

Türk Dermatoloji Dergisi

Cilt 5 Sayı 3 Eylül
Vol. 5 Issue 3 September 2011

Turkish Journal of Dermatology

Orijinal Araştırmalar / *Original Articles*

Kutanöz Sarkoidoz
Cutaneous Sarcoidosis

Ebru Güler ve ark.; Kayseri, Türkiye

Psoriasis Hastalarının Klinik ve Demografik Özellikleri
Clinical and Demographic Features of Patients with Psoriasis

Caner Aykol ve ark.; Konya, İstanbul, Türkiye

Olgu Sunumları / *Case Reports*

Laugier Hunziker Sendromu
Laugier Hunziker Syndrome

Ali Murat Ceyhan ve ark.; Isparta, Türkiye

Biotinidaz Eksikliği
Biotinidase Deficiency

Erhan Ayhan ve ark.; Diyarbakır, Türkiye

Erişkin Tip Ksantogranuloma
Adult Type Xanthogranuloma

Engin Sezer ve ark.; İstanbul, Türkiye



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 Fetil, 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 İlter, 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 Küçükkoğlu, 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 ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Owner on behalf of the Turkish Society of Dermatology and Responsible Manager

Mehmet Oktay Taşkaplan

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

Yayıncı / Publisher

AVES

Adres: Kızılelma cad. 5/3 34096 Fındıkzade-İstanbul
Tel.: 0212 589 00 53 Faks: 0212 589 00 94
e-posta: info@avesyayincilik.com
Baskı: ADA Ofset Matbaacılık Tic. Ltd. Şti. - 0212 567 12 42
Basım Tarihi: Eylül 2011
Yayın Türü: Yerel Süreli Yayın
ISSN 1307-7635

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 indekslenmektedir.

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.

Yayıncı: AVES

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.

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

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

Phone: +90 212 589 00 53

Fax: +90 212 589 00 94

e-mail: info@avesyayincilik.com

Web Page: www.avesyayincilik.com

Information for authors

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

Rejection of material liability

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

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

YAZARLARA BİLGİ

Türk Dermatoloji Dergisi, Türk Dermatoloji Derneği'nin süreli yayın organıdır ve yılda 4 sayı olarak yayınlanır. Tüm meslektaşlarımıza açık olan Türk Dermatoloji Dergisi, kendi alanındaki bilimsel gelişmeleri aktarmak amacıyla, deri ve zührevi hastalıklar ile ilgili klinik, epidemiyolojik ve deneysel araştırmaları, derleme yazıları, ilginç olgu sunumlarını, "tanınız nedir?" şeklindeki olgu sunumlarını, klinik ve pratik uygulamalara ilişkin yazıları, editöre mektupları ve editör yorumlarını yayınlar. 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 yapmama kaydı ile düzeltmelerin editörlere yapılmasını kabul etmiş sayılır.

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

Yazım Kuralları

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

- 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 edildi ya da özeti yayınlandı ise açıklama yapılır.

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

Çesitli

- 65 Metin Özpoyraz
Soner Uzun, Antalya, Türkiye

Orijinal Araştırmalar

- 66 Kutanöz Sarkoidozlu 15 Hastanın Geriye Dönük Analizi
Ebru Güler, Beril Gülüş Demirel, Olgun Konaş, Kayseri, Türkiye
- 71 Konya Yöresindeki Psoriasis Hastalarının Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi
Caner Aykol, İnci Mevlitoğlu, Mustafa Özdemir, Mehmet Ünal, Konya, İstanbul, Türkiye

Olgu Sunumları

- 75 Mukokutanöz Pigmentasyonun Nadir Bir Nedeni: Laugier Hunziker Sendromu
Ali Murat Ceyhan, Gonca Meriç, Vahide Baysal Akaya, Isparta, Türkiye
- 79 Saç Değişiklikleri ve Periorifisyal Lezyonlarla Seyreden Biotinidaz Eksikliği: Olgu Sunumu
Erhan Ayhan, Abdullah Kıvrak, Sema Aytekin, Diyarbakır, Türkiye

Dermatopatoloji

- 82 Erişkin Tip Ksantogranuloma: Bir Olgu Sunumu
Engin Sezer, Emel Erkek, Sedef Şahin, Emel Dikicioğlu Çetin, İstanbul, Türkiye

Contents

Miscellaneous

- 65 Metin Özpoyraz
Soner Uzun, Antalya, Turkey

Original Articles

- 66 A Retrospective Analysis of 15 Patients with Cutaneous Sarcoidosis
Ebru Güler, Beril Gülüş Demirel, Olgun Konaş, Kayseri, Turkey
- 71 Evaluation of Clinical and Sociodemographic Features of Patients with Psoriasis in the Konya Region
Caner Aykol, İnci Mevlitoğlu, Mustafa Özdemir, Mehmet Ünal, Konya, İstanbul, Turkey

Case Reports

- 75 A Rare Cause of Mucocutaneous Pigmentation: Laugier Hunziker Syndrome
Ali Murat Ceyhan, Gonca Meriç, Vahide Baysal Akaya, Isparta, Turkey
- 79 Biotinidase Deficiency Accompanying Hair Changes and Periorificial Lesions: A Case Report
Erhan Ayhan, Abdullah Kıvrak, Sema Aytekin, Diyarbakır, Turkey

Dermatopathology

- 82 Adult Type Xanthogranuloma: A Case Report
Engin Sezer, Emel Erkek, Sedef Şahin, Emel Dikicioğlu Çetin, İstanbul, Turkey

**Acı Kaybımız
Metin Özpoyraz**

Metin Özpoyraz 16 Mayıs 1959 tarihinde Eskişehir'de doğdu. İlk ve orta okul eğitimini Eskişehir'de, lise eğitimini ise Ankara Fen Lisesinde tamamladı. 1984 yılında Hacettepe Üniversitesi Eskişehir Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1984-1986 yıllarında Adana Tuzla Sağlık Ocağında görev aldı. 1986-1991 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini aldı. Aynı üniversitede 1991 yılında Yrd. Doç., 1994 yılında Doç., 1999 yılında Prof. ünvanlarını aldı.



Prof. Dr. Metin Özpoyraz 1996-1999 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde başhekim yardımcılığı yaptı. Türk Tabipler Birliği, Türk Dermatoloji Derneği, Dermatolojik Cerrahi Derneği ve Çukurova Deri ve Zührevi Hastalıkları Derneklerinin üyesi olan Prof. Dr. Metin Özpoyraz'ın dermatoloji alanında kitapları, ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış çok sayıda yayını bulunmaktadır. Çok sayıda tıp fakültesi öğrencisi ve dermatoloji uzmanının yetiştirilmesinde büyük emeği olmuştur. Başlıca ilgi alanları arasında; benign tümörler prekanseröz lezyonlar, melanoma dışı malign tümörler bulunmaktadır.

Evli ve bir çocuk babası olan Metin Özpoyraz güler yüzlü, espirili, sevecen, çevresindeki herkesi sevgi ile kucaklayan, saygı duyulan bir kişiliğin yanı sıra iyi bir fotoğrafçı, doğa düşkünü ve gezgindi. Sonuçta hayatı dolu dolu yaşamayı seven bir hocamızdı.

Prof. Dr. Soner Uzun



Kutanöz Sarkoidozlu 15 Hastanın Geriye Dönük Analizi ***A Retrospective Analysis of 15 Patients with Cutaneous Sarcoidosis***

Ebru Güler¹, Beril Gülüş Demirel¹, Olgun Kontaş²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

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

Özet

Amaç: Sarkoidoz, sebebi bilinmeyen, kazeifiye olmayan granülomlarla karakterize multisistemik bir hastalıktır. Bu çalışmadaki amacımız; kutanöz sarkoidozlu hastalarımızın klinikopatolojik özelliklerini ve kutanöz sarkoidoz ile sistemik sarkoidoz arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntemler: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda 2005-2010 tarihleri arasında kutanöz sarkoidoz tanısı almış 15 hastanın tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: On beş hastanın 12'si kadın, 3'ü erkekti. En sık görülen deri lezyon nodüloplak form (%66.6) idi. Lezyonların en sık yerleştikleri yerler baş-boyun (%40) ve alt ekstremiteler (%40) idi. Tüm hastaların birincil şikayetleri deri belirtileri olmasına rağmen 6 hastada pulmoner tutulum da tespit edildi.

Sonuç: Çalışma verileri kutanöz sarkoidozlu hastalarda aynı anda sistemik hastalık bulgularının da eşlik edebileceğini göstermektedir. Bu yüzden dermatoloji bölümüne başvuran tüm kutanöz sarkoidozlu hastalarda sistemik tutulumun araştırılması uygun olacaktır. (*Turk J Dermatol 2011; 5: 66-70*)

Anahtar kelimeler: Sarkoidoz, kutanöz, sistemik

Geliş Tarihi: 01.03.2011

Kabul Tarihi: 08.06.2011

Abstract

Objective: Sarcoidosis is a multisystemic disease characterized by non-caseating granuloma of unknown origin. The purpose of our investigation was to review our patients with cutaneous sarcoidosis in order to evaluate their clinicopathological features and the relationship of cutaneous sarcoidosis with systemic sarcoidosis.

Materials and Methods: The medical records of 15 patients diagnosed with cutaneous sarcoidosis at Erciyes University, Dermatology Department between 2005 and 2010 were retrospectively reviewed.

Results: Twelve patients were women, 3 patients were men. The most common presentation of cutaneous sarcoid lesions was the nodulo-plaque form (66.6%) and the most common localization of the lesions were the head-and-neck and the lower extremities in six each (40%, each one). Although all of the patients' primary complaints were cutaneous symptoms, pulmonary involvement was noticed in 6 patients (40%) with cutaneous sarcoidosis.

Conclusion: The data of the study suggest that cutaneous sarcoidosis mainly occurs at the onset of the systemic disease. Hence, all patients presenting to the dermatology departments with cutaneous sarcoid granulomas require investigations for systemic sarcoidosis. (*Turk J Dermatol 2011; 5: 66-70*)

Key words: Sarcoidosis, cutaneous, systemic

Received: 01.03.2011

Accepted: 08.06.2011

Giriş

Sarkoidoz, sebebi bilinmeyen, kazeifiye olmayan granülomlarla karakterize sistemik bir hastalıktır. En sık akciğer ve lenfatik sistem tutulurken deri, göz, dalak, kemik, eklem ve parotis bezi gibi organlar da tutulabilmektedir (1). Sarkoidoz sıklığı yaşam boyu 25-35 yaş ile 45-55 yaş arasında iki dönemde artış gösterirken tüm yaşlarda kadınlarda biraz daha sık görülmektedir. Tanı için klinik ve radyolojik bulgular varlığında bir veya daha fazla dokunun histopatolojik incelemesinde kazeifiye olmayan granülomların görülmesi ve diğer granülom yapan nedenlerin dışlanması gerekmektedir (1-4).

Deri tutulumu olguların yaklaşık olarak 1/3'ünde tespit edilir (1, 2). Kutanöz tutulum; özgün olan ve özgün olmayan deri lezyonları olmak üzere sınıflandırılmaktadır (5). En sık görülen özgün deri lezyonları; infiltrate plaklar, makülopapüller döküntüler, eski skarda infiltrasyon, lupus perniyo ve subkutan sarkoidozdur. Özgün olmayan deri lezyonları ise sıklıkla eritema nodozum, eritema multiforme, kalsifikasyon ve prurigoğudur. Histopatolojik incelemede özgün olan lezyonlar tipik granülom yapılarıyla karakterize iken özgün olmayan lezyonlar tanısız olmayan inflamatuvar bir reaksiyon gösterirler (1, 5).

Kutanöz tutulum olguların bir kısmında hastalığın ilk bulgusu olarak ortaya çıkabileceği için dermatoloji polikliniklerinde bu konunun dikkatten kaçmaması gerekmektedir. Bu geriye dönük çalışmada dermatoloji polikliniğimize başvuran kutanöz sarkoidoz tanılı 15 hastanın klinik ve histopatolojik bulgularının gözden geçirilmesi ve sistemik tutulum açısından hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne 2005-2010 tarihleri arasında başvuran ve kutanöz sarkoidoz tanısı almış 15 hastanın dosya bilgileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Hastaların dosyalarından elde edilen yaş, cinsiyet, hastalık süresi, lezyon özellikleri, histopatolojik ve radyolojik incelemeler, laboratuvar tetkikleri ve ekstrakutanöz tutulumlar gibi tüm veriler analiz edilmiştir.

