şahin
Hatice Şanlı
Neslihan Şendur
Ümit Türsen
Yalçın Tüzün
İdil Ünal
Şahin Yazar
Ertan Yılmaz
Ayşe Deniz Yücelten

Kongre Takvimi

ULUSLARARASI KONGRELER

69th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology
4-8 Şubat, 2011
New Orleans, Amerika

8th EADV Spring Symposium
14-17 Nisan, 2011
Karlsbad, Çek Cumhuriyeti

World Congress of Dermatology
24-29 Mayıs 2011
Seul, Güney Kore

30th Congress of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology
11-15 Haziran 2011

20th EADV Congress
20-24 Ekim 2011
Lizbon, Portekiz

ULUSAL KONGRELER

6. Uludağ Dermatkozmetoloji Günleri
3-6 Mart 2011
Uludağ, Bursa

Mesleki Deri Hastalıkları Simpozyumu
23 - 27 Mart 2011
Palandöken/Erzurum

5. Ulusal Pediatrik Dermatoloji Günleri
13-16 Nisan 2011
Kuşadası, Aydın

Ege Dermatoloji Günleri
4-8 Mayıs 2011- Muğla

9.Faruk Nemlioğlu Dermatolojide Gelişmeler Simpozyumu
22-25 Haziran 2011
Çanakkale

Dermatoloji 2011 Bahar Simpozyumu
5-8 Ekim 2011, Muğla

XX.Prof.Dr. A.Lütfü Tat Sempozyumu
16-20 Kasım 2011, Ankara

PSORİATİK TIRNAĞA ÖZEL İLK TEDAVİ

YENİ

ONYP SO®

%15 Üre İçeren Tırnak Cilas

DOSAJ:

6 Ay boyunca
günde 1 kere uygulama



3ml şişe
Uygulama fırçalı
tırnak cilası

İLK ve TEK



22nd
World Congress of Dermatology
May 24-29, Seoul 2011

Dermatoloji için daha fazlası

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

Azitro

Azitromisin

akne^{1,2} ile
savaşta
zaferin³
renkleri



Ref: 1) Prospektüs bilgisi; 2) Fernandez - Obregon A.C. Pharmacology and Therapeutics Azithromycin for the treatment of acne, International Journal of Dermatology 2000, 39, 45-50.

AZİTRO KISA PROSPEKTÜS BİLGİSİ:

