



# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

- ◉ Liken Sklerozus  
*Lichen Sclerosus*  
Şeniz Ergin
- ◉ Hemodiyaliz Hastalarında Tırnak Bulguları  
*The Nail Findings in Hemodialysis Patients*  
Perihan Öztürk ve ark.
- ◉ Vulvanın Pigmente Lezyonları  
*Pigmented Lesions of the Vulva*  
Gürol Açıkgöz ve ark.
- ◉ Latent Tüberküloz Tarama Testleri  
*Screening Tests for Latent Tuberculosis*  
Tülin Çağatay



Cilt - Vol.: 6 Sayı - Issue: 2 Haziran - June 2012

Türk Dermatoloji Derneği'nin yayın organıdır  
Official journal of the Turkish Society of Dermatology



# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

## SAHİBİ VE SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ OWNER AND RESPONSIBLE MANAGER

M. Oktay Taşkapan, İstanbul, Türkiye

## EDİTÖR / EDITOR

A. Şebnem Özkan, İzmir, Türkiye

## EDİTÖR YARDIMCILARI / ASSOCIATE EDITORS

Kıymet Baz, Mersin, Türkiye

Emel Bülbül Başkan, Bursa, Türkiye

İlgen Ertam, İzmir, Türkiye

Aylin Türel Ermertcan, Manisa, Türkiye

## EDİTÖRLER KURULU / EDITORIAL BOARD

Vahide Baysal Akkaya, Isparta, Türkiye

Akın Aktaş, Erzurum, Türkiye

Sibel Alper, İzmir, Türkiye

Erkan Alpsoy, Antalya, Türkiye

Rana Anadolu, Ankara, Türkiye

Oktay Avcı, İzmir, Türkiye

Can Baykal, İstanbul, Türkiye

Emel Erdal, Ankara, Türkiye

Tülin Ergun, İstanbul, Türkiye

Gül Erkin, Ankara, Türkiye

Oya Gürbüz, İstanbul, Türkiye

Güliz İkizoğlu, Mersin, Türkiye

Nilsel İter, Ankara, Türkiye

Ayşen Karaduman, Ankara, Türkiye

Osman Köse, Ankara, Türkiye

Rıfkiye Küçüköğlü, İstanbul, Türkiye

Oya Oğuz, İstanbul, Türkiye

Nahide Onsun, İstanbul, Türkiye

Murat Öztaş, Ankara, Türkiye

Server Serdaroğlu, İstanbul, Türkiye

Sedef Şahin, İstanbul, Türkiye

Neslihan Şendur, Aydın, Türkiye

M. Oktay Taşkapan, İstanbul, Türkiye

Serap Utaş, Kayseri, Türkiye

Soner Uzun, Antalya, Türkiye

İdil Ünal, İzmir, Türkiye

## ONURSAL EDITÖRLER KURULU / HONORARY EDITORIAL BOARD

Tülin Akan, Ankara, Türkiye

Köksal Alpaly, Trabzon, Türkiye

Nilgün Atakan, Ankara, Türkiye

Hüseyin Endoğru, Konya, Türkiye

Gönül Ergenekon, İstanbul, Türkiye

Mehmet Ali Gürer, Ankara, Türkiye

Erbak Gürgey, Ankara, Türkiye

Aysel Gürlü, Ankara, Türkiye

Agop Kotoğyan, İstanbul, Türkiye

Hamdi Memişoğlu, Adana, Türkiye

Yalçın Tüzün, İstanbul, Türkiye

Şükran Tunalı, Bursa, Türkiye

Ümit Ulaş, İstanbul, Türkiye

Şahin Yazar, Ankara, Türkiye

## DANIŞMA KURULU / ADVISORY BOARD

Esra Adışen, Ankara, Türkiye

Şule Afsar, Ankara, Türkiye

Bengü Nisa Akay, Ankara, Türkiye

Necmettin Akdeniz, Erzurum, Türkiye

Sedat Akdeniz, Diyarbakır, Türkiye

Ayşe Akman, Antalya, Türkiye

Varol Aksungur, Adana, Türkiye

Aynur Akyol, Ankara, Türkiye

Melih Akyol, Sivas, Türkiye

Nuran Allı, Ankara, Türkiye

Ercan Arca, Ankara, Türkiye

Ferda Artüz, Ankara, Türkiye

Ertuğrul Aydemir, Ankara, Türkiye

Sema Aytekin, İstanbul, Türkiye

Sevgi Bahadır, Trabzon, Türkiye

Dilek Bayramgürler, Kocaeli, Türkiye

Nilgün Bilen, Kocaeli, Türkiye

Murat Borlu, Kayseri, Türkiye

Seher Bostancı, Ankara, Türkiye

Ayşe Boyvat, Ankara, Türkiye

Can Ceylan, İzmir, Türkiye

Ayça Cordan Yazıcı, Mersin, Türkiye

Y. Gül Denli, Adana, Türkiye

Tuğrul Dereli, İzmir, Türkiye

Özlem Dicle, Antalya, Türkiye

Gonca Elçin, Ankara, Türkiye

Zülal Erbağcı, Gaziantep, Türkiye

Hakan Erbil, Ankara, Türkiye

Cengizhan Erdem, Ankara, Türkiye

Sibel Ersoy Evans, Ankara, Türkiye

Ayten Ferahbaş, Kayseri, Türkiye

Emel Fertil, İzmir, Türkiye

Ülker Gül, Ankara, Türkiye

Ayla Gülekon, Ankara, Türkiye

Sühan Günaşt, Adana, Türkiye

Emel Güngör, İstanbul, Türkiye

Güneş Gür, Ankara, Türkiye

Yavuz Harmanyeri, İstanbul, Türkiye

İşıl İnanır, Manisa, Türkiye

Başak Kandi, Bolu, Türkiye

İşıl Kılıncı Karaarslan, İzmir, Türkiye

Ayşe Anıl Karabulut, Kırıkkale, Türkiye

Şemsettin Karaca, Afyonkarahisar, Türkiye

Mehmet Karakaş, Adana, Türkiye

Ali Karakuzu, Erzurum, Türkiye

Göksun Karaman, Aydın, Türkiye

Yelda Karıncaoğlu, Malatya, Türkiye

Ayşe Kavak, İstanbul, Türkiye

Tamer İrfan Kaya, Mersin, Türkiye

Rebiay Kıran, İzmit, Türkiye

Erol Koç, Ankara, Türkiye

Rafet Koca, Zonguldak, Türkiye

Pelin Koçyiğit Müştak, Ankara, Türkiye

Nihal Kundakçı, Ankara, Türkiye

Zafer Kurumlu, Ankara, Türkiye

Cem Mat, İstanbul, Türkiye

İnci Mevlitoğlu, Konya, Türkiye

Hamdi Özcan, Malatya, Türkiye

Fezal Özdemir, İzmir, Türkiye

Mustafa Özdemir, İstanbul, Türkiye

Emel Öztürk Durmaz, İstanbul, Türkiye

Günseli Öztürk, İzmir, Türkiye

Serap Öztürkcan, Manisa, Türkiye

Ali Haydar Parlak, Bolu, Türkiye

Berna Şanlı, Denizli, Türkiye

Hatice Şanlı, Ankara, Türkiye

Hayriye Sarıcaoğlu, Bursa, Türkiye

Ekin Şavk, Aydın, Türkiye

Deniz Seçkin, Ankara, Türkiye

Nilgün Şentürk, Samsun, Türkiye

Muhammer Seyhan, Malatya, Türkiye

Bülent Taştan, İstanbul, Türkiye

Ümit Türsen, Mersin, Türkiye

Ahmet Yaşar Turanlı, Samsun, Türkiye

Başak Yalçın, Ankara, Türkiye

Savaş Yaylı, Trabzon, Türkiye

Şahin Yazar, Antalya, Türkiye

Értan Yılmaz, Antalya, Türkiye

Deniz Yücelten, İstanbul, Türkiye



Genel Yayın Yönetmeni / Executive Editor  
İbrahim Kara

Dil Editörü / Language Editor  
Selma Yörükhan, MD

Yayın Koordinatörü / Publication Coordinator  
Sevilay Ardıç Nayar

Yayın Sekreteri / Publication Secretary  
Gökhan Çimen

Proje Asistanları / Project Assistants  
Burak Özcengiz  
Ali Şahin

Teknik Yönetmen / Technical Director  
Ünal Özer

Grafiker / Graphic Designer  
Neslihan Yaman

Adres / Address: Kızılelma Cd. No: 5/3 34096  
Fındıkzade / İstanbul  
Telefon / Phone: +90 212 589 00 53  
Faks / Fax : +90 212 589 00 94  
E-posta / E-mail: info@avesyayincilik.com

Basım Yeri / Printed by  
ADA Ofset Matbaacılık Tic. Ltd. Şti.  
Litros Yolu 2. Matbaacılar S. E Blok No: (ZE2)  
1. Kat Topkapı, İstanbul  
Phone : +90 212 567 12 42

Baskı Tarihi / Print Date  
Haziran 2012 / June 2012

Baskı Adedi / Number Printed  
1600

Yayın Türü / Publication Type  
Yerel Süreli / Local Periodical



# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

## 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 ve İngilizce 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](http://www.turkdermatolojidergisi.com) adresinden ulaşılabilir.

### Baskı İzinleri

Baskı izinleri için başvurular Editör ofisine yapılmalıdır.

Editör: Prof. Dr. A. Şebnem Özkan

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Telefon: 0232 464 08 58 - 0532 414 80 36

Faks: 0232 464 04 57

E-posta: [sebnem.ozkan50@gmail.com](mailto:sebnem.ozkan50@gmail.com)

### Reklam

Reklam ile ilgili başvurular yayınevine yapılmalıdır.

Yayıncı: AVES

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

Telefon: 0212 589 00 53

Faks: 0212 589 00 94

E-posta: [info@avesyayincilik.com](mailto:info@avesyayincilik.com)

Web sayfası: [www.avesyayincilik.com](http://www.avesyayincilik.com)

### Yazarlara Bilgi

Yazarlara Bilgi kısmına, dergi sayfalarından ve [www.turkdermatolojidergisi.com](http://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.



# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

## 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 both Turkish and English 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](http://www.turkdermatolojidergisi.com)

### Reprinting Permissions

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

Editor: Prof. Dr. A. Şebnem Özkan

Address: Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine,  
Department of Dermatology, Izmir, Turkey

Telephone: +90 232 464 08 58 - +90 532 414 80 36

Fax: +90 232 464 04 57

E-mail: [sebnem.ozkan50@gmail.com](mailto:sebnem.ozkan50@gmail.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](mailto:info@avesyayincilik.com)

Web Page: [www.avesyayincilik.com](http://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](http://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.

# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

## 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 yayımlar. Yazıların dergide yayınlanmak üzere kabul edilmesi için; orijinal, "kaynak" olarak kullanılmaya 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 ve İngilizce'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 - [www.nap.edu/catalog/5140.html](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 katılmalıdır. Araştırmalara yapılan kısmi de olsa nakdi ya da aynı yardımların hangi kurum, kuruluş, ilaç-gereç firmalarınca 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 katılmalıdır. Daha önce bilimsel toplantılarda sunulmuş ve kongre kitaplarında 200 kelimeyi geçmeyen özet bildirileri basılmış çalışmalar, sunulduğu bilimsel toplantı belirtilmek koşulu ile değerlendirmeye alınır. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez ve yazar yazının tüm yayın haklarının, Türk Dermatoloji Derneği'ne ait olduğunu kabul eder. Yayınlanan yazıların bilimsel ve hukuksal sorumluluğu yazarlara aittir. Yayına kabul edilen yazılar için yazarlar, Türkçe ve İngilizce açısından olduğu gibi, metinde temel değişiklik yapmamak kaydı ile düzeltmelerin editörlerce yapılmasını kabul etmiş sayılır.

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

### Yazım Kuralları

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

a. 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.

b. Kullanılan kısaltmalar yazı içerisinde ilk geçtikleri yerde, parantez içinde, açık olarak yazılmalı, özel kısaltmalar yapılmamalıdır. Yazı içindeki 1-10 arası sayısal veriler yazıyla, 10 ve üstü rakamla belirtilmelidir. Ancak, yanın da tanımlayıcı bir takısı olan 1-10 arası sayılarla, cümle başındaki rakamlar yazıyla yazılmalıdır. Şekil ve tablolar metin içerisinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tabloların yazıları üstte, şekillerinki alta yazılmalıdır. Araştırma makaleleri ve derlemeler metin, şekil, tablo, kaynaklar dahil 10, kısa bildiriler ve olgu sunumları 5 sayfayı geçmemelidir.

c. 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 yazışmaya yetkili, düzeltmeleri yapacak yazarın açık adı, posta ve e-posta adresleri, telefon ve faks numaraları yazılır. Ayrıca çalışma bilimsel toplantıda önceden bildirilen koşullarda tebliğ edildi ya da özeti yayınlandı ise açıklama yapılır.

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

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

**Metin:** Giriş, Yöntemler, Bulgular, Tartışma ile Sonuçlar kısımlarını içermelidir. Bu son kısımda üretilen bilgiden hekimin ve hastasının nasıl yararlanacağı, çıkarılan olumlu ya da olumsuz sonucun mevcut bilgilere etkisi kısaca yazılmalıdır. Metnin özellikle tartışma kısmının alt başlıklara bölünmesi yararlı olabilir. Farmasötik ürünler jenerik veya ticari isimleriyle belirtilmelidir (jenerik isimler yeğlenir). Ticari isimler büyük harfle yazılmalı, firma ve firma şehri ürün adından hemen sonra parantezde belirtilmelidir. Teşekkür yazılacak ise, bilimsel katkı dışında araştırmanın yürütülmesine önemli katkıda 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 dizine göre Arabik 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 Arabik rakamlarla numaralanmalıdır. Mikroskopik fotoğraflarda kullanılan boya, büyütme ölçütleri, şekil içerisinde uzunluk birimi (internal scale bar) belirtilmeli ve patolojik piyeslerde santimetrik şablon eklenmelidir. Hasta fotoğraflarında etik değerler korunmalıdır. Gerek histolojik gerek klinik fo-

# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

toğraflar dijital ortamda yollanmalı ve basım için uygun netlikte olmalıdır. Şekiller, metin içerisinde kullanılacakları yerlere parantez içerisinde şekil numarasıyla belirtilmeli, kaynaklar ve tablolardan sonra ayrı bir sayfada da liste halinde tüm şekillerin alt yazıları sunulmalıdır. Reprodüksiyon olan şekiller için izin mektubu gereklidir.

**Kaynaklar:** Ayrı sayfada çift aralıkla 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 sınırlandırılmasına özen gösterilmelidir.

Kişisel bilgi, yayınlanmamış veriler, baskıda gibi ulaşılamayan kaynaklar burada değil, metin içinde parantez ile sunulur. İki yıldan eski "abstract"lar kaynakçaya alınmamalıdır. Kaynakların gerçekliğinden 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 almalıdır. Yazıda, konunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacak alt başlıklar kullanılmalıdır. Bir derleme yazısında; problemin içeriği, tarihi bilgiler, temel bilgiler, yöntem, hayvan ve insan deneyleri, tartışma, sonuç, öneriler ve gelecekte yapılacak çalışmalar gibi bölümlerin bulunması yararlı olacaktır. Yazarının o konuda deneyim sahibi ve atıfta bulunulmuş uluslararası yazarlarının olması tercih edilir.

## Olgular sunumları

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

"Tanınız nedir?" sunularında kısa bir giriş, problemin tanımlanması, ipucu niteliğindeki fotoğraf ve şekillerin sunulması, kesin tanı ve bu tanının tartışılarak eğitime yönelik mesajların vurgulandığı tartışma bölümü izlenmelidir.

Karşıt / yandaş görüş yazıları üç sayfayı; klinik pratik yazıları 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.

## Uzman Görüşü

Dermatolojide tanı ve tedaviler hakkında güncel ve literatürde tartışılan başlıklar konusunda deneyimli yazarlar tarafından ele alınarak incelenir. Metin toplam 5 sayfayı geçmeyecek şekilde ve Türkçe ve İngilizce özet, son 5 yıldaki gelişmeler, uzman yorumu ve anahtar özellikler (Sonuç ve yorum temaları kutu içinde maddeleştirilmiş) şeklinde yapılandırılır. Metinde özgün tablo ve resimler yer alabilir.

## Editör Yorumu

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

## İletişim

Editör: Prof. Dr. A. Şebnem Özkan

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Telefon: 0232 464 08 58 - 0532 414 80 36

Faks: 0232 464 04 57

e-posta: [sebnem.ozkan50@gmail.com](mailto:sebnem.ozkan50@gmail.com)





# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

## INSTRUCTIONS TO 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 general 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 both Turkish and English. 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](http://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:

a. 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.

b. 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.

c. The articles should have the below mentioned order:

### Original Investigation

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, Results, Discussion and Conclusion 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 pic-



# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

tures. 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, Rapi- ni 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, discussion and conclusion 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.

## Expert Opinion

Current and controversial headlines of Dermatology related to diagnosis and treatment are discussed by expert authors in their field. These type of manuscripts should not exceed 5 pages and should include Turkish and English abstracts, developments in the recent 5 years, expert view and key features (conclusion and comments should be structured as bullets). Main text can include original tables and figures.

## 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. A. Şebnem Özkan  
Address: Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine,  
Department of Dermatology, Izmir, Turkey  
Telephone: +90 232 464 08 58 - +90 532 414 80 36  
Fax: +90 232 464 04 57  
E-mail: sebnem.ozkan50@gmail.com





# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

## İÇİNDEKİLER / CONTENTS

### Ana Konu / Main Topic

- 27 Liken Sklerozus  
*Lichen Sclerosus*  
Şeniz Ergin, Denizli, Türkiye

### Özgün Araştırma / Original Investigation

- 35 Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Tırnak Bulgularının İncelenmesi  
*The Investigation of Nail Disorders in Patients with Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis*  
Perihan Öztürk, Neslihan Dokur, Ergül Kurutaş, Ekrem Doğan, Tuğba Karakaş, Murat Kalender, Hasan Ekerbiçer, Kahramanmaraş, Türkiye

### Derleme / Review

- 39 Vulvanın Pigmente Lezyonları  
*Pigmented Lesions of the Vulva*  
Gürol Açıkgöz, Çağlayan Çağdaş Demirci, Ercan Arca, Ankara, Türkiye

### Olgu Sunumları / Case Reports

- 45 Silika ve Vibrasyon Maruziyeti Sonrası Gelişen Bir Sistemik Skleroz Olgusu  
*A Case with Systemic Sclerosis Following Exposure To Silica and Vibration*  
Aslı Ürkmez, Işıl Kılınç Karaarslan, İlgen Ertam, Gülşen Kandiloğlu, Can Ceylan, İzmir, Türkiye
- 48 CREST Sendromu  
*CREST Syndrome*  
Tuğçe Köksüz, Zeynep Nurhan Saraçoğlu, Ayşe Esra Koku Aksu, İlham Sabuncu, Cengiz Korkmaz, Eskişehir, Türkiye
- 51 Bazal Hücreli Karsinom'un Olağan Dışı Lokalizasyonu: İki Olgu Sunumu  
*An Unusual Location of Basal Cell Carcinoma: Two Case Reports*  
Birgül Tepe, Adıyaman, Türkiye
- 55 Dowling-Degos Hastalığı: Bir Olgu  
*Dowling-Degos Disease: A Case Report*  
Selma Emre, Gülşen Akoğlu, Ahmet Metin, Saliha Kırbaş, Sibel Orhun Yavuz, Ankara, Türkiye
- 58 Fasiyal Orf  
*Facial Orf*  
Enver Turan, Nurdan Yurt, Aslı Turgut Erdemir, Mehmet Salih Gürel, Şanlıurfa, Gümüşhane, İstanbul, Türkiye

### Editöre Mektup / Letter to the Editor

- 61 Leukocytoclastic Vasculitis: Thailand's Experience  
*Lokositoklastik Vaskulit: Tayland Deneyimi*  
Viroj Wiwanitkit, Bangkok, Thailand

### Uzman Görüşü / Expert Opinion

- 62 TNF- $\alpha$  Antagonisti Kullanacak Hastalarda Latent Tüberkülozun Belirlenmesinde IGRA Testleri (Quantiferon-Elispot) ve PPD'nin Yeri  
*The Role of IGRA Tests and Tuberculin test for Determination of Latent Tuberculosis in TNF- $\alpha$  Antagonist Users (Candidates)*  
Tülin Çağatay, İstanbul, Türkiye



# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

## Dermatoloji Eğitimi / Dermatology Training

- 65 Ülkemizde Dermatoloji Eğitimi'ne Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu Açısından Bakış  
*Dermatology Education in Turkey; a View of Education Programs Development Commission*  
Erkan Alpsoy, Gül Erkin, Antalya, Türkiye

## Çeşitli / Miscellaneous

- 69 Türk Dermatoloji Yeterlik Sınavı 2012  
*Turkish Dermatology Board Exam 2012*  
Göksu Karaman, Aydın, Türkiye
- 71 Literatür Seçmeleri  
*Literature Selections*  
Hazırlayan: İlgen Ertam, İzmir, Türkiye
- 73 Yeni Kitaplar  
*New Books*  
Hazırlayan: İlgen Ertam, İzmir, Türkiye
- 74 Anılarda Dermatoloji  
*Memories in Dermatology*  
Yalçın Tüzün, Gürkan Yardımcı, İstanbul, Türkiye
- 76 "Sevgili Günlük" üzerine notlar: Moretti'nin Kaşıntısı  
*Notes on "Dear Diary": Moretti's itching*  
M. Oktay Taşkapan, İstanbul, Türkiye
- 78 Kaybettiklerimiz  
*Our Losses*  
Hazırlayan: Kıymet Baz, Mersin, Türkiye
- 78 Etkinlikler ve İzlenimler  
*Events and Testimonials*  
Hazırlayan: Kıymet Baz, Mersin, Türkiye



# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

## ÖNSÖZ / PREFACE



Değerli Meslektaşlarım,

İki bin yedi yılının Eylül ayında yayın yaşamına başlayan Türk Dermatoloji Dergisi, sizlerin katkıları ve desteğiyle bugünlere ulaşmıştır. Özellikle, başta Dernek Başkanı Sayın Prof. Dr. Can Baykal olmak üzere, bir önceki Türk Dermatoloji Derneği Yönetim Kurulu'nun, derneğin bir yayın organı olması konusunda gösterdikleri çabalar gerçekten her türlü övgüye layıktır. Aynı şey, derginin ilk ve en zor dönemlerinde Editör ve Editör Yardımcılığı görevlerini başarıyla yürüten, Sayın Prof. Dr. Serap Utaş ve Sayın Prof. Dr. Ayten Ferahbaş için de geçerlidir. Emegini özveriyle ortaya koyan tüm meslektaşlarımıza teşekkür ediyorum.

Türk Dermatoloji Dergisi, yeni yayın döneminde bilimsel çalışmaların sunulduğu bir ortam olmanın yanı sıra; sürekli dermatoloji eğitimi, ulusal tanı ve tedavi kılavuzları, meslek alanımızla ilgili güncel gelişmeler, sanat ve dermatoloji gibi geniş bir yelpazede, yine sizlerin değerli katkılarıyla, düşünce ve görüşlerimizi paylaşacağımız bir platform niteliğine ulaşma çabası içinde olacaktır.

Şimdiye dek olduğu gibi, bundan sonra da hem Türk Dermatoloji Derneği'ne, hem de Türk Dermatoloji Dergisi'ne içtenlikle sahip çıkacağınıza inanıyorum, saygı ve sevgilerimi sunuyorum.

**M. Oktay Taşkapan**

**Türk Dermatoloji Derneği Başkanı**



# Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

## EDITÖRDEN / EDITORIAL



Saygıdeğer Meslektaşlarımız,

Her şeyden önce, Türk Dermatoloji Dergisi'ni, yıllardan beri sizlerden gelen özgün araştırmalar ve olguların sunumuyla, oldukça fazla sayıda okura ulaşarak, düzenli ve son derece kaliteli bir yayın akışına kavuşturan, başta bir önceki Türk Dermatoloji Derneği Başkanı Sayın Prof. Dr. Can Baykal, dergimiz editörü Sayın Prof. Dr. Serap Utaş ve editör yardımcısı Sayın Prof. Dr. Ayten Ferahbaş'la birlikte tüm danışma kurulu üyeleri ve emeği geçen herkese, dermatoloji ailesi adına, gönülden teşekkür ediyoruz.

Dergimizin yeni yayın döneminde, sizlerden gelen istekler doğrultusunda, bir yandan ülkemizdeki bilimsel ve akademik gelişimin sürdürülmesine, diğer yandan sürekli dermatoloji eğitiminin desteklenmesi ve alanımızı ilgilendiren sosyal konuların ele alınmasına olanak sağlayacak şekliyle, farklı başlıklarla yeni bir yapılanma süreci içine girmiş bulunuyoruz.

Bu sayıdan itibaren, en son bilgi birikiminin yansıtıldığı ve sonunda kendini değerlendirme sorularıyla konunun pekiştirildiği bir ana konu, özellikle tartışmalı konularda uzman görüşleri, derneğimizin çalışma gruplarının özverili çabalarıyla oluşturulacak kılavuzlar, yeterlik sınav hazırlığı, ülkemizdeki dermatoloji uzmanlık eğitimindeki gelişmeler, anılarda ve sanatta dermatoloji başlıklarıyla yeni bölümlerin eklenmesi programlanarak beğeninize sunulacaktır.

Dergimizin yeni yayın ekibi olarak, gelecek günlerdeki yayın akışında, sizlerin akademik ve sosyal anlamdaki desteklerinizle, en fazla okuyucu kitlesine ulaşan ve etki gücü yüksek bir dergi olma noktasına ulaşacağına olan inancımızı dile getirerek saygılarımızı sunarız.

**A. Şebnem Özkan**  
Editör

## Liken Sklerozus

### *Lichen Sclerosus*

Şeniz Ergin

#### Özet

Liken sklerozus, sıklıkla kadınlarda postmenapozal dönemde, anogenital bölgede, porselen beyazı sklerotik plaklar ile karakterize, progresif, inflamatuvar bir dermatozdur. Çocuk ve erkeklerde de görülebilir. Ekstragenital tutulum izlenebilir. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte otoimmün, genetik, hormonal ve enfeksiyöz faktörler öne sürülmüştür. Tiroid hastalığı, alopesi areata, vitiligo, diabetes mellitus ve pernisiyöz anemi gibi otoimmün hastalıklar ile birliktelik gösterir. Hastalarda ekstraselüler matriks protein-1'e karşı antikor varlığı bildirilmiştir. Ailesel görülmesi ve HLA DQ7 birlikteliği etyolojide genetik faktörlerin varlığını destekler. Etiyolojide östrojen ve androjenlerin rolü gösterilememiştir. Akrodermatitis kronika atrofikansa benzer klinik bulgular ile seyretmesi etyolojide *Borrelia burgdorferi* antikorlarının araştırılmasına neden olmuşsa da bir sonuç elde edilememiştir. Hastalık, genetik yatkınlık varlığında travma ile tetiklenebilir. Kaşıntı en belirgin semptomdur. Ağrı, yanma ve dizesteziler bulunabilir. Kız çocuklarında cinsel istismar ile karışabilir ve cinsel istismar varlığında şiddetli seyredir. Tedavi edilmediğinde anogenital bölgede kalıcı anatomik değişikliklere yol açar. Erkek çocuklarda en sık edinsel fimozis sebeplerinden birisidir. Meatal stenoz ve üriner obstrüksiyon gelişebilir. Erektile disfonksiyon ve introital stenoza bağlı dispareni erkek ve kadınlarda psikoseksüel sorunlara neden olur. Perianal tutulum, kadınlarda ve kız çocuklarında konstipasyona yol açar. Uzun süreli anogenital lezyonlar skuamöz hücreli karsinom gelişme riski taşır. Nadir olarak verrüköz karsinom görülebilir. Ekstragenital belirtiler için benzeri risk bildirilmemiştir. Tedavide ilk seçenek çok güçlü topikal kortikosteroidlerdir. Kortikosteroidlere yanıtızlık durumunda topikal immunomodulatorler, UVA1, kalsipotriol, sistemik retinoidler ve fotodinamik tedavi alternatif yaklaşımlardır. Neoplazi geliştiğinde ve diğer komplikasyonların varlığında cerrahi yöntemler kullanılır. Erkeklerde sıklıkla prepsiyumun tutulması nedeniyle sünnet, topikal kortikosteroidlere iyi bir alternatiftir. Sıklıkla kür ile sonuçlanır. Ciddi komplikasyonları nedeniyle liken sklerozus ömür boyu izlem gerektiren bir hastalıktır. Hastaların eğitilerek tedavi ve izlem sürecine etkin katılımları sağlanmalıdır.

(*Turk J Dermatol 2012; 6: 27-34*)

**Anahtar kelimeler:** Liken sklerozus, otoimmünite, karsinom

#### Öğrenme Hedefleri

Liken sklerozusun etyopatogenezinde suçlanan faktörlerin belirlenmesi, klinik ve histopatolojik özelliklerinin tanınması, ayırıcı tanısına giren diğer dermatozların dışlanması, dermatozun ve tedavi sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlarının ayırd edilebilmesi ve algoritmik tedavi programının oluşturulmasıdır.