Bulgular

Kutanöz sarkoidoz tanısı alan 15 hastanın ortalama yaşı 44.3 (25-70) idi. Hastaların %80'i kadın (12 hasta) ve %20'si erkek (3 hasta) idi. Hastaların ortalama hastalık süreleri 63.5±106.2 ay (0.5-420 ay), ortanca 24 ay idi.

Hastaların tümü deri belirtileri nedeniyle dermatoloji kliniğine başvurmuşlardı. Hastalarda en sık rastlanan deri bulguları; papül, plak ve nodül iken sadece bir hastada lupus perniyo, üç hastada da eritema nodozum mevcuttu (Şekil 1). Dört hastada ise birden fazla morfolojide deri bulguları tespit edildi. Hastalardaki lezyonların yerleşim yerleri ve morfolojik özellikleri Tablo 1'de özetlenmektedir.

Akciğer grafisi tüm hastalarda istenmiş olup hastaların çoğunluğunda (%60) akciğer grafisi normal olarak saptanırken altı hastada (%20) pulmoner infiltrasyon ile lenfadenopati tespit edilmişti. On bir hastaya yapılan tüberkülin deri testi dokuz hastada negatif olarak tespit edilmişti. Şüpheli radyo-

lojik görüntüleri olan hastalara toraks bilgisayarlı tomografisi çekilmişti. Ancak radyolojik olarak akciğer tutulumu tespit edilen altı hastanın sadece birinde solunum sıkıntısı belirtileri mevcuttu. Bu hastaların sistemik tutulum açısından tedavileri göğüs hastalıkları bölümü ile konsülte edilerek düzenlenmişti.

Sistemik tutulum açısından hastalara tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum ve idrar kalsiyumu, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve kan *angiotensin-converting enzyme* (ACE) düzeyini içeren laboratuvar incelemeleri yapılmıştı. Sadece bir hastada (%6) lökositoz varken üç hastada (%20) anemi, altı hastada (%40) ESH yüksekliği tespit edilmişti. Serum kalsiyum seviyesi bir hastada (%6) yüksek diğer hastalarda normal iken idrar kalsiyum seviyesi tüm hastalarda normal sınırlar içerisindeydi.

Yapılan histopatolojik incelemelerde 11 hastada mikobakteri ve mantar elemanlarına ait şüpheli bulguların olmadığı sarkoidoz için tipik kazeifiye olmayan epitelooid granülomlar tespit edilirken 3 hastada eritema nodozum bulguları mevcuttu. Sarkoidal granülomlar; bir hastada yüzeysel dermis, iki hastada derin dermis, yedi hastada tüm dermis ve dört hastada subkutan dokuda yerleşim göstermekteydi. Eritema nodozumlu hastalarda granülom yapısı saptanmadı. Hastaların 13'ünde (%86.6) dev hücreler varken hiçbir hastada kalsifikasyona rastlanmadı. Sadece bir hastada (%6.6) yabancı cisim, iki hastada da (%13.3) asteroid cisimcik mevcuttu. (Şekil 2). Hastaların histopatolojik bulguları Tablo 2'de özetlenmektedir.

Tartışma

Sarkoidoz, sebebi bilinmeyen kazeifiye olmayan granülomlarla karakterize multisistemik bir hastalıktır. Tüm dünyada yaygın olarak görülen bu hastalığın sıklığı, kış ve ilkbahar mevsiminde artış göstermektedir (3, 6). Sarkoidoz yaşam boyu 25-35 yaş ile 45-55 yaş arasında iki dönemde daha sık

Tablo 1. Kutanöz sarkoidozisli hastaların klinik özellikleri

Özellikler	n	%
Lezyon bölgesi		
Baş-boyun	6	40
Gövde	2	13.3
Üst ekstremité	5	33.3
Alt ekstremité	9	60
≥2 bölge	7	46.6
Lezyon morfolojisi		
Makül	3	20
Papül	5	33.3
Plak	5	33.3
Nodül	5	33.3
Lupus perniyo	1	6.6
≥2 morfoloji	4	26.6
İlişkili semptomlar		
Yok	12	80
Ağrı	2	13.3
Kaşıntı	1	6.6



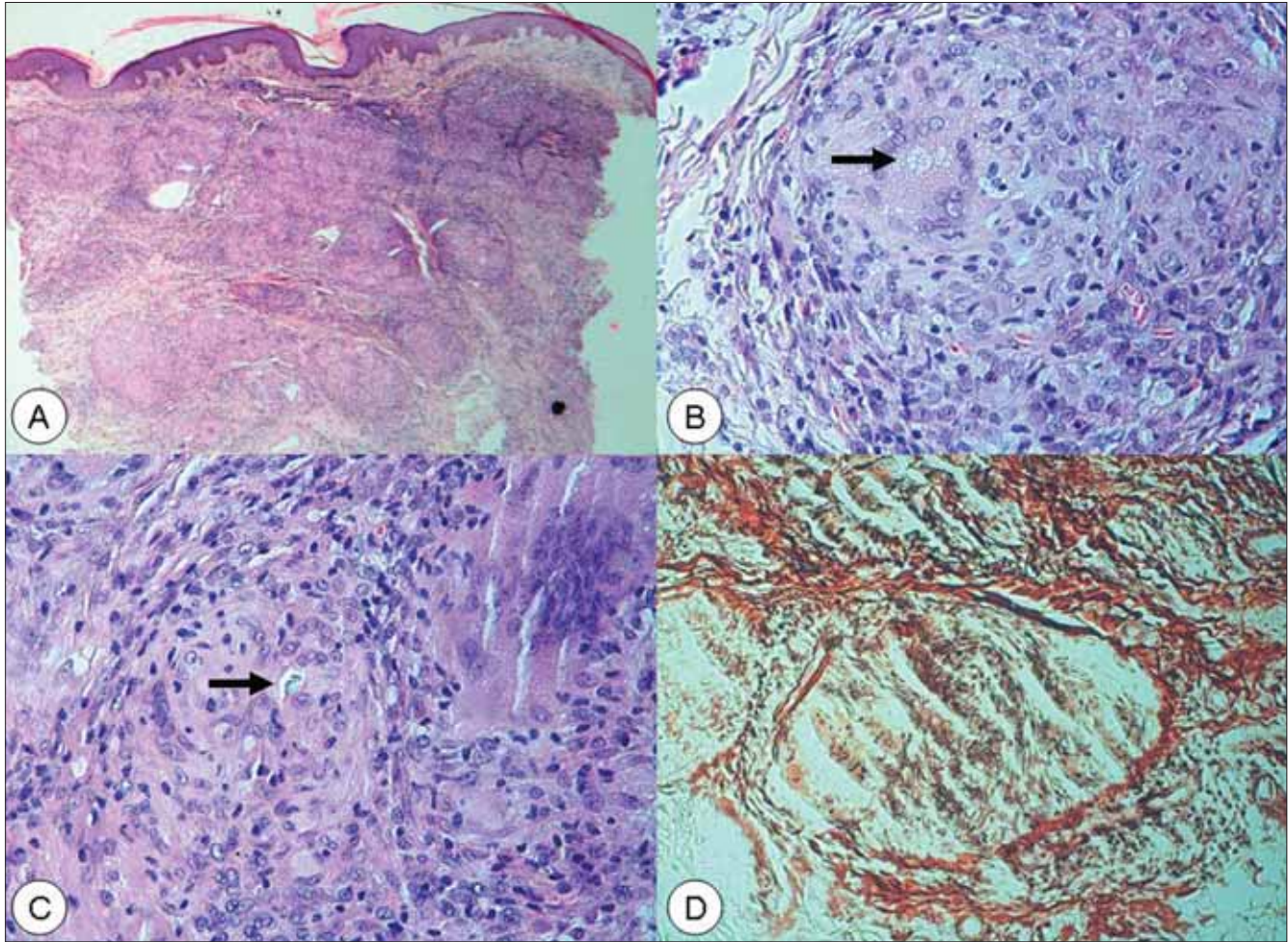
Şekil 1. Sarkoidozlu hastalara ait klinik örnekler. A. Sol yanakta eritemli papüller ve plak, B. Çenede eritemli papüller, C. Çene sol tarafta çevresi eritemli, ortası atrofik plak, D. Göğüs ön yüzde eritemli nodüler lezyon, E. Sırta eritemli papül ve nodüller, F. Alında eritemli geniş plak, burun ve dudak sağ köşelerinde eritemli papüller

görülmektedir. Çocukluk çağında ise nadir olarak görülür. Dört yaş altında pulmoner tutulumun yanı sıra deride makülopapüler lezyonlar olarak klinik bulgu verirken 5-15 yaş arasında ise artrit, üveit ve pulmoner tutulum ön plandadır (7). Bizim çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 44.3 idi. Hastalık her iki cinsi tutmakla beraber kadınlardaki sıklığı biraz daha fazladır (1, 4). Yanardağ ve ark.'nın (8) 170 kutanöz sarkoidozlu olguyu inceledikleri çalışmada kadın hastalarda tutulum belirgin olarak fazla bildirilmiştir (%80 kadın, %20 erkek). Bizim çalışmamızda da kadınlardaki sarkoidoz sıklığı bu çalışmadakine benzer olarak %80 olarak tespit edildi.

Hastaların deri lezyonların süresi ortalama iki yıl iken bizim hastalarımızda bu süre ortalama 63.5 ay±106.2 (0.5-420) ay idi. Bu sürenin oldukça uzun olması nedeniyle hastalarda sistemik tutulum şansının artmış olabileceği düşünüldü.

Kutanöz tutulum tüm olguların %9-37'sinde görülmektedir (1, 9). Kutanöz sarkoidoz lezyonları özgün olan ve özgün olmayan lezyonlar olarak sınıflandırılır (5). Özgün olan lezyonlar histopatolojik olarak belirgin granülom yapılarına sahip iken özgün olmayanlar reaktif inflamatuvar bir reaksiyon yaparlar (1, 5). En sık görülen özgün sarkoidoz lezyon-

ları makülopapüler lezyonlardır (2, 3, 5). Ancak son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda nodüloplak lezyonların daha sık görüldüğü bildirilmiştir (6, 10). Bizim çalışmamızda da nodüloplak lezyonlar makülopapüler olanlardan daha sık bulundu. Bu bulgu, daha önce yapılan diğer iki çalışmayla uyumluydu. Yanardağ ve ark.'nın (8) yaptığı çalışmada en sık lezyon eritema nodozum (%20.5) olarak bildirilirken bunu plak ve nodüller (%4.3), makülopapüler lezyonlar (%3.7), skar sarkoidozu (%2.9) ve lupus perniyo (%2.7) takip etmekteydi. Özgün kutanöz lezyonların kombine görülebilmesi nedeniyle lezyonları sınıflandırmada güçlük çekilebilir (1, 2, 11). Bizim çalışmamızdaki nodüllü hastaların bir kısmı plak özelliği de göstermekteydi ve bu yüzden nodüloplak olarak sınıflandırılmışlardı. Ayrıca eritema nodozumlu olgular özgün lezyon olarak kabul edilmediklerinden nodüloplak olarak sınıflandırılan lezyonlar içerisinde sınıflandırılmamışlardı. Lezyonlar sıklıkla baş, boyun, sırt, ekstremiteler ve nadiren oral kavitede yerleşirler (3, 5, 12, 13). Bizim çalışmamızda da lezyonlar en sık baş-boyun ve alt ekstremitede yerleşim göstermekteydi. Ayrıca birden fazla anatomik bölgede lezyonlar da mevcuttu.



Şekil 2. Sarkoidozlu hastalara ait histopatolojik görüntüler. A. Sarkoidozda dermisin tüm tabakalarında yerleşen çok sayıda granülomlar (HE, x40), B. Sarkoidoz granülomlarında epitelioid histiyositler, multinükleer dev hücreler ve bir dev hücre sitoplazmasında asteroid cisimcik görünümü (HE, x400), C. Bir başka granülomda dev hücre içinde Schaumann cisimciği (HE, x400), D. Sarkoidoz granülomlarında retikülün liflerinin granülomların merkezlerine kadar ilerlemesi (Gümüşleme, x200)

Hastaların büyük çoğunluğunda deri lezyonlarına ait semptomlar bulunmazken sadece iki hastada ağrı, bir hastada kaşıntı şikayeti mevcuttu.