FORMÜLÜ: Her 500 mg ve 250 mg film tablet sırasıyla: 500 mg azitromisin'e eş değer azitromisin dihidrat, 250 mg azitromisin'e eş değer azitromisin dihidrat, boyar madde olarak titanyum dioksit ihtiva eder. Her 5 ml süspansiyon; 200 mg azitromisin'e eş değer azitromisin dihidrat ve şeker, sodyum benzoat, sakkarin sodyum ve muz esansı ihtiva eder. **ENDİKASYONLARI:** Azitromisin'e duyarlı mikroorganizmaların neden olduğu alt solunum yolu enfeksiyonlarında, otitis mediada, üst solunum yolu enfeksiyonlarında endikedir. Erkeklerde ve kadınlarda cinsel temasta bulaşan ve Chlamydia trachomatis'e bağlı, komplike olmayan genital enfeksiyonların (non-gonokokal üretrit ve servisit) tedavisinde ve Neisseria gonorrhoeae'nin hassas suşlarının neden olduğu genital enfeksiyonlarda endikedir. **KONTRENDİKASYONLARI:** Azitromisin, eritromisin veya makrolid grubundan herhangi bir antibiyotige karşı aşırı duyarlılığı olanlarda ve ergo alkaloidleri ile birlikte kullanılmamalıdır. **UYARILAR/ÖNEMLER:** Nadir olarak anjioödem ve anafaksi, bazı hassas şahıslarda deri döküntüsü fotosensitivite, anjioödem ve anafaksi gibi alerjik reaksiyonlarla karşılaşılmaktadır. Karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Gözde kızamıkçık ve kızamıkçık hastalarda Azitromisin dikkatle kullanılmalıdır. Tedavi sırasında süperenfeksiyon görülebileceği unutulmamalıdır. Uzun QT sendromu / Torsades de Pointes'li hastalarda kullanılmamalıdır. Uzun süre yüksek dozların kullanılması reversibil işleme bozukluklarına yol açabilmektedir. Gebelik kategorisi B'dir. Azitromisin gebelikte ve laktasyon döneminde ancak başka uygun bir alternatif mevcut değilse verilmelidir. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** Azitro yan etki insidansı düşük olan, bu nedenle iyi tolere edilen bir antibiyotiktir. Yan etkiler bulantı, kusma, karın ağrısı, gaz ve diyaredir. Bazı şahıslarda karaciğer transaminazlarında reversibil yükselmeler görülmüştür. **İLAC ETKİLEŞİMLERİ:** Azitromisin'in anti-asitlerden 1 saat önce veya 2 saat sonra alınması uygundur. Azitromisin ile teofilin birlikte kullanıldığında, teofilinin plazma düzeyinin tayin edilmesi tavsiye edilir. Azitromisin ve varfarin birlikte kullanıldığında protrombin zamanının tayininde yarar vardır. Digoksin düzeylerinde yükselme. Periferik vasospazm şeklinde ortaya çıkan akut ergo toksisitesi. Triazolam klirensinde azalma ve farmakolojik etkisinde artma. Karbamazepin, siklosporin, heksobarbital ve fenitoin düzeylerinde yükselmeler. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Azitro; yemeklerden en az 1 saat önce veya 2 saat sonra alınmalıdır. Chlamydia trachomatis veya duyarlı Neisseria gonorrhoeae suşlarının neden olduğu cinsel temasta bulaşan hastalıkların tedavisinde 1 gr Azitro tek doz halinde verilir. Diğer tüm enfeksiyonların tedavisinde erişkinlere 3 gün süre ile günde 1 defa 500 mg (3 günde toplam 1.5 gr) olarak tatbik edilir. Alternatif olarak aynı toplam doz 5 gün süre ile ilk gün 500 mg, sonraki günlerde (2. günden 5. güne kadar) günde 250 mg olarak da verilebilir. 45 kg'ın altındaki çocuklar için Azitro'nun süspansiyon formu mevcuttur. Çocuklara 3 gün süre ile günde 10 mg/kg (3 günde toplam 30 mg/kg) olarak verilir. Alternatif olarak aynı toplam doz 5 gün süre ile ilk gün 10 mg/kg, sonraki günlerde (2. günden 5. güne kadar) 5 mg/kg olarak da verilebilir. Vücut ağırlığı 15 kg'ye kadar olan çocuklarda doz, mümkün olduğunca hassas olarak ölçülmelidir. **DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ:** Böyle bir durumda karşılaşıldığında mide yıkamalı ve destekleyici tedavi uygulanmalıdır. **TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE FİYATI:** Azitro 500 mg Film Tablet / 3 film tablettelik blister ambalajlarda (Ruhsat No: 17.6.1996 - 178 / 41) 11.24 TL, Azitro 250 mg Film Tablet / 250 mg'lık 6 film tablettelik blister ambalajlarda (Ruhsat No: 22.11.1995 - 176 / 31) 11.24 TL, Azitro 200 mg Oral Süspansiyon / 200 mg/5ml 15 ml oral süspansiyon için kuru toz içeren şişelerde (Ruhsat No: 5.10.1995 - 175 / 44) 6.07 TL, Azitro 200 mg Oral Süspansiyon / 200 mg/5ml 30 ml oral süspansiyon için kuru toz içeren şişelerde, (Ruhsat No: 5.10.1995 - 175 / 44) 12.18 TL. (Fiyat Tarihi: Ekim 2010) Reçete ile satılır. **Ruhsat Sahibi:** Deva Holding A.Ş. **Son güncelleme tarihi:** Ekim 2010.