#### Abstract

Lichen sclerosus is a progressive, inflammatory dermatosis characterized with porcelain white sclerotic plaques most commonly in the anogenital area of postmenopausal women. Children and men can also be affected. Extragenital involvement may occur. Even though the etiology is unknown; autoimmune, genetic, hormonal and infectious factors are suggested. Lichen sclerosus is associated with autoimmune diseases such as thyroid disease, alopecia areata, vitiligo, diabetes and pernicious anemia. An increased incidence of autoantibodies to the extracellular matrix protein 1 is shown in sera of patients with lichen sclerosus. Familial occurrence and an association with HLA DQ7 supports the presence of genetic factors in its etiology. However, the role of estrogen and androgens could not be demonstrated as etiologic factors. Clinical similarity with acrodermatitis chronica atrophicans led researches to be held for the detection of *Borrelia burgdorferi* antibodies ended with conflicting results. Disease may be triggered with trauma in the presence of genetic predisposition. Pruritus is the main symptom. Pain, burning and dysesthesia may occur. Lichen sclerosus may be confused with sexual abuse in girls. Furthermore, it is more severe in the presence of sexual abuse. If not treated it leads to permanent anatomical disorders in the anogenital region. It is one of the most common cause of acquired phimosis in boys. Meatal stenosis and urinary obstruction may develop. Erectile dysfunction and dyspareunia due to introital stenosis may cause psychosexual problems in men and women. Perianal involvement causes constipation in women and girls. Long-standing anogenital lesions have the risk of developing squamous cell carcinoma. Verrucous carcinoma rarely occurs. Extragenital symptoms do not have similar risks. Ultra-potent topical corticosteroids are used as the first line therapy. In the case of unresponsiveness to corticosteroids the alternative approaches are topical immunomodulators, UVA1, calcipotriol, retinoids, and photodynamic therapy. In the presence of neoplasia and other complications surgical interventions are considered. Due to mainly preputial involvement, circumcision is an alternative procedure to topical corticosteroids in men. Often it may be curative. Lichen sclerosus is a disease with serious complications that needs life-long follow-up. Patients should be trained and encouraged for effective participation to the treatment and follow-up period.

(*Turk J Dermatol 2012; 6: 27-34*)

**Key words:** Lichen sclerosus, autoimmunity, carcinoma

#### Tanım

Liken sklerozus (LS); porselen beyazı maküller ile karakterize, progresif, sklerozan inflamatuvar bir dermatozdur (1).

#### Tarihçe

İlk kez 1887 yılında, Hallopeau tarafından, liken planusun atrofik formu (lichen plan atrophique) şeklinde rapor edilen hastalığı,

1892 yılında Darier, histopatolojik görünümünü de dikkate alarak, liken planus sklerozus (lichen plan scléroux) olarak adlandırmıştır (2).

Hastalık, literatürde "kraurozis vulva, balanitis kserotika obliterans, hipoplastik distrofi, lökoplaki, liken albus, 'weissflecken' (beyaz noktalar) dermatozu, liken sklerozus et atrofikus" şeklinde yer almaktadır (1, 3, 4). Uluslararası vulvovajinal hastalıklar çalışma grubu 1976 yılında, hastalığın "liken sklerozus" olarak adlandırılmasına karar vermiştir (1-3).

### Epidemiyoloji

Dermatoloji polikliniğine başvuran hastalar arasındaki prevalansı 1/300-1/1000 şeklinde bildirilmiştir (3). Kadınlarda en sık postmenopozal dönemde, 50 ile 60'lı yaşlarda, erkeklerde 30-50 yaşlar arasında kendini gösterir. Kadınlarda erkeklerden 6-10 kat daha sıktır. Çocukluk döneminde ise bu oran değişir. Prepubertal kızlarda, 2-16 yaşlar arasında, 1/900, 0-14 yaş erkeklerde 1/200 sıklıkta görülür. Erkek çocukta daha sık görülmesi fimozisin erken ve kolay tanınarak tedavi edilmesine bağlanmaktadır. Kız çocuklarında ise kolaylıkla atlanabildiği ve ileri yaşlarda sorun olarak belirdiği öne sürülmüştür (1, 5).

Hastalığın asemptomatik seyredebilmesi ve semptomatik olduğunda jinekolog, ürolog, dermatolog, pediatrist, aile hekimi gibi farklı branş hekimlerince tedavi edilmesi nedeniyle bildirildiğinden daha sık olduğu öngörülmektedir. LS, farklı etnik gruplarda görülmesine karşın beyaz ırkta daha sıktır (1).

### Etyopatogenez

Liken sklerozusun sebebi henüz bilinmemekle birlikte, otoimmün, genetik, hormonal, enfeksiyöz etkenler ve travma üzerinde durulmuştur. LS, otoimmün hastalıklarla %21.5-34 birliktelik gösterir. LS'nin, birliktelik gösterdiği otoimmün hastalıklar sıklıkla Hashimoto tiroiditi, alopesi areata, vitiligo, diabetes mellitus ve pernisyöz anemidir. Bu hastalıklar açısından ailesel ve kişisel otoimmün hastalık öyküsü LS için risk faktörü kabul edilir (1, 5, 6). LS'nin otoimmün hastalık olduğunu düşündüren bir diğer bulgu, genital LS'li hastalarda dolaşımda ekstraselüler matriks protein (EMP) -1'e karşı Ig G yapısında antikor varlığının gösterilmesi olmuştur (1, 7). Ek olarak, LS'de bazal membran proteinlerine karşı antikor üretimi ve T hücre reaktivitesi saptanmıştır (5). Yine de, genital LS'de bu antikorların varlığı kimi yazarlar tarafından epifenomen olarak değerlendirilmektedir. Duyarlı epitelin idrar ile hasarlanması sonucu açığa çıkan antijenik özellikte yapıların antikor üretimine neden olduğu düşünülmüştür (7, 8). EMP-1 hem kadın hem de erkek genital LS'de anlamlı düzeyde yüksek saptanmış, ancak hastalığı başlatan bir faktör olarak bütünüyle kabul görmemiştir. Sünnetsiz erkeklerde, prepisyum altında biriken epitelyal debris ve sekresyonların kronik fiziksel irritasyon, kronik balanit veya subklinik travma ile Koebner etkisi oluşturabileceği, ayrıca, üriner inkontinans ve navikulomeatal disfonksiyona bağlı idrara kronik maruz kalmanın irritan etki yaratabileceği ileri sürülmüştür. Sünnetli erkeklerde, hipospadias, cerrahi girişim ve travma olmadıkça LS'nin çok nadir görülmesi bu görüşü desteklemektedir (8).

Liken sklerozusun, postmenopozal dönemde sık görülmesi, kız çocuklarında önceleri menarş ile gerilediğinin kabul edilmesi hormonal faktörlerin etyolojide rol oynayabileceğini düşündürmüştür, ancak bu konuda yapılan araştırmalarda menarş, menapoz, gebelik, histerektomi, oral kontraseptif kullanımı ya da hormon replasman tedavisi ile bir ilişki saptanmamıştır (1, 5). Tedavi almamış LS'li hastaların serumunda dihidrotestosteron düzeyinin düşük saptanması üzerine, androjenlerin periferik metabolizmasından sorumlu ve genital bölgede etkin 5 $\alpha$ -redüktaz enzim aktivitesi üzerinde durulmuş, ancak topikal testosteron ile androjen düzey-

lerinde artış gösterilmesine karşın klinik yanıt alınamaması üzerine LS ve androjen ilişkisi sorgulanmaz olmuştur (1, 2).

Ailesel LS vakalarının bildirilmesi, kadın ve erkek hastalarda immunogenetik çalışmalarda HLA DQ7 birlikteliğinin gösterilmesi genetik faktörlerin de etyolojide rol oynadığını düşündürmektedir (1, 5, 9). Ayrıca, bir çalışmada, İnterlökin (IL)-1 reseptör antagonist gen polimorfizmi LS şiddeti ile ilişkilendirilmiştir. IL reseptör antagonisti, kuvvetli anti-inflamatuvar özelliğe sahip endojen bir moleküldür (10).

Liken sklerozus, akrodermatitis kronika atrofikansa klinik ve histopatolojik benzerliği nedeniyle *Borrelia burgdorferi* başta olmak üzere çeşitli enfeksiyöz etkenler ile ilişkilendirilmişse de çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bugüne kadar LS'yi tetiklediği bilenen bir mikrobiyal etken bulunamamıştır (1, 4).

Çizik, sıyrık yada hasar gören normal deri üzerinde lezyonların belirmesi şeklinde görülen Koebner fenomeni, LS'nin bir özelliğidir (1). Genital travma, çeşitli yayınlarda, genetik yatkınlığı olan bireylerde hastalığı tetikleyen bağımsız bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (6) (Tablo 1).

### Klinik Bulgular

İlk belirtiler fildişi renginde yada porselen beyazı maküllere dönüşen eritemli makül ve papüllerdir (1). Daha sonra birleşerek ince kıvrıklıkların izlendiği plak ve yamalar halini alırlar. Erken evrede, folliküler tıkaçlar izlenebilir (Resim 1). Erozyon, telenjektazi, purpura ve ekimoz sıklıkla eşlik eder. Nadiren hemorajik büller oluşur. Ayrıca, bazen de hiperkeratotik veya sklerotik plaklar görülür (4).

Liken sklerozus, %85-98 anogenital yerleşimlidir. Kadınlarda anogenital bölgede izlenen hastalık erkeklerde genellikle genital bölgede sınırlı kalır. Ekstragenital yerleşim %15-20 şeklinde bildirilmiştir. Kadında anogenital LS, prepubertal ve postmenopozal olmak üzere iki dönemde pik yapar. Erkeklerde de benzeri pik dönemler mevcuttur (1, 5).

Kadında anogenital yerleşimli LS, sulkus interlabialis, labia major, labia minor, klitoris ve çevresinde, perine ve perineal cisim üzerinde yerleşir. Genital mukoza tutulmaz. Vajina ve serviks hemen daima korunmuştur

**Tablo 1. Liken sklerozus etyopatogenezinde sorgulanan faktörler**

<b>Otoimmünite</b>	
<b>Birliktelik gösterdiği hastalıklar</b>	Hashimoto tiroiditi Alopesi areata Vitiligo Diabetes mellitus Pernisyöz anemi
<b>Dolaşımda EMP* antikor?</b>	
<b>Genetik</b>	Ailesel özellik HLA DQ7
<b>Hormonal</b>	Östrojen azlığı? Androjen azlığı?
<b>Enfeksiyon</b>	<i>Borrelia burgdorferi</i> ?
<b>Travma</b>	
*EMP: Ekstraselüler matriks proteini	





**Resim 1. Ekstragenital yerleşimli, soluk pembe zemin üzerinde izlenen beyaz atrofik plak merkezinde belirgin folliküler tıkaçlar dikkat çekmekte**

(1, 2, 4). Mukokutanöz bileşke yerinde (vestibulum) tutulum görülebilir. Vakaların %30'unda perianal lezyonlar bulunur (4). Vulvar ve perianal tutulum birlikte olduğunda anogenital bölgede sekiz harfi görünümü oluşur (1, 2, 11). Gluteal ve genitokrural bölgelere yayılabilir. Koebnerizasyon nedeniyle LS epizyotomi skarı üzerinde kendini gösterebilir (4).

Kaşıntı en belirgin semptomdur. Uyku düzenini etkileyecek şekilde geceleri belirgin olabilir. Kronik kaşıntı nedeniyle klinik bulgular öncelikle liken simpleks kronikusu akla getirebilse de, iyi bir fizik muayene ile yada izlem sürecinde LS'nin tanınması mümkün olur. Ayrıca hastalarda, kronik kaşıntı ve dermatite ikincil vulvar melanozis de gelişebilir. Erozyon ve fissur varlığında ağrı yakınması ön plandadır. Bu belirtiler ya da introital darlık söz konusu ise ana semptom disparonidir. LS, asemptomatik de olabilmektedir. Bu durumda genital muayene sırasında tesadüfen fark edilir (2, 4, 11).

Kız çocukta anogenital yerleşimli LS, sıklıkla kaşıntı ve yanma ile kendini belli eder. Dizüri de görülebilir. Yetişkindekine benzer görünümündedir. Ekimoz, en belirgin klinik bulgu olabilir. Bu durumda cinsel istismar ile karışır. Cinsel istismar varlığında, ayrıca, koebnerizasyon nedeniyle şiddetli klinik seyir gösterebilir. Geç prepubertal dönemde ortaya çıkan, tedaviye iyi yanıt alınamayan, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların eşlik ettiği LS ve istismara ait ek bulgular varlığında cinsel istismar akla gelmelidir. Lezyonlarda geçici olarak milia izlenebilmektedir (2, 4). Ayrıca, kız çocuklarında perianal tutulum siktir. Ağrılı fissurler konstipasyona neden olur (1, 4). Puberte döneminde kendiliğinden iyileşen vakalar bildirilmesine karşın sıklıkla kronik seyir izler (2, 12).

Erkeklerde genital yerleşimli LS'de, kaşıntı, yanma, sünnnet derisini geri çekmede güçlük, zayıf idrar akımı en belli başlı yakınmalardır. Prepisyum, koronal sulkus ve glans penise yerleşir. Penis şaftı ve skrotum nadiren tutulur (4, 13). Soluk, atrofik ve sklerotik plaklar izlenir. Prepisyumun ucunda sklerotik beyaz halka tipiktir. Prepisyumda oluşan darlık sonucu erektil disfonksiyon ve ağrılı ereksiyon yakınmaları görülür. Yetişkin erkeklerde fimozisin sebebi %11-30 LS'dir. Nüksler genellikle sünnnet sikatriksi üzerinde belirir. Perianal tutulum erkeklerde çok nadirdir. Perimeatal bölge tutulduğunda postinflamatuvar sikatriks gelişimi ve obtrüksiyona yol açar (4).

Erkek çocuklarda genital bölgede, sıklıkla prepisyum tutulur ve en sık bulgu fimozistir. LS fimozisli çocuklarda %14-100 oranında bildirilmiştir. Perianal tutulum çok nadir görülür (4). Asemptomatik seyredebilir. Şiddetli tutulumda dizüri ana semptom olabilir (12).

Ekstragenital LS, gövdenin üst kısmı, boyun, meme altı, el bilekleri, omuzlar ve aksiller bölgede sıklıkla yerleşir. Kadınlarda, gluteal ve lateral femoral bölgelerde de görülebilir. Yüz, saçlı deri, oral mukoza, el, ayak ve tırnaklara nadir yerleşir (1, 2, 4, 14). Porselen beyazı, soluk, atrofik yama ve plaklar, folliküler çukurlar tipik özelliğidir. Ayrıca, büllöz, annuler, "Blascho" çizgilerini izleyen ve keratotik varyantlar da görülebilir. Ekstragenital yerleşimde koebnerizasyon siktir. Bası bölgelerinde, eski cerrahi ve radyoterapi sikatrikslerinde, travma bölgelerinde ortaya çıkma eğilimi gösterir (4, 15). Nadiren kaşıntılıdır. Ekstragenital tutulum, anogenital belirtiler ile birlikte veya tek başına görülebilir (11).

Genital LS'li hastaların hekime başvuru sebebi arasında kaşıntı, ağrı, yanma gibi semptomlar yanında cinsel sorunlar önemli bir yer tutar. Bu durumda tanı gecikebilir veya atlanabilir (1, 4, 5).

#### TANIDA ÖNEMLİ

- Tipik klinik sunum; postmenopozal kadında anogenital yerleşimli porselen beyazı sklerotik lezyondur.
- o Çocuk ve erkeklerde daha az görülür.
- o Ekstragenital yerleşim %15-20'dir.
- En belirgin semptom; kaşıntıdır. Ağrı, vulvodini ve disparoni görülebilir
- Koebner belirtisi gösterir.
- Sıklıkla otoimmün hastalıklar ile birliktelik gösterir.
- Yetişkinlerde psikoseksüel sorunlara yol açar.

#### Histopatolojik Özellikler

Liken sklerozus, histolojik olarak epidermal atrofi, dermiste kalınlaşma, T hücrelerinden oluşan inflamatuvar infiltrasyon ve skleroz ile karakterizedir (2).

Erken dönemde, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon ve yüzeyel dermiste histiyosit ve plazma hücrelerinin eşlik ettiği band tarzlı lenfositik infiltrasyon dikkat çeker. Lezyon eskidikçe, rete sirtları silinerek epidermal atrofi ve hiperkeratoz kendini gösterir. Bu değişim sırasında, papiller dermisteki elastik lifler kaybolur ve subepidermal ödem belirmesiyle infiltrat dermise doğru kayar. İlerleyen süreçte fibrozis gelişir. Bazal tabakada vakuoler dejenerasyon ileri derecede olduğunda epidermis dermisten ayrılarak bül oluşur (2, 3, 13).

#### BIYOPSİ GEREKSİNİMİ

- İnatçı erozyon, eritem, hiperkeratotik papül veya plak varlığı
- Verrüköz papüllerin belirmesi durumunda
- Tedaviye yanıt alınmadığında
- Tedavi değişikliği planlanıyor ise
- Pigmente alanlarda anormal melanositik proliferasyonu dışlamak üzere

Geç dönemde izlenen tipik histopatolojik bulgular, epidermal atrofi, hiperkeratoz, bazal membranda kalınlaşma, hyalinize alan şeklinde gözlenen seyrek elastik lifleri ve şişmiş kollojen lifleri barındıran subepidermal ödem,

bu bölgenin hemen altında belli belirsiz lenfositik infiltrasyondur (Tablo 2). Konnektif doku değişikliklerinin izlendiği hyalinize alan ile dermal infiltrat arasında dilate kan damarları yer alır. Sklerotik bölgede makrofajlar, mast hücreleri, CD4 (+) ve CD8 (+) T hücreleri bulunur. LS'de hastaların üçte birinde epitelde atrofi yerine diffüz skuamoz hiperplazi bulgusuna rastlanılmaktadır. Sıklıkla, kronik kaşıntı ve sürtmeye bağlıdır. Yine de, görüldüğünde malignite riski açısından takip gerektirir (2, 3, 13). Yüzeysel dermiste ki hyalinize alan, ekstraselüler matriks kompozisyonunda değişikliklere işaret eder. Bu bölgede, kollojen I, III, elastin, fibrillin, tenaskin, fibrinojen ve fibronektinin dağılımı değişmiştir. Ekstraselüler matriks kompozisyonundaki bu değişikliklerin, LS'de sikatriks sürecini başlattığı ve derinin incelmeye yol açtığı düşünülmüştür (16). Elektron mikroskopik incelemede, kollojen liflerinde immatürasyon, çapraz çizilenme kaybı ve hücre içinde matur kollojen kümeleri izlenir. İmmunohistokimyasal incelemede, üst dermiste elastin ve fibrillin liflerinde azalma ve parçalanma görülür (2, 3). LS'de, fibrozisten sorumlu sitokinlerden IL-4, transforming growth factor- $\beta$  ve IL-6'nın ekspresyonunda artış ve kollojen inhibitörü interferon-g ekspresyonunda ise azalma saptanmıştır (16-18).

### Tanı ve Ayırıcı Tanı

Tanı sıklıkla klinik görünüm ile konur. Yine de, özgün histopatolojik bulgulara sahip olması nedeniyle klinik tanıyı doğrulamak ve eroziv yada atrofik liken planus, sikatriksel pemfigoid, liken simpleks ve morfea gibi hastalıkları dışlamak amacıyla biyopsi almak yerinde olur. Tipik klinik görünümü soliter LS plağı varlığında, özellikle de çocuk hastalarda, biyopsi alınmayabilir. Tanıda güçlük yaratan atipik görünümü veya neoplazik değişim şüphesi uyandıran lezyonlarda ise biyopsi kaçınılmazdır. İzlem sırasında, inatçı erozyon, eritem, hiperkeratotik papül ve plakların olması, yeni verrüköz papüller belirtilerin ortaya çıkması, uygun tedaviye rağmen yanıt alınmayan durumlarda, ikinci basamak tedaviye geçiş planlanıyor ise ve pigmentasyon gösteren alanlarda anormal melanositik proliferasyonu dışlamak amacıyla biyopsi yapılmalıdır (3, 4, 11).

Ayrıntılı ve dikkatli bir fizik muayeneye ek olarak kadın hastalarda spekulum ile muayene, genital akıntı, eritemli, skuamli makül ve plaklar varlığında KOH inceleme LS ayırıcı tanısında önemli yer tutar. Kadın hastalarda, genital akıntı varlığında mikroskopik inceleme ve pH testi, kandidiyazis, trikomoniyazis yada bakteriyel vajinozis tanısında yararlıdır. Gerek görüldüğünde, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik incelemeler de yapılabilir (11).

Eroziv LS'de rutin mikrobiyolojik kültür alınması gerekli değildir. Kandida ve herpes simpleks enfeksiyonunu dışlamak amacıyla ya da LS ile birliktelikleri nedeniyle, belirtilerin şiddetlendiği veya tedaviye yanıtızlık durumunda ve ayrıca vajinal akıntı varlığında kültür alınması önerilir (4).

Kadında anogenital LS, vulvar pruritus etyolojisinde yeralan pek çok hastalığın ayırıcı tanısına girer (11) (Tablo 3). Genç kızlarda ayırıcı tanıda öncelikle viral, fungal ve bakteriyel enfeksiyonlar, oksiyurazis, ekzema ve cinsel istismar düşünülmelidir (19). Cinsel istismarda LS ile karışan erozyon, fissürler, hematolar, kanama ve sikatriksler görülür. LS'de cinsel

**Tablo 2. Liken sklerozusun histopatolojik özellikleri**

Erken dönemde
Yüzeysel dermiste band tarzı lenfositik infiltrasyon
Bazal tabakada vakuoler dejenerasyon
Geç dönemde
İnfiltrasyon az yada yok
Dermiste skleroz, fibrozis
Epidermiste atrofi

istismar bulgularının aksine himen normal görünümündedir ve sfinkter tonusu korunmuştur. Yine de, her iki durumun birarada olabileceği hatırlanmalıdır (1). Penil LS'de ayırıcı tanıda, bakteriyel veya fungal balanit, Zoon balaniti, balanitis sirsinata, fiks ilaç erupsiyonu, liken planus, morfea, psoriasis, sikatriksel pemfigoid ve kontakt dermatit yer alır (13). Ekstragenital yerleşimli belirtiler sıklıkla morfea, atrofik liken planus, diskoid lupus eritematozus ve porokeratoz ile karışabilir (20).

### Komplikasyonlar

Liken sklerozus, sikatriksel seyirlidir. Skar oluşumu, derinin ve anatomik bölgenin doğal yapısını bozar. Kız çocuklarda ve kadınlarda inflamatuvar süreci takiben sikatriks oluşumu ile labia minörlerde yapışıklık ve hatta kayıba neden olabilir. Vestibulumda oluşan sikatriks doku vajinal introitus-ta darlığa ve dispareniye yol açar. Ciddi introital stenoz, sıklıkla, LS ile liken planusun örtüştüğü durumda görülür. Sikatriks gelişimi, ayrıca miksiyon gücünü yaratabilir. Klitoris komşuluğunda oluşan yapışıklıklar klitorisin gömülmesine de neden olur. Bu bölgede keratinöz debris birikimi ile ağrılı psodokist oluşabilir. Kız çocuklarında perianal tutulum siktir. Fissürler, ağrılı defekasyona ve konstipasyona yol açar (1, 4).

Erkeklerde ve erkek çocuklarda, preputial yapışıklıklar, fimozis, oluşabilir. Edinsel fimozisin en belli başlı sebebi LS'dir. Fimozis nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların %10-40'ında sebebin LS olduğu belirlenmiştir (12). Fimozis, erektil disfonksiyona neden olur. LS, ilerledikçe meatus ve uretrayı da tutar. Meatal stenoz gelişebilir. Literatürde, meatal obstruksiyona bağlı nadir bir komplikasyon olarak renal yetmezlik geliştiği rapor edilmiştir (4).

Vestibulodini, vulvodini, vulva veya vestibüldeki inflamatuvar süreci takiben gelişir. Klinik iyileşme olsa bile bu semptomlar sürebilir. Penil dizestezi şeklinde, benzeri belirtiler erkeklerde de görülür. Glansta, üretral meatusta yanma duyusu olabilir. LS, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek psikoseksüel sorunlara yol açabilir (4, 5) (Tablo 4).

### Liken Sklerozus ve Deri Kanseri

Anogenital LS, sıklıkla skuamoz hücreli karsinom (SHK) ile ilişkilendirilmektedir. Nadiren verrüköz karsinom geliştiği bildirilmiştir. Ekstragenital tutu-

**Tablo 3. Kadınlarda en sık vulvar pruritus sebepleri (11)**

Akut	Kronik
Kontakt dermatit	Kontakt dermatit
Allerjik	Allerjik
İrritan	İrritan
Enfeksiyonlar	Dermatozlar
Fungal	Liken sklerozus
Vulvovajinal kandidiyaz	Liken simpleks kronikus
Tinea kruris	Liken planus
Atipik kandida	Psoriasis
Bakteriyel	Neoplazi
Bakteriyel vajinoz	Vulvar kanser
Viral	Meme dışı Paget hastalığı
HPV* (kondilom, VIN**)	Enfeksiyonlar
Molluskum kontagiozum	HPV* (kondilom, VIN**)
Diğer	Kronik veya tekrarlayan maya
Trikomoniyaz	Atrofi
Skabies	

\*HPV: Human papilloma virus, \*\*VIN: Vulvar intraepitelyal neoplazi

**Tablo 4. Liken sklerozusta görülen komplikasyonlar**

<b>Kadınlarda ve kız çocuklarında</b>
Labial yapışıklıklar
İntroital darlık
Gömülü klitoris
Klitoral psodokist
Anal fissurlere bağlı konstipasyon
Miksiyon güçlüğü
Vulvar disestezi, Disparoni
Uzun süreli LS*de SHK** gelişmesi
<b>Erkeklerde</b>
Fimozis
Eretil disfonksiyon
Meatal stenoz ve obstrüksiyon
Ender olarak renal yetmezlik
Penil disestezi
SHK** gelişmesi
*LS: Liken sklerozus, **SHK: Skuamoz hücreli karsinom

lumda risk yok kabul edilir (4). Anogenital LS'de, ekstragenital LS ve kontrollerden farklı olarak, p53 gen ekspresyonu ve proliferasyon belirteçleri Ki-67 ve minikromozom koruma proteini 3'ün (minichromosome maintenance protein) artmış olduğu gösterilmiştir. Özellikle uzun süreli LS'de p53 gen ekspresyonunun belirgin artışı SHK gelişimi açısından daha riskli bulunmuştur (21). Genital LS'lu kadınlarda SHK riski %3-7, erkeklerde %2-12.5 şeklinde bildirilmiştir (9, 22).

Kadınlarda vulvar SHK %3-7 LS üzerinden gelişir. Vulvar SHK tanılı hastalarda histolojik kesitler tekrar incelendiğinde %60'ında, LS bulgularına rastlanmıştır. Vulvar SHK'da bilindiği gibi öncü lezyon vulvar intraepitelial neoplazi (VIN)'dir. Literatürde, geleneksel VIN-1 (hafif), VIN-2 (orta) ve VIN-3 (şiddetli) şeklinde 3 derecelendirme yeralır. VIN terminolojisi 2004 yılında modifiye edilerek VIN-1'in kullanımı terk edilmiştir. Günümüzde, VIN-2 (orta), VIN-3 (şiddetli) kategorileri kullanılır. VIN-3, klasik (diferansiyasyon olmayan) VIN-3 ve diferansiyasyonlu VIN-3 şeklinde ayrılır. LS ile ilişkili form diferansiyasyonlu VIN-3 olarak adlandırılan formdur. VIN tanılı vakaların %2-10'unu oluşturur. Bir araştırmada, SHK gelişen LS'li hastaların çoğunda histopatolojik bulguların başlangıçta diferansiyasyonlu VIN özelliği taşıdığı bildirilmiştir. Diferansiyasyonlu VIN histolojik olarak, diskeratoz, hiperkeratoz, hiperplazi ve bazal keratinositlerde atipi ile karakterizedir. Klasik VIN ise human papilloma virus (HPV) ile ilişkilendirilmektedir (22).

Literatürde, LS ve penil SHK ile ilgili daha az veri bulunur. Penil SHK tanılı hastalarda histolojik kesitler incelendiğinde %32-50 oranında LS bulgularına rastlanmıştır. VIN kategorisine benzer şekilde penil intraepitelial neoplazi (PIN)-2 ve PIN-3 öne sürülmüştür. LS ile ilişkili diferansiyasyonlu PIN'de histopatolojik olarak, akantoz ve ortokeratotik hiperkeratoz (skuamoz hücre hipeplazisi) görülür. LS tanısından SHK gelişimine uzanan süre 14 ile 30 yıl arasında değişir (22).

Anogenital bölgede HPV enfeksiyonlarının da sıkça görüldüğü düşünülürse, ilk bakışta, anogenital LS'de SHK riski HPV varlığına atfedilebilir. Oysa, günümüzde bu konuda yapılan pek çok araştırma, LS'nin, HPV'den bağımsız bir karsinojenik faktör olduğunu göstermiştir. LS ile ilişkili kronik inflamasyon, moleküler düzeyde düzensizliklere yol açarak neoplastik proliferasyona zemin hazırlar. LS'lu hastalarda hücrel monoklonalite geliştiği bildirilmiştir. LS'de p53 gen mutasyonu ve enzimatik antioksi-

dan savunmanın bozulmasıyla oluşan oksidatif doku hasarının onkojenik riski arttırdığı düşünülmektedir (21). Tumor supresor geni p53'ün LS ile ilişkili diferansiyasyonlu VIN'de ekspresyonu artarken HPV ile ilişkili formda düşük düzeyde kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca, HPV'nin etyolojide rol oynadığı PIN'de protoonkogen p16 geninin aşırı ekspresyonu izlenirken LS ve diferansiyasyonlu PIN ile ilişkili SHK'da bu bulguya rastlanmamıştır (22).