Lezyonların morfolojik çeşitliliğinden dolayı klinik şüphenin yanı sıra karakteristik histopatolojik inceleme tanı için gereklidir. Ayırıcı tanıda nekrobiyozis lipoidika, lenfomalar, Sweet sendromu ve deri eki tümörleri gibi birçok hastalık yer alır (1, 6). Daha önce yapılan çalışmalarda kutanöz sarkoidoz için karakteristik olan çıplak kazeifiye olmayan granülom varlığı bizim çalışmamızda da eritema nodozumu olan hastalar hariç tüm hastalarda gösterilmiştir (6, 11, 14). Çalışmamızda sarkoidal granülomlar; bir hastada yüzeysel dermis, iki hastada derin dermis, yedi hastada tüm dermis ve dört hastada subkutan dokuda yerleşim göstermekteydi. Granülom yerleşimi daha derin olan lezyonlar klinik olarak da daha infiltraydı. Bu bulgu Mangas ve ark.'nın (11) sonuçlarıyla uyumluydu. Çalışmamızda Asteroid cisimcik ve/veya Schaumann cisimciği varlığı iki hastada (%13.3) tespit edildi. Bu oran Mangas ve ark.'nın (11) çalışmasındaki orandan yüksek, Jung ve ark.'nın (6) çalışmasındaki orandan düşüktü. Multinükleer dev hücre varlığı ise 13 hastada (%86.6)

tespit edildi ve Mangas ve ark.'nın (11) çalışmasındaki oranla uyumluydu. Olgularımızın birinde yabancı cisim, birinde de fokal fibrinoid nekroz vardı ve bu oran önceki çalışmalardan daha düşük olarak (%6.6) tespit edildi.

Çalışmamızda klinik olarak sistemik tutulum şüphesi olan ve solunum sıkıntısı tarifleyen sadece bir hasta vardı. Ancak şüpheli akciğer grafisi sonrası çekilen toraks bilgisayarlı tomografi sonuçlarına göre, kutanöz sarkoidoz tanılı hastaların altısında (%40) akciğer tutulumu tespit edildi. Yanardağ ve ark.'nın (8) yaptığı çalışmada lupus perniyo ve skar sarkoidozlu olgularda akciğer tutulumu diğer kutanöz lezyonlardan daha fazla olarak saptanmıştır. Önceleri kutanöz sarkoidoz ve sistemik sarkoidoz birlikteliği tartışmalı kabul edilse de artık kutanöz sarkoidozlu hastaların ileride sistemik tutulum gösterecekleri gibi takip edilmeleri önerilmektedir (15-17).

Deri lezyonları hayatı tehdit etmemekle beraber kutanöz tutulum sistemik tutulumun bir göstergesi olabilir. Hastalar genellikle kozmetik açıdan tedavi talebinde bulunurlar. Kutanöz sarkoidozun standart tedavisi topikal, intralezyonel ve sistemik kortikosteroidler, metotreksat, antimalaryaller ile tüm bu ilaçların kombinasyonu şeklindedir (18, 19). Bizim

Tablo 2 . Kutanöz sarkoidozisli hastaların histopatolojik bulguları

Hasta	Yaş/ Cinsiyet	Granülom yerleşimi	Fibrinoid nekroz	Dev hücre	Lenfosit	Yabancı cisim	Kalsifikasyon	Asteroid cisimcik
1	56/K	DD, SK	-	+	++	-	-	-
2	52/E	YD	-	+	+	-	-	-
3	49/E	SK	-	+	+	-	-	-
4	25/K	D	-	+	-	-	-	-
5	70/K	-	-	+	+	-	-	-
6	28/K	-	-	-	-	-	-	-
7	53/K	-	-	+	-	-	-	-
8	48/K	D	-	+	-	-	-	+
9	35/K	D, SK	+	-	++	-	-	-
10	41/K	SK	-	+	-	-	-	-
11	42/K	DD	-	+	++	-	-	-
12	60/K	D	-	+	++	-	-	+
13	25/E	D	-	+	++	-	-	-
14	39/K	D	-	+	++	-	-	-
15	41/K	D	-	+	++	+	-	-

K: kadın, E: erkek, YD: yüzeysel dermis, DD: derin dermis, D: dermis, SK: subkutan doku

hastalarımızda beş hastaya topikal kortikosteroid, yedi hastaya sistemik kortikosteroid, birer hastaya da topikal ile sistemik kortikosteroid, topikal kortikosteroid ile antimalaryal ve sistemik kortikosteroid ile antimalaryal kombinasyonları önerilmiştir.

Sonuç olarak; ayırıcı tanısında çok sayıda hastalık yer aldığı için kutanöz sarkoidozun klinik olarak teşhisi hastalıktan şüphelenilse bile zordur ve kesin teşhis için mutlaka deri biyopsisi gereklidir. Ekstrakutanöz tutulum nadir olmamakla beraber klinik olarak belirgin olmayan semptomlar verebilir. Kutanöz tutulum sistemik hastalığın ilk bulgusu olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenle kutanöz sarkoidozlu hastaları çoğunlukla ilk değerlendiren hekimler olan dermatologların sistemik tutulum açısından hastaları dikkatle muayene etmeleri, gerekirse ilgili bölümlerle konsülte edilmesi ve hastaların takiplerinde de bu konunun gözden kaçırılmamasını önemi vurgulanmak istendi.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

- Howard A, White CR. Sarkoidosis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. Dermatology 2nd ed. Spain: Mosby; 2008. p.1421-6.
- Mana J, Marcoval J, Graells J, et al. Cutaneous involvement in sarcoidosis. Relationship to systemic disease. Arch Dermatol 1997;133:882-8.
- English JC 3rd, Patel PJ, Greer KE. Sarkoidosis. J Am Acad Dermatol 2001;44:725-43.
- Okumuş G. Sarkoidozda tanı yöntemleri ve ayırıcı tanı. Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics 2009;2: 44-50.
- Elgart ML. Cutaneous sarcoidosis: Definitions and types of lesions. Clin Dermatol 1986;4:35-45.
- Jung YJ, Roh MR. Clinical and histopathological analysis of specific lesions of cutaneous sarcoidosis in Korean patients. J Dermatolog Treat 2010;22:11-7.
- Metin A, Uğraş S, Çalka S, ve ark. Çocukluk çağında görülen bir kutanöz miliyer sarkoidoz olgusu. Türkderm 2002;36:138-41.
- Yanardağ H, Pamuk ON, Karayel T. Cutaneous involvement in sarcoidosis: analysis of the features in 170 patients. Respir Med 2003;97:978-82.
- Marcoval J, Mana J, Moreno A, et al. Subcutaneous sarcoidosis-clinicopathological study of 10 cases. Br J Dermatol 2005;153:790-4.
- Collin B, Rajaratnam R, Lim R, et al. A retrospective analysis of 34 patients with cutaneous sarcoidosis assessed in a dermatology department. Clin Exp Dermatol 2009;35: 131-4.
- Mangas C, Fernández-Figueras MT, Fité E, et al. Clinical spectrum and histological analysis of 32 cases of specific cutaneous sarcoidosis. J Cutan Pathol 2006;33:772-7.
- Koca R, Çınar S, Numanoğlu G, ve ark. Kulak kepeğinde anjiyolupoid tip kutanöz sarkoidoz olgusu. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006;26:453-6.
- Keskin M, Karamişe M, Tosun Z, ve ark. Burunda cilt tümörünü taklit eden kutanöz sarkoidoz: lupus pemio. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi 2008;16:1-5.
- Ball NJ, Kho GT, Martinka M. The histologic spectrum of cutaneous sarcoidosis: a study of twenty-eight cases. J Cutan Pathol 2004;31:160-8.
- Muniz-Diaz E. Estado actual del diagnostico de sarcoidosis. Med Clin 1984;82:130-3.
- Callen JP. The presence of foreign bodies does not exclude the diagnosis of sarcoidosis. Arch Dermatol 2001;137:485-6.
- Marcoval J, Mana J, Moreno A, et al. Foreign bodies in granulomatous cutaneous lesions of patients with systemic sarcoidosis. Arch Dermatol 2001;137:427-30.
- Badgwell C, Rosen T. Cutaneous sarcoidosis therapy updated. J Am Acad Dermatol 2007;56:69-83.
- Baughman RP, Lower EE. Evidence-based therapy for cutaneous sarcoidosis. Clin Dermatol 2007;25:334-40.

Konya Yöresindeki Psoriasis Hastalarının Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Clinical and Sociodemographic Features of Patients with Psoriasis in the Konya Region

Caner Aykol¹, İnci Mevlitoğlu¹, Mustafa Özdemir², Mehmet Ünal¹

¹*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Konya, Türkiye*
²*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

Özet

Amaç: Psoriasis, üzerinde sedefi-beyaz renkli skuamalar bulunan eritemli plak veya papüllerle seyreden kronik, inflamatuvar bir dermatozdur. Normal popülasyonda %1-2 arasında görülür. Biz bu çalışmada bölgemizdeki psoriasis hastalarının klinik ve demografik özelliklerini sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Mayıs 2006 ile Nisan 2010 tarihleri arasında psoriasis polikliniğimizde takip edilen 640 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular: Polikliniğimize başvuran hastaların %0.7'sini psoriasis tanılı hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların 321'i kadın, 319'u erkekti. Hastaların %25.6'sında birinci veya ikinci derece akrabalarından en az birinde psoriasis öyküsü mevcuttu. Hastalarda en sık eşlik eden sistemik hastalık hipertansiyon idi. Hastaların %97.6'sı psoriasis vulgaris, %2.3'ü püstüler psoriasis idi. Tırnak bulgusu hastaların %37.6'sında psoriatic artrit ise %5.6'sında saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda psoriasis ile ilgili klinik ve demografik özellikler Türkiye'de yapılan diğer çalışmalar ve Avrupa toplumlarıyla benzer bulunmuştur. Kadın/erkek oranı eşittir. Psoriasisın en yaygın tipi plak tip olup en sık görülen tırnak bulgusu pittingdir. Hastalığın başlangıcı üçüncü dekatta daha siktir. En sık görülen komorbidite hipertansiyondur. (*Turk J Dermatol 2011; 5: 71-4*)

Anahtar kelimeler: Psoriasis, sosyodemografi, klinik bulgular

Geliş Tarihi: 06.03.2011

Kabul Tarihi: 08.09.2011

Abstract

Objective: Psoriasis is a chronic inflammatory dermatosis with silvery-white coloured squamas and is characterized by erythematous papules and plaques. Psoriasis is seen in 1-2% of the normal population. In this study we aim to introduce the clinical and demographic features of patients with psoriasis in our region.

Materials and Methods: 640 patients being followed in our psoriasis polyclinic between May 2006 and April 2010 were evaluated retrospectively.

Results: Patients diagnosed with psoriasis constituted the 0.7% who visited our polyclinic. Three hundred and twenty one of the patients were female and 319 were male. A history of psoriasis was observed in at least one of the first or second degree relatives of 25.6% of patients with psoriasis. The most common concomitant disease in patients was hypertension. 97.6% of the patients had psoriasis vulgaris and 2.34% had pustular psoriasis. Nail involvement and psoriatic arthritis were detected in 37.6% and 5.62% of the patients.

Conclusion: In our study, the clinical and sociodemographic features of psoriasis is found to be similar to other studies carried out in Turkey and in European societies. Female/Male ratio is equal. The most prevalent psoriasis type is plaque type and the most frequent nail finding is pitting. The onset of the disease is more widespread in the third decade. The most common comorbidity is hypertension. (*Turk J Dermatol 2011; 5: 71-4*)

Key words: Psoriasis, sociodemography, clinical features

Received: 06.03.2011

Accepted: 08.09.2011

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Dr. Caner Aykol, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Konya, Türkiye Tel: +90 332 236 56 97 e-posta: drcaneraykol@gmail.com

XXIII. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde sunulmuştur.

doi:10.5152/tdd.2011.16

Giriş

Psoriasis, üzerinde sedefi-beyaz renkli skuamla bulunan eritemli plak veya papüllerle seyreden kronik, inflamatuvar bir dermatozdur. Normal popülasyonda %1-2 arasında görülür. Kadın ve erkeklerde eşit oranda gözlenmektedir. Etyopatogenezi hala tam olarak aydınlatılamamıştır. Her hastada farklı klinik ve seyir göstermekte ve pek çok hastada yaşam kalitesini bozmaktadır (1). Biz bu çalışmada bölgemizdeki psoriasis hastalarının klinik ve demografik özelliklerini sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Mayıs 2006 ile Nisan 2010 tarihleri arasında psoriasis polikliniğimizde takip edilen yaşları 1 ile 77 arasında değişen 321 kadın, 319 erkek olmak üzere toplam 640 hasta değerlendirildi. Bu süre zarfında polikliniğimize başvuran toplam hasta sayısı 88164 idi. Çalışmada yaş, cinsiyet dağılımı, aile öyküsü, hastalığın başlangıç yaşı, sigara ve alkol kullanımı, eşlik eden komorbiditeler, hastalığın klinik tipi, tırnak bulguları, eklem tutulumu, aldıkları tedavi ve psoriasis alan ve şiddet indeksi (PASI) skorları değerlendirildi.