Rogan

%2 mg - %5 mg / 60 ml Minoksidil

Topikal Losyon

SAÇ DÖKÜLMESİNE TIBBİ ÇÖZÜM



Dökülen saçların yeniden çıkmasını sağlar.*

www.sacdokulmesineson.org

Ref: * Prospektüs bilgisi.

KISA ÜRÜN BİLGİSİ: ROGAN Topikal Losyon 20 mg/ml **FORMÜL:** Topikal kullanıma uygun 1 ml losyon 20 mg minoksidil içerir. Yardımcı madde olarak propilen glikol, etanol ve saf su ihtiva eder. **ENDİKASYONLAR:** Kadınlarda yaygın veya frontoparietal bölgede odaklanmış alopesi. Erkeklerde androjenik alopesi, saç transplantasyonlarında destekleyici tedavi. **KONTRENDİKASYONLAR:** ROGAN Topikal Losyon, minoksidil veya bileşimdeki maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılığı olan kişilerde kullanılmamalıdır. **UYARILAR / ÖNLEMLER:** Çok düşük bir ihtimal de olsa topikal kullanım sırasında minoksidilin oral yoldan kullanımı ile oluşan yan etkiler (ödem, hipotansiyon, taşikardi ve anjina sıklığında artış) görülebilir. Bu tür etkiler ortaya çıktığında ilaç kesilmelidir. Minoksidil topikal olarak enflamasyonlu baş derisine uygulanmamalıdır. Psoriasisden etkilenen alanlarda ve ciddi güneş yanıklarında kullanılmamalıdır. Hipertansiyon tedavisindeki hastalarda topikal olarak ve devamlı minoksidil kullanımında hastalar gözlenmelidir. ROGAN Topikal Losyon etanol içerdiğinden gözlerde yanma ve tahrişe neden olabileceğinden gözlerle teması önlenmelidir. **Gebelik ve emzirmede kullanım:** Gebelik kategorisi C Minoksidilin teratojenik etkisi olmasa da insanlarda yapılmış yeterli çalışmalar olmadığından ROGAN Topikal Losyon gebe kadınlarda kullanılmamalıdır. Minoksidilin topikal uygulamasında az miktarda da olsa süte geçtiği bilinmektedir. Potansiyel yan etkilerin dolayı laktasyon (emzirme) döneminde kullanılmamalıdır. **YAN ETKİLER / ADVERS ETKİLER:** Minoksidilin topikal kullanıma ait yan etkiler incelenmiş ve en sık karşılaşılan yan etkilerin kaşıntı, lokal yanma hissi ve kızarma, alerjik tabii kontakt dermatit ve iritan dermatit olduğu bildirilmiştir. **BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ. İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ VE DİĞER ETKİLEŞİMLER:** Minoksidil topikal olarak absorpsiyonu arttırdığı bilinen diğer topikal kortikosteroidler, retinoidler ve absorbe edici merhem svağları ile birlikte kullanılmamalıdır. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** ROGAN Topikal Losyon 20 mg/ml kullanılmadan önce baş kuru olmalıdır. 1 ml'lik doz (5 püskürtme) günde iki kez sadece baştaki saçsız bölgeye uygulanır. Toplam doz günde 2 ml'yi geçmemelidir. Losyon kullanıldıktan sonra eller yıkanmalıdır. Losyonun gözle teması engellenmelidir. ROGAN Topikal Losyon ile tedaviye en az 6 ay devam edilmesinde tavsiye edilir. **KULLANMA TALİMATI:** Sprey başlığı ile başta istenen bölgeye ilaç püskürtün ve parmaklarınızla masaj yoluyla yayın. Bu işlemi 5 kez tekrarlayın, ardından ellerinizi yıkayınız. **DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ:** Aşırı dozla görülen semptomlar hipotansiyon, taşikardi, baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi, sinkop sıcak ve kızamık cilt ve palpasyonlardır. Çocuklarda letarji ve ataksi oluşabilir. Hipotansiyon genellikle i.v. sıvılara, Trendelenburg pozisyonu veya vazokonstriktörlere cevap verir. Tedavi primer olarak destekleyici ve semptomatiktir. **SAKLAMA KOŞULLARI:** 25°C nin altındaki oda sıcaklığında, kuru, karanlık ve çocukların göremeyeceği, erişemeyeceği yerlerde ve ambalajında saklayınız. **TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ MUHTEVASI:** 60 ml losyon içeren 75 ml'lik 1 polietilen şişe ve 0,2 ml püskürtme dozajlı sprey pompası, 60 ml losyon içeren 75 ml'lik 3 polietilen şişe ve 0,2 ml püskürtme dozajlı sprey pompası. **PIYASADA MEVCUT DİĞER FARMASÖTİK ŞEKİLLERİ:** ROGAN Topikal Losyon 50 mg/ml **PER.SAT. FİYATI:** 20 mg/ml topikal losyon: 32,50 TL; 50 mg/ml topikal losyon: 52,28 TL (Kasım 2010) Ruhsat sahibinin adı ve adresi: KOÇAK FARMA İlaç ve Kimya Sanayi A.Ş. Bağlarbaşı, Gazi Cad. 64-66, Üsküdar / İstanbul **Ruhsat tarihi ve no:** 27.03.2008-215/6 İmalat yerinin adı ve adresi: KOÇAK FARMA İlaç ve Kimya Sanayi A.Ş. Organize Sanayi Bölgesi, Çerçekköy / Tekirdağ Reçetesiz satılır. HARİCEN KULLANILIR. Prospektüs onay tarihi: 27.03.2008