Literatürde, LS ve verrüköz karsinom birlikteliği, 12'si vulvada, 17'si peniste olmak üzere toplam 29 hastada bildirilmiştir. Buna yönelik mekanizmalar bilinmemekle birlikte, etyolojide HPV, p53 gen mutasyonu, kronik inflamasyon, oksidatif stres gibi faktörler öne sürülmüştür (5,22). LS'li hastalarda HPV prevalansı %1-21'dir. HPV tip 6 ve 11 LS'de en sık saptanan tiplerdir. LS tedavisinde uzun süreli kullanılan güçlü kortikosteroidlerin HPV'yi aktive ederek latent enfeksiyonu açığa çıkardığı düşünülmüştür (22).

Literatürde, olgu bildirileri şeklinde, bazal hücreli karsinom, melanom, Merkel hücreli karsinom ile birliktelik yeralır. LS'nin bu malignitelerin gelişimindeki rolü hakkında veya bu hastalıklarda daha sık görüldüğüne dair yeterli kanıt yoktur (4, 22).

#### Tedavi ve izlem

Liken sklerozusta tedavi kaşıntı, ağrı, dizestezi vb. yakınmaların giderilmesi, anatomik bozukluk oluşumu ve komplikasyonların engellenmesi amacıyla uygulanmakta ve ayrıca, henüz kanıtlanmamış olsa da, tedavi ile inflamatuvar sürecin baskılanarak malign dönüşümün engellenebileceği ön görülmektedir. LS'de erkek çocuklarda fimoziste uygulanan sünnet dışında, tam kür mümkün değildir. Hastalık, sıklıkla tedavi ile kontrol altına tutulur (2, 5, 8, 12).

Nemlendiricili su bazlı kremler, kremli jeller, nötral sabunlar ile genital bölge temizliğinin yapılarak topikal iritanları uzaklaştırmak, dar, sıkı giysilerden kaçınmak ve nemlendirici kremleri düzenli kullanmak tedaviye ek yardımcı uygulamalar arasında yer alır (1, 4, 5).

#### TEDAVİ VE İZLEMDE ÖNEMLİ !

- Erkek çocuklarda en önemli edinsel fimozis sebebidir ve çoğu komplikasyon sünnet ile önlenir.
- Kız çocuklarda cinsel istismar ile karışabilir ve cinsel istismar varlığında LS şiddetli seyredebilir
- Tedavide çok güçlü topikal kortikosteroidler ilk seçenektir.
- Uzun süre seyirli hastalık skuamoz hücreli karsinom gelişme riski taşır

Erişkin ve çocuklarda güçlü ve çok güçlü topikal kortikosteroidler, mometazon furoat %0.05 merhem, klobetazol propionat %0.05 krem ve merhem, etkili ve tedavide ilk seçenek kabul edilir. Kortikosteroidler LS'de anti-inflamatuvar, antipruritik ve vazokonstriktif etki gösterir. Klobetazol propionat vulvar LS'de 3 ay süre ile kullanıldığında gerek hasta gerekse hekim değerlendirmesinde plasebodan üstün bulunmuş ve enfeksiyona yatkınlık, atrofi ve kontakt dermatit gibi yan etkiler bildirilmemiştir. Mometazon furoatın 5 hafta süre ile penil LS'de kullanıldığı bir çalışmada fimoziste klinik düzelmeye izlenirken plasebo grubunda tablonun kötüleştiği kaydedilmiştir. Benzer şekilde mometazon furoat kullanımı ile yan etki gözlenmemiştir (5). Merhem formülasyonlar, kremlerden daha az iritasyon oluşturmaları nedeniyle LS'de tercih sebebidir (2, 3). Güçlü ve çok güçlü topikal kortikosteroidlerin bir ay süreyle günde bir veya iki kez, ardından güneşli veya haftada 1-2 gün, 3 ay süreyle kulla-

nımlarının hastalığı kontrol altında almada etkili olduğu bildirilmiştir. Retrospektif bir çalışmada, orta güçlü triamsinolon %0.1 merhem, vulvar LS'de 3 ay kullanım sonunda subjektif semptomları %47-92 oranında azalttığı kaydedilmiştir. Güçlü kortikosteroidlerin farklı bir kullanım şekli de, ilk bir ay günde bir veya iki kez, diğer ay günün başı ve sonunda haftada 2-3 gün olarak bildirilmiştir (1, 4, 23). Literatürde, çocuklarda, çok güçlü kortikosteroidlerin LS tedavisinde güvenle kullanılabilirliği bildirilmişse de tedaviye orta güçlü kortikosteroidler ile başlanarak yanıtızlık durumunda güçlü kortikosteroidlerin tercih edilmesini öneren yazarlar da vardır (1, 2, 4). Güçlü topikal kortikosteroidlerin 12 haftalık kullanımları 30 gramı geçmemelidir. Altı ay düzenli izlem ve tedaviye rağmen yanıt alınmıyor ise topikal kortikosteroidlerin kesilmesi gerekir. Hiperkeratotik ve inatçı plakların varlığında alternatif yaklaşım olarak ayda bir triamsinolon asetonid 5-20 mg/mL intralezyonel uygulanabilir. Yine de, bu uygulama öncesinde skuamöz hücreli karsinom açısından insizyonel biyopsi yapılmalıdır. Kortikosteroidlere bağlı deride incelleme, atrofi, stria, purpura ve telenjektazi oluşumu gibi yan etkiler konusunda dikkatli olunmalıdır (2, 4, 5).

Topikal immunomodülatörler, takrolimus ve pimekrolimus, kortikosteroidlere benzer etki gösterir. Uygulandıkları bölgede yan etki olarak yanma hissine neden olabilirler. Atrofi, telenjektazi gibi yan etki oluşturmazlar (5). Şiddetli LS'li kadın hastalarda topikal pimekrolimusun 6 ay süre ile kullanıldığı bir çalışmada, tedavinin 2. ayında tip 1 kollojen sentezinde 3.5 kat ve tip 3 kollojen sentezinde 7.5 kat artış, tedavi sonunda ağrı ve/veya kaşıntının kaybolması ile %42 oranında tam remisyona bildirilmiştir. Topikal pimekrolimus ile klobetazol propionatın karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, her iki ajanın da LS tedavisinde etkili olduğu, ancak inflamasyonu baskılamada klobetazol propionatın pimekrolimustan daha üstün olduğu kaydedilmiştir (5, 24). Yine de, topikal kalsinörin inhibitörlerine bağlı deri kanseri ve lenfoma gelişme riski nedeniyle malignite potansiyeli taşıyan deri hastalıklarında kullanımları önerilmemektedir. Food and Drug Administration (FDA) 2006 yılında bu ajanların kullanımını sınırlandıran bir uyarı yayınlamıştır (25).

Önceleri yaygın kullanılan, topikal testosteron propionat, dihidrotestosteron ve progesteron, az sayıda hasta ile yürütülen çalışmalarda plasebodan üstün bulunmayan, LS tedavisinde etkin oldukları kanıtlanmamış ajanlardır (2, 4, 5).

Klasik tedaviye yanıt alınamayan hastalarda UVA1'in etkili olduğu bildirilmiştir. UVA1, T hücrelerinde apoptozu indükleyerek, kollojenaz ve IL-4R gibi sitokin reseptörlerini stimüle eden IL-1a, -b ve -6 gibi proinflamatuvar sitokinlerin salınımını düzenler. Ayrıca, UVA1 doza bağımlı olarak kollojenaz mRNA'yı stimüle eder. UVA1 ekstragenital LS'de etkili bulunurken, ileri yaş kadınlarda ve uzun süreli genital LS lezyonlarında yanıtın daha az olduğu rapor edilmiştir. UVA1'in melanom dışı deri kanseri gelişimine yol açabileceği hayvan deneylerinde gösterilmişse de in vivo çalışmalarda UVA1'in minimal p53 ve p21 ekspresyonuna yol açtığı ve p53 aktivasyonuna neden olmadığı bildirilmiştir. Yine de, yarar-zarar oranı dikkate alınarak, diğer tedavilerin uygulanmadığı, başarısız olduğu ya da tolere edilemediği durumlarda kullanılması önerilir (5, 26). Benzeri durumlarda, topikal kalsipotriol, kriyoterapi, CO2 lazer ve fotodinamik tedavinin de kullanılabilirliğini bildiren yayınlar mevcuttur (2, 4). Anektodal olarak siklosporin, metotretsat, stanozolol, para-aminobenzoik asid, hidroksiklorokin ve hidrosikarbamid kullanımı rapor edilmiştir (1, 2, 4).

Liken sklerozusta, oral retinoidler sistemik tedavide kısmen etkili bulunmuştur. Retinoidlerin yan etkileri, sıklıkla sınırlı lezyonlar ile seyirli LS'de kullanımlarını kısıtlamaktadır (2, 4, 20).

Nöropatik ağrıda, %5 lidokain merhem ve sistemik ağrı kesiciler kullanılır. Trisiklik antidepresanlar veya gabapentin tedaviye yanıtız dizestezilerde önerilebilir. Perinanal LS'de, konstipasyona yönelik yaklaşımlar klasik tedaviye ek olarak uygulanabilir (4).

Cerrahi tedavi yöntemler, komplikasyon geliştiğinde ve malignite varlığında önerilir. Kadınlarda gömülü klitoris diseksiyonu, labial yapışıklığın ve introitusta oluşan darlığın giderilmesi amacıyla uygulanır. Erkeklerde ürotrotomi, dilatasyon, kateterizasyon, meatoplasti, rekonstrüksiyon, glans yüzey yenileme gibi ileri cerrahi işlemler gerekebilir. Cerrahi işlemi takiben yara iyileşmesi tamamlandıktan sonra nüksleri önlemek amacıyla topikal kortikosteroidlerin kullanılması yararlı olacaktır (2, 4, 12). LS'nin yol açtığı fimozis tedavisinde uygulanan sünnet kürü ile sonuçlanabilmektedir. Prepsiyumun LS'nin en sık yerleştiği bölgelerden biri olduğu dikkate alınacak olursa erkeklerde sünnet öncelikli tedavi seçeneği olarak düşünülebilir (8, 12).

Asemptomatik hastalarda tedavi yaklaşımı açısından kesin veriler olmamakla birlikte hastalığın ilerlemesinin durdurularak komplikasyonların önlenmesi ve teorik olarak malign dönüşümün engellenmesi amacıyla tedavi verilmesi önerilir. Anogenital LS'de asemptomatik nüks ve sikatriks riski nedeniyle ve skuamöz hücreli karsinom gelişimi açısından 6 ayda bir izlem gerekmektedir. Tedavi ve izlem sürecine hastanın etkin katılımını sağlayabilmek amacıyla, hasta, hastalığının bulunduğu ve tedaviyi uygulayacağı anatomik bölgeler, tipik klinik belirtiler, inatçı ve atipik belirtilerin neler olabileceği konularında bilgilendirilmelidir. Ek olarak, hastalara kendi kendilerini muayene etmeleri öğretilerek yakınmaları geçse de hastalık sürecinin devam edebileceği bu nedenle tedaviyi hemen bırakmalarını gerektiği açıklanmalıdır (2, 11) (Tablo 5).

### Yorum

Liken sklerozus, her yaş grubunda görülen, her iki cinsi de tutan kronik tekrarlayan, inflamatuvar bir dermatozdur. Genetik yatkınlık zemininde travma ile tetiklenebilir ve otoimmün hastalıklar ile birlikte görülebilir. Anogenital bölgenin sıklıkla tutulduğu hastalıkta porselen beyazı sklerotik plaklar tedavi edilmediklerinde özellikle genital bölgede progresif seyir izleyerek kalıcı anatomik değişikliklere neden olabilir. Kaşıntı yanında ağrı, yanma, vulvodini gibi vulvar ve penil disesteziler, disparoni ve

**Tablo 5. Liken sklerozusta tedavi ve izlem**

<b>İrritanlardan kaçınma</b>
<b>Lokal tedavi</b>
Nemlendirici kremler
Kortikosteroidler ilk seçenek
Kalsinörin inhibitörleri etkin, kullanımları sınırlı
UVA1 tedaviye dirençli durumlarda alternatif
Kalsipotrol, irritasyon nedeniyle kullanımı sınırlı
Fotodinamik tedavi
<b>Sistemik tedavi</b>
Retinoidlerin kullanımları sınırlı
<b>Cerrahi tedavi</b>
Komplikasyon varlığında endike
Deri kanseri varlığında endike
Sünnet fimoziste uygulandığında küratif
<b>izlem; 6 ayda bir</b>
Asemptomatik nüks ve skar riski nedeniyle
Skuamöz hücreli karsinom riski nedeniyle

erektil disfonksiyon hastalarda psikoseksüel sorunlara ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açar. Uzun süreli hastalık varlığında SHK gelişme riski nedeniyle hastaların yaşam boyu izlenmesi gereklidir. Tedavi hastalığa bağlı yakınmaları gidermek ve komplikasyonları önlemek amacıyla uygulanır. İlk seçenek klobetazol propionattır. Yetişkin ve çocuklarda, kullanım sıklığı azaltılarak 2-3 ay süre ile kullanılır. Hastalığa bağlı gelişen anatomik değişiklikler ise cerrahi yöntemler ile tedavi edilir. Bugün için etyolojisi bilinmeyen LS patogeneziye yönelik veriler arttıkça buna paralel şekilde koruyucu önlemler ve tedavi seçeneklerinin de yakın gelecekte artmasını umuyoruz.

### Kullanılan Kısaltmalar :

LS: Liken sklerozus

EMP: Ekstraselüler matriks protein

IL: İnterlökin

SHK: Skuamöz hücreli karsinom

VIN : Vulvar intraepitelyal neoplazi

HPV: Human papilloma virus

PIN: Penil intraepitelyal neoplazi

FDA: Food and drug administration

### Kaynaklar

- Monsálvez V, Rivera R, Vanaclocha F. Lichen sclerosus. *Actas Dermosifiliogr* 2010;101:31-8.
- Funaro D. Lichen sclerosus: a review and practical approach. *Dermatol Ther* 2004;17:28-37. [\[CrossRef\]](#)
- Powell JJ, Wojnarowska F. Lichen sclerosus. *Lancet* 1999;353:1777-83. [\[CrossRef\]](#)
- Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. *Br J Dermatol* 2010;163:672-82. [\[CrossRef\]](#)
- Chi CC, Kirtschig G, Baldo M, et al. Topical interventions for genital lichen sclerosus. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;CD008240.
- Bjekić M, Šipetić S, Marinković J. Risk factors for genital lichen sclerosus in men. *Br J Dermatol* 2011;164:325-9. [\[CrossRef\]](#)
- Edmonds EV, Oyama N, Chan I, et al. Extracellular matrix protein 1 autoantibodies in male genital lichen sclerosus. *Br J Dermatol* 2011;165:218-9. [\[CrossRef\]](#)
- Bunker CB. Comments on the British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus. *Br J Dermatol* 2011;164:894-5. [\[CrossRef\]](#)
- Azurdia RM, Luzzi GA, Byren I, et al. Lichen sclerosus in adult men: a study of HLA associations and susceptibility to autoimmune disease. *Br J Dermatol* 1999;140:79-83. [\[CrossRef\]](#)
- Clay FE, Cork MJ, Tarlow JK, et al. Interleukin 1 receptor antagonist gene polymorphism association with lichen sclerosus. *Hum Genet* 1994;94:407-10. [\[CrossRef\]](#)
- Rodriguez MI, Leclair CM. Benign vulvar dermatoses. *Obstet Gynecol Surv* 2012;67:55-63. [\[CrossRef\]](#)
- Becker K. Lichen sclerosus in boys. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108:53-8.
- Clouston D, Hall A, Lawrentschuk N. Penile lichen sclerosus (balanitis xerotica obliterans). *BJU Int* 2011;108 Suppl 2:14-9. [\[CrossRef\]](#)
- Viana Fde O, Cavaleiro LH, Unger DA, et al. Acral lichen sclerosus et atrophicus - case report. *An Bras Dermatol* 2011;86(4 Suppl 1):S82-4.
- Kim CR, Jung KD, Kim H, et al. Linear lichen sclerosus along the Blaschko's line of the face. *Ann Dermatol* 2011;23:222-4. [\[CrossRef\]](#)
- Gambichler T, Skrygan M, Czempel V, et al. Differential expression of connective tissue growth factor and extracellular matrix proteins in lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26 :207-12. [\[CrossRef\]](#)
- Carli P, Moretti S, Spallanzani A, et al. Fibrogenic cytokines in vulvar lichen sclerosus. An immunohistochemical study. *J Reprod Med* 1997;42:161-5.
- Farrell AM, Dean D, Millard PR, et al. Cytokine alterations in lichen sclerosus: an immunohistochemical study. *Br J Dermatol* 2006;155:931-40. [\[CrossRef\]](#)
- Fölster-Holst R, Held I. Lichen sclerosus et atrophicus. *Monatsschr Kinderheilkd* 2011;159:468-74. [\[CrossRef\]](#)
- Basak PY, Basak K. Lichen sclerosus et atrophicus of the scalp: satisfactory response to acitretin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16:183-5. [\[CrossRef\]](#)
- Gambichler T, Kammann S, Tigges C, et al. Cell cycle regulation and proliferation in lichen sclerosus. *Regul Pept* 2011;167:209-14. [\[CrossRef\]](#)
- Gutiérrez-Pascual M, Vicente-Martín FJ, López-Esteban JL. Lichen sclerosus and squamous cell carcinoma. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103:21-8.
- LeFevre C, Hoffstetter S, Meyer S, Gavard J. Management of lichen sclerosus with triamcinolone ointment: effectiveness in reduction of patient symptom scores. *J Low Genit Tract Dis* 2011;15:205-9. [\[CrossRef\]](#)
- Nissi R, Eriksen H, Risteli J, et al. Pimecrolimus cream 1% in the treatment of lichen sclerosus. *Gynecol Obstet Invest* 2007;63:151-4. [\[CrossRef\]](#)
- Edey K, Bisson D, Kennedy C. Topical tacrolimus in the management of lichen sclerosus. *BJOG* 2006;113:1482. [\[CrossRef\]](#)
- Beattie PE, Dawe RS, Ferguson J, et al. UVA1 phototherapy for genital lichen sclerosus. *Clin Exp Dermatol* 2006;31:343-7. [\[CrossRef\]](#)



## Sürekli Dermatoloji Eğitimi; Kendini Değerlendirme

<p>1. Aşağıdakilerden hangisi vulvar pruritus sebebiyle liken sklerozusun ayırıcı tanısında yer alır?</p> <p>a) Kraurozis vulva b) Liken albus c) Liken simpleks kronikus d) 'Weissflecken' dermatozu e) Hipoplastik distrofi</p>	<p>6. Liken sklerozusun erken evrelerinde gözlenen histopatolojik bulgu aşağıdakilerden hangisidir?</p> <p>a) Epidermal atrofi b) Subepidermal ödem c) Elastik liflerde kayıp d) Lenfositik infiltrasyon e) Hyalinize alan</p>
<p>2. Aşağıdakilerden hangisi anogenital liken sklerozusun etyolojisinde rol oynar?</p> <p>a) Borrelia burgdorferi b) Epizyotomi sikatriksi c) Puberte tarda d) Verrüköz karsinom e) Cushing hastalığı</p>	<p>7. Aşağıdaki bulgulardan hangisi liken sklerozusun histopatolojik görünümünde dikkati çeken "subepidermal yerleşimli hiyalinize alan"ın bir özelliğidir?</p> <p>a) Kollogen liflerde immaturasyon b) Band tarzı lenfositik infiltrasyon c) Elastik liflerin yoğunluğunda artış d) Papiller bölgede dilate kan damarları e) Perivasküler mast hücrelerinde artış</p>
<p>3. Sıklıkla kız çocuklarında görülen liken sklerozusa bağlı komplikasyon aşağıdakilerden hangisidir?</p> <p>a) Konstipasyon b) Meatal stenoz c) Böbrek yetmezliği d) Skuamoz hücreli karsinom e) Disparoni</p>	<p>8. Aşağıdaki bulgulardan hangisi liken sklerozusun insan papilloma virus varlığından bağımsız bir karsinojenik faktör olduğunu göstermez?</p> <p>a) Proliferasyon belirteci Ki-67 artışı b) Hüresel monoklonalite c) Artmış oksidatif stres d) p53 gen ekspresyonunda artış e) p16 gen ekspresyonunda artış</p>
<p>4. Liken sklerozusta "sklerotik beyaz halka" belirtisi hangi anatomik bölgede gözlenir?</p> <p>a) Vestibulum b) Penis shaftı c) Koronal sulkus d) Perianal bölge e) Prepsiyum</p>	<p>9. Aşağıdakilerden hangisi liken sklerozusta ilk tedavi seçeneğidir?</p> <p>a) Hidrokortizon valerat b) Prednikarbat c) Hidrokortizon asetat d) Klobetazol propionat e) Prednizolon</p>
<p>5. Ekstragenital liken sklerozusta bulunan ancak kadınlarda anogenital formda gözlenmeyen klinik özellik aşağıdakilerden hangisidir?</p> <p>a) Hemorajik büller b) Mukozal tutulum c) Folliküler çukurlar d) Koebnerizasyon e) Keratotik plaklar</p>	<p>10. Liken sklerozusta küratif sonuç veren tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?</p> <p>a) Topikal takrolimus b) Sistemik retinoid c) Sünnet d) Lokal fototerapi e) Meatoplasti</p>



# Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Tırnak Bulgularının İncelenmesi

## *The Investigation of Nail Disorders in Patients with Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis*

Perihan Öztürk<sup>1</sup>, Neslihan Dokur<sup>1</sup>, Ergül Kurutaş<sup>2</sup>, Ekrem Doğan<sup>3</sup>, Tuğba Karakaş<sup>1</sup>, Murat Kalender<sup>4</sup>, Hasan Ekerbiçer<sup>5</sup>

### Özet

**Amaç:** Tırnak hastalıkları son dönem böbrek hastalarında sık gözlenen değişikliklerdir. Bu değişiklikler kronik böbrek yetmezliğinin kendisine ya da kullanılan tedaviye bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bu çalışmada amaç, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda tırnak bulgularının sıklığını araştırmak ve bu bulguları sağlıklı kontroller ile karşılaştırmaktır.

**Yöntemler:** Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalında, hemodiyaliz tedavisi alan 104 kronik böbrek yetmezliği hastası ile hiçbir dermatolojik ve sistemik hastalığı olmayan 104 sağlıklı kontrol tırnak bulguları yönünden incelendi. Gruplar tırnak bulgularının sıklığı açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Hemodiyaliz hastalarının %74.4'ünde, kontrol grubunun ise %51.9'unda en az bir adet tırnak bulgusu gözlemlendi. Hemodiyaliz hastalarında en sık gözlenen tırnak bulguları lunula yokluğu (%58.7), dikey sırtlanma (%40.5), terry tırnağı (%15.7) ve yarı yarıya tırnak (%14.9) idi. Kontrol grubunda ise dikey sırtlanma (%36.5), lunula yokluğu (%8.7), koilonişi (%2.9) idi. Hemodiyaliz hastaları kontrollerle kıyaslandığında lunula yokluğu, beau çizgisi, onikomikoz, terry tırnağı, yarı yarıya tırnak, splinter hemoraji anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0.05).

**Sonuç:** Hemodiyaliz hastalarında sağlıklı kontrollere göre tırnak hastalıklarının sıklığı artmaktadır. Çalışmamızda lunula yokluğu hemodiyaliz hastalarında en sık gözlenen tırnak bulgusuydu. Dikey sırtlanma ikinci sıklıkta gözlenen tırnak bulgusu olmasına rağmen kontrol grubundan istatistiksel olarak farklı değildi. Hemodiyaliz hastaları değerlendirilirken fizik muayenenin bir parçası olarak tırnak muayenesinin mutlaka yapılması gerektiği sonucuna varıldı.

(Turk J Dermatol 2012; 6: 35-8)

**Anahtar kelimeler:** Kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, tırnak

### Abstract

**Objective:** Nail changes are often observed in patients with end-stage renal disease. These changes may occur due to chronic renal failure itself or to the treatment. This study aims to investigate the frequency of nail findings in patients undergoing hemodialysis therapy and to compare with healthy controls.

**Methods:** One hundred and four patients with chronic renal failure treated with hemodialysis, and 104 healthy controls without any dermatological and systemic diseases, were examined for nail signs. Groups were compared for the incidence of nail findings.

**Results:** 74.4% of hemodialysis patients, and 51.9% of controls had at least one nail finding. The most common signs in hemodialysis patients were (58.7%) absence of lunula, (40.5%) streaking, (15.7%) terry nail and (14.9%) half and half nail. In the control group, the most common signs were vertical streaking (36.5%), absence of lunula (8.7%) and koilonişi (2.9%). In hemodialysis patients, absence of lunula, beau lines, onychomycosis, terry nail, half and half nail and splinter hemorrhages were found to be significantly higher (p<0.05).

**Conclusion:** The frequency of nail diseases in hemodialysis patients is higher than in the healthy control group. In our study, absence of lunula is the most frequently observed finding in hemodialysis patients. Although the second most common nail change was vertical streaking, it was not different from the control group statistically. We recommend that, when hemodialysis patients are examined, nail examination (as a part of physical examination) should be performed.

(Turk J Dermatol 2012; 6: 35-8)

**Key words:** Chronic renal failure, hemodialysis, nail

### Giriş

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) böbreğin salınım fonksiyonunun progresif kaybıyla sonuçlanan bir hastalıktır. KBY nörolojik, gastrointestinal, kardiyovasküler, pulmoner, hematolojik, endokrin-metabolik ve dermatolojik sistemi etkiler. Dermatolojik sistem böbreğin durumundan etkilenebildiği gibi, yapılan tedavilere bağlı olarak da etkilenebilir (1-3). Tırnak hastalıkları üremik hastaların %74.1'inde ortaya çıkar ve en sık gözlenen bulgu yarı yarıya tırnak, lunula yokluğu, splinter hemorajidir (4, 5). KBY'li hastalardaki tırnak hastalıklarının sebebi net olarak bilinmemektedir. Yine KBY 'ye bağlı ortaya çıkan bulguların bir kısmı replasman tedavisinden sonra da düzelmemektedir (2).

Lunula tırnağın proksimal kısmında yarım şeklide gözlenen beyaz bölgeye verilen ad olup, ateroskleroz, romotoid artrit ve

böbrek yetmezliği gibi birçok hastalıkta lunula yokluğu tanımlanmıştır (6).

Terry tırnağı; tırnak yatağının proksimal kısmının beyaz, distal 1-2 mm'lik kısmının pembe renge sahip olmasıyla karakterize tırnak değişikliğidir. Siroz, kronik konjestif kalp yetmezliği, tip 2 diabetes mellitus (DM) ve hematolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren çalışma sonuçlarının yanında Reiter sendromu olgusunda da bildirilmiştir (7).

Yarı yarıya tırnak; tırnağın proksimal yarısının beyaz ve mat, distal yarısının ise kırmızı- pembe olacak şekilde iki renk olması halidir. KBY'de sık görülen bir bulgu olup karaciğer yetmezliğinde de ortaya çıkabilmektedir (7, 8).

Splinter hemoraji; tırnak yatağındaki lineer ve birbirine paralel yerleşen hemorajilerdir. Kıymık batmasına benzer bir görünüm-

<sup>1</sup>Sütçü İmam Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi  
Hastalıklar Anabilim Dalı,  
Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>2</sup>Sütçü İmam Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Biyokimya Anabilim Dalı,  
Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>3</sup>Sütçü İmam Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Nefroloji Bilim Dalı,  
Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>4</sup>Sütçü İmam Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Ortopedi Anabilim Dalı,  
Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>5</sup>Sütçü İmam Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı,  
Kahramanmaraş, Türkiye

### Yazışma Adresi Correspondence

Perihan Öztürk  
Sütçü İmam Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Anabilim Dalı,  
Kahramanmaraş, Türkiye  
Tel.: +90 344 225 75 75  
E-posta:  
drperihanozturk@hotmail.com

mü vardır. Yüksek rakım, kollajen doku hastalıkları, kan diskrazileri ve travmaya bağlı olarak oluşabilir (7, 8).

Beau çizgileri; tırnak plağında oluşan transvers oluklanmalara verilen addir. Şiddetli enfeksiyon hastalıkları, malnutrisyon, hipokalsemi, ilaç kullanımı gibi sebeplerle ortaya çıkabilir (7).

Çalışmamızda, hemodiyaliz (HD) tedavisi alan hastalardaki tırnak bulgularının sıklığını ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki farklılıkları araştırdık.

## Yöntemler

Çalışmaya Ekim 2010-Haziran 2011 tarihleri arasında üniversitemiz Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalında KBY tanısıyla HD tedavisi gören toplam 104 hasta ile 104 sağlıklı kontrol alındı. Çalışmaya başlamadan önce Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli onay alındı. Tüm hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek imzalı onayları alındı.

Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar en az 1 yıldır KBY tanısı ile düzenli olarak haftada 3 defa bikarbonatlı HD tedavisi görüyorlardı. Tüm hastaların aynı hekim tarafından dermatolojik muayeneleri yapıldıktan sonra tam kan sayımı, kan üre azotu (BUN), kreatinin, albumin, glukoz, hemoglobin ve parathormon (PTH) değerleri kaydedildi. Dermatolojik muayenede; tırnakların yapısı, renk değişikliği, kalınlığı, lunula yokluğu ve paronişi varlığı değerlendirildi. Onikomikoz düşünülen tüm hastalara mikroskop altında potasyum hidrokisit muayenesi yapılarak tanı konuldu. Kollajen vasküler hastalığı olanlar, aktif enfeksiyonu olanlar, sirozu olanlar, tırnaklarda bozukluğa yol açabilecek psoriasis vb deri hastalığı olanlar ve DM tanısı alan hastalar çalışmaya alınmadı.

Kontrol grubuna ise hastane personeli ve hasta yakınları arasından rastgele seçilen sistemik ve dermatolojik hiçbir hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler dahil edildi.

## İstatistiksel analiz

Tüm verilerin istatistiksel analizi SPSS programı (15.0 versiyon) ile gerçekleştirildi. Betimleyici değerler oran, ortalama ve standart sapma olarak verildi. Sürekli değişkenlere ait değerlerin normal dağılıma uyumu Kolmogorow-Simirov testi ile değerlendirildi. Gruplar arası farklılıkların istatistiksel analizinde ki-kare, Student's t-test, korelasyon için de Pearson korelasyon analizi kullanıldı. P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Çalışma kapsamına alınan HD hastalarının 62'si (%59.5) erkek, 42'si (%40.5) kadın; kontrol grubunun ise 54'ü (%52.41) erkek, 50'si (%47.58) kadındı. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (p>0.05). HD hastalarının yaş ortalaması 53.34±16.48 iken, kontrol grubunun yaş ortalaması 36.06±8.41 olarak bulundu. Gruplar arasında yaş bakımından farklılık mevcuttu (p<0.05). HD hastalarında ortalama HD'e girme süresi 4.95±1.07 yıl idi. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri**

	HD (n=104)	Kontrol (n=104)
Yaş (yıl) ort±SD	53.34±16.48	36.06±8.41
Cinsiyet E/K(%)	62/42 (59.5/40.5)	54/50 (52.41/47.58)
Tedavi süresi (yıl) ort±SD	4.95±1.07	

HD: Hemodiyaliz; ort±SD: Ortalama±standart sapma

Hemodiyaliz hastalarının laboratuvar verilerinin ortalama değerleri; BUN 63.90±17.86 mg/dL; kreatinin 8.79±0.83 mg/dL, hemoglobin 11.92±1.7 gr/dL, glukoz 99.45±35.58 mg/dL, albumin 4.67±0.82 g/dL, parathormon ise 237.08±28.32 pg/mL olarak bulundu. Kontrol grubunun laboratuvar verilerinin ortalama değerleri ise BUN 11.52±0.88 mg/dL, kreatinin 0.83±0.29 mg/dL, hemoglobin 12.80±1.54gr/dl, glukoz 89.25±10.57, albumin 4.43±0.74 g/dL ve parathormon 23.19±14.47 pg/mL idi.

Hemodiyaliz hastalarında lunula yokluğu (%58.7) (Resim 1), dikey sırtlanma (%40.5) ve terry tırnağı (%15.7); kontrol grubunda ise dikey sırtlanma (%36.5), kılionişi (%2.9) ve pitting (%1.9) en sık gözlenen tırnak bulguları idi. HD hastaları ve kontrol grubunda tırnak bulgularının sıklığı ve p değerleri Tablo 2'de verilmiştir.

Hemodiyaliz hastaları ile kontrol grubunun tırnak bulguları karşılaştırıldığında lunula yokluğu, terry tırnağı, yarı yarıya tırnak, splinter hemoraji, beau çizgisi ve onikomikoz açısından anlamlı farklılık varken (p<0.05), diğer tırnak bulgularının dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).



**Resim 1. Tüm tırnaklarda lunula yokluğu mevcut**

**Tablo 2. Hasta gruplarındaki bulguların sıklığı ve istatistiksel değerlendirilmesi**

Tırnak değişikliği	HD (n=104) n (%)	Kontrol (n=104) n (%)	p
Lunula yokluğu	71 (58.7)	9 (8.7)	<0.001
Dikey sırtlanma	49 (40.5)	38 (36.5)	0.543
Terry tırnağı	19 (15.7)	2 (1.9)	<0.001
Yarı yarıya tırnak	19 (15.7)	1 (1)	<0.001
Splinter hemoraji	17 (14)	0 (0)	<0.001
Beau çizgisi	7 (5.8)	0 (0)	*0.016
Onikomikoz	6 (5)	0 (0)	*0.032
Lökonişi	5 (4.1)	1 (1.0)	*0.221
Pitting	5 (4.1)	2 (1.9)	*0.455
Yirmi tırnak	4 (3.3)	1 (1.0)	*0.377
Koilonişi	3 (2.5)	3 (2.9)	*1000

\*ki-kare analizinin geçersiz olduğu durumlarda Fisher kesin ki-kare sonuçları verilmiştir

Hemodiyaliz hastaları ile kontrol grubunun laboratuvar verileri karşılaştırıldığında BUN, kreatinin, glukoz ve parathormon düzeyleri açısından anlamlı farklılık mevcutken ( $p<0.01$ ); albumin ve hemoglobin düzeyleri açısından farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Yapılan korelasyon analizinde; yarı yarıya tırnak, pitting, onikomikoz, beau çizgisi ve yirmi tırnak ile albumin; terry tırnağı, koilonişi ve dikey sırtlanma ile glukoz; pitting, onikomikoz, beau çizgisi, yirmi tırnak ile kreatinin değerleri arasında pozitif korelasyon olduğu saptandı. Yine lunula yokluğu, beau çizgisi, onikomikoz ve pitting ile süre arasında da pozitif korelasyon olduğu saptandı. Ayrıca onikomikoz ve beau çizgisi ile BUN arasında negatif korelasyon olduğu gözlemlendi (Tablo 3).

## Tartışma

Birçok metabolik ve sistemik hastalıkla birlikte olan KBY, tırnak ve deri hastalıkları ile de ilişkili olabilir. Aynı zamanda sadece KBY'nin kendisi değil uygulanan tedaviler de tırnak bulgularına yol açabilmektedir. Literatürde KBY'li hastalarda tırnak bulgularını inceleyen az sayıda vaka kontrollü çalışma bulunmaktadır (1, 5, 8-10).

Çalışmamızda HD hastalarında sağlıklı kontrollere oranla tırnak bulgularının daha fazla oranda görülmesi önceki çalışmaları desteklemekteydi. Bununla birlikte diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda bazı tırnak bulgularının glukoz, BUN, kreatinin ve düzeyleriyle korelasyon gösterdiği tespit edildi. Bu sonuçlar ilk defa çalışmamızda elde edildiği için önemlidir. Bununla birlikte; laboratuvar parametrelerinin değişken olabileceği düşünüldüğünde korelasyon anlamlı olmayabilir. Bu konu ile ilgili daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hemodiyaliz tedavisi alan KBY hastalarında tırnak hastalıklarının sıklığının arttığını saptadık. Tırnak hastalıklarının oluşumunda sadece KBY'nin değil, aynı zamanda laboratuvar bulguları, KBY için yapılan tedavi ve tedavi süresi gibi değişik faktörlerin de rolü olabileceğini düşündük.

Çalışmamızda kontrol grubunun 59'unda (%51.9); HD hastalarının 91'inde (%74.4) en az bir adet tırnak bulgusu gözlemlendi. Önceki çalışmalarda bu oran %40-86 arasında değişmekteydi (1, 4-13).

Lunula yokluğu; çalışmamızda HD hastalarının %58.7'sinde; kontrol grubunun ise %8.7'sinde gözlemlendi. Martinez (1), Altmayer (4) ve Saray'ın (8) çalışmalarına benzer olarak en sık bulguydu. Ayrıca Dyoschenko ve ark. (5) ile Salem ve ark.'nın (9) çalışmalarında en sık bulgu olmamasına rağmen %13 ve %17 oranında lunula yokluğu tespit edilmişti. Önceki çalışmaların birinde lunula yokluğunun anemi ile alakalı olabileceği bildirilmiş (14), ancak daha sonra Salem ve ark.'nın (9) yaptıkları vaka kontrollü çalışmada bu durum doğrulanmamıştır. Bizim çalışmamızda da anemi ve lunula yokluğu arasında korelasyon saptanmadı fakat HD tedavisi alma süresi ile lunula yokluğu arasında pozitif bir korelasyon bulundu. Süre ile olan pozitif korelasyon lunula yokluğunun HD'e spesifik bir bulgu olabileceğini düşündürülebilir. Bu konuda geniş vaka kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Terry tırnağı daha önceki çalışmalarda sadece Saray ve ark. (8) tarafından %3.3 oranında bildirilmişti. Bizim çalışmamızda ise %15.7 gibi yüksek bir oranda gözlemlenmiştir. Aynı zamanda terry tırnağı glukoz değerleri ile de pozitif korelasyon göstermekteydi. Çalışmamızda DM hastaları dahil edilmemesine rağmen gözlenen bu yüksek oranların bölgesel farklılıklara ya da kullanılan HD yöntemine ve kalitesine bağlı olabileceği düşünüldü.

**Tablo 3. Hasta grubunda HD süresi ve laboratuvar verileriyle tırnak bulgularının korelasyon sonuçları**

	İstatistiksel değerler	Albumin	Kreatinin	BUN	Glukoz	Süre
Lunula yokluğu	r	.069	.161	.149	-.032	.121
	p	.453	.078	.103	.729	.221
Dikey sırtlanma	r	-.065	-.061	-.035	<b>.235**</b>	-.081
	p	.479	.506	.700	<b>.010</b>	.414
Terry tırnağı	r	-.042	-.007	.056	<b>.184*</b>	.014
	p	.647	.943	.543	<b>.044</b>	.885
Yarı yarıya tırnak	r	<b>.217*</b>	.093	-.138	-.123	.119
	p	<b>.017</b>	.309	.132	.178	.229
Splinter hemoraji	r	-.030	-.060	-.094	.066	-.071
	p	.746	.516	.307	.472	.476
Beau çizgisi	r	<b>.367**</b>	<b>.201*</b>	<b>-.211*</b>	-.077	<b>.328**</b>
	p	<b>.000</b>	<b>.027</b>	<b>.020</b>	.401	<b>.001</b>
Onikomikoz	r	<b>.395**</b>	<b>.183*</b>	<b>-.243**</b>	.132	<b>.524**</b>
	p	<b>.000</b>	<b>.045</b>	<b>.007</b>	.148	<b>.000</b>
Lökonşi	r	-.017	-.032	-.101	.003	.114
	p	.854	.730	.271	.972	.250
Pitting	r	<b>.442**</b>	<b>.281**</b>	-.054	-.148	<b>.303**</b>
	p	<b>.000</b>	<b>.002</b>	.555	.105	<b>.002</b>
Yirmi tırnak	r	<b>.490**</b>	<b>.667**</b>	.003	-.018	<b>.443**</b>
	p	<b>.000</b>	<b>.000</b>	.976	.844	<b>.000</b>
Koilonişi	r	.003	.005	.043	<b>.247**</b>	-.013
	p	.973	.958	.641	<b>.006</b>	.897

\*  $p<0.05$ , \*\* $p<0.005$

Yarı yarıya tırnak birçok çalışmada HD hastalarında en sık gözlenen tırnak bulgusu olmasına karşın çalışmamızda 4. sıklıkta gözlemlendi (5, 9, 10, 14-17). Jamal ve ark. (10) çalışmalarında yarı yarıya tırnağın üremik hastaların karakteristik tırnak bulgusu olduğunu bildirmiş, geri kalan değişiklikleri nonspesifik tırnak bulguları olarak sınıflamıştır. Aynı zamanda hastalarda tedaviden sonra bu bulgunun kaybolduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda HD girme süresi ile yarı yarıya tırnak sıklığı arasında bir korelasyon bulunmadı. Fakat albumin düzeyleri ile pozitif korelasyon mevcuttu. KBY dışında başka hastalıklarda da ortaya çıkan yarı yarıya tırnak bulgusunun hangi mekanizmayla oluştuğunu gösteren geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Önceki çalışmalarda splinter hemoraji oranı sonuçlarımıza benzer şekilde %7.2-20 arasında değişmekteydi (1, 8, 18-20). Çalışmamızda splinter hemorajinin süre ve laboratuvar verileriyle korelasyonu saptanmadı. Bazı çalışmalarda splinter hemorajinin hemodiyalizle ilişkili olmadığı ama KBY ile alakalı olduğu bildirilmiştir (20-22). Bir çalışmada ise splinter hemorajinin HD hastalarında mikrotravma sıklığındaki artışla alakalı olabileceği belirtilmiştir (18). Biz, splinter hemorajinin HD hastalarındaki artış sebebinin (sağlıklı kontrollere oranla çok yüksek olmasından dolayı) sadece mikrotravma ile alakalı olamayacağını düşündük. HD hastalarındaki kapiller frajilite artışı ve trombosit disfonksiyonu splinter hemoraji gelişimine sebep olabilir.

Onikomikoz oranı çalışmamızda HD hastalarında %5, kontrol grubunda ise %0 oranında tespit edildi. Diğer çalışmalarda bu oran HD hastaları için %6.2-57.7 arasındaydı (8, 9, 12, 16, 18). Kuvandik ve ark. (12) çalışmalarında DM ve HD süresinin onikomikoz oluşumunu kolaylaştırdığını bildirmişlerdir. Çalışmamıza DM hastaları dahil edilmemişti. Bu sebeple çalışmamızda onikomikoz oranları önceki çalışmalara kıyasla daha düşük çıkmış olabilir. Ayrıca onikomikoz ile HD'ye girme süresi, kreatinin ve albumin düzeyleri arasında pozitif korelasyon varken BUN değerleri arasında negatif korelasyon mevcuttu. Ürenin yüksek konsantrasyonlarda toksik olup mantara sebep olacak patojenlerin çoğalmasını engelleyebileceği düşünüldü. Bu nedenle onikomikoz oluşumu ve laboratuvar verileri arasındaki ilişkiyi gösterecek geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Daha önce Diachenco ve ark. (5) çalışmalarında HD hastalarında PTH seviyelerindeki yüksekliğin tırnak patolojileri ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir. Buna karşın çalışmamızda PTH yüksekliği ile tırnak patolojileri arasında bir korelasyon saptanmamıştır.

## Sonuç

Hemodiyaliz tedavisi alan KBY hastalarında tırnak patolojilerinin görülme sıklığı artmaktadır. Biz HD hastalarına sistemik muayenenin bir parçası olarak tırnak muayenesinin de yapılması gerektiğini düşündük. Ayrıca HD hastalarında artan tırnak patolojilerinin etyolojileri halen net olarak bilinmemektedir. Bu hastalarda laboratuvar verileri ile tırnak hastalıkları arasındaki ilişkiyi de araştırarak daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada bazı sınırlamalarımız bulunmaktaydı. 1.'si bu çalışma nispeten küçük bir karşılaştırmalı hasta grubuyla yapıldı. 2.'si çalışma sadece

bu bölgedeki HD hastalarını içermekteydi, dolayısıyla belli bir etnik köken ve coğrafi bölgeyi kapsamaktaydı. HD hastalarında tırnak hastalıklarının sıklığını göstermek amacıyla başka bölgeleri ve etnik kökenleri de içeren daha geniş kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

## Kaynaklar

- Martinez MA, Gregório CL, Santos VP, et al. Nail disorders in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *An Bras Dermatol* 2010;85:318-23. **[CrossRef]**
- Robinson-Boston L, DiGiovanna JJ. Cutaneous manifestations of end-stage renal disease. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:975-86. **[CrossRef]**
- Welter Ede Q, Frainer RH, Maldotti A, et al. Evaluating the association between alterations in mineral metabolism and pruritus in hemodialysis patients. *An Bras Dermatol* 2011;86:31-6.
- Altmeyer P, Kachel HG, Junger M, et al. Skin changes in long-term dialysis patients. *Hautarzt* 1982;33:137-42.
- Dyachenko P, Monelise A, Shustak A, et al. Nail disorders in patients with chronic renal failure and undergoing haemodialysis treatment: a case control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;23:340-4. **[CrossRef]**
- Abdelaziz AM, Mahmoud KM, Elsayy EM, et al. Nail changes in kidney transplant recipients. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:274-7. **[CrossRef]**
- Şendur N, Karaman G, Şavk E. Tırnak hastalıkları. *Dermatoloji'de*, cilt 2. Tüzün Y, Güner MA, Serdaroglu S, Oğuz O, Aksungur VL, editörler. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2008. p.1345-76.
- Saray Y, Seçkin D, Güleç AT, et al. Nail disorders in haemodialysis patients and renal transplant recipients: a case control study. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:197-202. **[CrossRef]**
- Salem A, Al Mokadem S, Attwa E, et al. Nail changes in chronic renal failure patients under haemodialysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:1326-31. **[CrossRef]**
- Jamal A, Subramanian PT, Hussain KS. Nail changes in end-stage renal failure patients on hemodialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2000;11:44-7.
- Balevi Ş, Uysal H. Hemodiyaliz hastalarında kutanöz değişiklikler. *Genel Tıp Derg* 2000;10:83-5.
- Kuvandik G, Cetin M, Genctoy G, et al. The prevalence, epidemiology and risk factors for onychomycosis in hemodialysis patients. *BMC Infect Dis* 2007;7:102. **[CrossRef]**
- Hajheydari Z, Makhloogh A. Cutaneous and mucosal manifestations in patients on maintenance hemodialysis: a study of 101 patients in Sari, Iran. *Iran J Kidney Dis* 2008;2:86-90.
- Kint A, Bussels L, Fernandes M, et al. Skin and nail disorders in relation to chronic renal failure. *Acta Derm Venereol* 1974;54:137-40.
- Falodun O, Ogunbiyi A, Salako B, et al. Skin changes in patients with chronic renal failure. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2011;22:268-72.
- Bencini PL, Montagnino G, Citterio A, et al. Cutaneous abnormalities in uremic patients. *Nephron* 1985;40:316-21. **[CrossRef]**
- Stewart WK, Raffle EJ. Brown nail bed arcs and chronic renal disease. *Br Med J* 1972;1:784-6. **[CrossRef]**
- Pico MR, Lugo-Somolinos A, Sanchez JL, et al. Cutaneous alterations in patients with chronic renal failure. *Int J Dermatol* 1992;31:860-3. **[CrossRef]**
- Kelly MP, Kight MA, Castillo S. Trophic implications of altered body composition observed in or near the nails of hemodialysis patients. *Adv Ren Replace Ther* 1998;5:241-51.
- Blum M, Aviram A. Splinter hemorrhages in patients receiving regular hemodialysis. *JAMA* 1978;239:47. **[CrossRef]**
- Silva P, Vera C, Kolbach M, et al. Suspicion of systemic diseases through nails abnormalities. *Rev Med Chil* 2006;134:231-8.
- Fawcett RS, Linford S, Stulberg DL. Nail abnormalities: clues to systemic disease. *Am Fam Physician* 2004;69:1417-24.

## Vulvanın Pigmente Lezyonları

### *Pigmented Lesions of the Vulva*

Gürol Açıkgöz, Çağlayan Çağdaş Demirci, Ercan Arca

#### Özet

Vulvada görülen pigmente lezyonlar nadirdir ve spesifik olmayan klinik özellikleri tanı ve ayırıcı tanıda zorluklara neden olmaktadır. Hastaların da sıklıkla tesadüf olarak fark ettiği vulvar lezyonların lokalizasyonu nedeni ile takibi zordur. Klinik yaklaşımda vulvar pigmente lezyonlar için makül/papül ve yama/plak olarak sınıflandırma yapmak tanıda kolaylık sağlamaktadır. Makül/papül başlığı altında nevüs, anjiokeratomlar, seboreik keratoz, melanom, bazal hücreli kanser, skuamöz hücreli kanser, yama/plak başlığı altında ise postenflamatuvar hiperpigmentasyon, fizyolojik hiperpigmentasyon, melanozis, akantozis nigrikans yer almaktadır. Son zamanlarda yaygınlaşan dermatoskopik inceleme, cerrahi işlemlerin olası kozmetik ve fonksiyonel komplikasyonlarından kaçınmak açısından oldukça değerlidir. Ancak vulvar intraepitelyal neoplazi ve vulvar melanozis gibi epidermal pigmentasyonlar dermatoskopik olarak ayırt edilemez. Vulvar Melanomların da klinik ve dermatoskopik olarak tanısı zor olabilir. Dermatoskopik ve klinik olarak ayırıcı tanısı yapılamayan lezyonların tanısı için histolojik inceleme altın standarttır.

(*Turk J Dermatol 2012; 6: 39-44*)

**Anahtar kelimeler:** Vulva, pigmente lezyon, dermatoskopi, tedavi, benin, malin

#### Abstract

Pigmented lesions on the vulva are rare and their non specific features cause difficulties in their diagnosis and differential diagnosis. Because of their localization, it is difficult to follow up vulvar lesions, which are generally noticed coincidentally by patients. Vulvar pigmented lesions are classified clinically as macules/papules and patches/plaques to provide ease of the diagnosis. Nevi, angiokeratomas, seborrheic keratosis, melanoma, basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma are classified under the macules/papules, and post-inflammatory hyperpigmentation, physiological hyperpigmentation, melanozis and acanthosis nigricans are classified under the patch/plaque. Dermatoscopic examination, which is increasing recently, is very valuable for avoiding possible cosmetic and functional complications of surgical procedures. However, epidermal pigmentations such as vulvar melanozis and vulvar intraepitelyal neoplazi are dermatoscopically indistinguishable. It may also be difficult to diagnose vulvar melanoma clinically and dermatoscopically. Histological examination is the gold standard for the diagnosis of pigmented vulvar lesions, which are clinically and dermatoscopically indistinguishable. (*Turk J Dermatol 2012; 6: 39-44*)

**Key words:** Vulva, pigmented lesion, dermatoscopy, treatment, benign, malignant

#### Giriş

Pigmente lezyonlar, benin ve malin tümörleri, inflamasyondan kaynaklanan süreçleri ve melanositik gibi gözüken lezyonları kapsar. Derideki melanin kahverengi, mavi, bronz renk ve siyah gözükebilir. Kırmızı ve mor renkler, inflamasyonu, kan veya vasküler anormallikleri yansıtır (1).

Pigmente lezyonların dermatolojik değerlendirilmesinde, lezyonlar makül/papül ve yama/plak olarak iki ana morfolojiye ayrılabilir (1) (Tablo 1). Keratinize derideki pigmente yama ve plakların morfolojik özellikleri benin lezyonları, premalin ve malin lezyonlardan ayırmada yardımcıdır. Genellikle, belirgin malin pigmente lezyonlar benin lezyonlardan morfolojik olarak, şüpheli lezyonların ise biyopsi yapılarak histopatolojik inceleme ile ayırıcı tanısı yapılabilir. Bununla birlikte, muköz membran ve anogenital deride morfoloji daha az güvenilirdir. Bu nedenle tüysüz deride ihmal edilebilecek kahverengi lezyonlar, anogenital bölgede bulunduğu biyopsi yapılmalıdır (1). Vulvadaki pigmente değişiklikler jinekolojik olarak muayene edilen kadınların %12-19'unda gözlenmektedir (2).

#### Makül ve Papül

##### Pigmente Nevüs

Tüm deride oluşan, ancak patogeneğinde UV ışığının başlıca faktör olmasından dolayı güneş gören deri alanını daha çok etkileyen melanosit proliferasyonudur. Bununla beraber, hormonal etkiye bağlı olarak vulvada da oluşabilir (3). Küçük boyut (çap ≤5 mm), bronz/kahverengi renk ve düzenli iyi sınırlı varlığı benin nevüslerin genel morfolojik özellikleridir. Sıklıkla düz tavanlıdır veya muköz membranlarda maküldür. Keratinize deride, kubbe biçiminde, düzgün tavanlı veya maküler olabilir. Hastaların sıklıkla farkında olmadıkları asemptomatik nevüsler, ilk olarak rutin jinekolojik muayene sırasında saptanır. Nevüsler sıklıkla tek olmakla beraber çok sayıda da olabilirler. Maküler veya düz tavanlı nevüs, pigmente verrü, VIN ve tekli lentigodan ayırt edilemeyebilir. Koyu siyah nevüs, anjiokeratoma ile karışabilir. Şüpheli varlığında biyopsi yapılmalıdır (3). Dermatoskopik incelemede sıklıkla globuler veya homojen patern gözlenir. Ayrıca bazen beyaz tül görünümü ve düzensiz globüller gözlenebilir, ama polikromazi asla gözlenmez (4). Histolojik olarak benin nevüs, melanosit kümeleri veya nevüs hücreleri sergile-

**Tablo 1. Vulvanın pigmente lezyonları**

Makül/Papül	Yama/Plak
Pigmente nevüs	Fizyolojik hiperpigmentasyon
Displastik nevüs	Postenflamatuvar hiperpigmentasyon
Anjiokeratom	Vulvar melanozis
Seboreik keratoz	Akantozis nigrikansı
Anogenital verrüler	
Vulvar intraepitelyal neoplazi	
Skuamoz hücreli kanser	
Bazal hücreli kanser	
Melanom	

yebilir, ancak sitolojik atipi olmamalıdır. Nevüs hücreleri, düzgün janksiyonel nevüste dermis ve epidermis bileşiminde, papüler bileşik nevüste ise dermo-epidermal bileşimde lokalizedir (3).

Vulvada, aksillada veya aksilla ve memeden vulvaya süt çizgisinde bulunan nevüsler sıklıkla histolojik atipi bulgularını sergilerler. Bu nevüs atipik genital nevüs (AGN) veya bölge ilişkili atipi olarak adlandırılır. Bunlar önceleri yanlışlıkla melanom olarak yorumlanmıştır. AGN, genç kadınlarda ve kızlarda sıklıkla papillomatöz yüzeyli büyük lezyonlar olarak görülürler. Pataloğun mikroskopik bulguları doğru olarak yorumlayabilmesi için nevüslerin özel lokalizasyonu hakkında bilgilendirilmesi gerekir. Histolojik olarak AGN'de belirgin janksiyonel yuvalar, çok büyük yuvalar veya elonge rete ridgeler boyunca yuvalar gözlenir. Sitolojik atipi sıklıkla vardır. Bir seride AGN'li olguların üçte birinde melanom olarak yanlış tanı konmuştur. Bunlar atipik nevüsler olmasına rağmen, malin transformasyon riskinde artışa neden olmazlar (3). Liken sklerozis zemininde oluşan melanositik nevüs, mikroskopik olarak melanositlerin janksiyonel yumağı ile rete ridgelerin uzandığı ve nadiren siyah ve küçük olma eğilimindeki özel bir alt tipini oluştururlar. İyi sınırlı olmasına rağmen, melanomda olduğu gibi melanosit yuvalarının ve melanositlerin epidermise yayılımı gözlenebilir. Bir şekilde atipik gözlenen nevüs biyopsi gerektirir. Morfolojik veya histolojik olarak atipi gösteren ve lokalizasyonu nedeni ile klinik olarak takip edilemeyen bu lezyonlar, melanoma dönüşümü engellemek için tamamen eksize edilmelidirler (5).

### Displastik Nevüs

Displastik nevüs, nevüs ve melanom arasında morfolojik ve histolojik özellikler gösteren melanositik nevüslerdir. Anogenital bölgeye belirgin bir predispozisyonu yoktur. Displastik nevüs sendromu nadirdir ve sıklıkla büyük, düzensiz sınır gösteren kahverengiye ek olarak pembe tonlar sergileyen çok sayıda nevüs şeklinde gözlenir. Displastik nevüs sendromunda saçlı deri ve anogenital bölge gibi güneşten korunmuş alanlarda sayıca artış gözlenir. Histolojik olarak, nevüs hücreleri yuvaları ile rete ridgelerinin elongasyonu ve köprüleşmesi, üst dermal lameller fibrozis, değişken kronik inflamatuvar infiltrat ve farklı derecelerde hücresel atipi gözlenmiştir. Displastik nevüslü bireylerin, melanom gelişim riski artmıştır. Tüm displastik nevüslerin çıkarılması mutlak ve pratik bir yaklaşım değildir. Bununla beraber, vulva ve saçlı deri gibi takibi zor alanlardaki displastik nevüsler genel olarak çıkarılmalıdır. Kıl foliküllerine ve subkutan dokuya yayılan nevüs kısımlarının çıkarılmadığı yüzeyel biyopsiden ziyade total eksizyon uygundur (1).

### Anjiokeratom

Anjiokeratom, sıklıkla labia majorda lokalize epidermal hiperplazi ve hiperkeratoz ile karakterize yüzeyel dermiste küçük vasküler tümörlerdir. Etyopatogenez lokal artmış venöz basınç ve sonrasında artmış subepitel-

yal dilatasyon ile ilişkilendirilmiştir. Anjiokeratomlar parlak kırmızı, mavi veya siyah renkte olabilirler. Boyutları 10 mm'den az olup sıklıkla 2-5 mm arasındadır. Hastaların çoğunluğu 20-40 yaş arasındadır. Yaygın anjiokeratoma diffuzum (fabry hastalığı) ve lokalize olarak sınıflandırılabilir. Anjiokeratomlar sıklıkla çok sayıda ve siyah ve maviden ziyade mor renklidirler. Vulvada nadir olarak gözlenir bu nedenle sıklıkla yanlış tanı alır (6).