Bulgular

Psoriasis hastaları polikliniğimize başvuran hastaların %0.7'sini oluşturmaktaydı. Altı yüz kırk psoriasis hastasının %51.1'i kadın, %49.8'i erkekti. Kadın/erkek oranı 1'di. Yirmi sekiz (%4.3) hasta 10 yaşın altında, 18 (%2.8) hasta 70 yaşın üzerindedir. Kadın hastaların yaş ortalaması 33.5±16.5, erkek hastaların yaş ortalaması 37±15.6 idi. Kadın hastalarda başlangıç yaşı 24.2±15.3, erkek hastalarda başlangıç yaşı 26.7±14.6 idi. Hastalığın başlangıç yaşı ikinci ve üçüncü dekatlarda yoğunluk gösteriyordu. Hastalığın başlangıç yaşı 181 (%28.2) hastada üçüncü dekat, 155 (%24.2) hastada ikinci dekat idi.

Hastaların 164'ünün (%25.6) birinci veya ikinci derece akrabalarından en az birinde psoriasis öyküsü mevcuttu. Bu hastaların 77'si (%46.9) kadın, 87'si (%53) erkekti. Aile öyküsü pozitif olanların hastalık başlangıç yaşı 23.3±12.6 idi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Hastalarda en sık eşlik eden sistemik hastalıklar hipertansiyon, diyabetes mellitus, astım/kronik obstrüktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalığı ve epilepsi idi. Otuz hastada (%4.6) hipertansiyon, 19 hastada (%2.9) diyabetes mellitus, 8 hastada (%2.8) astım/kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve 6 (%0.9) hastada koroner arter hastalığı ve 6 (%0.9) hastada epilepsi mevcuttu. Eşlik eden komorbiditeler Tablo 3'de verilmiştir.

Hastaların 142'si erkek, 39'u kadın olmak üzere 181'i (%28.2) sigara kullanmaktaydı. Yedi (%1) hastada ise alkol alışkanlığı bulunmaktaydı. Sigara kullanmakta olan 181 hastanın ortalama PASI değeri 8.8±6.8 iken sigara kullan-

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri (n=640)

Cinsiyet	n	%
Kadın	321	51.1
Erkek	319	49.8
Yaş		
<10	28	4.3
10-19	84	13.1
20-29	146	22.8
30-39	124	19.3
40-49	133	20.7
50-59	77	12
60-69	30	4.6
>70	18	2.8
Sigara kullanımı	181	28.2
Alkol alışkanlığı	7	1

Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri

	n	%
Klinik tipler		
Vulgaris	625	97.6
Plak	576	90
Guttat	28	4.3
Eritrodermik	9	1.4
Palmoplantar	9	1.4
İnvers	3	0.4
Püstüler	15	2.3
Lokelize	8	1.2
Generalize	7	1.1
Artropatik	36	5.6
Tırnak bulgusu	241	37.6
PASI		
<10	473	73.9
>10	167	26.1

mayan 459 hastanın ortalama PASI değeri 7.2±5.4 olarak bulundu.

Hastalar klinik olarak sınıflandırıldığında 625 (%97.6) hasta psoriasis vulgaris, 15 (%2.3) hasta püstüler psoriasis olarak değerlendirildi. Psoriasis vulgaris hastalarının %90'ı plak tip (n=576), %4.3'ü guttat (n=28), %1.4'ü eritrodermik (n=9), %1.4'ü palmoplantar (n=9), %0.4'ü invers tip (n=3) idi. Püstüler psoriasis hastalarının %1.2'si palmoplantar (n=8), %1.1'i jeneralize tip (n=7) idi.

Hastaların %37.6'sında (n=241) tırnak bulgusu mevcuttu. En sık pitting (%20.9), subungual hiperkeratoz (%14.6), onikoliz (%14.3) vardı. Artropati 22 kadın, 14 erkek olmak üzere 36 (%5.6) hastada bulunmaktaydı. Artropatik psoria-

sisli hastaların ise %58.3'ünde tırnak bulgusu mevcuttu. Hastaların tırnak bulguları Tablo 4'te verilmiştir.

Hastalarda ortalama PASI değeri 7.6±6.6 idi. Hastaların %57.9'una (n=371) topikal, %42'sine (n=269) değişik sistemik tedaviler verilmişti.

Tartışma

Psoriasis etiopatogenezi tam olarak aydınlatılmamış olsa da etyopatogenezi immunolojik, otoimmün ve genetik faktörler suçlanmaktadır. Prevalansı çeşitli topluluklarda ve coğrafyalarda farklılıklar göstermekle birlikte %0-11.8 arasında değişmektedir. Avrupada %0.6-6.5 arasında iken, Amerika Birleşik Devletleri'nde %3.15'dir. Çin'de ise %0.3 civarındadır (1, 2). Dermatoloji kliniklerine başvuran hastaların %6-8'ini psoriasis hastaları oluşturmaktadır (3). Her hastada farklı klinik ve seyir göstermesine karşın tanı için anamnez ve fizik muayene çoğu zaman yeterli olur. Ancak klinik olarak tanı konulamayan hastalarda histopatolojik

tetkik gerekli olabilir. Deri dışında tırnaklar ve eklemler de tutulabilir. Psoriasis erken yaşlarda başlayanlarda geç başlangıçlılara göre daha şiddetli seyredebilmektedir.

Türkiye'de daha önce psoriasis hastalarını sosyodemografik olarak inceleyen çeşitli bölgesel çalışmalar yapılmıştır. Kundakçı ve ark. (4) yaptıkları çalışmada, psoriasis hastalarının polikliniğe başvuran hastaların %1.3'ünü oluşturduğunu bildirmişlerdir. Bu oran, Tekin ve ark. (5) yaptıkları çalışmada %1.3, Metin ve arkadaşlarının (6) yaptıkları çalışmada ise %1.3 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise psoriasis hastaları polikliniğimize başvuran hastaların %0.7'sini oluşturuyordu.

Psoriasis her iki cinsi de eşit sıklıkla tutar ancak kadınlarda daha erken yaşlarda başlayabilmektedir (7). Bizim çalışmamızda da kadın/erkek oranı 1 idi. Kadınlarda hastalığın başlangıç yaşı erkeklere göre daha erkendi. Hastalığın başlangıcı 3. ve 6. dekatta olmak üzere bimodal dağılım göstermektedir (7). Bizim çalışmamızda hastalığın başlangıcı üçüncü dekatta en yüksek idi. Yapılan popülasyon çalışmalarında aile öyküsü olmayan bireylerde psoriasis gelişme riski %1-2'dir. Bir ebeveyninde psoriasis mevcutsa bu oran %10'a, her iki ebeveyninde mevcutsa %50'lere çıkmaktadır (8). Psoriasis hastalarında aile öyküsü %27-33 arasında değişmektedir (4, 5, 9-11). Çalışmamızda aile öyküsü hastaların %25.6'sında mevcuttu. Yapılan bir çalışmada aile öyküsü bulunanlarda psoriasisin daha erken yaşlarda başlama riskinin arttığı ve erken başlangıçlı olgularda psoriasisin daha şiddetli seyrettiği bildirilmiştir (12).

Psoriasisli hastalarda sigara içme alışkanlığının normal popülasyona göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla beraber sigara kullanımı ile psoriasis şiddeti arasındaki ilişki tartışmalıdır. Yapılan bir çalışmada günde 20'den fazla sigara içenlerde şiddetli psoriasis gelişme riskinin 10 kat arttığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada sigara içmeyen, geçmişte içmiş ancak bırakmış ve hali hazırda içmekte olanlar karşılaştırılmış ve bu üç grup arasında psoriasis şiddeti açısından fark bulunamamıştır (13). Bizim çalışmamızda sigara kullanmakta olan 181 hastanın ortalama PASI değeri 8.8±6.8 idi. Bu oran sigara içmeyenler ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur.

Alkol kullanımı psoriasis seyrini olumsuz etkileyen ve mortaliteyi artıran bir faktördür. Alkol alışkanlığı sıklığı psoriasisli hastalarda %17-30 arasında değişmektedir (14). Türkiye'den Kundakçı ve ark. (4) psoriasis hastalarında alkol kullanım oranını %12, Tekin ve ark. (5) ise %19.6 olarak bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise alkol kullanım oranı %1 bulunmuştur. Bu düşük oran hastaların alkol kullanım alışkanlıklarını gizlemelerine bağlanabilir.

Psoriasis hastalarına pek çok komorbidite eşlik edebilmektedir. Hastalığa başta hipertansiyon, depresyon ve kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere diyabet, dislipidemi, metabolik sendrom, obezite ve kronik akciğer hastalıkları eşlik edebilir (15). Yine psoriasis hastalarında malinite prevalansı artmaktadır (15, 16). Amerika Birleşik Devletleri'nde 114512 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %51'inde bir veya daha fazla komorbidite saptanmıştır. Tüm

Tablo 3. Hastalarda eşlik eden komorbiditeler (n=640)

Komorbidite	n (%)
Komorbidite saptanmayan	564 (88.1)
Komorbidite saptanan	76 (11.8)
Hipertansiyon	30 (4.6)
Diyabetes mellitus	19 (2.9)
Astım/KOAH	18 (2.8)
Koroner arter hastalığı	6 (0.9)
Epilepsi	6 (0.9)
Geçirilmiş serebrovasküler olay	2 (0.3)
Tiroid hastalıkları	2 (0.3)
Hodgkin/Nonhodgkin lenfoma	2 (0.3)
Kronik böbrek yetmezliği	1 (0.1)
Ailevi Akdeniz ateşi	1 (0.1)
Çölyak hastalığı	1 (0.1)

Tablo 4. Hastaların tırnak bulguları

	n	%
Pitting	134	20.9
Subungual hiperkeratoz	94	14.6
Onikolizis	92	14.3
Lökonişi	33	5.1
Sarı tırnak	14	2.1
Diskolarasyon	11	1.7
Onikoşizi	6	0.9
Splinter hemoraji	4	0.6
Yağ lekesi	4	0.6
Beau çizgisi	4	0.6
Onikomadezis	2	0.3

eşlik eden komorbiditeler içerisinde %27 ile hiperlipidemi ve %25 ile hipertansiyon en sık karşılaşılanlar olarak rapor edilmiştir (17). Bizim çalışmamızda da hastaların %11.8'inde eşlik eden bir veya daha fazla komorbidite saptandı. Hipertansiyon hastaların %4.6'sında mevcuttu ve en sık karşılaşılan komorbiditeydi. Hipertansiyon tüm komorbiditelerin %34'ünü oluşturmaktaydı.