Yüksek etkinlik¹



Düşük yan etki¹

Geniş yaş aralığı^{2,*}



* Geniş yaş aralığı özelliği sadece Elocon için geçerlidir.
Elosalic 12 yaşından büyüklerde kullanılmaktadır.

Schering-Plough
www.schering-plough.com.tr

GÜNDE BİR DEFA

Elocon[®]
mometazon fuorat % 0.1

Pomat • Losyon

Elosalic[®]
Mometazon Fuorat % 0.1 - Salisilik Asit % 5

Pomat

1. A. Prakash-Drugs 1998 Jan 55 (1): 145-163 2. Elocon & Elosalic prospektüs bilgisi.

ELOCON KİŞA ÜRÜN BİLGİSİ: BİLEŞİMİ: Her gram pomat, krem veya losyonda, 1 mg mometazon fuorat. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ: Kortikosteroidler, bubreksiyo bazından salgılanan steroid hormonlar ve bunların sentetik analoglarıdır. Topikal kortikosteroidler, normal ve azdeğerim deriden emilmezler. Deriden emilim oranı preparata bulunan sıvay maddelerine, epidermin bölünlülüğüne ve kapalı pansuman uygulamaya bağlı olarak değişiklik gösterir. ENDİKASYONLARI: Elocon psoriasis, ekzematöz dermatitler (atopik dermatit gibi) ve kortikosteroidlere yanıt veren diğer tüm dermatozları enilnatulur ve kağınlı lezyonların tedavisinde kullanılır. KONTRENDİKASYONLARI: Elocon, mometazon fuorat preparatın bileşimindeki maddelere ve diğer topikal kortikosteroidlere aşırı duyarlılığı olan hastalarda kullanılmamalıdır. İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ VE DİĞER ETKİLEŞİMLER: Diğer topikal dermatolojik kortikosteroidler, önerildiği şekilde kullanıldıkları takdirde, sırasıyla azalan oranda aşağıdaki yan etkiler bildirilmiştir: lokal yanma, kaşıma, kuruluk, löllükçülük, hipertrikoz, akne benzeri döküntüler, enfeksiyon ve deri atrofisi. KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU: Hastalıklı deri bölgesine günde bir defa, ince bir tabaka halinde Elocon sürülür ve deriden emilinceye kadar hafifçe ovulur. UYARILAR / ÖNLEMLER: Yalnız dermatolojik kullanım içindir, gözle uygulanmaz. Uygulama sırasında deri tahrişinin görüldüğü durumlarda, ilacı son verilmelidir. Hamilelik kategorisi C'dir. Tıbbi zararı olup olmadığı henüz belirlenmemiştir. YAN ETKİLER / ADVERS ETKİLER: Elocon ile yapılan klinik çalışmalar sırasında seyrek olarak lokal yanma ve kaşıma hissi bildirilmiştir. TAKDİM ŞEKLİ: Elocon pomat ve krem 30 gr'lık ve losyon 50 ml 30 ml'lik ambalajlarda. Ruhsatlı ilacı, RUHSAT SAHİBİ: Schering-Plough Tıbbi Ürünler Tic. A.Ş. Maya Plaza, Yıldırım Özüç Güker Cad. 34335 Akatlar - İSTANBUL. Tel: (0212) 351 63 69 Faks: (0212) 351 63 92 RUHSAT TARİHİ: Elocon Krem 12.12.2000 - 1987, Elocon Pomat 12.12.2000 - 1987, Elocon Losyon 12.12.2000 - 1987 PERAKENDE SATIŞ FİYATI: (KDV Dahil Nisan 2009) Elocon Krem 30 gr: 9,87 YTL, Elocon Pomat 30 gr: 11,75 TL, Elocon Losyon 30 ml: 9,02 TL, Elosalic Pomat 16.6 TL Ayrıntılı bilgi için: Schering-Plough Tıbbi Ürünler Tic. A.Ş. Maya Plaza, Yıldırım Özüç Güker Cad. 34335 Akatlar - İSTANBUL. Tel: (0212) 351 63 69 Faks: (0212) 351 63 92 e: www.schering-plough.com.tr