Tanıda şüpheye düşüldüğünde uygulanan dermatoskopide anjiokeratomların %50'sinde 6 farklı patern gözlenir. Bu paternler siyah lakün (%94), kırmızı lakün (%53), beyaz tül (%91), eritem (%69), periferik eritem (%53) ve hemorajik kruttur (%53). Bunlar arasında en sık görülen siyah lakün, anjiokeratom tanısı için sensitivitesi ve spesifitesi en yüksek olan paternlerdir (7).

Histopatolojik olarak hiperkeratoz ile belirgin endotelial proliferasyon göstermeyen ektatik damarlar gözlenir. Tedavi gerekli değildir, istenildiğinde yüzeyel olarak çıkarılabilir (6).

### Seboreik Keratoz

Seboreik Keratoz (SK) tüm keratinize deri yüzeyinde oluşabilen epidermal hücrelerin benin tümörüdür. Genital bölge için predispozisyonu yoktur. Ailesel yatkınlığı olanlarda çok sayıda olma eğiliminde olan, 40 yaş üstü tüm beyazlarda oluşan nedeni bilinmeyen keratinosit proliferasyonudur. Gençlerde de gözlenebilir. Tipik SK, keratotik, düz tavanlı, keskin sınırlı, yapışmış görünümde, keratotik ve foliküler ağışlaşmalı, tek renk ve desende ve hafif verrüköz yüzeylidir. Irrite olduklarında uniform özelliklerini yitirirler ve genital bölgenin nemi ve ısısı seboreik keratozların daha az keratotik görünmesine neden olabilir. Bu lezyonlar nevüs, pigmente kondiloma latayı, VIN'ı ve daha az sıklıkla melanomu ve displastik nevüsü taklit edebilir. Atipik lezyonlardan biyopsi örneği alınmalıdır. Genelde, vulvar bölgede çok sayıda görülen HPV ilişkili lezyonların aksine SK tekli olma eğilimindedir. Vücudun diğer kısımlarında seboreik keratoz yokken vulvada SK olması olası değildir. Atipik görünümü seboreik keratozların ayırıcı tanısında dermatoskopi kullanılabilir. Çok sayıda milia benzeri kistleri, çoklu bez açıklıklarının oluşturduğu psödo-ağ varlığı ve globül, nokta, çizgilenmelerin ve pigmente ağın yokluğunun gösterilmesi ile melanomdan ayırıcı tanısı yapılabilir. Kutanoz seboreik keratoz ile uyumlu komedon benzeri açıklıklar, muhtemelen sürtünme nedeni ile vulvada gözlenmezler (8).

Seboreik Keratoz düşünülen olguların %0.66'sında histolojik olarak melanom tanısı konduğundan tanıda zorluk çekilmesi durumunda biyopsi yapılmalıdır. SK sıklıkla eksize edilmemekle birlikte semptomatik lezyonlar kriyoterapi, küretaj, elektrocerrahi veya yüzeyel eksizyon ile çıkarılabilir (9).

### Anogenital Verrüler

Erişkinlerin %1'inde anogenital verrüye rastlanabilir. Sıklıkla deri renginde veya pembe renkte olmakla beraber bazen kahverengidirler. Bu kahverengi görünüm, kahverengide deri rengine sahip kişilerde ve yüksek riskli HPV tipleri ile enfeksiyon durumlarında gözlenir. Morfolojik olarak, siyah derilli hastalarda pigmente verrüler, düz yüzeyli, lobüler veya papülerdir, filiform tipi daha az sıklıkla hiperpigmente olma eğilimindedir. Anogenital verrüler çok sayıdadır ve sıklıkla morfolojik görünümle tanı konulabilir. Pigmente verrülerin ayırıcı tanısı klinik morfolojiye dayanır. Tepe şekilli verrülerin benin nevüs veya anjiokeratomlar ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Düz tavanlı verrüler, nevüs ile karışabilir ve verrüköz yüzeyliler seboreik keratozdan ayırt edilemeyebilirler. Anogenital verrü histolojisi epitelyal hiperplazi ve alt üçte birlik epitelin koilositozisi ile karakterizedir. Koilositler, küçük hiperkromatik nükleuslu ve kutup sitoplazmalı, HPV ile enfekte hücrelerdir. Vulvar epitelyal hücreler koilositleri taklit



edebilir (psödokoilosit), ancak psödokoilositler tüm epidermis boyunca bulunabilir ve genital verrü göstergesi değildirler. Psödokoilositler histopatolojik olarak yanlışlıkla anogenital verrü tanısının konmasına neden olur. Tedavi; kriyoterapi ile destrüksiyon, yüzeysel/makasla kesme ile eksizyon, lazer veya triklorasetik asit (TCA) ve podofilotoksin ile kemo-destrüksiyonu içerir. Alternatif olarak imikimod ile immünokemoterapi yapılabilir (1).

### Vulvar Intraepitelyal Neoplazi

Vulvar Intraepitelyal Neoplazi (VIN), vulvada invaziv karsinoma ilerleme potansiyeline sahip anormal keratinositlerin varlığıdır. VIN'in çok sayıda, daha genç bayanlarda, HPV ilişkili olan ve tek sayıda, yaşlı bayanlarda, HPV ile ilişkili olmayan olmak üzere iki klinik alt tipi vardır. HPV ilişkisiz olanların malinleşme potansiyeli daha yüksektir. HPV ilişkili olanlar, yüksek riskli HPV'ler olan HPV16, HPV18, HPV31'e bağlı gelişirler. Risk faktörleri sigara içme, çoklu cinsel partner ve HIV gibi immünsüpresyon durumlarıdır. Çoklu VIN veya Bowenoid papulozis, HPV ile ilişkilidir ve sıklıkla hiperpigmente, belirgin kenarlı, düz tavanlı papüller veya plaklar şeklindedir. Klinik olarak verrü, seboreik keratoz ve melanositik nevüse benzeyebileceğinden tanı histolojik tanı ile desteklenmelidir. En sık olarak labium minus ve vestibulda oluşur (10). Klinik görünümüne ek olarak dermatoskopi de tanıda yardımcıdır. Dermatoskopik olarak serebriform paternin görülmesi tipiktir. Ancak bu paternin sık gözlemlendiği seboreik keratozdan ayırımı zordur (4). Klinisyen kısa süre önce podofilin ile tedavi edilmiş lezyonlardan biyopsi almaktan kaçınmalıdır; çünkü podofilin VIN benzeri histolojik değişiklik yaratabilir. VIN, invaziv vulvar karsinomaya ilerleme ihtimali nedeni ile tedavi edilir. Bu oran yaşlılarda, liken planus veya liken sklerozus ile ilişkili olgularda %87.5 civarındadır (11). Bununla beraber Pasifik adalarındaki dar kapsamlı bir çalışma çoğunun semptomatik ve sigara içicisi olan 30 yaşından genç hastalarda çok odaklı verrüköz/bazaloid VIN'lerin spontan regresyonu saptanmıştır. Bu nedenle, multifokal lezyonlar 30 yaştan daha genç bayanlar tedavi edilmeden önce 12 aydan uzun süre takip edilebilir (12). Tedavi yaklaşımları cerrahi, kriyoterapi ve CO2 lazer eksizyonudur. Daha büyük lezyonlar için imikimod sık olarak kullanılmaktadır. Ancak bu tanıda FDA onayı yoktur. Topikal 5-FU ve 5-ALA temelli fotodinamik tedavi de seçenek olarak düşünülebilir. Pigmente ve multifokal lezyonlar tekli olgulara kıyasla fotodinamik tedaviye daha az cevap verir (10).

### Skuamoz Hücreli Kanser

Skuamoz Hücreli Kanser (SHK) vulvar malinitelerin büyük çoğunluğunu (%80-90) oluşturur. 50 yaş üstü beyaz bayanlar en yüksek SHK oranlarına sahiptir. Risk faktörleri yaşlı bayanlarda uzun süreli inflamasyon ve genç bayanlarda HPV ilişkili hastalıkları içerir. Vulvar SHK'nın %60'ının liken sklerozus ile ilişkili olduğu ve tedavi edilmemiş liken sklerozus olgularının %3-5'inde SHK geliştiği saptanmıştır (13). HPV pozitif SHK için risk faktörleri sigara ve alkol içimi, servikal displazidir. İmmünsüpresyon tüm VIN tiplerinde invaziv SHK gelişim riskini artırır (14). SHK'lı hastaların yarısı başta kaşıntı olmak üzere semptomatiktir. Farklı morfolojik lezyonlardan çok sayıda biyopsi almak tanı şansını artırır. Üç ana SHK tipi vardır. İkiisi HPV ile ilişkilidir; sıklıkla keratotik verrüköz nodül veya kitleler olarak gözlenen Bowenoid tip veya nadiren metastaz yapan ama lokal olarak yıkıcı olan ve karnibahar benzeri büyük gözlenen verrüköz karsinoma. Üçüncü tipi, HPV bağımlı olmayan, histolojik olarak lamina propriada kornifiye materyal ile keratinosit grupları gösteren, morfolojik olarak skuamli lezyonlar şeklinde gözlenen farklılaşmış SHK'dir. Bu tip en sık olarak liken sklerozus veya liken planus gibi kronik inflamasyon zemininde oluşur. Melanomdan farklı olarak tümör kalınlığından çok tümör

derinliği, tedaviyi ve prognozu belirleyici histolojik özelliktir. Vulvektomi sadece ileri aşamalar için düşünülmekle beraber ana tedavi yaklaşımı cerrahidir. Cerrahiye uygun olmayan hastalar için kemoterapi ve radyoterapi düşünülebilir (13).

### Bazal Hücreli Kanser

Bazal Hücreli Kanser (BHK) sık olarak güneş gören yüzeylerde oluşan, en sık rastlanan deri malinitesidir. Ancak anogenital bölge gibi güneş görmeyen alanlarda daha az gözlenir. Primer olarak kronik UV hasarı ile ilişkili olmakla beraber, BHK normal deride veya daha önceden irite olmuş alanlarda bulunabilir. Vulvada nadirdir ama sıklıkla yaşlı bayanlarda tanımlanmıştır (15). Klinik olarak nodüler (deri renginde ve parlak) veya yüzeyledir (pembe ve düz). Bununla beraber, çok az sayıda BHK pigmentedir. Pigmente BHK uniform olarak kahverengi, gri veya kahverenkli veya siyah noktali olabilir (15). Sıklıkla labia majusun mukozal olmayan yüzeyinde bulunur (Resim 1). Bilateral ve multifokal lezyonlar nadirdir. Tümörler incimsi ve parlak olurlar. Ayırıcı tanıya melanom girer. Bununla beraber pigmente verrüler pigmente nevüs ve seboreik keratoz bazen pigmente BHK'yi taklit edebilir (16). Arborizan damarlar, ülserasyon, tekerlek jantı görünümü alan, yaprak benzeri alan, büyük mavi-gri ovoid yuvaların varlığı BHK'in dermatoskopik özellikleridir (17) (Resim 2). Tanı, periferik palisadik dizimli bazeloid hücrelerin karakteristik adalarını gösteren biyopsi ile desteklenmelidir (16). BHK, düşük metastatik potansiyelle sahip olması nedeni ile bazal hücreli epitelyoma olarak da adlandırılır. Bununla beraber belirgin bir tedavi almayan lezyonlar çevre dokuları lokal olarak destrükte ederek büyür ve ülserleşirler (15). Agresif BHK derin



Resim 1. Vulvada bazal hücreli kanser (Dr. Ercan Arca'nın arşivinden)



Resim 2. Vulvada bazal hücreli kanserin dermatoskopik görüntüsü (Dr. Ercan Arca'nın arşivinden)

infiltrasyon ve perinöral yayılım gösterir. Tedavide cerrahi sınırlar histopatolojik olarak temiz olacak şekilde eksizyon şarttır (16).

### Melanom

Melanom melanositlerin malin tümörüdür. Melanomlar bir nevüsten veya sıklıkla denova olarak gelişirler. Melanom SHK'den sonra vulvanın en sık ikinci malinitesidir. Vulvanın melanomu tüm vulva malinitelerinin %3.4-10'unu ve tüm melanomların %1'ini oluşturur. Melanom vulvanın keratinize yüzeyinde olabilir, ama sıklıkla vulva, vajina ve vestibül mukozasında oluşur (18). Vulvavajinal epitelin melanom sıklığı, beyaz bayanlarda daha sıktır ve yaş ile artar (ortalama 68 yaş) (19). Morfolojik olarak, melanom benin nevüslere kıyasla büyük ve düzensizdir, displastik nevüsten çok daha atipiktir. Melanom genel olarak değişken pigmentasyon ve düzensiz veya belirsiz sınırları ile çap olarak 7 mm'den büyüktür. Mavi, siyah ve gri renkler melanomu düşündürür. Nodüler melanom yüzeysel yayılan melanoma göre daha az sıklıkla ve daha az değişken pigmentasyon ve asimetri gösteren siyah nodül olarak gözlenir. Deride amelanotik melanom yaygın olmamakla birlikte vulvar melanomun dörtte biri amelanotiktir. Keratinize derinin melanomu nerdeyse her zaman soliterdir, ama vulvar melanom sıklıkla multifokaldır (20).

Melanomların ayırıcı tanısı, şekil ve renk olarak daha az düzensizlik gösteren displastik nevüsü kapsar. Postenflamatuvar hiperpigmentasyon ve vulvar lentigo/melanozis melanomdan klinik olarak ayırt edilemez. Melanom ihtimali olan her lezyon, eksizyonel biyopsi veya insizyonel biyopsi gerektirir. Yüzeysel biyopsi primer olarak progresyonun belirleyicisi olan kalınlığı göstermediğinden kontrendikedir (21). Dermatoskopik görünimleri çok komponentli ve düzensiz retiküler veya düzensiz polisirküler şekildedir. Diğer dermatoskopik özellikleri mavi beyaz tül, beyaz tül, regresyon alanları, düzensiz globüllerdir. Damarsal yapılar düzensizdir ve sütsü kırmızı alan içerirler. Melanomlar dermatoskopik algoritmalara göre değerlendirilir. ABCD kuralı, Menzies metodu, 7 nokta kontrol listesi ve CASH algoritmasının melanom tanısındaki duyarlılığı sırasıyla %60, %80, %40 ve %60'dır. Klasik algoritmaların kalın melanomların tanısında etkili ancak çok küçük olanların değerlendirmesinde yetersiz olduğu saptanmıştır (22).

Histolojik olarak, akrall lentiginöz, yüzeysel yayılan veya nodüler melanom gibi bir kaç alt tipinden biri ile karakterize olabilir. Klasik olarak bozulmuş melanosit yapısı ve maturasyonu zemininde melanosit yuvalarının yukarı göçü, sınırların asimetrisi ve belirsizliği ile melanositlerin atipisi gözlenebilir. Mitotik figürlerin artışı her iki epitelyal ve submukozal kısımda gözlenebilir. Epidermal atrofi yaygındır. S-100, HMB-45, MART-1 gibi özel boyalar tanı için gerekebilir (23). Vajina ve vulvanın melanomuna ait veriler az sayıdadır; çünkü bu alan melanomlarının tanısı gecikir. Vulvar melanomda 5 yıllık hayatta kalım %55-75 civarındadır. Yaşlı hastalarda prognoz daha kötüdür. Melanomda prognoz primer olarak tümör kalınlığına bağlıdır. Tedavi vulvektomiye benzer iyi sonuçlar veren lezyonun geniş eksizyonudur. Radyoterapi ve kemoterapi tümöre bağlı hayatta kalımı çok az etkiler (24).

### Yama ve Plaklar

#### Fizyolojik Hiperpigmentasyon

Farklı deri tipleri farklı derecelerde pigmentasyon gösterir. Fizyolojik pigmentasyonun deri tipine göre daha koyu olması durumu hastalık sürecini düşündürür. Fizyolojik hiperpigmentasyon yaygındır. İntroitusda, labia minuslarda ve perianal alanda ve siyah tenlilerde belirgindir. Sıklıkla labia majör ve kıllı alanlarda da yaygındır. Fizyolojik hiperpigmentasyon proksimal iç uylukta da uniform pigmentasyon şeklinde gözlenir. Bu lezyonlar simetrik, maküler, skuamsız ve asemptomatiktir.

Genital bölge diğer vücut alanlarına göre fizyolojik pigmentasyona daha duyarlı hale gelecek şekilde daha yoğun melanosit içerir. Hiperpigmentasyon derecesi, oral kontraseptif kullanımı, ergenlik, mens ve gebelik gibi farklı hormon düzeylerine göre farklılık gösterebilir. Histolojik olarak bu bölgenin melanin içeriği, melanositlerin melanozomlarının sayısı ve bazal tabakanın keratinositleri normalden daha fazladır. Konjenital hiperplazi, Addison veya Cushing Hastalığı da hiperpigmentasyon ile sonuçlanabilir (12).

#### Postenflamatuvar Hiperpigmentasyon

Tüm deri tiplerinde gözlenebilir. Fizyolojik hiperpigmentasyona göre daha az simetrik olan ve daha önceki inflamatuvar dermatozun dağılımında olan, değişken kahverengi renkte makül veya yamalıdır. Nedenleri arasında inflamatuvar deri hastalıkları, travma ve fiks ilaç erüpsiyonları sayılabilir. İlişkili inflamatuvar durum her zaman belirgin değildir. Liken sklerozus ve liken planus postenflamatuvar hiperpigmentasyon yapan yaygın nedenlerdir. Bazal membran hasarlanması, dermise melanin geçişi nedeni ile fiks ilaç erüpsiyonu ve eritema multiforme hiperpigmentasyon yapabilir. Hiperpigmentasyon paterni atipik ise özellikle liken sklerozus ve melanom ilişkisi olabileceğinden tanı biyopsi ile doğrulanmalıdır. Altta yatan aktif inflamasyonun tedavisi hastalığı azaltır ve daha fazla postenflamatuvar hiperpigmentasyon gelişimini engeller. Postenflamatuvar hiperpigmentasyon genellikle tedavi edilmez. Hidrokinon denenebilir, ancak dermal pigmentasyondan çok epidermal pigmentasyona karşı etkilidir (12).

#### Vulvar Melanozis (Lentigo)

Muköz membranların ve modifiye muköz membranların melanozisi oral mukoza, penis ve vulvada tanımlanmıştır. Bu oldukça yaygın, asemptomatik ve benin lezyonlar, melanomdan ayırıcı tanısının yapılması için biyopsi gerektirecek kadar pigment düzensizliği gösterebilir.

Vulvar melanozis sıklıkla premenapozal bayanlarda oluşur ve çocuklarda olduğunda şu sendromlardan biri düşünülmelidir: Peutz-Jeghers sendromu, Laugier-Hunziker sendromu, Cockayne sendromu, LEOPARD sendromu, Corney sendromu ve Cushing Hastalığı. Vulvar melanozis, keratinize deriden ziyade modifiye muköz membranları ve muköz membranları etkiler. Labia minora en fazla etkilenir, ama gerçek introitus mukozası da tutulabilir. Vulvar lentigo tipik olarak belirgin olmayan sınırlı, kahverengi veya siyah, değişken gölgeli, düzensiz yamalar şeklinde gözlenir. Yamalar tek olarak veya sıklıkla birleşen yamalar şeklinde gözlenir. Vulvar melanozisin nedeni bilinmemekle birlikte postenflamatuvar fenomene bağlı geliştiği yönünde görüşler vardır. Klinik görünüm maligniteyi düşündürse de melanom gelişimi bildirilmemiştir. Bununla beraber eş zamanlı melanom bulunabilir (12).

Postenflamatuvar hiperpigmentasyon, lentigo/melanozis ayırıcı tanısı dermatoskopi ile yapılamaz. Ana dermatolojik paternleri paralel dermatoskopik paternlerdir. Damar varlığında düzenlidir. Polikromazi asla gözlenmez. Vulvar melanozisli hastalarda dermatoskopi ek bilgi sağlasa da tanıyı desteklemek için biyopsi yapılmalıdır. Klinik olarak melanozis melanomdan ayırt edilemez. Liken sklerozus zemininde gelişirse artmış SHK riskinden dolayı biyopsi yapılmalıdır. Histolojik olarak vulvar melanozisde normal veya artmış melanositler ve bazal hücre tabakasında melanin artışı gözlenir. Genellikle rete ridgelerin lentiginöz engasyonu, melanofajlarda anormal melanin artışı vardır. Hücresel atipi yoktur. Tedavi gerekli değildir, ama bazen hastalar kozmetik nedenlerle tedavi isterler. Küçük lezyonlar için eksizyon bazen de kriyoterapi uygundur (12).

**Tablo 2. Pigmente vulvar lezyonlarda dermatoskopik skorum**

Dermatoskopik bulgu	Puan
Tek taraflı ve tek odaklı	1
Papüler olma	2
Çok komponentli olma	2
Düzensiz patern varlığı	1
Düzensiz damar varlığı	1
Düzensiz globül varlığı, regresyon yapılarının gözlenmesi, beyaz, mavi-beyaz tül varlığı	2
3 veya daha fazla fazla renk varlığı	1

### Akantozis Nigrikans

Akantozis Nigrikans (AN) primer olarak obez bireylerde gözlenen insülin direncinin yaygın ve asemptomatik yansımasıdır. Tip 2 diabetli çocuklarda %90, obez çocuklarda %32 oranında akantozis nigrikans gelişimi gözlenmiştir. AN diabete ek olarak diğer endokrinopatilere, niyasin başta olmak üzere ilaçlara ve nadiren de malinitelere bağlı olarak gelişebilir (25). AN deri katlantılarında simetrik, kahverengi, belirsiz sınırlı, kadifemsi kalınlaşma olan plaklar şeklinde gözlenir. Belirgin etkilenmiş alanlar, kural kırışıklıklar, vulvanın tüylü yüzeyi, proksimal uyluk iç yüzeyi, aksilla ve boyun bölgesini içerir. Sıklıkla alttaki papillomatöz süreci vurgulayan skin taglarla birliktelik gösterir (26, 27).

Akantozis Nigrikans tanısı, deri kıvrımlarında simetrik paternde hiperpigmentasyon ve kadifemsi görünüm ile klinik olarak konur. İnsülin direnci için alta yatabilecek endokrinopati ve malinite aranabilir. Öncelikle ayırıcı tanı hiperpigmentasyon gösteren likenifiye ekzema ile yapılmalıdır. Likenifikasyon akantozis nigrikansın kadifemsi görünümünü taklit edebilir. Bununla beraber anamnezde akantozis nigrikansda kaşıntı geçmişi ve şikayeti yoktur. Bu sık görülen hastalıklar birlikte gözlenebilir ve hangisinin neden olduğunu tayin etmek için biyopsi gerekebilir. Biyopside belirgin papillomatosis ve hiperkeratozis, hafif akantoz gözlenir, ancak melanin veya melanositlerde artış yoktur (26, 27).

Akantozis Nigrikans'da en önemli tedavi stratejisi, alta yatan obezite ve metabolik sendromun tedavisidir. Çoğu hasta özellikle boyunda kirli bir görünümün oluşmasına odaklanmıştır. Metformin, topikal vitamin D analogları, topikal ve oral retinoidlerin kullanımının ve zayıflamanın faydalı olduğu yönünde yayınlar vardır (26, 27).

### Pigmente Lezyonlara Yaklaşımlarda Dermatoskopinin Katkısı

Vulva melanomlarına yaklaşımda klasik yaklaşımlar dışında yeni bir algoritma geliştirilmiştir. Buna göre: tek taraflı ve tek odaklı olma (1 puan), papüler olma (2 puan), çoklu komponent paterninde olma (2 puan), düzensiz patern varlığı (1 puan), düzensiz damar varlığı (1 puan), mavi-beyaz tül, regresyon yapılarının gözlenmesi ve düzensiz globüllerin varlığı (2 puan) ve üç veya daha fazla renk varlığı (1 puan) olarak değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda 4 veya daha fazla skorun varlığında lezyonun çıkarılması önerilmektedir (Tablo 2). Yapılan çalışmada duyarlılığı %100 ve özgünlüğü %94 olarak gösterilmiştir. Diğer benin ve malin pigmente vulva lezyonlarında da uyguladığında duyarlılığı ve özgünlüğü sırasıyla %100 ve %90 olarak ölçülmüştür (22).

### Sonuç

Pigmente lezyonlar genellikle morfolojik olarak ve yerleşimine göre ayırt edilebilir. Bununla beraber, muköz membranlarda ve modifiye muköz membranlarda morfoloji daha az belirgindir. Klinik olarak tanı konulamayan pigmente lezyonlar için melanomdan ayırıcı tanısını yapmak

maksadıyla dermatoskopik inceleme ve gerekirse biyopsi yapılmalıdır. Maliniteye dönüşüm riski olan lezyonlarda takip zorluğu nedeni ile ekzizyonu tercih edilmelidir. Zira bir çok hastada lezyonlar rutin jinekolojik muayene sırasında tesadüfi olarak tespit edilmekte ve hasta morfolojik değişimin farkında olmamaktadır. Dermatoskopik muayene gereksiz girişimlerden kaçınmak açısından son derece önemlidir. Ancak dermatoskopi yapılan merkezlerin azlığı olası kötü fonksiyonel ve kozmetik yan etkilerine rağmen ekzizyonel yaklaşımların daha pratik olarak algılanmasına neden olmaktadır. Dermatoskopinin daha yaygın hale gelmesi ile vulva gibi spesifik lokalizasyonlarda daha az gereksiz cerrahi girişimi sağlayacağı kesindir. AN gibi büyük lezyonlar dermatoskopik değerlendirmeye uygun olmadığından ayrıntılı anamnez ve biyopsi hala primer tanısal değerini korumaktadır.

### Kaynaklar

- Edwards L. Pigmented vulvar lesions. *Dermatol Ther* 2010;23:449-57. [CrossRef]
- Virgili A, Zampino MR, Marzola A, et al. Vulvar melanocytic nevi: a dermoscopic investigation. *Dermatology* 2010;221:55-62. [CrossRef]
- Hosler GA, Moresi JM, Barrett TL. Nevi with site-related atypia: a review of melanocytic nevi with atypical histologic features based on anatomic site. *J Cutan Pathol* 2008;35:889-98. [CrossRef]
- Ferrari A, Zalaudek I, Argenziano G, et al. Dermoscopy of pigmented lesions of the vulva: a retrospective morphological study. *Dermatology* 2011;222:157-66. [CrossRef]
- El Shabrawi-Caelen L, Soyer HP, Schaeppi H, et al. Genital lentiginos and melanocytic nevi with superimposed lichen sclerosus: a diagnostic challenge. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:690-4. [CrossRef]
- Fognagnolo L. Anjiokeratoma of the vulva. *An Bras Dermatol* 2011;86:333-5. [CrossRef]
- Zaballos P, Daufi C, Puig S, et al. Dermoscopy of solitary angiokeratomas: a morphological study. *Arch Dermatol* 2007;143:318-25. [CrossRef]
- de Giorgi V, Massi D, Salvini C, et al. Pigmented seborrheic keratoses of the vulva clinically mimicking a malignant melanoma: a clinical, dermoscopic pathologic case study. *Clin Exp Dermatol* 2004;30:17-9. [CrossRef]
- Izickson L, Sober AJ, Mihm MC, et al. Prevalence of melanoma clinically resembling seborrheic keratosis: analysis of 9204 cases. *Arch Dermatol* 2002;138:1562-6. [CrossRef]
- Lai KW, Mercurio MG. Medical and surgical approaches to vulvar intraepithelial neoplasia. *Dermatol Ther* 2010;2:477-84. [CrossRef]
- Jones RW, Rowan DM. Vulvar intraepithelial neoplasia III: a clinical study of the outcome in 113 cases with relation to the later development of invasive vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 1994;84:741-5.
- Venkatesan A. Pigmented lesions of the vulva. *Dermatol Clin* 2010;28:795-805. [CrossRef]
- Tyring SK. Vulvar squamous cell carcinoma: guidelines for early diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(Suppl 3):17-23. [CrossRef]
- Abdel-Hady ES, Martin-Hirsch P, Duggan-Keen M, et al. Immunological and viral factors associated with the response of vulvar intraepithelial neoplasia to photodynamic therapy. *Cancer Res* 2001;61:192-6.
- Lui PC, Fan YS, Lau PP, et al. Vulvar basal cell carcinoma in China: a 13-year review. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:514. [CrossRef]
- Pisani C, Poggiali S, De Padova L, et al. Basal cell carcinoma of the vulva. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:446-8. [CrossRef]
- Soyer HP, Argenziano G, Ruocco V, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions (Part II). *Eur J Dermatol* 2001;11:483-98.
- Parara S, de Bree E, Takos D, et al. Melanoma of the vulva: a pigmented lesion is also significant in a non sunexposed area. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280:831-4. [CrossRef]
- Sugiyama VE, Chan JK, Shin JY, et al. Vulvar melanoma. A multivariable analysis of 644 patients. *Obstet Gynecol* 2007;110:296-301. [CrossRef]
- De Simone P, Silipo V, Buccini P, et al. Vulvar melanoma: a report of 10 cases and review of the literature. *Melanoma Res* 2008;18:127-33. [CrossRef]
- An J, Li B, Wu L, et al. Primary malignant amelanotic melanoma of the female genital tract: report of two cases and review of literature. *Melanoma Res* 2009;19:267-70. [CrossRef]
- Ronger-Savle S, Julien V, Duru G, et al. Features of pigmented vulvar lesions on dermoscopy. *Br J Dermatol* 2011;164:54-61. [CrossRef]

23. Irvin WP, Legallo RL, Stoler MH, et al. Vulvar melanoma: a retrospective analysis and literature review. *Gynecol Oncol* 2001;83:457-65. [\[CrossRef\]](#)
24. Iddings DM, Fleisig AJ, Chen SL, et al. Practice patterns and outcomes for anorectal melanoma in the USA, reviewing three decades of treatment: is more extensive surgical resection beneficial in all patients? *Ann Surg Oncol* 2010;17:40-4. [\[CrossRef\]](#)
25. Brickman WJ, Binns HJ, Jovanovic BD, et al. Acanthosis nigricans: a common finding in overweight youth. *Pediatric Dermatology* 2007;24:601-6. [\[CrossRef\]](#)
26. Hermanns-Lê T, Scheen A, Piérard GE. Acanthosis nigricans associated with insulin resistance: pathophysiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2004;5:199-203. [\[CrossRef\]](#)
27. Romo A, Benavides S. Treatment options in insulin resistance obesity-related acanthosis nigricans. *Ann Pharmacother* 2008;42:1090-4. [\[CrossRef\]](#)

## Silika ve Vibrasyon Maruziyeti Sonrası Gelişen Bir Sistemik Skleroz Olgusu

### *A Case with Systemic Sclerosis Following Exposure To Silica and Vibration*

Aslı Ürkmez<sup>1</sup>, İşıl Kılınç Karaarslan<sup>1</sup>, İlgen Ertam<sup>1</sup>, Gülşen Kandiloğlu<sup>2</sup>, Can Ceylan<sup>1</sup>

#### Özet

Sistemik skleroz, deri ve iç organlarda inflamatuvar, vasküler ve sklerotik değişikliklerle karakterize otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın kesin etiyo-lojisi bilinmemekle birlikte çevresel risk faktörleri arasında yer alan sili-ka tozunun birtakım immunolojik değişimlere yol açarak sklerodermaya zemin hazırladığı düşünülmektedir. Burada 15 yıl süre ile civa made-ninde çalışan bir maden işçisinde, kronik silika ve vibrasyon maruziyeti sonucunda sistemik sklerozis gelişimi sunulmaktadır.