Psoriasis hastalarında psoriatik artrit gelişme oranı çok kesin veriler olmamakla birlikte %5-8 arasında kabul edilmektedir (18). Biz de çalışmamızda 22 kadın, 14 erkek olmak üzere hastaların %5.6'sında artropati saptadık. Psoriasis vulgaris hastalarında tırnak tutulumu %20-50 arasında değişmektedir (19). El tırnakları ayak tırnaklarından daha sık tutulmaktadır. Sıklıkla birkaç tırnak etkilense de tek tırnak tutulumu veya tüm tırnakların tutulumuna da rastlanır (20). Tırnak tutulumu ile psoriasis şiddeti arasında ilişki bulunmazken psoriasis süresi uzadıkça tırnak tutulum insidansı artmaktadır (19, 20). Kundakçı ve ark. (4) yaptıkları çalışmada psoriasis hastalarında tırnak tutulumunu %16 olarak bildirmişler ve en sık pitting (%13) ve subungual hiperkeratoz (%7) tespit etmişlerdir. Yine Türkiye'den Tekin ve ark. (5) yaptıkları çalışmada tırnak tutulumunu %62.2 hastada bildirmişlerdir. El tırnaklarında en sık pitting, ayak tırnaklarında ise subungual hiperkeratoz gözlemlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise hastaların %37.6'sında tırnak bulgusu mevcuttu. En sık pitting (%20.9), subungual hiperkeratoz (%14.6), onikoliz (%14.3) görülmekteydi. Artropatik psoriasisli hastalarda tırnak tutulum sıklığının %80'lerin üzerinde olduğu bildirilmektedir (19). Ancak bizim çalışmamızda artropatik psoriasisli hastaların %58.3'ünde tırnak bulgusu mevcuttu.

Sonuç olarak; çalışmamızda psoriasis ile ilgili klinik ve sosyodemografik veriler Türkiye'de yapılan diğer çalışmalar ve Avrupa toplumlarıyla benzer bulunmuştur. Çalışmamızda kadın/erkek oranı eşit olarak saptanmıştır. Hastalığın başlangıcının iki ve üçüncü dekatlarda daha sık olduğu gösterilmiştir. Kadınlarda daha erken başlayabildiği görülmüştür. Psoriasis hastalarında en sık görülen komorbidite hipertansiyon, en yaygın görülen klinik tip plak tip ve en sık görülen tırnak bulgusu pitting olarak bulunmuştur.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. James WD, Berger TG, Elston DM. Psoriasis, Andrew's diseases of the skin: Clinical dermatology'de 10. baskı. Philadelphia, Saunders-Elsevier, 2006; pp. 193-201.
2. Chandran V, Raychadhuri SP. Geoeidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. J Autoimmun 2010;34:314-21.
3. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC: Dermatology. 2. baskı. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2000; pp. 585-610.
4. Kundakçı N, Türsen U, Babiker N, et al. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. Int J Dermatol 2002;41:220-4.
5. Tekin NS, Koca R, Altınyazar HC ve ark. Zonguldak Bölgesindeki psoriasis hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2005;15:141-6.
6. Metin A, Güzeloğlu M, Subaşı Ş, ve ark. Van ve çevresinde psoriasis. Van Tıp Dergisi 1999;6:22-6.
7. Barker JN. Genetic aspects of psoriasis. Clin Exp Dermatol 2001;26:321-5.
8. Gürer MA, Adışen E. Psoriasis, Genel Bilgiler, Epidemiyoloji. Turkderm 2008;42:15-7.
9. Kalaycıyan A, Tüzün Y. Psoriasisde klinik özellikler. T Klin J Dermatol 2003;13:154-9.
10. Aydemir EH, Arzuhal N, Küçüköğlü S, ve ark. Psoriasisde ailevi tutulum. Turkderm 2002;36:102-4.
11. Takahashi H, Takahashi I, Tsuji H, et al. Analysis of psoriatic patients registered in Asahikawa Medical College Hospital from 1983 to 2007. J Dermatol 2009;36:632-7.
12. Taşkentli L, Engin B, Mevlitoğlu İ. Psoriasisli hastalarda hastalığın başlangıç yaşı, aile öyküsü ve lezyon yaygınlığı arasındaki ilişki ve serum prolaktin düzeyleri. Selçuk Tıp Der 2006;22:159-65.
13. Fortes C, Mastroeni S, Leffondre K, et al. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. Arch Dermatol 2005;14:1580-4.
14. Gülekon A, Adışen E. Psoriasis ve komorbiditeler. Turkderm 2008;42:23-5.
15. Gottlieb AB, Chao C, Dann F. Psoriasis comorbidities. J Dermatolog Treat 2008;19:5-21.
16. Gottlieb AB, Dann F. Comorbidities in patients with psoriasis. Am J Med 2009;122:1150.
17. Kimball AB, Guérin A, Tsaneva M, et al. Economic burden of comorbidities in patients with psoriasis is substantial. J Eur Acad Dermatol Venereol 2011;25:157-63.
18. Tuncer S. Psoriyatik artrit. Türkiye klinikleri J Int Med Sci 2005;1:32-8.
19. Salomon J, Szepletowski JC, Proniewicz A. Psoriatic nails: A prospective clinical study. J Cutan Med Surg 2003;7:317-21.
20. Şanlı H. Tırnak Psoriyazisi ve Tedavisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1: 39-45.

Mukokutanöz Pigmentasyonun Nadir Bir Nedeni: Laugier Hunziker Sendromu

A Rare Cause of Mucocutaneous Pigmentation: Laugier Hunziker Syndrome

***Ali Murat Ceyhan, Gonca Meriç, Vahide Baysal Akaya
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye***

Özet

Laugier Hunziker sendromu (LHS) dudak ve oral mukoz membranlarda melanositik pigmente maküller ve sıklıkla eşlik eden longitudinal melanonişi ile karakterize oldukça nadir görülen edinsel bir pigmentasyon bozukluğudur. Tamamen benin bir seyir gösteren LHS altta yatan sistemik anormallikler ile ilişkili değildir ve malin dönüşüm göstermemektedir. Fakat mukokutanöz pigmentasyonla seyreden ve detaylı araştırma, takip ve tedavi gerektirebilen diğer hastalıklarla ayırıcı tanısı oldukça önemlidir. LHS oldukça nadir görülmektedir ve bilgilerimize göre, şimdiye kadar literatürde yaklaşık 100 olgu rapor edilmiştir. Pubmed ve internet ortamında ulaşılabilen Türk Dermatoloji dergileri tarandığında ise ülkemizden bildirilen sadece yedi olguya rastlanılmıştır. Burada dil, dudak, bukkal mukoza, gingiva ve el içi ayak tabanında hiperpigmente maküler lezyonlarla LHS tanısı alan 54 yaşında kadın hasta sunulmuştur. (*Turk J Dermatol 2011; 5: 75-8*)

Anahtar kelimeler: Laugier Hunziker sendromu, mukokutanöz pigmentasyon

Geliş Tarihi: 16.06.2011

Kabul Tarihi: 09.09.2011

Abstract

Laugier Hunziker syndrome (LHS) is a rare, acquired pigmentation disorder characterized by macular melonotic pigmentation of the oral mucous membranes and lips frequently associated with longitudinal melanonychia. LHS is known to be an entirely benign condition with no underlying systemic abnormalities or malignant predisposition. However, it is very important to make a differential diagnosis with other mucocutaneous pigmentary disorders which require detailed examination, treatment and follow up. LHS is seen very rarely and to our knowledge, approximately 100 cases have been described in the literature, to date. There are only seven cases reported from the our country, based on the literature search in PubMed and Turkish Dermatological journals, available on the web. Herein we report a 54-year-old woman diagnosed as having LHS, with hyperpigmented macular lesions of the tongue, lip, buccal mucosa, gingiva and palms and soles. (*Turk J Dermatol 2011; 5: 75-8*)

Key words: Laugier–Hunziker syndrome, mucocutaneous pigmentation

Received: 16.06.2011

Accepted: 09.09.2011

Giriş

İlk olarak 1970 yılında Laugier ve Hunziker tarafından tanımlanmış olan Laugier Hunziker sendromu (LHS) dudak, dil, bukkal mukoza ve el içi ayak tabanında benin pigmente maküller ile karakterize, oldukça nadir görülen edinsel bir pigmentasyon bozukluğudur. Mukokutanöz pigmentasyona eşlik eden tırnak tutulumu longitudinal pigmente bandlar şeklinde olup hastaların yaklaşık olarak yarısında görülmektedir. İdiyopatik lentiküler mukokutanöz hiperpigmentasyon olarak da

bilinen bu tablo, eşlik eden sistemik bulguların ve somatik anomalilerin bulunmaması nedeni ile bazı yazarlarca Laugier Hunziker pigmentasyonu olarak da adlandırılmaktadır. Neden olduğu kozmetik problemler dışında selim seyirli olan lezyonlar premalin özellik göstermektedir (1-4).

Olgu

Elli dört yaşında kadın hasta polikliniğimize dudak, dil ve yanaklarda kahverengi-siyah renk değişikliği

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Dr. Ali Murat Ceyhan, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji, Isparta, Türkiye

Tel: +90 246 211 25 01 Faks: +90 246 237 02 40 e-posta: amuratceyhan@yahoo.com

4-8 Mayıs, 2011 6. Ege Dermatoloji günlerinde sunulmuştur.

doi:10.5152/tdd.2011.17

yakınması ile başvurdu. İlk olarak yaklaşık 15 yıl önce dudak üzerinde küçük bir alanda kahverengi renk değişikliği fark ettiğini ifade eden hasta, bu renk değişikliğinin zamanla genişleyerek ağız içi dil ve yanaklara doğru yayıldığını belirtti. Son iki yıl içinde el içi ve ayak tabanında da kahverengi-siyah lekelerin geliştiği öğrenildi. Kozmetik problemler dışında herhangi bir subjektif yakınma tariflemeyen hasta on yıldır diyabetes mellitus ve hiperlipidemi tanısı ile takip edilmekte ve oral antidiyabetik ve hipolipidemik ilaç kullanmakta idi. Alkol ve tütün kullanım öyküsü yok idi. Soy geçmişi sorgulanması olağan olarak değerlendirildi.

Dermatolojik muayenede dudak, dil yanları ve her iki bukkal mukozada, sert damakta ve gingiva üzerinde mavimsi-siyah renkte izole ve diffüz maküller (Şekil 1, 2), her iki ayak tabanı ve el baş parmakları palmar yüzünde, sol el 2. ve 4. parmak palmar yüzünde ve subungal alanda 2-3 mm boyutlarında homojen görümlü ve dağıntık yerleşimli açık kahverengi maküler lezyonlar izlendi (Şekil 3).

Tam kan sayımı, elektrolit değerlerini içeren kan biyokimyası ve tam idrar tetkiki sonuçları hiperglisemi (165 mg/dl) dışında olağandı. Plazma kortizol düzeyi ve ACTH değerleri normal sınırlarda olan hastanın üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve kolonoskopisinde patolojik bir bulguya rastlanmadı.

Palmar pigment lezyonun histopatolojik incelemesinde hiperkeratoz, düzenli akantoz ve granüler tabakada kalınlaşma ile birlikte bazal tabakada birkaç alanda fokal pigment inkontinansı saptandı. Melanositik proliferasyon ve hücre atipi gözlenmedi. Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde olgumuza LHS tanısı konuldu.

Tartışma

LHS, oral mukoz membran ve dudaklarda benin hiperpigmente maküler lezyonlar ve tırnaklarda pigmente longitudinal bantlar ile seyreden bir klinik tablodur. Oldukça nadir görülen LHS ile ilgili olarak günümüze değin çoğunlu-

ğu Avrupa ülkelerinden olmak üzere 100 civarında olgu rapor edilmiştir (2-6). Literatürde anne ve iki kız çocuğunda tanımlanan bir familyal olgu dışında ailesel birliktelik ve genetik geçiş gösterilememiştir (7). Hastalığın yeni tanımlandığı dönemlerde kadın erkek oranı 2:1 olarak bildirilmiş olsa da günümüzde cinsiyet ayırımı göstermediği kabul edilmektedir. Sıklıkla beyaz ırkta gözlenen LHS'de bulgular genellikle 3-5. dekatta ortaya çıkmaktadır (3, 8, 9).

Klinik olarak 1-5 mm boyutlarında ve griden mavimsi-siyah renge kadar değişebilen izole veya diffüz, düzensiz kenarlı pigment maküller ile karakterizedir. Mukozal pigment lezyonlar genellikle oral mukozada, dudak, yanak mukozası, sert ve yumuşak damakta daha nadiren de gingiva, dil ve ağız tabanında yerleşim göstermektedir (2-8). El içi ve ayak tabanı, konjunktiva, sklera, perine, perianal bölge, farenks ve özefagus daha nadir olarak etkilenen anatomik lokalizasyonlardır. Neden olduğu kozmetik problemler dışında selim seyirli olan lezyonlar premalin özellik göstermemektedir (4-7). LHS'li olguların %50-60'ında gözlenen tırnak etkilenimi, distrofik değişiklikler olmaksızın



Şekil 2. Bukkal mukozaya yerleşimli pigmente maküler lezyonlar



Şekil 1. Alt dudak ve dil yan yüzünde yerleşim gösteren pigmente maküller



Şekil 3. Palmar, plantar ve subungal yerleşimli 1-2 mm boyutlarında dağınık yerleşimli kahverengi maküler lezyonlar

ince veya kalın longitudinal pigment bantlar ve daha nadir olarak tırnak plağının tamamını etkileyen pigmentasyon ile karakterizedir (2-5). Laugier ve Hunziker tanımladıkları beş hastanın tamamında dudak ve oral mukozada pigment maküller, ikisinde ise tırnaklarda longitudinal pigment bantlar rapor etmiştir (1).