ELOSALIC PROSPEKTÜS BİLGİSİ: BİLEŞİMİ: Her gram pomat 1 mg mometazon fuorat (% 0.1) ve 50 mg salisilik asit (% 5) içerir. ENDİKASYONLARI: Elosalic Pomat, kronik, orta dereceli ve ağır psoriasis vulgarisin inflammatuar ve hiperkeratolitik manifestasyonlarının giderilmesinde etkilidir. KONTRENDİKASYONLARI: Elosalic Pomat, mometazon fuorat, salisilik asit ya da preparatın herhangi bir bileşene karşı aşırı duyarlılık öyküsü olan hastalarda, aşırı sonras reaksiyonlarda, tüberkülozda ve sitilide kontrendikedir. Diğer topikal glukokortikoidde olduğu gibi, Elosalic Pomat da bakteriyel, viral (herpes simplex, varisella, herpes zoster) ya da fungal cilt enfeksiyonları olan hastalarda, diğer birlikte nedensal tedavi uygulanıyorsa kontrendikedir. Elosalic Pomat peroral dermatit, rosacea'da kullanılmamalıdır. İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ: Bilinen bir ilaç etkileşimi yoktur. UYARILAR / ÖNLEMLER: Elosalic Pomat'ın kapak teknik uygulanması önerilmektedir. Aşırı cilt kuruluğu dahil intansyon geliştiğinde Elosalic Pomat kullanımı kesilmeli ve uygun tedaviye başlanmalıdır. Glukokortikoidler cilt enfeksiyonlarını maskeleyebilir, aktive edebilir veya cilt enfeksiyonlarını alevlendirirler. Konikomitan cilt enfeksiyonları geliştiğinde uygun bir antifungal ya da antibakteriyel ajan kullanılmalıdır. Eğer olumlu yanıt alınmazsa Elosalic Pomat'ın kullanımı enfeksiyon yerlerini kontrol altına alıncaya kadar kesilmelidir. Salisilik asit, güneşten koruyucu ajan gibi aktivite gösterir. Topikal Elosalic tedavisinin UV terapisi ile kombine edildiği hastalar, fotoprotektif aktiviteyi azaltarak uzaklaşmalı ve tedavi edilecek bölgeyi teminamalıdır. UV tedavisinin sonuna pomat tekrar sürülebilir. Tıbbi gereksinlik dışında gözle kullanılmamalıdır. Hamilelik kategorisi C'dir. YAN ETKİLER / ADVERS ETKİLER: En sık görülen istenmeyen etkiler, hastaların % 41'inde uygulama alanındaki hafif ila orta derecede yanma, kaşıma hissi ve % 29'unda ortaya çıkar. DOZU VE KULLANIM ŞEKLİ: Elosalic Pomat, enfeksiyon cilt bölgesine, ince bir tabaka halinde, günde bir veya iki defa uygulanmalıdır. Maksimum günlük doz 15 gramdır. Uygulanmış uygulama sırasında veya sonrasında iyileşme görülünceye kadar, günde iki kez olan uygulama günde bir kez indirilmeli ve daha sonra sadece iki defa sürdürülmelidir. DOZ ASIMI: Aşırı ve uzun süreli topikal kortikosteroid kullanımı HPA eksenini baskılayabilir ve sekonder adrenokortikoidler neden olabilir. HPA eksenini baskılamama castörüsü ile ilgili kesilmesi veya uygulama alanının azaltılması önerilmelidir, bu durumlar dikkatli bir gözlem gerektirir. SAKLAMA KOŞULLARI: Çocukların ulaşamayacağı yerlerde, ambalajında ve 30°C'nin altında, oda sıcaklığında saklanmalıdır. TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJI: Elosalic Pomat 45 g pomat, özel alüminyum tüpe, RUHSAT SAHİBİ: Schering-Plough Tıbbi Ürünler Tic. A.Ş. Maya Plaza, Yıldırım Özüç Güker Cad. 34335 Akatlar, İstanbul. RUHSAT TARİHİ: Elosalic Pomat: 13.08.2002 2007 PERAKENDE SATIŞ FİYATI: 18.6 TL (KDV dahil, Nisan 2009) Ayrıntılı bilgi için: Schering-Plough Tıbbi Ürünler Tic. A.Ş. Maya Plaza, Yıldırım Özüç Güker Cad., 34335 Akatlar, İstanbul. Tel: (0 212) 351 63 69 Faks: (0 212) 351 63 92. DAHA GENİŞ BİLGİ İÇİN FİRMAMIZIA BAŞVURUNUZ. www.schering-plough.com.tr