(Turk J Dermatol 2012; 6: 45-7)

**Anahtar kelimeler:** Sistemik skleroz, silika, vibrasyon

#### Abstract

Systemic sclerosis is an autoimmune disease characterized by inflam-matory, vascular and sclerotic changes in the internal organs. Although the etiology is not known with certainty; silica dust, which is one of the environmental risk factors, can lead to scleroderma by some immuno-logical changes. In this case, a mine worker, who worked in a mercury mine during a 15-year period, developed systemic sclerosis due to ex-posure to chronic silica and vibration, is presented.

(Turk J Dermatol 2012; 6: 45-7)

**Key words:** Systemic sclerosis, silica, vibration

#### Giriş

Sistemik skleroz, deri ve iç organlarda; inflamatuvar, vasküler ve sklerotik değişikliklerle karakterize otoimmün bir hastalıktır. Sınırlı ve diffüz sistemik skleroz olarak iki alt tipi mevcuttur. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte patogeneğinde vasküler hasar, fibrozis gelişimi, genetik ve immunolojik faktör-lerin etkili olduğuna ilişkin çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca, kemokin reseptörü (CXCR 2), tümör nekrotizan faktör (TNF 863A), interlökin (IL-10), tümör büyüme faktörü beta (TGF beta), anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE), fibrilin genlerinde-ki polimorfizm de hastalık oluşumunda suçlanan faktörler ara-sındadır. Seropozitif otoantikolar immuniteyi, Raynaud fenome-ni ve tırnak yatağındaki telenjektaziler ise vaskülopatiyi destekleyen anlamlı değişiklikler arasındadır (1, 2).

Silika, organik solventler, pudra, vinil klorid, formaldehid gibi kimyasal ajanlar, seramik hammaddeleri ve vibrasyon da etiyo-lojide suçlanan ve çoğunlukla mesleki olarak maruz kalınan faktörlerdir (3, 4).

Silika, yer kabuğunda yoğun olarak bulunan bir mineraldir. Kristal ve amorf şekilleri olmakla birlikte doğada yaygın olarak bulunan, kristal formudur. Kazma, delme, tünel açma gibi silika teması olan meslek çalışanlarında silikozis gelişim riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (2).

Silika tozları, insan organizmasında birtakım immunolojik deği-şimlere yol açabilmektedir. Bunların en iyi tanımlananları anti-nükleer antikor (ANA) ve romatoid faktör (RF) pozitifliğidir. Eşlik eden bağ dokusu hastalıkları arasında romatoid artrit ve sklero-derma daha sık gözlenmekle birlikte, sistemik lupus eritemato-zus da görülebilmektedir (3, 5, 6).

#### Olgu Sunumu

Altmış dört yaşında erkek olgu, beş yıldır yüzünde kızarıklık, nefes darlığı ve el parmak derisinde sertlik yakınmasıyla kliniği-mize başvurdu. Özgeçmişinde 15 yıl süre ile civa madeninde el vibrasyonuna maruz kalarak çalışma ve sekiz paket yılı (sekiz yıl boyunca günde 1 paket) sigara içme öyküsü mevcuttu. Soygeçmişinde önemli bir özellik yoktu.

Dermatolojik muayenesinde yüz (Resim 1), el parmakları, sırt, göğüs ve her iki alt ekstremitte derisi sklerotik olarak palpe edil-di. Sklerotik alanlara yüz, palmar bölge ve proksimal tırnak kıvrı-mında telenjektazilerin yanı sıra; sırt, göğüs (Resim 2) ve alt ekstremitelerde pigmentasyon değişiklikleri eşlik etmekteydi. Ayrıca kaşların dış kısmında terminal kıl kaybı ile ağız açıklığında daralma mevcuttu (Resim 1). Raynaud fenomeni pozitif. Tetkiklerinde pansitopeni, antinükleer antikorda 1/160 granüler ve 1/320 nukleolar paternde pozitiflik, akciğer tomografisinde silikozis ile uyumlu apikal opasiteler, hiler bölgede lenf bezi kalsifikasyonları (Resim 3), alt zonlarda da minimal interstisyel fibrozis (Resim 4), solunum fonksiyon testinde sınırdan obstrüktif paterne eşlik eden difüzyon kapasitesinde azalma (25.2 mL/mmHg/min) saptandı. Özofagusun skopik incelemesinde dis-motilite, ekokardiyografide hafif pulmoner hipertansiyon (pul-moner arter basıncı: 40 mm Hg), odyometride ise bilateral sensörinöral işitme kaybı diğer saptanan bulgular arasındaydı. Tüberkülin deri testi 13 mm olarak değerlendirildi. Sırt derisinden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde yüzeysel dermada homojen globüler madde birikimi ve lenfosit infiltras-yonu saptandı. Dermada ter bezi seviyesinin altına kadar inen bağ dokusu artımı izlendi. Kongo kırmızısı ile boyama negatif olarak sonuçlandı (Resim 5 a, b, c).

Bu olgu; 22. Ulusal Dermatoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

#### Yazışma Adresi

#### Correspondence

Aslı Ürkmez  
Ege Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye  
Tel.: +90 232 390 38 31  
E-posta:  
dr.urkmez@yahoo.com





**Resim 1. Yüzde skleroz, eritemli plaklar, kaşların dış kısmında alopsi, ağız açıklığında daralma**

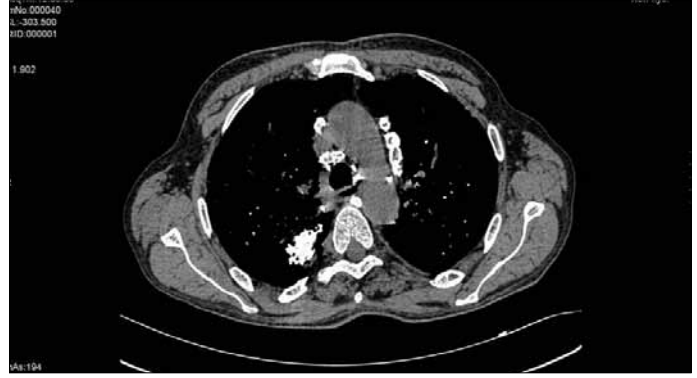


**Resim 2. Sternal alanda skleroz, hipopigmente maküller**

Bu bulgularla olgu sınırlı sistemik skleroz olarak değerlendirildi. Hastaya metilprednizolon (16 mg/gün) tedavisi başlanırken ek olarak silikozis zemininde artmış akciğer tüberkülozu gelişim riski nedeniyle izoniazid kemoprofilaksisi (300 mg/gün) başlandı.

### Tartışma

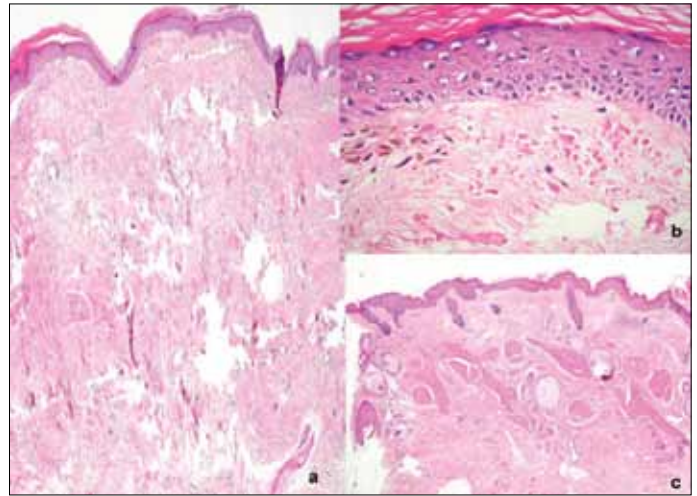
Silikozis ile skleroderma arasındaki bağlantı ilk kez 1914 yılında taş işçilerinde bildirilmiştir. Bu tarihten sonra da silikozis ve skleroderma birlikteliği ile ilgili birçok vaka sunumu ve çalışma rapor edilmiştir (3, 4, 7-9).



**Resim 3. Apikal opasiteler, hiler bölgede kalsifiye lenf nodları**



**Resim 4. Alt zonlarda da minimal interstisyel fibrozis**



**Resim 5. a) Sırt. Dermada fibröz doku artımı, retelerde silinme, ter bezi seviyesinin altına inen bağ dokusu artışı (HEX40), b) Yüzeysel dermada amiloidi anımsatan homojen globüler madde birikimi ve melanofajlar. Kongo kırmızısı negatif (HEX100), c) Yüz. Ter bezi seviyesinin altına inen bağ dokusu artımı (HEX40)**

Silikozis ve skleroderma birlikteliğinin erkeklerde daha sık gözlenmesi; skleroderma gelişimine yol açan mesleklerde genellikle erkeklerin çalışması ile açıklanmaktadır (4).

Silikozise sekonder skleroderma olgularında anti-topoizomeraz antikorlar pozitif saptanmaktadır. Ancak bu durum, idiyopatik skleroderma olgularından ayırt edici bir özellik olarak kabul edilmemektedir (3). Silikozise bağlı skleroderma olgularında en sık rastlanan solunumsal



bulgu, solunum fonksiyon testinde restriktif patern varlığından bağımsız olarak difüzyon kapasitesindeki azalmadır (8). Bizim olgumuzda da solunum fonksiyon testinde sınırdaki obstrüktif paterne eşlik eden difüzyon kapasitesinde azalma mevcuttu.

## Sonuç

Silikozisin skleroderma gelişimindeki patogenezi ile ilgili çeşitli görüşler mevcuttur. Silika partiküllerinin fibrojenik uyarı ile konakta immün aracılı doku hasarını tetiklemesi (3, 8), silikozis hastalarında anti-topoizomera, desmoglein, caspase ve fas moleküllerine karşı otoantikör varlığı söz konusu çalışmalara örnek gösterilebilir. Otsuki ve arkadaşları (9), fas ve caspase 8 otoantikörleri ile lenfosit aracılı apoptozun doku hasarı ve otoimmünitede anahtar rol oynadığını bildirmişlerdir.

Michigan'da 463 silikozis tanılı erkek hasta ile yapılan retrospektif bir çalışmada hastaların 24'ünde romatoid artrit (%5.2), birinde skleroderma (%0.2) ve bir hastada da sistemik lupus eritematozus (%0.2) saptanmıştır. Silikozisli hastalarda skleroderma gelişim oranı ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (3). Buna karşılık başka bir çalışmada tekstil işinde çalışan 15 kadında normal popülasyonun iki katı oranında skleroderma gelişim riskinde artış saptanmıştır (4).

Silikozis zeminli skleroderma tedavisi, hem immünsupresif tedaviyi hem de sklerodermaya sekonder gelişen komplikasyonların tedavisini içermektedir. Sistemik kortikosteroid, siklofosamid ve diğer immünsupresifler, penisilamin, PUVA, interferon ve vasküler komplikasyonlara yönelik kullanılan vazodilatörler kullanılmakta olan tedavi seçenekleri arasındadır. Olgumuzda pulmoner hipertansiyonunun hafif düzeyde olması ve pansitopeni nedeni ile agresif immünsupresif tedavi tercih edilmiş, düşük doz sistemik metilprednizolon tedavisi ile yetinilmiştir.

Yapılan çalışmalardaki olgu sayısı, skleroderma gelişimi ile silika ve el aracılı vibrasyon arasındaki ilişkiyi kesin olarak söylemek için henüz yeter-

li değildir. Özellikle el aracılı vibrasyonun silika gelişimine yol açtığını destekleyen olgu kontrollü çalışma sayısı yetersizdir. Japonya'da 48 sistemik skleroz olgusu ile yapılan bir çalışmada, 7 erkek olgunun tamamında, 41 kadın olgunun ise 24'ünde vibrasyonla çalışma öyküsü saptanmakla beraber çalışma olgu kontrolü ile yapılmamıştır (10). Bu nedenle konu ile ilgili geniş olgu serileri içeren kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bunun yanında özellikle maden işçilerini izleyen işyeri hekimlerinin skleroderma gelişimi açısından çalışanları yakın takibe almaları ve gerektiğinde maruziyetin sonlandırılmasına karar vermeleri prognoz açısından büyük önem taşımaktadır.

## Kaynaklar

1. Denton PC, Black MC. Scleroderma (Systemic Sclerosis). In Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Wolff K, Goldsmith AL, Katz IS, Gilchrist AB, Palper SA, Leffel JD, eds. McGraw Hill: USA, 2008. p:1515-66.
2. Erdoğlan Y, Samurođlu B. Diffüz Parankimal Akciğer Hastalıkları, 1. baskı, 2004, Ankara. s:117-45.
3. Rosenman DK, Fuller MM, Reilly JM. Connective tissue disease and silicosis. Am J Indust Med 1999;35:375-81. [\[CrossRef\]](#)
4. Bovenzi M, Barbone F, Pisa EF, et al. A case control study of occupational exposures and systemic sclerosis. Int Arch Occup Environ Health 2004;77:10-6. [\[CrossRef\]](#)
5. Rondan GP, Benedek TG, Medsger TA, et al. The association of progressive systemic sclerosis (scleroderma) with coal miners pneumoconiosis and other forms of silicosis. Ann Int Med 1967;66:332-4.
6. Koeger AC, Lang T, Alcaix D, et al. Silica-associated connective tissue disease. A study of 24 cases. Medicine 1995;74:221-37. [\[CrossRef\]](#)
7. Bovenzi M, Barbone F, Pisa EF, et al. Scleroderma and occupational exposure to hand transmitted vibration. Int Arch Occup Environ Health 2001;74:579-82.
8. Martin RJ, Griffin E, Lochead JA, et al. Systemic sclerosis (scleroderma) in two iron ore mines. Occup Med 1999;49:161-9. [\[CrossRef\]](#)
9. Otsuki T, Maeda M, Murakami S, et al. Immunological effects of silica and asbestos. Cell Mol Immunol 2007;4:261-8.
10. Nietert PJ, Silver RM. Systemic sclerosis: environmental and occupational risk factors. Curr Op Rheumatol 2000;12:520-6. [\[CrossRef\]](#)

## CREST Sendromu

### CREST Syndrome

Tuğçe Köksüz<sup>1</sup>, Zeynep Nurhan Saraçoğlu<sup>1</sup>, Ayşe Esra Koku-Aksu<sup>1</sup>, İlham Sabuncu<sup>1</sup>, Cengiz Korkmaz<sup>2</sup>

#### Özet

CREST sendromunun (kalsinozis kutis, Raynaud fenomeni, özefageal motilite bozukluğu, sklerodaktili ve telenjektazi) beş major bulgusunun da birlikte görüldüğü bir olgu sunmaktayız. Kırk altı yaşında kadın hasta kliniğimize ayak tabanında sertlik, kızarma ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın 20 senedir Raynaud fenomeni ve yaklaşık beş senedir gastroözefageal reflü şikayeti mevcuttu. Maske yüz, el ve yüzde belirgin telenjektazi mevcuttu. Parmaklarında skleroz (sklerodaktili) belgindi. Sol elde ve suprapatellar bölgede direkt grafide kalsinozis kutis saptandı. Raynaud fenomenine yönelik nifedipin 30 mg/gün, asetilsalisilik asit 100 mg/gün, özofagus dismotilitesine yönelik famotidin 40 mg/gün, metoklopramid HCL 30 mg/gün tedavisi başlandı. Tedavi sonrasında şikayetleri kısmi olarak geriledi. CREST sendromunun beş major bulgusunun olduğu bu olgu ile birlikte CREST sendromu ve komplikasyonlarını vurgulamayı amaçladık. (*Turk J Dermatol 2012; 6: 48-50*)

**Anahtar kelimeler:** Kalsinozis kutis, Raynaud fenomeni, sklerodaktili

#### Abstract

We report a case of CREST syndrome (calcinosis cutis, Raynaud's phenomenon, oesophageal dysmotility, sclerodactyly and telangiectasia) with all of the five major symptoms. A 46-year-old woman was admitted to our clinic with the complaint of erythema, rigidity and pain on the plantar surface of the feet. She had had Raynaud's phenomenon for 20 years and oesophageal reflux for five years. Her face had become masklike and there was prominent telangiectasies on her face and hands. Sclerosis were confined to the fingers (sclerodactyly). Direct X-ray graphy demonstrated calcinosis cutis on the left hand and suprapatellar region. She was treated with nifedipine 30 mg/day, acetylsalicylic acid 100 mg/day for Raynaud's phenomenon and famotidine 40 mg/day, metoclopramide HCL 30 mg/day for oesophageal dysmotility. Her complaints were partially relieved after the treatment. This case had all of the five major symptoms of CREST syndrome, and we aimed to emphasize the major symptoms and complications of CREST syndrome. (*Turk J Dermatol 2012; 6: 48-50*)

**Key words:** Calcinosis cutis, Raynaud's phenomenon, sclerodactyly

#### Giriş

CREST sendromu, sklerodermanın bir formudur. Kutanöz kalsifikasyon, Raynaud fenomeni, özefageal dismotilite, sklerodaktili ve telenjektazi olmak üzere 5 major semptomu mevcuttur. CREST sendromu tanısını koymak için bu 5 semptomdan en az üçünün saptanması gerekmektedir (1).

Beş major semptomun bir arada bulunduğu CREST sendromu olgusu sunulmaktadır.

#### Olgu Sunumu

Kırk altı yaşında kadın hasta kliniğimize ayak tabanında sertlik, kızarma ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 20 senedir Raynaud fenomeni ve yaklaşık 5-6 senedir gastroözefageal reflü öyküsü mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde sağ ayak beşinci metakarpofalangeal eklem üzerinde şişlik, kızarıklık, hiperkeratotik lezyon, sol ayak topuk ve plantar bölgede hiperkeratotik lezyonlar saptandı. Genel vücut muayenesinde mikrostomi, sklerotik yüz görünümü (Resim 1), yüzde ve elde telenjektazi (Resim 1, 2), parmak uçlarında skleroz ve siyanoz (Resim 2), periungual eritem ve sol diz eklemi üzerinde fiks, sert, subkutan nodül (Resim 3) mevcuttu. Sistem sorgulamasında yutkunma güçlüğü olduğu öğrenildi. Hastaya bu bulgularla CREST sendromu tanısı kondu.

Antisentromer antikor (ACA) değeri negatifti. CREST sendromunun primer bilyer siroz ile birlikteliğinin yüksek olmasından dolayı istenen anti düz kas antikor (ASMA), antimitokondrial antikor (AMA) ve abdominal ultrasonografi sonuçları da normal olarak değerlendirildi.

Özofagus tutulumuna yönelik çekilen özofagus pasaj grafisinde distal özofagus 1/3'lük kısımda yavaşlama, mukozal düzensizlik, tersiyer kontraksiyonlar saptanması üzerine yapılan endoskopisinde özofagusta polip ve postbulber duodenum sonrası şüpheli obstrüksiyon saptandı. Endoskopi tekrarı planlandı fakat hasta tarafından kabul edilmedi. Transtorasik Doppler-ekokardiyografi, elektrokardiyografi ve akciğer grafisi sonucu normal olarak değerlendirildi. Pulmoner hipertansiyon saptanmadı.

Hastanın direkt grafileri değerlendirildiğinde sağ el 2. metakarpofalangeal eklemeye yakın bölgede, sol el üçüncü parmak distal falanksın altında ve sol diz suprapatellar bölgede (Resim 4) kalsinozis kutis ile uyumlu bulgular saptandı.

Göz konsültasyonu sonucu hastada kuru göz tespit edildi ve suni gözyaşı başlandı.

Hastanın Raynaud fenomenine yönelik nifedipin 30 mg/gün, asetilsalisilik asit 100 mg/gün, özofagus dismotilitesine yönelik

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

#### Yazışma Adresi Correspondence

Ayşe Esra Koku Aksu  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye  
Tel.: +90 222 239 29 79  
E-posta: esraaksu@gmail.com



**Resim 1. Mikrostomi, telenjiektazi**



**Resim 2. Sol elde telenjiektazi ve siyanoz**

famotidin 40 mg/gün, metoklopramid HCL 30 mg/gün başlandı. Tedavi sonrasında hastanın ellerindeki morarma ve ağrı şikayetlerinin kısmi olarak gerilediği gözlemlendi.

### Tartışma

Sistemik skleroz, karakteristik kutanöz manifestasyonları olan bir multisistem hastalığıdır. Yüksek mortalite ve beraberindeki şiddetli morbidite tanıyı önemli kılmaktadır. Sistemik sklerozu sklerodermanın lokalize formlarından ayırmak önemlidir (2).

Sistemik sklerozun geniş bir hastalık spektrumu vardır, fakat 2 major alt grup tanımlanmıştır: diffüz kutanöz (dcSSc) ve sınırlı kutanöz (lcSSc) skleroderma. Bunlar primer olarak deri tutulumunun derecesi ve yaygınlığı ile ayırt edilir (3). CREST sendromu kalsinozis kutis, Raynaud fenome-



**Resim 3. Sol diz eklemi üzerinde subkutan nodül**



**Resim 4. Sol diz suprapatellar bölgede kalsinozis kutis ile uyumlu görüntü**

ni, özefageal dismotilite, sklerodaktili ve telenjiektazi ile karakterizedir, sınırlı sistemik tutulumundan dolayı sistemik skleroderma tipleri içinde en iyi prognozlu olanıdır (4). Akıyama ve arkadaşları (1) yaptıkları çalışmada CREST sendromunu bu 5 semptomdan en az 3'ünü içeren form olarak tanımlamışlar, yalnızca %17 oranında hastanın 5 semptomu birden içerdiğini belirtmişlerdir.

CREST sendromlu hastaların ilk başlangıç semptomu genellikle Raynaud fenomeni. Raynaud fenomeni diffüz tipte aylar içinde, lokalize tipte ise uzun bir zaman periyodunda (5-20 sene) gelişir (2, 3). Kutanöz bulgular sıklıkla daha sonra ortaya çıkar. Raynaud fenomeni deri sklerozu olan hastaların tamamında görülür (2). Sınırlı sklerodermada görülen Raynaud fenomeni oldukça şiddetli seyir gösterir, çok sayıda dijital ülser hatta dijital gangrenler gelişebilir (3).

Skleroz genellikle parmaklarda, ellerde, yüzde ve bazen de (%20) distal ön kolda görülür (3). Lokalize kutanöz sklerodermada yalnızca minör

sklerodaktili olabileceği gibi dirseklere kadar yayılan şiddetli sklerotik değişiklikler de görülebilir. Ekstremitelerin proksimal kısmının ya da gövdenin tutulması ile olgu dcSSc olarak tanımlanır (2).

Distrofik kalsifikasyon (kalsinozis kutis) sıklıkla (%25) parmaklarda (özellikle terminal falanksların palmar yüzlerinde), ön kolun ekstansör yüzeylerinde, daha az oranda ise kemik çıkıntılarda, diz ve dirsek etrafında, ayak dorsumunda, tendonlarda, yumuşak dokularda görülebilir (3, 5, 6). Parmaklar gibi travmaya açık bölgelerde yüzeysel nodüller ve plaklar gelişebilir. Bunlar zamanla ülserleşebilir ve sekonder enfeksiyonlara neden olabilir (6, 7). Yalnızca radyolojik değerlendirmede belli olabilecek küçük lezyonlar da gelişebilir (3). Metakarpofalangeal ve interfalangeal eklemler üzerinde marjinal erozyonlar, parmak uçlarında skar ve paronishi gelişebilir (5). Kalsinosiz kutise bağlı gelişen ağrı medikal tedaviye yanıt vermediğinde (nifedipin, kolşisin, pentoksifilin ve asetilsalisilik asit) cerrahi tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir (8). Bizim hastamızda da metakarpofalangeal eklem üzerinde ve patellar bölgede kalsinozis kutis lezyonları mevcuttu. Tedavi sonrasında ağrı azalma tarifleyen hastada cerrahi tedavi planlanmadı.

Telenjiektazi hastaların %75'inde görülür. Daha çok parmaklarda, yüzde, dudaklarda, ağızda ve gövde üst yarısında saptanır (3, 5). Telenjiektaziler herediter hemorajik telenjiektazi (HHT) taklit edebilirler ve şiddetli kanamaya sebep olabilirler (9, 10). Hastamızın yüzünde ve ellerinin üzerinde telenjiektaziler mevcuttu.

Gastrointestinal tutulum sistemik sklerozda çok sık görülmektedir. Özellikle özefageal tutulum %75-90 oranında mevcuttur (2, 3, 5). Özefageal dismotilite progresif sistemik sklerozun en belirgin olan iç organ tutulum şeklidir ve gastroözefageal reflüye (GÖR) neden olur (11). Hastamızda da GÖR mevcuttu.

Metafaz kromozomundaki kinetokorlara karşı oluşan antisentromer antikorları (ACA) sınırlı skleroderma için oldukça spesifik bir bulgudur (5). Bu hastalarda %50-90 oranında bulunur (3). Akiyama ve arkadaşlarının (1) yaptığı çalışmada %97 oranında pozitiflik bulunmuştur. ACA pozitifliği en çok kalsinozis ve telenjiektazi ile korelasyon gösterir ve bu hastalarda pulmoner interstisyel fibrozis gelişme sıklığı daha azdır (3). Bazı Raynaud fenomenli hastalarda ACA pozitifliği bulunabilir, bu hastalar sınırlı skleroderma için adaydırlar (3, 5). Bizim hastamızda ACA negatifti.

Sendromun en ciddi ve fatal komplikasyonu pulmoner hipertansiyondur (12). İzole pulmoner hipertansiyon sınırlı sklerodermada daha çok görülür (2, 3). Tanı konduktan sonra ortalama yaşam süresi 2 yıldan daha azdır (3). CREST sendromu tanısı konduktan sonra pulmoner hipertansiyonun saptanması için elektrokardiyografi, göğüs radyografisi ve transtorasik Doppler-ekokardiyografi tetkiklerinin değerlendirilmesi hayati önem taşır.

CREST sendromu primer bilyer sirozla birlikte görülebilir (13). Kan tetkiklerinden ASMA ve AMA'nın negatif olması ve abdominal ultrason tetkiklerinin normal sınırlarda olması ile ekarte edilir.

Sjögren sendromu ile de birliktelik gösterebilir (14). Hastamızda kuru göz tespit edildi fakat hasta biyopsiyi kabul etmediği için Sjögren sendromu tanısı kesinleştirilemedi.

Sınırlı sklerodermada ölüm daha çok diğer sebepler ile olsa da hastalık ile ilişkili olarak pulmoner hipertansiyon ve şiddetli gastrointestinal kanama da ölüme sebebiyet verebilir (3).

## Sonuç

CREST sendromu tanısı konduktan sonra eşlik eden hastalıkların araştırılması özellikle mortaliteye de sebep olabilen pulmoner ve gastrointestinal komplikasyonlarına yönelik tetkiklerinin yapılması önem taşımaktadır.