Olgumuzda mukozal pigment lezyonlar, dudak, dil yan yüzleri, gingiva, bukkal mukozaya ve damakta lokalize idi. Mukozal lezyonlar dışında, palmo-plantar bölge ve subungual alanlarda da izole pigment maküler lezyonlar eşlik etmekte idi. Tırnak tutulumu yok idi.

Etiyopatogenez henüz tam olarak bilinmese de tirozin-melanin biyosentezindeki enzim hipereaktivitesinin patogeneze sorumlu olduğu düşünülmektedir. Ultrastrüktürel çalışmalarda bazal keratinosit sitoplazması ve dermal melanofajlarda matür melanozomların sayı ve boyutlarında artış olduğu gösterilmiştir (6, 8).

Levodopa ve zidovudin kullanımı sonrasında ve over kanseri nedeni ile polikemoterapi alan bir hastada LHS benzeri pigmentasyonun geliştiği rapor edilmiştir (6, 10). Ayrıca ağır metaller minosiklin, amiodaron, oral kontraseptifler, antimalaryal ilaçlar ve fenotiazin de oral mukozada diffüz pigmenter değişikliklere neden olabilmektedir (9). Belirtileri ilk olarak yaklaşık 15 yıl önce ortaya çıkan olgumuzda, bulgular geliştikten 5 yıl sonra kullanmaya başladığı hipoglisemik ve hipolipidemik ilaçlar dışında herhangi bir ilaç kullanım öyküsü yok idi.

LHS tanısı klinik olarak ve diğer ayırıcı tanıların dışlanması ile konmaktadır. LHS ayırıcı tanısında sıklıkla Peutz-Jeghers sendromu, Addison hastalığı, melanom, fizyolojik melanoplaki ve ilaca bağlı pigmentasyonlar yer almaktadır (2-4). Ayrıca dental amalgam kullanımı, mukozal nevüsler ve Kaposi sarkomu da sebep olduğu lokalize mukozal pigmentasyonlar nedeni ile LHS'yi taklit edebilmektedir (9). McCune-Albright sendromu, Cronkhite-Canada sendromu, Bandler sendromu, Gardner sendromu, Leopard sendromu, LAMB sendromu ve nörofibromatozis de mukokutanöz

pigmentasyonların ayırıcı tanısında yer alan ve oldukça nadir görülen genodermatozlardır (11).

LHS tanısı Peutz-Jeghers sendromu gibi invaziv girişimlerin ve sık takiplerin gerekli olduğu hastalıklardan ayrılması açısından oldukça önem taşımaktadır. Otozomal dominant kalıtım gösteren Peutz-Jeghers sendromunda melanositik maküller genellikle doğumda ve erken çocukluk döneminde itibaren mevcut olup, hastaların yaklaşık %90'ında aile öyküsü olmaktadır. Zamanla gerileme eğilimi gösterebilen pigment lezyonlar intraoral yerleşimin yanı sıra çoğu zaman ağız, burun ve göz çevresi ve el-ayakların dorsal yüzüne de yerleşim göstermektedir. LHS'den farklı olarak Peutz-Jeghers sendromunda hamartomatöz, malin potansiyeli bulunan gastrointestinal polipozis de eşlik etmektedir. Pigmente tırnak değişiklikleri ise çok nadirdir (4-8, 9, 11).

Belirtileri ilk olarak 4. dekatta ortaya çıkan olgumuzun, endoskopik ve kolonoskopik değerlendirmelerinde polipoid lezyonlar saptanmaması, aile öyküsünün olmaması üzerine bu tanı dışlandı.

Addison hastalığında pigmenter değişiklikler ve koyulaşma diffüz olabileceği gibi travma alanlarında, basınca uğrayan anatomik lokalizasyonlarda, areola, perine ve aksiller bölgede daha belirgin olarak izlenmektedir. Ayrıca yine LHS'den farklı olarak halsizlik, yorgunluk kilo kaybı, hipotansiyon, gastrointestinal rahatsızlıklar ve serum elektrolit değişiklikleri de bu tabloya eşlik edebilmektedir (3, 4, 9, 11). Eşlik eden sistemik semptomların olmaması ve plazma kortizol ve ACTH düzeylerinin normal olması üzerine bu tanıdan da uzaklaşmıştır.

LHS, dermatoskopik ve histopatolojik bulgular ile melanomdan ayrılır. LHS'de görülen dermatoskopik bulgularla ilgili literatür bilgileri oldukça sınırlı olup, pigment lezyonların dermatoskopik özellikleri ilk kez Gençoğlan ve ark. (12) tarafından tanımlanmıştır. Yazarlar palmo-plantar pigment maküler lezyonlarda, deri çizgilerini izleyen paralel oluk tarzında lineer pigmentasyon paterni saptarken dudakta paralel oluk tarzında kahverengi noktalar, vulvada ise lineer veya kıvrık ışınal çizgilenmeler rapor etmişlerdir. Bundan farklı

olarak son yıllarda Ko ve ark. (13) bukkal mukozada düzenli retiküler paternde kahverengi pigmentasyon, plantar bölgede ise paralel sırt paternde pigmentasyon tanımlamışlar ve LHS'de pigmente lezyonların lokalizasyona göre değişebilen farklı dermatoskopik paternler sergileyebileceklerini vurgulamışlardır.

Histopatolojik olarak homojen pigmenter değişiklikler, bazal keratinositlerde melanin depozisyonu, dermal pigment inkontinansı ve dermisde melanofaj birikimi, melanosit sayı ve boyutlarının normal olması ve hücrel atipi gözlenmemesi LHS lehine olan bulgulardır (2-5, 9).

LHS'de pigmenter lezyonların tedavisinde etkili bir ajan bulunmamaktadır. Kriyocerrahi, Nd-YAG lazer ve *Q-switched alexandrite* lazer ile başarılı sonuçlar rapor edilmiştir (6, 8, 11).

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Laugier P, Hunziker N. Essential lenticular melanotic pigmentation of the lip and cheek mucosa. Arch Belg Dermatol Syphiligr 1970;26:391-9.
2. Moore RT, Chae KA, Rhodes AR. Laugier and Hunziker pigmentation: a lentiginous proliferation of melanocytes. J Am Acad Dermatol 2004;50:70-4.
3. Fisher D, Field EA, Welsh S. Laugier-Hunziker Syndrome. Clin Exp Dermatol 2004;29:312-3.
4. Sezer E, Erbil HA, Köseoğlu RD, ve ark. Laugier Hunziker sendromu: bir olgu sunumu. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48:104-6.
5. Rangwala S, Doherty CB, Katta R. Laugier-Hunziker syndrome: A case report and review of the literature. Dermatol Online J 2010;16:9.
6. Aliağaoğlu C, Atasoy M, Balık Ö, ve ark. Laugier Hunziker sendromu: olgu sunumu. Türkderm 2006;40:74-6.
7. Makhoul EN, Ayoub NM, Helou JF, et al. Familial Laugier Hunziker syndrome. J Am Acad Dermatol 2003;49:143-5.
8. Karakuzu A, Atasoy M, Aktaş A, et al. A case of Laugier Hunziker syndrome. T Klin J Dermatol 2002;12:99-101.
9. Lampe AK, Hampton PJ, Woodford-Richens K, et al. Laugier Hunziker syndrome: an important differential diagnosis for Peutz Jeghers syndrome. J Med Genet 2003;40:77.
10. Vega Gutiérrez J, Miranda Romero A, Martínez G, et al. Hyperpigmentation mimicking Laugier syndrome, levodopa therapy and Addison's disease. J Eur Acad Dermatol Venereol 2003;17:324-7.
11. Sachdeva S, Sachdeva S, Kapoor P. Laugier-Hunziker syndrome: a rare cause of oral and acral pigmentation. J Cutan Aesthet Surg 2011;4:58-60.
12. Gencoglan G, Gerceker-Turk B, Kilinc-Karaarslan I, et al. Dermoscopic findings in Laugier-Hunziker syndrome. Arch Dermatol 2007;143:631-3.
13. Ko JH, Shih YC, Chiu CS, et al. Dermoscopic features in Laugier-Hunziker syndrome. J Dermatol 2011;38:87-90.

Saç Değişiklikleri ve Periorifisyal Lezyonlarla Seyreden Biotinidaz Eksikliği: Olgu Sunumu

Biotinidase Deficiency Accompanying Hair Changes and Periorificial Lesions: A Case Report

Erhan Ayhan, Abdullah Kıvrak, Sema Aytekin

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Özet

Biotinidaz eksikliği biotin metabolizmasının bozukluğu olup değişik dermatolojik, oftalmolojik ve nörolojik belirtilerle karakterizedir. Otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Deri bulguları olarak alopesi, periorifisyal dermatit, seboreik dermatit gibi lezyonlar görülür. Klinik bulgular biotin tedavisi ile dramatik olarak iyileşir. Bu makalede periorifisyal lezyonlar, alopesi ve mikroskobik saç shaftı defektleri olan 6 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur. (*Turk J Dermatol 2011; 5: 79-81*)

Anahtar kelimeler: Alopesi, biotin, biotinidaz eksikliği, periorifisyal dermatit

Geliş Tarihi: 16.06.2011

Kabul Tarihi: 08.09.2011

Abstract

Biotinidase deficiency is impairment of biotin metabolism characterized by various dermatological, ophthalmic and neurological symptoms. Autosomal recessive trait is a disorder. Skin findings such as alopecia, periorificial dermatitis and seborrheic dermatitis lesions are seen. Clinical signs improved dramatically with biotine treatment. We presented a 6-year-old male patient with periorificial lesions, alopecia and microscopic hair shaft defects. (*Turk J Dermatol 2011; 5: 79-81*)

Key words: Alopecia, biotin, biotinidase deficiency, periorificial dermatitis

Received: 16.06.2011

Accepted: 08.09.2011

Giriş

Biotin; asetil KoA karboksilaz, propionil KoA karboksilaz, piruvat karboksilaz ve metilkrotonil KoA karboksilaz gibi dört karboksilazın kofaktörüdür (1). Biotinidaz eksikliği (BE) ise nadir görülen (yaklaşık 1/60.000 canlı doğumda) otozomal resesif geçişli metabolik bir hastalıktır (2). Hastalarda, biotin vitamininin serbest hale geçmesinden sorumlu biotinidaz enziminde eksiklik vardır. Karboksilazların sorumlu olduğu reaksiyonların gerisinde kalan ürünlerin birikmesi sonucu hastalık belirtileri gelişir. Klinik görünümleri nörolojik, dermatolojik, immünolojik ve oftalmolojik anormalliklerdir (3). Dermatolojik literatürde hastalığa ait bilgiler azdır. Etkilenen çocuklarda özellikle periorifisyal ve nemli bölgelerde özgün olmayan eritemli skuamli deri lezyonları vardır. Şiddetli tutulum olan vakalarda kandida ile enfekte lezyonlar,

parsiyel veya total saç kaybı görülebilir (4). Bu makalede alopesi ve periorifisyal dermatiti olan ve biotin tedavisi sonrası klinik bulguları tamamen gerileyen 6 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur.