3 x 1 000 mg 7 gün³ Zona tedavisinde etkili²

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



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

Formülü: Bir film tablet 500mg / 1000mg valasiklovir içerir. **Endikasyonları:** Valtrex, Herpes labialis (uçuk) tedavisinde endikedir. Valtrex baskılama tedavisi olarak alındığında ve daha güvenli seks yaşamı ile bir arada olduğunda genital herpes bulaşmasını azaltır. Valtrex, Herpes zoster (zona) enfeksiyonlarının tedavisinde endikedir. Valtrex, akut ve post herpetik nevralji dahil, zostere bağlı ağrının süresini ve hastalarda görülme oranını azaltarak, ağrının giderilmesini hızlandırır. Deri ve mukoza membranların herpes simplex enfeksiyonlarının tedavisinde, ilk ve nükesden genital herpes dahil olmak üzere kullanılır. Valtrex, HSV nüksünün ilk belirtisi ve semptomları görüldüğünde alınrsa lezyon gelişmesini önleyebilir. Organ nakli sonrası görülen Cytomegalovirüs (CMV) enfeksiyonunun ve hastalığının profilaksisinde endikedir. **Kontraindikasyonlar:** Valtrex, valasiklovir, asiklovir veya bunların formülasyonlarındaki herhangi bir maddeye aşırı duyarlılığı olduğu bilinen hastalarda kontraindikedir. **Uyarılar/Önemler:** Özellikle yaşlıların, dehidratasyon riski altında olan hastaların yeterli sıvı almasını özen gösterilmelidir. Böbrek yetmezliği olan hastaların Valtrex dozu ayarlanmalıdır. Karaciğer hastalığı bulunanlarda yüksek dozda Valtrex (4g/gün) kullanımıyla ilgili veri bulunmamaktadır. Valtrex'in karaciğer naklinde kullanımıyla ilgili bir çalışma yapılmamış olmakla birlikte yüksek doz asiklovir profilaksisinin CMV enfeksiyon ve hastalığını azalttığı gösterilmiştir. **Gebelik ve Emzirme Döneminde Kullanım:** Gebelik kategorisi B. Valtrex, normal önerilen dozlarda, gebelikte ancak elde edilecek yararların bilinmeyen muhtemel risklerinden daha fazla olduğuna inanılan durumlarda kullanılmalıdır. Valtrex, emziren bir anne uygulanır ise dikkat edilmesi önerilmektedir. **Yan Etkiler/Advers Etkiler:** Bulantı, diyare, kusma ve abdominal rahatsızlık, fotosensitiviteyi içeren kızamıklık, ürtiker, kaşıntı ve nadir olarak dispne, anjiödem, anafilaksi, baş ağrısı. Sık olmamakla beraber, reversibl konfüzyon, hallüsinasyon ve baş dönmesi rapor edilmiştir ve çok nadir olarak böbrek yetmezliği olan hastalarda ve başka predispozan faktörleri olan hastalarda bayılmaya rastlanmıştır. CMV profilaksisi için yüksek dozlarda Valtrex alan organ nakli yapılan hastalarda düşük doz alanlara kıyasla nörolojik reaksiyonlar daha sık görülmüştür. Uzun süreli klinik çalışmalarda yüksek dozda (günlük 8g) valasiklovir alan hastalarda ve şiddetli bağışıklığı baskılanmış, özellikle ileri HIV hastalarında, böbrek yetmezliği, mikroangiyoopatik hemolitik anemi ve trombositopeni bildirilmiştir. **İlaç Etkileşimleri:** Klinik anlamlılığı olan bir etkileşme belirlenmemiştir. Asiklovir, primer olarak renal tubuler sekresyon yolu ile değişmeden idrarla atılır. Bu mekanizma ile yarıdan bir miktar birlikte verilmesi, Valtrex verilmesini takiben asiklovir plazma konsantrasyonlarını artırır. Yüksek dozda Valtrex alan hastalarda (4g/gün) birlikte kullanıldıklarında eliminasyon için asiklovirle yarıdan bir miktar birlikte verilmesi, bir ya da iki ilacın veya metabolitlerinin plazma düzeylerindeki artış potansiyeli nedeniyle, dikkat edilmelidir. Organ nakli hastalarında bağışıklık sistemini baskılayıcı ajan olarak kullanılan mikofenolat mofetil ile birlikte kullanılması asiklovirin birlikte verilmesi sonucunda (AUC) plazma/ zaman eğrisinin altında kalan alanlarının arttığı görülmüştür. Böbrek fizyolojisinin başka özelliklerini etkileyen ilaçlarla (siklosporin, tacrolimus) birlikte eğer yüksek doz Valtrex uygulanacaksa, önem alınması gerekmektedir. **Kullanım Şekli ve Dozu:** Erişkinler: Herpes zoster enfeksiyonlarının tedavisi: 1000mg valasiklovir (2 adet Valtrex 500 mg tablet), günde 3 kez, 7 gün süre ile alınmalıdır. Herpes simplex enfeksiyonlarının tedavisi: 500 mg valasiklovir (Valtrex 500 mg tablet) günde 2 kez alınmalıdır. Nükesden enfeksiyonlarda tedaviye 5 gün devam edilmelidir. Alternatif olarak, herpes labialis (uçuk) için, 1 gün süreyle Valtrex 2 g günde iki kez etkili bir tedavidir. İkinci doz, ilk dozdan 12 saat sonra alınabilir (6 saatten önce alınmamalıdır). Herpes simplex enfeksiyonlarının nükslerinin önlenmesi: Bağışıklığı yeterli hastalarda, günde bir kez 500 mg Valtrex alınmalıdır. Çok sık nüks olan hastalarda bölünmüş dozlar şeklinde günlük 500 mg (250 mg günde 2 kez) Valtrex tedavisi ilave yarar sağlayabilir. Bağışıklığı yetersiz hastalarda önerilen doz günde 2 kez 500 mg'dir. CMV enfeksiyon ve hastalığının profilaksisi (12 yaştan itibaren adölesan ve yetişkinleri): Organ nakli sonrası mümkün olan en kısa sürede günde dört kez 2 g Valtrex başlanmalıdır. Tedavi süresi genellikle 90 gündür. Böbrek fonksiyonları ciddi şekilde bozulmuş hastalarda Valtrex'in dozu aşağıda belirtiliği şekilde düzenlenmelidir. Hemodiyalizdeki hastalarda, kreatinin klerensi dakikada 15 ml'nin altında olan hastalara önerilen doz kullanılmalıdır. Bu doz hemodiyaliz sonrası uygulanmalıdır. Kreatinin klerensi, özellikle renal fonksiyonun çok hızlı değiştiği organ veya dokü naklini hemen takip eden dönemlerde sık sık kontrol edilmelidir. Buna bağlı olarak Valtrex dozu ayarlanmalıdır. Hafif veya orta şiddette sirozlu hastalarda doz ayarlaması gerekmemektedir. Valtrex'in çocuklarda kullanımıyla ilgili veri yoktur. Yaşlılarda: Böbrek fonksiyonları belirgin şekilde bozulmuş hastalar dışında doz düzenlenmesi gerekmemektedir. **Aşırı Dozaj:** Semptomlar ve Belirtiler: Valasiklovir aşırı dozlarını alan hastalarda akut böbrek yetmezliği ve konfüzyon, halüsinasyonlar, ajitasyon, bilinçte azalma ve komayı içeren nörolojik semptomlar bildirilmiştir. Bulantı ve kusma meydana gelebilir. Tedavi: Asiklovir, hemodiyaliz ile kandan büyük oranda uzaklaştırılabileceğinden, semptomatik Valtrex doz aşımı oluştuğu takdirde bir tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. **Saklama Koşulları:** 30°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız. **Ruhsat Sahibinin İsim ve Adresi:** GlaxoSmithKline İlaçları Sanayi ve Ticaret A.Ş., 1. Levent/İstanbul. **Valtrex 500 mg Ruhsat Tarihi ve Numarası:** 10.10.1997-103/9 Recete ile satılır. Temmuz 2010 tarihi itibarıyla KDY dahil PSF: Valtrex 500 mg 42 film tablet: 117,13 TL, Valtrex 500 mg 10 film tablet: 31,93 TL'dir. Prospektüs kodu: 12/04.04.06/GDS 16/91 01/C Prospektüs onay tarihi: 09.06.2008 **TM: Valtrex GlaxoSmithKline şirket grubunun tescilli markasıdır.** Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. Recete ile satılır. **Ref:** 1.Baker D A et al. Once-Daily Valacyclovir Hydrochloride for Suppression of Recurrent Genital Herpes, Obstet Gynecol 1999;94:103-6 2-Ommrod D. et al. Valaciclovir A Review of its Use in the Management of Herpes Zoster. Drugs 2000; 59(6):1317-1340 3. Valtrex™ Prospektüs Bilgisi.



GlaxoSmithKline

DAHA GENİŞ BİLGİ İÇİN FIRMAMIZA BAŞVURUNUZ.

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