## Kaynaklar

1. Akiyama Y, Tanaka M, Takeishi M, et al. Clinical, serological and genetic study in patients with CREST syndrome. *Intern Med* 2000;39:451-6. [\[CrossRef\]](#)
2. Denton CP, Black CM. Scleroderma (Systemic Sclerosis). In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 7 th ed. Newyork: McGraw Hill; 2008. p.1553-61.
3. Silver RM. D. Systemic Sclerosis. In: Demis J, editor. *Clinical Dermatology*, 1st ed. Philadelphia: Lippincott; 1997. p.1-16.
4. Ekmen SŞ. Bağ Dokusu Hastalıkları. In: James WD, Berger TG, Elston DM, editors, Aydemir EH, çeviri editorü. *Andrews' Deri Hastalıkları Klinik Dermatoloji*, 10.baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2008. p.172.
5. Cox NH, Coulson IH. Systemic Disease and the Skin, Bone and Joint Diseases. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*, 8th ed. Oxford: Blackwell Publishing Company; 2010. p. 62.99.
6. Fairley JA. Calcifying and ossifying disorders of the skin. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*, 1st ed. St Louis: Mosby; 2003. p.691-7.
7. Tangri N, Young BM. Soft-tissue infections and underlying calcinosis of CREST syndrome. *Can Med Ass J* 2006;175:1059. [\[CrossRef\]](#)
8. Saddic N, Miller JJ, Miller OF 3rd, et al. Surgical debridement of painful fingertip calcinosis cutis in CREST syndrome. *Arch Dermatol* 2009;145:212-3. [\[CrossRef\]](#)
9. Lee JB, Ben-Aviv D, Covello SP. The diagnostic quandary of hereditary haemorrhagic telangiectasia vs. CREST syndrome. *Br J Dermatol* 2001;145:646-9. [\[CrossRef\]](#)
10. el-Omar MM, Jenkins AP, Hollowood K, et al. Gastric telangiectasis: a rare cause of severe blood loss in CREST syndrome. *Postgrad Med J* 1994;70:302-4. [\[CrossRef\]](#)
11. Albilila JB, Lam DK, Blanas N, et al. Small mouths. Big problems? A review of scleroderma and its oral health implications. *J Can Dent Assoc* 2007;73:831-6.
12. Prouse PJ, Lahiri A, Gumpel JM. The CREST syndrome-successful reduction of pulmonary hypertension by captopril. *Postgrad Med J* 1984;60:672-4. [\[CrossRef\]](#)
13. Kumagi T, Heathcote EJ. Primary biliary cirrhosis. *Orphanet J Rare Dis* 2008;3:1.
14. Sahin M, Saritas Ü, Ozkan N, et al. A case of primary biliary cirrhosis, CREST and Sjögren's syndrome overlap presented with severe esophageal variceal bleeding. *SDÜ Tıp Fak Derg* 2007;14:38-42. [\[CrossRef\]](#)

## Bazal Hücreli Karsinom'un Olağan Dışı Lokalizasyonu: İki Olgu Sunumu

### *An Unusual Location of Basal Cell Carcinoma: Two Case Reports*

Birgül Tepe

#### Özet

Bazal hücreli karsinom en yaygın malign deri tümörüdür. Gelişiminde kronik güneş ışığına maruziyet, ana etyolojik faktör olarak düşünülmektedir. Çoğunlukla yüz ve boyun gibi güneşe maruz kalan alanlarda oluşmakla birlikte, ön kol ve/veya kol üzerinde nadiren gelişir. Anatomic dağılıma etki eden faktörler iyi bilinmemektedir. Biz, burada ön kol üzerinde bazal hücreli karsinom gelişen iki olgu sunduk. Hastaların hiçbirinde kronik güneş ışığına maruziyet dışında spesifik bir etyolojik faktör yoktu. Amacımız bu yaygın kutanöz malignitenin, nadir/olağan dışı bölgelerde de rastlanabileceğini göstermektir.

(*Turk J Dermatol 2012; 6: 51-4*)

**Anahtar kelimeler:** Bazal hücreli karsinom, olağan dışı/atipik lokalizasyon, ön kol/kol

#### Abstract

Basal cell carcinoma is the most common malignant skin tumour. Chronic sun exposure is considered as the main etiologic factor in its development. Although it mainly occurs on sun-exposed areas as the face and neck, it rarely develops on the forearms and/or arms. The etiologic factors which affect the anatomic distribution of basal cell carcinoma are not well-known. Here we report two patients who developed basal cell carcinoma on the forearm. None of the patients had a specific etiologic factor except for chronic sunlight exposure. The aim of our report is to show that this prevalent cutaneous malignancy can be encountered in rare/unusual areas.

(*Turk J Dermatol 2012; 6: 51-4*)

**Key words:** Basal cell carcinoma, unusual/atypical location, forearm/arm

#### Giriş

Bazal hücreli karsinom (BHK) yavaş büyüyen, lokal invaziv malign epidermal deri tümörüdür (1). Epidermin bazal hücre tabakasındaki farklılaşmamış hücrelerden veya kıl follikülünün dış kök kılıfından köken alır (2, 3). Deride herhangi bir yerde görülebilmekle birlikte, %80'den fazlası baş ve boyun gibi güneşe maruz kalan alanlarda ortaya çıkmaktadır (4). Önemli oranda güneşe maruz kalmasına rağmen ön kol ve ellerde nadiren görülür (5-7).

Burada ön kola lokalize, histopatolojik olarak BHK tanısı alan iki olgu sunuldu. Olgularımızı, tümörün nadir lokalizasyonuna dikkati çekmek için yayınlamayı uygun gördük.

#### Olgu Sunumları

##### Olgu 1

Elli beş yaşındaki erkek hasta kliniğimize sol kolunda yaklaşık 15 yıldır mevcut yara şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol ön kol 1/3 üst ekstansör yüzeyde 3x2 cm'lik, yuvarlak şekilli, sınırları belirgin, kenarları mavi-siyah renkte, merkezi kırmızı hemorajik, ülsere tümöral lezyon izlendi (Resim 1). Özgeçmiş ve soygeçmişinde önemli bir özellik yoktu. Rutin kan tetkiklerinde patolojiye rastlanmadı. Lezyon kenarından malign melanom, BHK, kutane metastaz ve skuamöz hücreli karsinom (SHK) ön tanıları ile 4 mm'lik punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede yüzeyde ortokera-

toz, epidermiste retelerde yer yer uzama ve düzleşme, üst ve orta dermiste bazal hücre proliferasyonu ile oluşmuş BHK odakları, tümöral alanlarda periferik palizatlaşma, yer yer retraksiyon artefaktı, peritümöral ve diğer alanlarda lenfosit baskın mikst hücre infiltrasyonu izlendi (Resim 2, 3). Hasta, lezyonun total eksizyonu için Plastik Cerrahi bölümüne yönlendirildi. Eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesi de BHK ile uyumlu olarak rapor edildi.

##### Olgu 2

Seksen beş yaşındaki erkek hasta polikliniğimize sol kolunda yaklaşık 5 yıldır bulunan yara şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol ön kol 1/3 orta fleksör bölgede, eritemli zemin üzerinde yaklaşık 3x2 cm'lik sınırları belirgin, kenarları düzensiz, merkezi hemorajik, ülsere ve atrofik, periferik alanlarda merkeze doğru çekintileri bulunan mavi-siyah renkli plak izlendi (Resim 4). Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Lezyon kenarından alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde, yüzeyde ortokeroz, epidermiste retelerde yer yer uzama ve düzleşme, üst ve orta dermiste bazal hücre proliferasyonundan oluşan BHK odakları, tümöral alanlarda periferik palizatlaşma, yer yer retraksiyon artefaktı, peritümöral ve diğer alanlarda lenfosit baskın mikst hücre infiltrasyonu izlendi (Resim 5, 6). Hasta, lezyonun total eksizyonu için Plastik Cerrahi bölümüne yönlendirildi. Ancak hasta takiplerine devam etmedi.

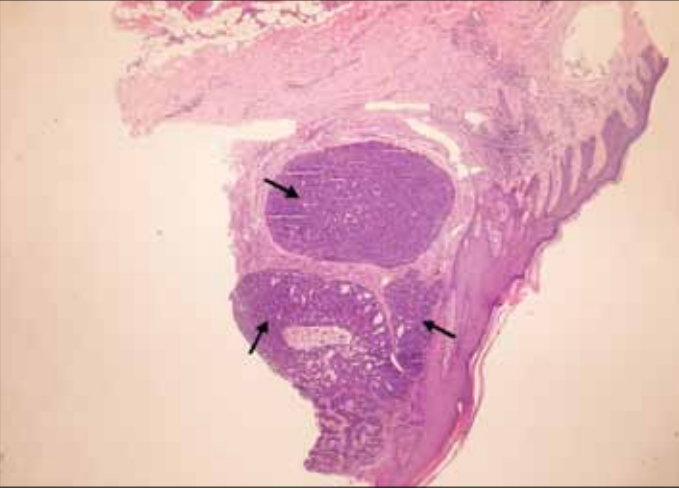




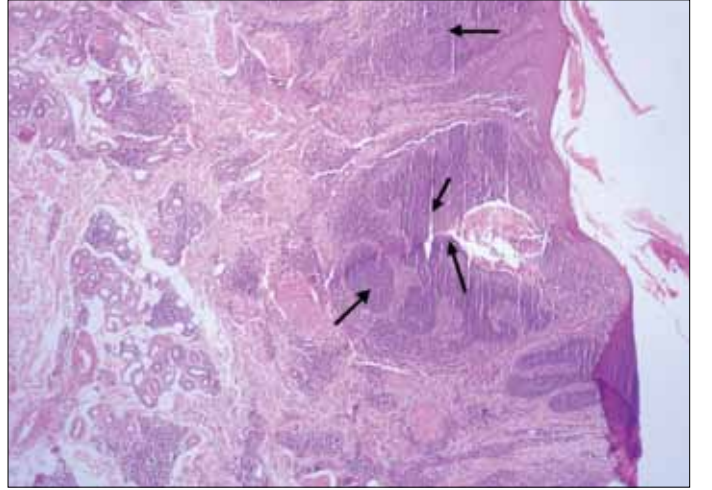
Resim 1. Sol ön kolda yaklaşık 3x2 cm'lik yuvarlak, kenarları mavi siyah renkte, merkezi ülserate tümör



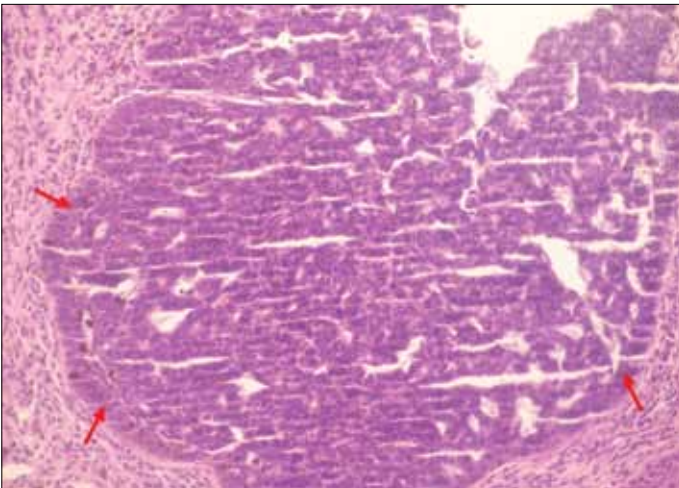
Resim 4. Sol ön kol fleksör yüzünde kenarları düzensiz, mavi siyah renkli, merkezi ülserate plak



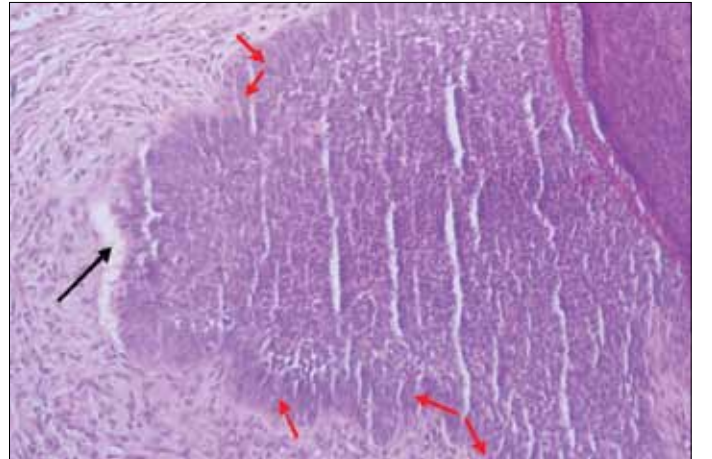
Resim 2. Üst ve orta dermiste bazal hücre proliferasyonu ile oluşmuş bazal hücreli karsinoma odakları (siyah oklar), (H&E, x100)



Resim 5. Üst ve orta dermiste bazal hücre proliferasyonu ile oluşmuş bazal hücreli karsinoma odakları (siyah oklar), (H&E, x100)



Resim 3. Tümöral alanlarda nükleuslarda periferik palizatlanma (kırmızı oklar), (H&E, x400)



Resim 6. Tümöral alanlarda nükleuslarda periferik palizatlanma (kırmızı oklar) ve retraksiyon artefaktı (siyah ok, patolojik olarak patognomonik), (H&E, x400)



## Tartışma

Epitelyal tümörlerin yaklaşık %65'ini oluşturan BHK en yaygın kutanöz malignitedir (5). Gelişiminden sorumlu etyolojik faktörler; deri fototip I ve II, ultraviyole ışığına uzamış maruziyet, arsenik, kömür katranı gibi kimyasal karsinojenlere maruziyet, kronik ülser veya travma, yanık sonrası gelişen skarlar, radyoterapi öyküsü, immün yetmezlik, aşılarda, virüsler, özellikle perianal bölge için HPV, dövmele, ailesel deri kanseri hikayesi, çocukluk çağında çil oluşumuna yatkınlık, kronik deri irritasyonu, albinizm, kseroderma pigmentozum ve nevoid BHK sendromu gibi kalıtsal sendromlar, çevresel faktörler, bronzlaşma, ilerlemiş yaş, yüksek yağlı diyet, meslek ve erkek cinsiyeti kapsamaktadır (3-5, 8-10).

Bazal hücreli karsinomun %80-95'i baş ve boyunda, geriye kalanların çoğu ise gövdede meydana gelir. Sadece %0.5-2 gibi küçük bir kısmı üst ekstremitelerde üzerinde oluşur (6). Cigna ve arkadaşları'nın (1) 10 yıllık deneyimlerini aktardıkları bir çalışmada, BHK tanısı almış 1123 hastanın %6'sında üst ekstremitelerde tutulumuna rastlanmıştır. Yerleşim bölgesi açık ifade edilememekle birlikte, bu tutulumun servikofasiyal bölge, gövde ve alt ekstremiteden sonra 4. sırada olduğu bildirilmiştir. Betti ve arkadaşlarının (11) 40 yaş altı ve 90 yaş üzeri toplam 173 hastadan oluşan iki grup arasında yaptıkları bir çalışmada ise, üst ve alt ekstremitelerde lokalize BHK sıklığı sırasıyla %4.7 ve %11.2 olarak saptanmıştır. Lezyonlar arasına beklenmedik ve rutin olarak ışıktan korunan alanlarda da oluşabilir (2, 5). Literatürlerde BHK için atipik bölgeler bildirilmiştir. Bunlar; perianal bölge, meme, kasık ve kulak memesini, koltukaltı, interdigital alan, skrotum, başparmak, el sırtı, saçlı deri, vulva ve penisi içermektedir (2, 4-10, 12-16). Olgularımızda ise BHK, literatürlerde yayınlanmış olgulardan farklı olarak ön kola yerleşim göstermekteydi. Bu, BHK için çok nadir bir tutulum bölgesiydi.

Downs ve arkadaşları (17), güneşten korunan ve korunmayan total 1453 vücut bölgesinde UV'nin deri kanseri gelişimi üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmalarında; BHK ve SHK'un yüz ve üst ekstremitelerde, özellikle el sırtı ve önkol üzerinde daha çok oluştuğunu saptamışlardır. Özellikle 290-320 nm dalga boyundaki UV ışınlarının, hem başlatıcı, hem de ilerletici en önemli kutanöz karsinojen olduğuna inanılmaktadır. UV ışınları, spesifik supresör T lenfosit klonlarının oluşumuna neden olur ve sonraki maruziyetlerde tümör gelişimi hızlanır. Bunun nedeni; serbest radikallerin üretimine bağlı olarak, DNA'da hasarlanma ve Langerhans hücrelerinde yapısal ve fonksiyonel değişimlerin oluşmasıdır (7). Tümör supresör ve regülatuar genlerde mutasyon, artan BHK ile ilişkili faktörlerdir. Çünkü yapılan çalışmalarda tümör supresör gen p53'deki mutasyon, BHK'lı vakaların %50'inde bulunmuştur. Ayrıca hücre matris etkileşiminin bozulmasının intertriginöz alanlarda BHK gelişimi için bir kofaktör olduğu ileri sürülmektedir (8).

Bazal hücreli karsinomun tüm tipleri için geçerli olan tanısal histopatolojik özellik; pürüklü bir kromatine sahip yuvarlak veya oval bir nükleusu çevreleyen ince soluk sitoplazmalı bazaloid hücrelerdir. Periferik sınır çizgisinde hücre tabakaları palizatlara oluşturur ve çevredeki stroma, yapay olarak yarıklar oluşması nedeniyle bölünmüştür. Mitoz nadir veya çok sayıda olabilir. Özellikle büyük tümör nodüllerinde santral nekroz vardır. BHK'un histolojik tanısı ve sınıflandırılması, tümör tipinin ve tümörün biyolojik davranışının tanımlanması için gereklidir. Çoğu otör BHK sınıflamasında, tümörün büyüme paternini esas alır. Buna göre nodüler tip düşük riskli, yüzeyel ve infiltratif tipler yüksek riskli gruplardır (18). Olgularımızın histopatolojik incelemesinde de, üst ve

orta dermiste bazaloid hücre kümelerinden oluşan tümör odakları ve periferik palizatlama görüldü.

Tedavi seçimini belirleyen önemli prognostik faktörler; tümör büyüklüğü, yerleşim bölgesi, kenar özelliği, histolojik subtip, perinöral ve/veya perivasküler invazyon, önceki tedaviler ve immün yetmezliktir. Primer BHK için cerrahi eksizyon ana tedavi yöntemidir. Sınırları belirgin lezyonlarda, 4-5 mm'lik periferik cerrahi sınır, yaklaşık olarak %95 oranında kür sağlamaktadır. Lokal rekürrens ve diğer bölgelerde yeni lezyon gelişimine karşı hastaların en az 3 yıl takip edilmeleri gerekmektedir (1, 19). Diğer tedavi modaliteleri; kriyoterapi, küretaj, elektrodesekasyon, radyoterapi, fotodinamik terapi, topikal sitostatikler ve immünomodülatörlerdir (3, 19).

Olgularımızın her ikisi de erkek idi ve her ikisinde de lezyon sol ön kola lokalize idi. İlk olgumuz minibüs şoförü olarak çalışıyordu ve günün yaklaşık 8-10 saatini direksiyon başında geçiriyordu. Lezyonunun sol ön kol ekstansör yüzde olması ve direksiyonun da sol tarafta bulunması bir arada düşünülecek olursa; bu durum, tümör gelişiminde özellikle araba camından geçen UVB ışınlarının etkili olduğunun bir göstergesi olabilir. İkinci olgumuzda ise ilerlemiş yaş, çiftçilikle uğraşması sebebiyle uzamış güneş ışığı maruziyeti veya yine iş gereği kolda sürtünme gibi tekrarlayıcı travmaların bu durumu tetiklemiş olabileceği kanaatindeyiz.

## Sonuç

Bazal hücreli karsinom her ne kadar baş ve boyunda daha sık yerleşim göstermiş olsa da, atipik lokalizasyonlarının da olabileceği düşünülerek özellikle sıcak iklim koşullarına sahip bölgelerde gözden kaçırılmamalıdır.

## Kaynaklar

1. Cigna E, Tarallo M, Maruccia M, et al. Basal cell carcinoma: 10 years of experience. *J Skin Cancer* 2011;2001:476362.
2. Ejaz A, Aurangzeb, Awan ZI, et al. Basal cell carcinoma involving the skin of breast - a rare site. *J Pak Assoc Derma* 2006;16:49-51.
3. Buljan M, Bulat V, Situm M, et al. Variations in clinical presentation of basal cell carcinoma. *Acta Clin Croat* 2008;47:25-30.
4. Handa Y, Kato Y, Ishikawa H, et al. Giant superficial basal cell carcinoma of the scrotum. *Eur J Dermatol* 2005;15:186-8.
5. Niwa ABM, Pimentel ERA. Basal cell carcinoma in unusual locations. *An Bras Dermatol* 2006;81:281-4. [\[CrossRef\]](#)
6. Vandeweyer E, Herszkowicz A. Basal cell carcinoma of the dorsum of the hand. *Acta Chir Belg* 2003;103:300-3.
7. Kumar N, Saxena YK. Two cases of rare presentation of basal cell and squamous cell carcinoma on the hand. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002;68:349-51.
8. Woo SH, Kim IH, Son SW. Axillary basal cell carcinoma. *JEADV* 2006;20:222-3. [\[CrossRef\]](#)
9. Raghurama Rao G, Amareswar A, Kumar YHK, et al. Pigmented basal cell carcinoma of the scrotum: An unusual site. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:508-9. [\[CrossRef\]](#)
10. Rallis E, Nasiopoulou A, Arvanitis A. Interdigital basal cell carcinoma of the hand: a rare site. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010;76:593-5. [\[CrossRef\]](#)
11. Betti R, Radaelli G, Mussino F, et al. Anatomic location and histopathologic subtype of basal cell carcinomas in adult younger than 40 or 90 and older: any difference? *Dermatol Surg* 2009;35:201-6. [\[CrossRef\]](#)
12. Balakrishnan SK, Singh PK, Smith LJ, et al. Morphoeic type basal cell carcinoma of the perianal region: rare manifestation of a common disease. *Cancer Therapy* 2008;6:421-4.
13. Tehrani H, Iqbal A. Basal cell carcinoma of the thumb. *J Hand Surg Eur* 2009;34:699-700.
14. Balcı DD, Serarslan G, Hakverdi S. Saçlı deride gecikmiş tanı: Dev bazal hücreli karsinom. *Turkderm* 2008;42:67-9.

15. Fleury AC, Junkins-Hopkins JM, Diaz-Montes T. Vulvar basal cell carcinoma in a 20-year-old: Case report and review of the literature. *Gynecologic Oncology Reports* 2012;2:26-7. [\[CrossRef\]](#)
16. Lider S, Lang KJ, Nakhdjevani A. Basal cell carcinoma of the penis. *Singapore Med J* 2011;52:e201-2.
17. Downs N, Parisi A. Measurements of the anatomical distribution of erythemal ultraviolet: a study comparing exposure distribution to the site incidence of solar keratoses, basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *Photochem Photobiol Sci* 2009;8:1195-201. [\[CrossRef\]](#)
18. Vantuchova Y, Curik R. Histological types of basal cell carcinoma. *Scripta Medica (BRNO)* 2006;79:261-70.
19. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2008;159:35-48. [\[CrossRef\]](#)

## Dowling-Degos Hastalığı: Bir Olgu

*Dowling-Degos Disease: A Case Report*Selma Emre<sup>1</sup>, Gülşen Akoğlu<sup>1</sup>, Ahmet Metin<sup>1</sup>, Saliha Kırbaş<sup>1</sup>, Sibel Orhun Yavuz<sup>2</sup>**Özet**

Dowling-Degos Hastalığı (DDH), otozomal dominant geçişli, nadir rastlanan bir pigmentasyon hastalığıdır. Karakteristik deri lezyonları, aksillalar, inguinal kıvrımlar, perine ve meme altları gibi intertriginöz bölgelerde, yıllar içinde yavaş yavaş gelişen, benekli veya retiküler tarzda pigmentli maküllerdir. Hastalık puberteden sonra, özellikle de hayatın dördüncü dekadında başlar. Kırk iki yaşında bayan hasta, boyun, meme altları, inguinal bölgeler ve perinede gittikçe artan koyu kahverengi lekelerin varlığı ile polikliniğimize başvurdu. Histopatolojik incelemede epidermisten dermise doğru uzamış retelerin filiform veya dantel benzeri görüntü oluşturduğu gözlemlendi. Retelerin uçlarında artmış melanin pigmenti ve papiller dermiste çok sayıda melanofaj görüldü. Bu bulgularla hastaya DDH tanısı konuldu. Dowling-Degos Hastalığı fleksuraların pigmentasyonu ile karakterize hastalıkların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. (*Turk J Dermatol 2012; 6: 55-7*)

**Anahtar kelimeler:** Dowling-Degos Hastalığı, benekli pigmentasyon, fleksural bölgeler

**Abstract**

Dowling-Degos Disease (DDD), is a rare, autosomal dominantly inherited pigmentation disorder. It is characterized by slowly progressive mottled or reticulated pigmented macules on the axillae, groins, perineum, inframammary regions and other flexural areas. The disease appears after puberty, most frequently during the fourth decade of life. Herein, we report a 42-year old female patient who presented with dark brown hyperpigmented macules on her groins, perineum and inframammary areas at our outpatient clinic. The histopathological examination showed elongation of rete ridges from epidermis to dermis with a filiform or antler-like pattern. Increased melanin pigmentation on the peak of the rete ridges and melanophages in the papillary dermis were seen. Depending on these clinical and histopathological findings, DDD was diagnosed. DDD should be considered in the differential diagnosis of disorders with flexural pigmentation. (*Turk J Dermatol 2012; 6: 55-7*)

**Key words:** Dowling-Degos Disease, mottled pigmentation, flexural areas

**Giriş**

Dowling-Degos Hastalığı (DDH), otozomal dominant geçişli, nadir rastlanan bir pigmentasyon hastalığıdır. Hastalığın karakteristik deri lezyonları, benekli veya retiküler, koyu kahverengi, siyah pigmente maküllerdir (1). Yıllar içinde yavaş yavaş gelişen lezyonlar, en sık aksillalar, inguinal kıvrımlar, inframammaryan bölge gibi intertriginöz bölgelerde yerleşir. Daha seyrek olarak, boyun, göğüs, perine, intergluteal alan, gövde, skalp ve ekstremitelere de yayılabilir (2, 3). Pigmente maküllerden daha seyrek olmak üzere, hastalığın diğer bulguları, özellikle perioral bölge ve boyun çevresinde yerleşen komedon benzeri lezyonlar, küçük atrofik skar veya çukurcuklardır (4). Erken puberteden erişkin yaşa kadar herhangi bir zamanda görülebilen hastalık daha çok hayatın dördüncü dekadında ortaya çıkar. Otozomal dominant kalıtım bildirilmiş olmakla birlikte vakaların bir kısmı sporadik olarak ortaya çıkmaktadır (3).

**Olgu Sunumu**

Kırk iki yaşında kadın hasta polikliniğimize boyun, kasıklar, meme altları ve perinede kahverengi, siyah lekeler şikayeti ile başvurdu. Şikayetlerinin yaklaşık 6 yıl önce başladığını ve gide-rek arttığını ifade etmekteydi. Lezyonlarda kaşıntı, ağrı gibi

subjektif şikayetler tariflemeyen hasta, lekelerin yaz mevsiminde güneş gören bölgelerde azaldığını, fakat kışları arttığını belirtmekteydi. Dermatolojik muayenesinde, en fazla perine ve inguinal bölgelerde, daha az olarak meme altı, aksillalar ve boyun çevresinde 1-5 mm çaplarında, kahverengiden siyaha değişen tonlarda, keskin sınırlı maküler lezyonlar mevcuttu (Resim 1, 2). Perioral bölgede ve uyluk ön yüzlerde az sayıda 0.5 mm çaplı komedon benzeri lezyonlar ve kahverengi maküller gözlemlendi. Özgeçmişinde, 15 yıldır hipertansiyonu olduğu, 4 yıldır tip 2 diabetes mellitus olduğu, 2 yıldır astım tanısı ile tedavi gördüğü, 1 yıl önce multinodüler guatr nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Bu hastalıkları nedeniyle metformin, levotiroksin, salbutamol, budesonid, teofilin ve ipratropiyum bromür kullanılmaktaydı. Soygeçmişinde annesinde de benzer deri lezyonlarının olduğu öğrenildi. Pigmente lezyondan alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde epidermisten dermise doğru skuamöz hücrelerden oluşan ince uzantıların varlığı, dantel benzeri görüntü meydana getirdiği gözlemlendi. Rete uçlarında melanin pigmentinde artış ve papiller dermiste makrofajların çok sayıda melanini fagosite ettiği görüldü. Epidermiste küçük bir keratinize kist ve dermiste komedon benzeri yapı mevcuttu (Resim 3, 4).