Olgu

Altı yaşında erkek çocuk, dudak köşelerinde yara ve saç dökülmesi nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Doğumda sağlıklı olup, yaklaşık 7 ay anne sütü aldıktan sonra ek gıdaya geçilmiş ve saçlarda dökülme başlamıştı. Sekiz aylık iken ateş ile beraber nöbet geçirme hikayesi mevcuttu. Mevcut klinik bulgulara dayanarak yapılan tetkikler sonucunda hastaya pediatrikler tarafından biotinidaz eksikliği tanısı konmuş ve 5-10 mg/gün biotin tedavisi başlanmıştı. Genetik olarak herhangi bir araştırma yapılmamıştı. İlacı kullanmadığı dönemde

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Dr. Erhan Ayhan, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Tel: +90 412 248 80 01 e-posta: nanodunya@hotmail.com

6. Ege Dermatoloji Günleri 4-8 Mayıs 2011 Dalaman'da sunulmuştur.

doi:10.5152/tdd.2011.18

saçlarda dökülme, ağız, burun ve göz çevresinde kızarıklık, kabuklanma oluşuyormuş. Soy geçmişinde ebeveynlerin kuzen olduğu ve ailede benzer semptomları olan kardeş olmadığı saptandı.

Dermatolojik muayenede saçlar ince, seyrek ve %95'i telogen evredeydi. Çekme testi ile saçlar kolayca geliyordu. Üst göz kapakları iç kantusu, göz kapakları serbest kenarı, nazal orifisler, dudak köşeleri eritemli, masere ve üzeri sarı skuamlı idi (Şekil 1, 2). Her iki yanakta deri renginde, bazılarının üzerinde siyah renkli tıkaçın olduğu açık komedon benzeri sivri papüller lezyonlar gözlemlendi.

Laboratuvar incelemede hemogram, karaciğer fonksiyonları, serum elektrolitleri, vitamin B12, folat ile serum çinko ve bakır düzeyleri normal sınırlardaydı. Fenilketonüri taraması için kullanılan filtre kağıdına kan emdirilerek yapılan basit kolorimetrik tarama prosedürü ile biotinidaz düzeyi düşük olarak saptandı. Ancak üniversitemizde biotin kantitatif olarak ölçümü yapılmadığından sadece tarama metodu ile biotinidaz eksikliği tespit edilmiştir.

Işık mikroskopunda saçların çapında inceleme, saç köklerinde çatallanma, lokalize düzensiz koyulaşma, hipopigmentasyon ve trikoreksis nodoza saptandı (Şekil 3).

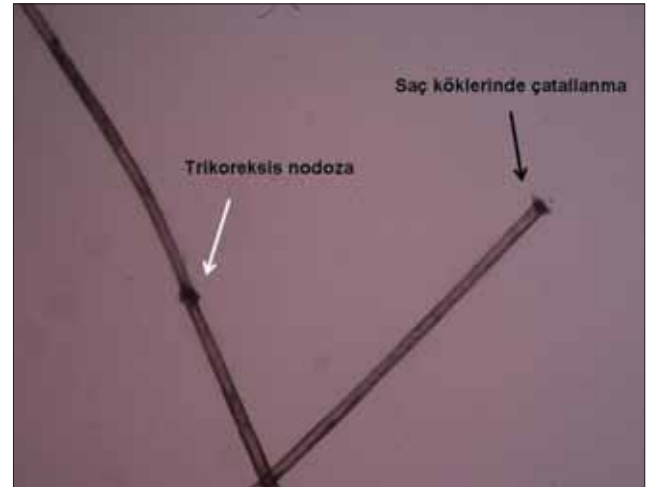
Mevcut bulgulara dayanarak hastaya biotin 10 mg/gün başlandı. Beş ay sonra kontrole çağrılan hastanın saçlarının uzayıp çoğaldığı, periorifisyal lezyonların ve yanaklarındaki açık komedon benzeri papüllerin iyileştiği gözlemlendi (Şekil 4).

Tartışma

Biotin, yağ asit sentezi, glukoneogenezis ve amino asit katabolizması için önemli olan propionil KoA karboksilaz, 3-metil krotonil KoA karboksilaz, asetil KoA karboksilaz ve pirüvat karboksilaz enzimlerinin kofaktörüdür (5). Biotinidaz ise sindirim sisteminde, kanda, hücre içinde protein ve enzimlere bağlı bulunan biotini serbest hale getirir. Böylece biotin sindirim sisteminde emilmesine ve enzimlere tek-



Şekil 2. Hipopigmente ve seyrek saçlar



Şekil 3. Işık mikroskopunda trikoreksis nodoza (beyaz ok) ve saç köklerinde çatallanma (siyah ok)



Şekil 1. Göz kapakları ve periorifisyal bölgelerde eritemli, üzeri sarı skuamlı lezyonlar



Şekil 4. Biotin tedavisinden beş ay sonra göz çevresi ve periorifisyal alanlardaki lezyonların tamamen gerilediği ve saçların tekrar uzayıp çoğaldığı görülüyor

rar tekrar bağlanarak aktif olmalarını sağlar (6). Biotinidaz eksikliğinin batı ülkelerinde insidansı 1/60.000'dir (2). Ülkemizdeki sıklığı akraba evliliğinin sıklığından dolayı 1/14.800'dür (6). Eksiklik enzim aktivitesine göre ağır veya kısmi olabilir. Ağır tip eksiklikte, aktivite %10'dan daha azdır. Kısmi eksiklikte ise %10-30 arası bir aktivite vardır (7). BE'nin diğer organik asidemilerden en önemli farkı deri bulgularının daha belirgin olmasıdır. BE' de ataksi, konvülsiyon, gelişme geriliği, üst solunum yolu infeksiyonları, duyma ve görme kusuru ile alopesi, eksofoliyatif döküntü, stafilkoksik deri infeksiyonu, blefarit görülebilir (8). Ülkemizden yapılan bir çalışmada ise hastalarda alopesi, deri kuruluğu, seboreik dermatit, pürülan konjonktivit, eksofoliyatif döküntü ve perinazal eritem saptanmıştır (9). BE'deki deri bulguları akrodermatitis enteropatika, yağ asidi eksikliği, Kwashiorkor ile karışabilir (4, 8). Biotinidaz eksikliğinde saç şaftında görülen anormalliklere yönelik bilgiler çok azdır. Vakamızda ışık mikroskopik incelemesinde saç köklerinde çatallanma, lokalize düzensiz koyulaşma ve trikoreksis nodoza gibi ilginç bulgular gözlemlendi. Hastalık tespit edildiğinde biotin oral yolla 5-30 mg/gün başlanır ve ömür boyu devam edilir. Kısmi biotin eksikliğinde ise kesin veriler olmamakla beraber 1-10 mg/gün biotin ile hastalığın semptomları baskılabılır (5). Tedavi ile dermatolojik ve nörolojik bulgular hızla gerilerken, duyma ve görme bozuklukları ise tedaviye daha dirençlidir (10). Olgumuzda da saç dökülmesi ve periorifisyal dermatit nedeniyle akrodermatitis enteropatika düşünüldü. Ancak serum çinko düzeyinin normal olması üzerine hikaye derinleştirildi ve hastanın düzensiz biotin kullandığı saptandı.

Sonuç olarak; BE çok nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen, erken tanı konulduğunda tedavisi mümkün olan ve ömür boyu biotin kullanılması gereken bir hastalıktır. Deri lezyonları BE'de ipucu olmasa da uyarıcı olması nedeniyle erken tanıda önemlidir. Konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen periorifisyal dermatitli yeni doğanlar BE açısından

değerlendirilmelidir. Ayrıca hastalık, enzim eksikliğinin hafif olduğu olgularda asemptomatik olabileceğinden diğer aile bireyleri de biotinidaz eksikliği yönünden taranmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Moss J, Lane MD. The biotin dependent enzymes. *Adv Enzymol* 1971;35:321-442.
2. Wolf B. Disorder of biotin metabolism. In: Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D, editors. *The metabolic and molecular basis of inherited disease*. 8th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2001. p. 3935e62.
3. Wolf B, Heard GS, Weissbecker KA, et al. Biotinidase deficiency: initial clinical features and rapid diagnosis. *Ann Neurol* 1985;18:614-7.
4. Prendiville JS, Manfredi LN. Skin signs of nutritional disorders. *Semin Dermatol* 1992;11: 88-97.
5. Rezvani I, Rosenblatt DS. Valine, leucine, isoleucine, and related organic acidemias. In: Behrman RE, Kliegman RM and Jenson HB (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics* (17th ed) Philadelphia: WB Saunders, 2004: 409-18.
6. Baykal T, Huner G, Sarbat G ve ark. Incidence of biotinidase deficiency in Turkish newborns (letter). *Acta Paediatr* 1998;87:1102-3.
7. Hart PS, Hymes J, Wolf B. Biochemical and immunological characterization of serum biotinidase deficiency. *Am J Hum Genet* 1992;50:126-36.
8. Wastell HJ, Bartlet K, Dale G, et al. Biotinidase deficiency: a survey of 10 cases. *Arch Dis Child* 1988;63:1244-9.
9. Doğan M, Bay A, Yılmaz C ve ark. Biotinidaz enzim eksikliği: Üç vaka sunumu. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2005;3:34-7.
10. Chedrawi AK, Ali A, Al Hassnan ZN, et al. Profound biotinidase deficiency in a child with predominantly spinal cord disease. *J Child Neurol* 2008;23:1043-8.

Erişkin Tip Ksantogranuloma: Bir Olgu Sunumu

Adult Type Xanthogranuloma: A Case Report

Engin Sezer¹, Emel Erkek¹, Sedef Şahin¹, Emel Dikicioğlu Çetin²

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

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

Özet

Kutanöz ksantogranuloma, klinik olarak papül, nodül veya plaklarla karakterize, histopatolojik incelemede dermiste yaygın infiltrasyon gösteren, veziküler nüveli ve geniş sitoplazmalı, yer yer ksantomatöz değişiklik gösteren epiteloid hücrelerle birlikte eozinofil, nötrofil ve lenfositleri içeren karışık inflamasyonun gözlemlendiği bir dermatozdur. Hastalık çoğunlukla çocukluk döneminde gözlenmekle birlikte ender olarak erişkinlerde de karşımıza çıkmakta ve histopatolojik ayırıcı tanıda melanoma da dahil olmak üzere birçok hastalık ile karışabilmektedir. Bu makalemizde erişkin tip ksantogranuloma tanısı alan olgumuzu literatür bulguları ışığında sunuyoruz. (*Turk J Dermatol 2011; 5: 82-4*)

Anahtar kelimeler: Ksantogranuloma, kutanöz histiyositozis, erişkin form

Geliş Tarihi: 24.06.2011

Kabul Tarihi: 08.09.2011

Abstract

Cutaneous xanthogranuloma is a dermatosis, clinically presenting as papules, nodules or plaques and histopathologically characterized by diffuse dermal infiltration of epithelioid cells with vesicular nuclei and conspicuous cytoplasm showing focal xanthomatous changes, and a mixed inflammation including eosinophils, neutrophils and lymphocytes. Although the disease is commonly observed in childhood, adult cases have also been reported and may cause confusion with various disorders histopathologically, including malignant melanoma. Herein, we report a case of adult type xanthogranuloma with reference to the literature. (*Turk J Dermatol 2011; 5: 82-4*)

Key words: Xanthogranuloma, cutaneous xanthogranuloma, adult type

Received: 24.06.2011

Accepted: 08.09.2011

Giriş

Kutanöz ksantogranuloma sıklıkla çocukluk çağıında ortaya çıkan, soliter veya multipl papül veya nodüller ile seyreden "Langerhans-dışı hücreli histiyositozis" grubunda yer alan bir deri hastalığıdır. Literatürde ender olarak erişkin yaşta başlangıç gösteren olgulara rastlanabilmektedir. Bu makalemizde 44 yaşında erkek hastada submental lokalizasyonda yerleşim gösteren, histopatolojik ve klinik bulgularla erişkin tip ksantogranuloma tanısı alan olgumuzu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

Kırk dört yaşında erkek hasta bir aydır çene altında yerleşim gösteren asemptomatik kitle yakınması ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik saptanmayan ve ilaç kullanım öyküsü bulunmayan hastanın dermatolojik muayenesinde submental lokalizasyonda soliter, yüzeyi düzgün ve hafif deskuamasyon gösteren, kubbe şeklinde nodüler lezyon izlendi (Şekil 1).

Deri traş biyopsi örneğinin histopatolojik inceleme-sinde dermiste diffüz infiltrasyona neden olan, epiteloid

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Dr. Engin Sezer, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 216 571 44 44 e-posta: eseze@yahoo.com

doi:10.5152/tdd.2011.19



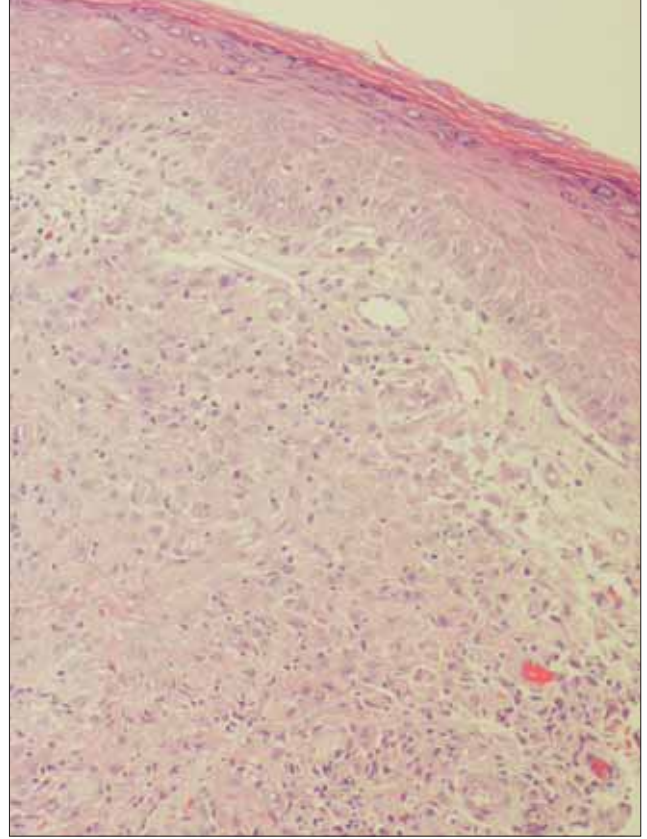
Şekil 1. Çene altında soliter, yarım-küre görünümünde, düzgün nodül

görünümde, veziküler nüveli, geniş ve soluk eozinofilik sitoplazmalı, yer yer ksantomatöz değişiklikler içeren hücreler gözlemlendi (Şekil 2, 3). Seri kesitlerin incelenmesinde ender olarak multinükleer dev hücreler göze çarptı. Bir diğer histopatolojik bulgu ise dokuda karışık formda nötrofil, lenfosit ve seyrek eozinofilik inflamasyonun varlığıydı. Hafif düzeyde hiperkeratozis ve akantozis haricinde epidermal değişikliğe rastlanmadı.

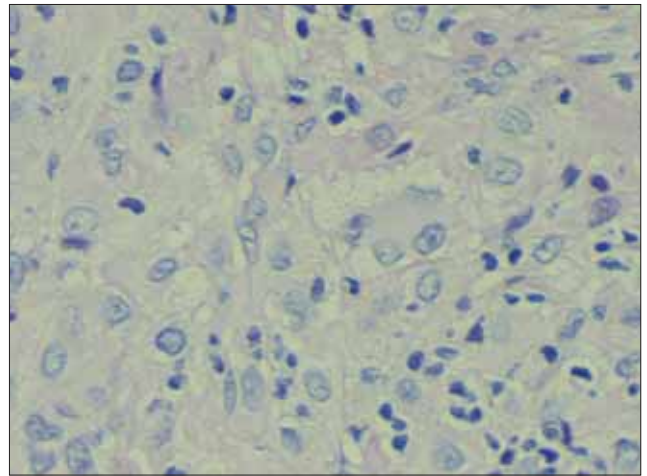
Tartışma

Kutanöz ksantogranuloma ilk kez 1905 yılında Adamson tarafından tanımlanmış, hastalığın infantil ve çocukluk döneminde gözlenmesi nedeniyle 1954'de Helwig ve Hackney tarafından juvenil ksantogranuloma olarak adlandırılmıştır (1). Lezyonlar kırmızımsı-kahverengi veya sarımsı-turuncu renkte, üzeri düzgün, kepeklenme gösterebilen, papül, nodül veya plaklardan oluşur. Hastalık patogenezi net olmamakla birlikte neoplastik bir oluşumdan çok, histiyositik doku yanıtına neden olan reaktif bir fenomen olduğu düşünülmektedir.

Deri haricinde orbital boşluk, santral sinir sistemi, karaciğer, dalak ve böbrek tutulumu da gözlenebilmektedir



Şekil 2. Dermiste epitelioid hücre toplulukları ve miks formda inflamatuvar hücreler (Hematoksilen ve eozin boyası X40)



Şekil 3. Yüksek büyütmede köpüksü sitoplazma değişiklikleri gözlenmekte (Hematoksilen ve eozin boyası X100)

(2-4). Ksantogranuloma genellikle hayatın ilk 3 yılında ve çocuk vakalarda gözlenmekle birlikte, literatürde ender olarak, olgumuzda olduğu gibi erişkin yaşta başlangıç gösteren olgulara rastlanabilmektedir. Erişkin tip ksantogranuloma olgularının çoğunluğu 2. ve 3. dekada karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte 7. dekada kadar ileri yaşlarda başlangıç gösteren olgular da bildirilmektedir (1). Erişkin

formda lezyonlar, juvenil ksantogranulomadan farklı olarak kendiliğinden gerileme eğiliminde değildir ve klinik olarak daha büyük çaplı nodüllerle seyredir (4).

Histopatolojide, dermiste yoğun epitelioid hücre infiltrasyonu gözlenir. Küçük büyütmede diffüz, likenoid, akantolitik, akantotik ve likenoid, ülseratif ve perivasküler paternler bildirilmektedir. Olgumuzda olduğu gibi, retiküler dermiste diffüz epitelyal hücreyel infiltrasyon, en sık gözlenen paternidir. Ksantogranuloma için bir diğer karakteristik bulgu hücrelerde ksantomatöz değişikliklerle birlikte, çelenk görünümünde, periferde köpüksü dejenerasyon, santralde homojen eozinofilik sitoplazma içeren Touton dev hücrelerinin varlığıdır. Dikkatli olunması gereken bir konu ise Touton dev hücrelerinin erişkin tip ksantogranuloma için özgün olmayıp, nekrobiyotik ksantogranuloma ve benin fibröz histiyositoma da görülebilmektedir (5). Bu noktada ayırıcı tanıda ek klinik ve histopatolojik bulguların incelenmesi önem kazanmaktadır. Örnek olarak nekrobiyotik ksantogranulomada kolesterol kleftleri ve kollajen liflerinde nekrobiyozisin; benin fibröz histiyositomada ise hemosiderin depoziti ve epidermal indüksiyonun varlığı ipuçlarını oluşturabilmektedir. Ayrıca, olgumuzda olduğu gibi, köpüksü Touton dev hücrelerinin gözlenmemesi erişkin tip ksantogranuloma tanısını ekarte ettirmemektedir, çünkü özellikle olguların bir kısmında dokuda bu formda hücreler izlenmektedir.

Chang ve arkadaşlarının (4), 30 juvenil ksantogranuloma ve 15 erişkin tip ksantogranuloma olgusunun histopatolojik bulgularının karşılaştırıldığı çalışmalarında erişkin ve juvenil formlar arasında farklılık bulunmadığı gösterilmiştir. Olgumuzun histolojik ayırıcı tanısında Langerhans hücreli histiositozis (LHH), epitelioid benin fibröz histiyositoma ve Rosai-Dorfman hastalığı yer alıyordu. LHH histopatolojisinde, olgumuzda olduğu gibi nötrofil ve eozinofilleri içeren karışık inflamasyon ve epitelioid histiyositlerden oluşan dermal infiltrasyon gözlenmekle birlikte, epidermotropizm ve böbrek şekilli (reniform) nüve değişikliğinin yokluğu ile ayırıcı tanıya gidildi. Zor vakalarda LHH tanısı S-100 ve CD1a immunohistokimyasal boyalarıyla desteklenebilmektedir. Her ne kadar benin fibröz histiyositomanın epitelioid varyantında, olgumuza benzer şekilde geniş sitoplazmalı epitelioid hücre toplulukları yer alsada, bu antiteye ait fokal olarak karakteristik diğer bulguların yokluğu (keloidal kollajen, epidermal indüksiyon vb.) ile ayırıcı tanıya gidildi. Rosai-Dorfman hastalığı da erişkin tip ksantogranulomaya benzer şekilde reaktif bir fenomen olarak baş ve boyun bölgesinde nodüler lezyonlarla klinik seyir gösterebilmektedir. Bununla birlikte emperipolezis (epitelioid hücrelerce

lenfosit fagositozu) ve plazma hücre inflamasyonun gözlenmemesi ile Rosai-Dorfman hastalığı ile ayırıcı tanıya gidildi.

Erişkin tip ksantogranuloma olgularında histopatolojik ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer hastalık ise amelanotik melanomadır. Busam ve arkadaşlarının çalışmasında (6), deneyimli dermatopatologlar tarafından melanoma tanısı alan iki erişkin ve bir juvenile tip ksantogranuloma olgusunda, fokal S-100 pozitif boyanma paterninin tanıda yanılığa neden olduğu, hücre popülasyonunda yüksek oranda (%80 ve üzeri) CD68 pozitifliğinin saptanmasının ise melanoma tanısının ekarte edilmesinde önemli bir yardımcı tanı yöntemi olduğu vurgulanmaktadır.

Sonuç olarak; ender rastlanılan bir ksantogranuloma formu olan bu antitenin, klinik olarak juvenil formdan farklı olarak inatçı klinik seyir göstermesi ve daha büyük çaplı lezyon görünümüne neden olduğunu vurgulamaktayız. Erişkin tip ksantogranulomanın, histopatolojik incelemede Langerhans-dışı histiyositozis tablosunun gözleendiği durumlarda ayırıcı tanıda yer alması gereken bir deri hastalığı olduğu düşüncesindeyiz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Consolaro A, Sant'Ana E, Lawall MA, et al. Gingival juvenile xanthogranuloma in an adult patient: case report with immunohistochemical analysis and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107:246-52.
2. Mencía-Gutiérrez E, Gutiérrez-Díaz E, Madero-García S. Juvenile xanthogranuloma of the orbit in an adult. *Ophthalmologica* 2000;214:437-40.
3. Hsiao PF, Liu HC, Wu YH. An infant with juvenile xanthogranuloma, multiple café-au-lait macules, acute myeloid leukaemia: an incomplete, rare form of triple association? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:1378-9.
4. Chang SE, Cho S, Choi JC, et al. Clinicohistopathologic comparison of adult type and juvenile type xanthogranulomas in Korea. *J Dermatol* 2001;28:413-8.
5. Okan G. Nekrobiyotik ksantogranuloma. *Türkderm* 2000;34:174-6.
6. Busam KJ, Rosai J, Iversen K, et al. Xanthogranulomas with inconspicuous foam cells and giant cells mimicking malignant melanoma: a clinical, histologic, and immunohistochemical study of three cases. *Am J Surg Pathol* 2000;24:864-9.

Kongre Takvimi

ULUSLARARASI KONGRELER

20th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), Lizbon-Portekiz
19-23 Ekim 2011

8th World Congress of the International Academy of Cosmetic Dermatology (IACD), Meksika
31 Ocak-4 Şubat 2012

11th ESPD Congress (European Society for Pediatric Dermatology), İstanbul
16-19 Mayıs 2012

9th EADV Spring Symposium, Verona-İtalya
6-10 Haziran 2012

21st Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), Riga-Litvanya
5-9 Eylül 2012

41st Annual Meeting of the European Society for Dermatological Research (ESDR), Venedik-İtalya
19-22 Eylül 2012

71st Annual Meeting of the American Academy of Dermatology (AAD), Miami-Amerika Birleşik Devletleri
1-5 Mart 2013

10th EADV Spring Symposium, Krakow, Polonya
23-26 Mayıs 2013

Summer Meeting of the American Academy of Dermatology (AAD), New York, NY-Amerika Birleşik Devletleri
30 Temmuz-3 Ağustos 2013

72nd Annual Meeting of the American Academy of Dermatology (AAD), Denver-Amerika Birleşik Devletleri
21-25 Mart 2014

73rd Annual Meeting of the American Academy of Dermatology (AAD), San Francisco, CA-Amerika Birleşik Devletleri
20-24 Nisan 2015

ULUSAL KONGRELER

Dermatoloji 2011 Bahar Sempozyumu, Muğla
5-8 Ekim 2011

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

9. Çukurova Dermatoloji Günleri, Adana
23-27 Mayıs 2012

24. Ulusal Dermatoloji Kongresi, Gaziantep
2-6 Ekim 2012