*Bu olgu, XX. Lütfü Tat Sempozyumu, Ankara, 2011'de sunulmuştur*

<sup>1</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

**Yazışma Adresi****Correspondence**

Selma Emre  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye  
Tel: +90 312 291 25 25-4120  
E-posta: dr\_ssemre@yahoo.com



**Resim 1. İnguinal bölge ve vulvada benekli pigmente maküller**



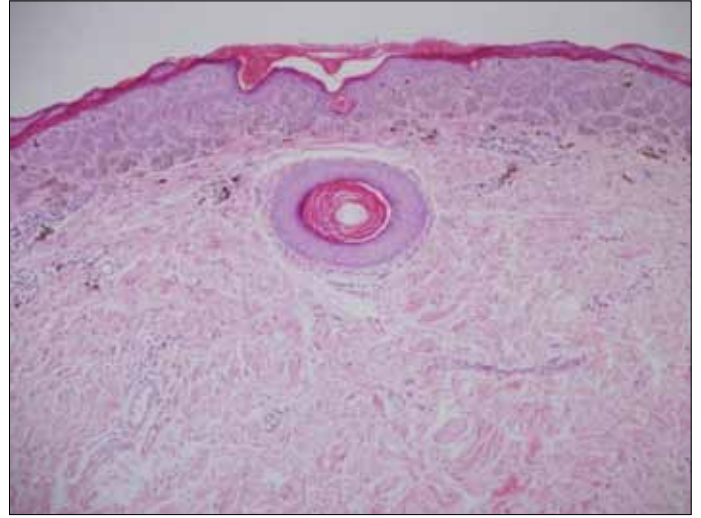
**Resim 2. İnfraamammarian bölgelerde hiperpigmente maküller**

### Tartışma

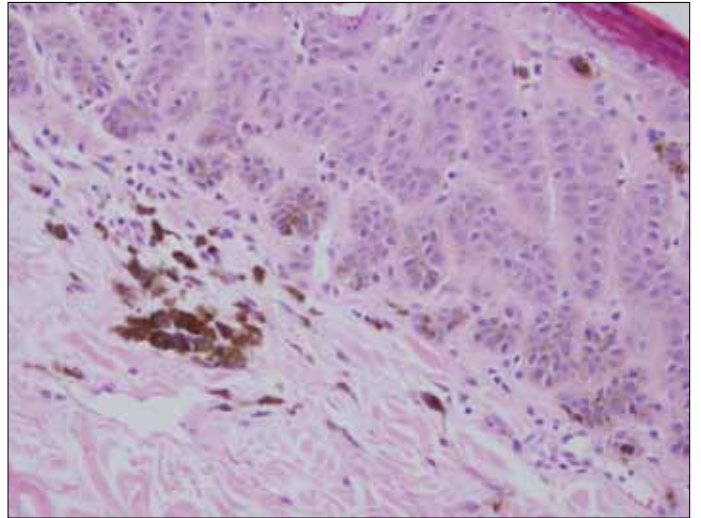
Dowling-Degos Hastalığı ilk kez 1978'de Jones ve Grice tarafından, fleksural bölgelerin akkiz, retiküler pigmentasyonu ile karakterize yeni bir genodermatoz olarak tanımlanmıştır. İlgili literatürü gözden geçiren yazarlar, 1938'de Dowling ve 1954'te Degos tarafından farklı akantozis nigrikans olguları olarak bildirilen iki ayrı hastanın da aynı antite olduğunu fark ederek, bu yazarlara atfen hastalığı Dowling-Degos hastalığı olarak isimlendirmişlerdir (4, 5). Bununla birlikte bugün, 1932'de Hulusi Behçet tarafından bildirilen ve "malignansi ile ilişkili olmayan akantozis nigrikans" olarak tanımladığı olgunun, bildirilen ilk DDH olgusu olduğu düşünülmektedir (4).

Dowling-Degos Hastalığı'nın keratin 5 geninde fonksiyon kaybına yol açan bir mutasyon ile ortaya çıktığı gösterilmiştir. Keratin 5 geninin, keratinositlerin hücre adhezyonunda, keratinositler içine melanozom alınmasında, organel transportunda ve nükleer yapının desteklenmesinde önemli rol oynadığı tespit edilmiştir (6). Bu gendeki mutasyon sonucunda DDH'da klinik olarak asemptomatik, benekli veya retiküler tarzda pigmente maküller gözlenir. Lezyonlar en sık aksillalar, inguinal kıvrımlar, meme altları, boyun gibi intertriginöz bölgelerde ortaya çıkar. Bazen yüz, göğüs, perine ve bileklere yayılabilir (1). Hastamızda karakteristik deri lezyonları en fazla inguinal bölgeler ve perinede, daha hafif olarak ise meme altları ve boyun yan kısımlarında bulunuyordu.

Hastalığın başlangıç yaşı ergenlikten itibaren herhangi bir zamanda olabilirse de en sık başlama yaşı hayatın dördüncü dekadıdır (3). Mevcut hastamızın şikayetleri 36 yaşında başlamıştı. DDH'nin otozomal dominant geçtiği bildirilmiştir. Buna rağmen bildirilen vakaların çoğunluğu



**Resim 3. Rete uzantılarının oluşturduğu dantel benzeri görüntü ile epidermiste küçük bir keratinize kist ve dermiste komedon benzeri yapı (X40, HE)**



**Resim 4. Rete uçlarında melanin pigmentinde artış ve papiller dermiste melanini fagosite etmiş çok sayıda makrofajlar (X400, HE)**

kadındır. Burada sunulan hasta ile birlikte bugüne kadar ülkemizde toplam 11 vaka bildirilmiş olup bunların 9'u kadındır (7, 8). Hastamızın soygeçmişinden aynı hastalığın annesinde de olduğu öğrenildi. Ancak annesi, uzak bir bölgede yaşaması ve çok yaşlı olması nedeniyle hastaneye getirilemedi. Bununla birlikte elimize ulaşan fotoğraflarda hastamızın lezyonları ile çok benzer lezyonlarının olduğu görüldü.

Histopatolojik olarak, retelerde uzama, bazal kısımlarında değişik derecelerde hiperpigmentasyon gözlenir. Uzayan reteler filiform veya boynuz şeklinde yapı oluşturur. Folikül infundibulumu çoğunlukla etkilenir (7). Suprapapiller epitelde incelmeye, orta derecede hiperkeratoz, dermal melanozis ve dermiste perivasküler lenfosit infiltrasyonu görülür (2).

Dowling-Degos Hastalığı intertriginöz bölgeleri tutması nedeniyle, akantozis nigrikans (AN) ile ayırıcı tanıya girer. Hastamızda aynı zamanda diabetes mellitus olması nedeniyle AN ile ayırıcı tanısı yapıldı. AN lezyonları daha kadifemsi ve plak tarzında olmasının yanı sıra histopatolojik özellikleri ile de DDH'dan farklıdır (1, 4). Hastamızın lezyonlarının histopa-

tolojik incelemesinde AN'ta olmayan pigment artışı mevcuttu, ayrıca foliküler anomaliler eşlik ediyordu. DDH ile aynı hastalığın farklı klinik spektrumları olduğu düşünülün, Kitamura'nın retiküler akropigmentasyonunda pigmente maküller fleksural bölgelerden ziyade akrall bölgelerde, el ve ayakların dorsalinde yerleşir (1). Yine DDH'nin nadir rastlanan akantolitik bir varyantı olarak kabul edilen Galli-Galli hastalığı ile de klinik ve histopatolojik olarak ayırım yapıldı.

Hastalığın kesin ve etkili bir tedavisi yoktur. Topikal kortikosteroidler, depigmentasyon yapan ajanlar, topikal retinoidler ve Er-YAG lazer ile geçici iyi sonuçlar bildirilmiştir (9, 10). Biz hastamıza topikal tretinoin ile birlikte 3 seans kriyoterapi uyguladık. Belirgin bir iyileşme elde edilmemesi ve hastanın tedavi talebinin olmaması nedeniyle tedaviye daha fazla devam edilmedi.

### Sonuç

Nadir görülen bir hastalık olması, bildirilen vakaların sınırlı sayıda olması ve fleksural bölgelerin pigmentli lezyonları olan vakalarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulması amacıyla olgumuzun bildirimini uygun görülmüştür.

### Kaynaklar

1. Georgescu EF, Stănescu L, Popescu CF, et al. Dowling-Degos disease. Rom J Morphol Embryol 2010;51:181-5.
2. Rubio C, Mayor M, Martín MA, et al. Atypical presentation of Dowling-Degos disease. J Eur Acad Dermatol Venereol 2006;20:1162-4. [\[CrossRef\]](#)
3. Asahina A, Ishii N, Kai H, et al. Dowling-Degos Disease with asymmetrical axillary distribution and No KRT 5 exon 1 mutation. Acta Derm Venereol 2007;87:556-7. [\[CrossRef\]](#)
4. Batycka-Baran A, Baran W, Hryncewicz-Gwozdz A, et al. Dowling-Degos disease: case report and review of the literature. Dermatology 2010;220:254-8. [\[CrossRef\]](#)
5. Jones EW, Grice K. Reticulate anomaly of the flexures. Dowling Degos disease, a new genodermatosis. Arch Dermatol 1978;114:1150-7. [\[CrossRef\]](#)
6. Betz RC, Planko L, Eigelshoven S, et al. Loss-of-function mutations in the keratin 5 gene lead to Dowling Degos disease. Am J Hum Genet 2006;78:510-9. [\[CrossRef\]](#)
7. Mansur AT, Gündüz S, Uygur T, ve ark. Dowlin-Degos Hastalığı: 6 olgudaki klinik ve histopatolojik bulgular. Türkderm 2004;38:126-33.
8. Köktürk A, İkizoğlu G, Baz K, et al. Kitamura'nın retiküler akropigmentasyon ve Dowling-Degos hastalığı özelliklerini taşıyan bir olgu. Türkderm 2002;36:286-9.
9. Wenzel J, Tappe K, Gerdson R, et al. Successful treatment of Dowling-Degos disease with Er-YAG laser. Dermatol Surg 2002;28:748-50. [\[CrossRef\]](#)
10. Altomare G, Capella GL, Fracchiolla C, et al. Effectiveness of topical adapalene in Dowling-Degos disease. Dermatology 1999;198:176-7. [\[CrossRef\]](#)

# Fasiyal Orf

## Facial Orf

Enver Turan<sup>1</sup>, Nurdan Yurt<sup>2</sup>, Aslı Turgut Erdemir<sup>3</sup>, Mehmet Salih Gürel<sup>3</sup>

### Özet

Ektima contagiozum ya da kontagiyöz püstüler dermatit olarak da bilinen orf; bütünlüğü bozulmuş derinin enfekte hayvanlarla doğrudan ya da dolaylı teması ile oluşan viral zoonotik bir hastalıktır. Hastalığın etkeni Parapoxvirus grubundan epitelyotropik bir DNA virusu olan Orf virusudur ve genellikle koyun, keçi, bazı evcil ve vahşi küçükbaş hayvanları etkiler. Küçükbaş hayvan kesimi sırasında yaralanma öyküsü olan ve sonrasında sağ yanakta iki adet nodüler lezyon gelişen bir erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Lezyonun ayırıcı tanısında yer alan ektima contagiozum dışındaki tanılar punch biyopsi ile ekarte edildi. Orf; sıklıkla el ve parmaklarda soliter lezyonlar şeklinde görülmekle birlikte nadiren yüz, burun delikleri, dil, göz kapağı ve perianal bölgede de görülebilir. Ayrıca hastalık atipik ya da multipl lezyonlarla da ortaya çıkabilir. Burada klinik ve histopatolojik bulgularla orf tanısı konulan 36 yaşında bir erkek olgu hem atipik bir lokalizasyon olan yüz yerleşimi hem de multipl lezyonlarla seyretmesi nedeniyle sunulmaktadır. (*Turk J Dermatol 2012; 6: 58-60*)

**Anahtar kelimeler:** Orf, ektima contagiozum, fasiyal

### Abstract

Orf, also known as ecthyma contagiosum or contagious pustular dermatitis, is a zoonotic viral disease caused by the direct or indirect contact of damaged skin with infected animals. The causative agent is an epitheliotropic DNA virus from the Parapoxvirus family and affects sheep, goats and some other domestic or wild ruminants. A patient presented to our clinic with two nodular lesions on his face after contact with the raw meat of ruminants and the differential diagnoses other than ecthyma contagiosum were eliminated by punch biopsy. Although orf lesions are usually found as solitary lesions on the hands and fingers, they have rarely been reported on the face, nostrils, tongue, eye lids and perianal region. It can present as an atypical lesion or multiple lesions. A thirty-six year old male patient, who had two facial orf lesions after contact with sheep, is presented due to the unusual location and multiplicity of the lesions. (*Turk J Dermatol 2012; 6: 58-60*)

**Key words:** Orf, ecthyma contagiosum, facial

### Giriş

Orf; Parapoxvirus grubundan Orf virusunun etken olduğu, genellikle koyun ve keçilerde, ağız etrafında, bazen de kılsız bölgelerde gelişen, veziküllü ve püstüllü döküntülerle karakterize bir hastalıktır (1). Etken virus hastalıklı hayvan ya da virus içeren materyal ile temas sonrası deri ve mukozalarda lokal bir viroza yol açmaktadır. Dış ortama oldukça dayanıklı olan virus, enfekte materyal içinde uzun süre yaşayabilir. Eter ve diğer lipid çözeltilere dayanıklı olup, 30°C'nin altında 30 dakikada inaktive olur (2). Elektron mikroskopunda, virusa ait partiküllü granüler görünüşlü ile diğer poxviruslardan kolayca ayırt edilebilir (2-4).

Hastalığa yakalananlar genellikle koyun yetiştiricileri, kasap, çoban, yün kırıcıları gibi meslek gruplarıdır (5, 6). Genellikle kendi kendini sınırlayan bir prognoza sahiptir ve nadiren ölümlere yol açar (2, 7). Klinik olarak her biri bir hafta süren altı evre sonrası spontan olarak iyileşme gösterir (8). Tanı genellikle karakteristik deri lezyonları, histopatolojik bulgular ve temas öyküsü varlığı ile konur (8). Erken tanı konulmadığında gereksiz cerrahi müdahaleler ve tanısal incelemelere neden olabilir. Burada küçükbaş hayvanlarla temas öyküsü olan, atipik ve multipl yerleşimli bir orf olgusu sunulmakta ve literatür verileri gözden geçirilmektedir.

### Olgu Sunumu

Otuz altı yaşında erkek hasta kurbanlık küçükbaş hayvan kesimi sonrası sağ yanakta ortaya çıkan yaralar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Lezyonlar yaklaşık 1 hafta önce başlamış, zamanla büyüyerek hafif sulantılı, kenarları impetijinöz, parlak, eritemli nodül görünümü kazanmıştı. Subjektif bir yakınma tariflemeyen hasta diğer yönlerden sağlıklıydı. Fizik muayene ve sistem sorgulamalarında patolojik bulguya rastlanmadı. Dermatolojik muayenede sol yanakta nazolabial sulkusa yakın bölgede deriden kabarık, her biri 15 mm çapında, etrafı eritemli, ödemli, düzgün sınırlı, yer yer üzerlerinde krut bulunan iki adet nodüler lezyon izlendi (Resim 1). Lezyondan hazırlanan gram boyama, Giemsa smear preparatlarında patojen mikroorganizma görülmedi. Yara kültüründe üreme olmadı.

Histopatolojik inceleme için büyük olan lezyondan 5 mm punch biyopsi alındı. Biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde, çok katlı yassı epitel ile örtülü dokuda spinozum tabakasında yer yer sitoplazmik vakuolleşme ve bazılarında eozinofilik intrasitoplazmik inklüzyonlar içeren hücreler izlendi (Resim 2). Hastaya ıslak pansuman ve topikal antibiyotikli krem tedavisi verilerek bir haftalık aralarla kontrole çağrıldı. Bir hafta içinde lezyonların boyutlarında küçülme izlendi, beş hafta sonra da tamamen iyileşme görüldü.

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Anabilim Dalı,  
Şanlıurfa, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı,  
Gümüşhane Devlet Hastanesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Kliniği, Gümüşhane, Türkiye

<sup>3</sup>Sağlık Bakanlığı,  
İstanbul Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Kliniği, İstanbul, Türkiye

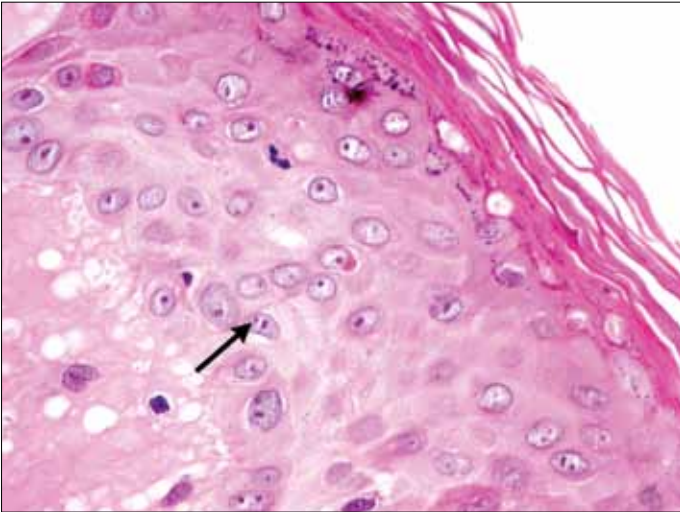
#### Yazışma Adresi Correspondence

Enver Turan  
Harran Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Anabilim Dalı,  
Şanlıurfa, Türkiye  
Tel.: +90 505 332 39 29  
E-posta:  
enverturan@gmail.com





**Resim 1. Sol yanakta deriden kabarıklık, etrafı eritemli, ödemli, düzgün sınırlı, üzerlerinde yer yer krut bulunan iki adet nodüler lezyon**



**Resim 2. Epidermis içinde spinal tabakada bir hücrede karakteristik intrasitoplazmik inklüzyon cisimcikleri**

## Tartışma

İlk olarak 1890 yılında Walley tarafından tanımlanan orf dünya genelinde görülebilen bir hastalıktır (1, 6). Ektima kontagiozum ya da kontagiyöz püstüler dermatit olarak da adlandırılan orf, insanlara koyun ve keçi gibi enfekte hayvanlardan veya et, yün gibi enfekte ürünlerden bulaşır (5). Hastalığın birinci dönemi temastan yaklaşık 1 hafta sonra ortaya çıkan küçük bir papül ile karakterizedir. İkinci evrede lezyonlar büyüyerek kırmızı merkezi nodül, etrafında beyaz bir halka ve eritemli bir çevre ile iris benzeri bir görünüm kazanır. Üçüncü evrede lezyonlar hızlı bir büyüme göstererek eksüdatif bir görünüm alır. Dördüncü evre rejenerasyon dönemi olup bu dönemde üzerinde siyah noktacıklar bulunan nodülün ince bir kabuk örter. Beşinci evre olan papillomatöz evrede nodül üzerinde çok küçük papillomlar belirmeye başlar. Son evre olan altıncı evre regresyon dönemidir. Bu evrede papillomlar küçülürken lezyon da düz-

leşerek üzerinde kalın bir krut tabakası oluşur. Krutun belirmesinden sonra lezyon hızla iyileşir (1, 3, 6, 7). Enfeksiyona bölgesel lenfadenopati, lenfanjit ve ateş eşlik edebilir. Karşılaşılabilecek komplikasyonlar eritema multiforme, deri ve mukozaların papüloveziküler döküntüsü, lentiküler ya da makülopapüler tipte döküntüler ve lenfanjittir (9-14). Literatürde orf sonrası gelişen müköz membran pemfigoidi ve büllöz pemfigoid olguları da bildirilmiştir (15, 16). Bizim hastamız kliniğe başvurduğunda ikinci evre lezyonlar mevcuttu ve tümüyle asemptomatikti. Hastanın 2 aylık takibinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Meslek hastalığı olarak gelişen olgular daha çok çiftçilerde, çobanlarda, veteriner hekimlerde, kasaplarda ve et endüstrisi çalışanlarında sıklıkla da ellerde (%95) görülmektedir (6). Sıklıkla ilkbahar ve yaz döneminde hayvan epidemileri yapan hastalık insanlara da en sık bu dönemde bulaşmaktadır. Ülkemizde de kurban bayramı sonrası epidemiler yaptığı bildirilmiştir (17). Sıklıkla el ve parmaklarda soliter olarak ortaya çıkan lezyonlar nadiren yüz, burun delikleri, dil, göz kapağı ve perianal bölgede de görülebilir (18, 19).

Hastalığın tanısında koyun-keçi ile temas, hayvan kesme öyküsü, klinik görünüm ve epidemiyolojik veriler önemlidir. Kesin tanı; lezyondan alınan örnekte elektron mikroskopuyla virusun gösterilmesi, viral kültür, biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesi, immünofluoresan antikor testleri ve diğer serolojik incelemeler ile konur (4, 8, 20, 21).

Histopatolojik bulgular hastalığın klinik evresine göre farklılık göstermektedir. Tanı koydurucu bulgu, hastalığın iris benzeri görünüm kazandığı ikinci evresinde görülen, epidermis hücrelerinde vakuolizasyon ile birlikte eozinofilik intrasitoplazmik inklüzyon cisimcikleridir (8). Bazı olgularda eozinofilik inklüzyon cisimcikleri intranükleer yerleşim de gösterebilir. Vakuollü epidermal hücrelerde eozinofilik intrasitoplazmik inklüzyonların görülmesi orfun herpes simpleksten ayrımını sağlar. Ayrıca bu intrasitoplazmik cisimcikler üst dermiste endotel hücrelerinde de görülebilir. Üçüncü eksüdatif akut evrede, epidermiste nekroz, epidermal retiküler dejenerasyon ve eozinofilik dejenerasyon hücrelerle dolu genişlemiş kıl folikülleri görülür. Dermiste ise yoğun mononükleer hücre infiltrasyonu ve vasküler proliferasyonlar izlenir. Dördüncü rejeneratif evrede epidermiste rejenerasyon ve siyah noktacıklar şeklinde görülen piknotik kıl foliküllerinin yüzeye doğru itilmesi göze çarpar. Son evrelerde epidermiste belirgin akantoz sonucu dermiste doğru uzanan parmak benzeri yapılar ortaya çıkar, dermiste vazodilatasyon ile beraber mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu gözlenir (2, 8).

Orf lezyonları spontan olarak iyileştiğinden semptomatik tedavi dışında spesifik bir tedaviye gerek yoktur ve hastalığa karşı hayat boyu immünite gelişir (19). Lezyonun temiz tutulması ve bakımı yeterlidir. Lokal iyod kullanımının faydalı olduğu bildirilmiştir (22, 23). Süperinfeksiyon gelişirse antibiyotik kullanımı önerilir. İmmün yetmezlik durumlarında, kortikosteroid veya immünsupresif ilaç alanlarda nöks görülebilir veya şiddetli akantoz ve psödoepitelyomatöz hiperplazinin yol açtığı büyük atipik formlar gelişebilir (19, 23, 24). Böyle durumlarda elektrokoterizasyon, kriyoterapi ve cerrahi eksizyon uygulanabilir (25, 26).

Ayrırcı tanıda fronkül, tularemi, şarbon, benign deri tümörleri, sağmaç nodülleri, piyojenik granülom, leishmaniasis cutis, dermatofibrosarkom ve Sweet sendromu akla gelmelidir (3, 18, 19, 27, 28).

## Sonuç

Fasiyal yerleşimli olgumuzda konservatif tedavi uygulandı. Sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişme olasılığı nedeniyle ıslak pansumanlar ve

lokal antiseptikler ile takip edildi. Beş hafta sonra lezyonların sikatris bir şekilde iyileştiği gözlemlendi. Genellikle meslek hastalığı şeklinde ortaya çıkan orf hastalığı kolaylıkla tanınmakta ve semptomatik tedavi ile iyileşmesi beklenmektedir. Ancak bizim vakamızda olduğu gibi sıra dışı yerleşimli lezyonlar tanıyı güçleştirmekte ve prognozu son derece iyi olan lezyonlara gereksiz tanısal incelemelere ve cerrahi müdahalelere neden olabilmektedir.

## Kaynaklar

- Nadeem M, Curran P, Cooke R, Ryan CA, Connolly K: Orf: contagious pustular dermatitis. *Ir Med J* 2010;103:152-3.
- Xu X, Erickson LA, Elder DE: Diseases caused by viruses. In: *Lever's histopathology of the skin*. Edited by Elder D, Elenitsas R, Johnson B, Murphy GF, 9th Edition. Philadelphia: Lippincott Raven;2005:661-2.
- Moriello KA, Cooley J: Difficult dermatologic diagnosis. Contagious viral pustular dermatitis (orf), goatpox, dermatophilosis, dermatophytosis, bacterial pyoderma, and mange. *J Am Vet Med Assoc* 2001;218:19-20. [\[CrossRef\]](#)
- Harkness JW, Scott AC, Hebert CN: Electron microscopy in the rapid diagnosis of Orf. *Br Vet J* 1977;133:81-7.
- Robinson AJ: Prevalence of contagious pustular dermatitis (orf) in six million lambs at slaughter: a three-year study. *N Z Vet J* 1983;31:161-3. [\[CrossRef\]](#)
- Maki A, Jr., Hinsberg A, Percheson P, et al. Orf: contagious pustular dermatitis. *CMAJ* 1988;139:971-2.
- Gurel MS, Ozardali I, Bitiren M: Facial orf. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2003, 23:412-5.
- Groves RW, Wilson-Jones E, MacDonald DM: Human orf and milkers' nodule: a clinicopathologic study. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:706-11. [\[CrossRef\]](#)
- Tom W, Friedlander SF: Parapoxvirus Infections. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D, eds, McGraw Hill, 7th Edition, New York, NY, 2008, pp. 1910-1.
- Coskun O, Gul CH, Bilgeturk A, et al. Human orf complicated with erythema multiforme. *Int J Dermatol* 2008;47:1333-4. [\[CrossRef\]](#)
- Agger WA, Webster SB: Human orf infection complicated by erythema multiforme. *Cutis* 1983;31:334-8.
- Erbagci Z, Erbagci I, Almila Tuncel A: Rapid improvement of human orf (ecthyma contagiosum) with topical imiquimod cream: report of four complicated cases. *J Dermatol Treat* 2005;16:353-6. [\[CrossRef\]](#)
- Zamri-Saad M, Roshidah I, al-Ajeeli KS, Ismail MS, Kamarzaman A: Severe complications induced by experimental bacterial superinfection of orf lesions. *Trop Anim Health Prod* 1993;25:85-8. [\[CrossRef\]](#)
- Wilkinson JD: Orf: a family with unusual complications. *Br J Dermatol* 1977;97:447-50. [\[CrossRef\]](#)
- van Lingen RG, Frank RG, Koopman RJ, et al. Human orf complicated by mucous membrane pemphigoid. *Clin Exp Dermatol* 2006;31:711-2. [\[CrossRef\]](#)
- Macfarlane AW: Human orf complicated by bullous pemphigoid. *Br J Dermatol* 1997;137:656-7. [\[CrossRef\]](#)
- Güneş A, Gezen C, Kapdağlı H: Ecthyma contagiosum. *Epidemien in der Türkei. Hautarzt* 1982;33:384-7.
- Gurel MS, Ozardali I, Bitiren M: Facial orf. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2003;23:412-5.
- Gurel MS, Ozardali I, Bitiren M, et al. Giant orf on the nose. *Eur J Dermatol* 2002;12:183-5.
- Chan KW, Hsu WL, Wang CY, et al. Differential diagnosis of orf viruses by a single-step PCR. *J Virol Methods* 2009;160:85-9. [\[CrossRef\]](#)
- Scagliarini A, Gallina L, Dal Pozzo F, et al. Diagnosis of orf virus infection in humans by the polymerase chain reaction. *New Microbiol* 2004;27:403-5.
- Hunnskaar S: Giant orf in a patient with chronic lymphocytic leukaemia. *Br J Dermatol* 1986;114:631-4. [\[CrossRef\]](#)
- Tan ST, Blake GB, Chambers S: Recurrent orf in an immunocompromised host. *Br J Plast Surg* 1991;44:465-7. [\[CrossRef\]](#)
- Yirrell DL, Vestey JP, Norval M: Immune responses of patients to orf virus infection. *Br J Dermatol* 1994;130:438-43. [\[CrossRef\]](#)
- Degraeve C, De Coninck A, Senneseael J, et al. Recurrent contagious ecthyma (Orf) in an immunocompromised host successfully treated with cryotherapy. *Dermatology* 1999;198:162-3. [\[CrossRef\]](#)
- Ocampo Candiani J, Gonzalez Soto R, Welsh Lozano O: Orf nodule: treatment with cryosurgery. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:256-7. [\[CrossRef\]](#)
- Rieger H, Wetterkamp D, Kuhn J, et al. Ecthyma contagiosum (Orf) as an uncommon differential diagnosis of infections of the hand. *Unfallchirurg* 2003;106:204-6.
- Bernard P, Bonnetblanc JM: What is your diagnosis? Orf or pyogenic granuloma type. *Ann Dermatol Venerol* 1988;115:1057-9.

## Leukocytoclastic Vasculitis: Thailand's Experience

### *Lokositoklastik Vaskulit: Tayland Deneyimi*

Viroj Wiwanitkit

Sir, I read the recent publication on leukocytoclastic vasculitis with great interest (1). Sahin et al. (1) concluded that "Leukocytoclastic vasculitis is a benign self limited disease which is frequently triggered by drugs" and "The most frequent clinical form is palpable pruritic papules or plaques localized in the lower extremity (1)." I hereby would like to share experience on this topic. Focusing on the Thai report (2), the triggering by drugs can be seen in only 50% of all leukocytoclastic vasculitis cases. The endemic infections such as mumps are also documented as a possible trigger factor (3).

Of interest, the pruritic papule or plaque is the chief complaint in one-third of the cases and there are many interesting abnormal

presentations such as wrist pain (2), abdominal pain (2) and neurological presentation (3). It should be noted that the difference in clinical pattern might be observed in different populations. This might be due to the nature of different studies or the possible genetic underlying relationship.

#### References

1. Şahin EB, Hapa A, Elçin G, et al. Leukocytoclastic Vasculitis: retrospective analysis of 60 patients. Turk J Dermatol 2011;5:85-91. [\[CrossRef\]](#)
2. Sunthornpinitdhamma P, Sivayakorn A, Sunthornthalin P, et al. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis in Siriraj Hospital. Thai J Dermatol 1988;4:78.
3. Phanthumchinda K, Nopakoon N. Unusual neurological features in leukocytoclastic vasculitis. Chula Med J 1994;38:537-43.

Wiwanitkit House, Bangkhae,  
Bangkok, Thailand

#### Correspondence

##### Yazışma Adresi

Viroj Wiwanitkit

Wiwanitkit House, Bangkhae,  
Bangkok, Thailand

Phone: +6624132436

E-mail:

wwiroj@yahoo.com

## TNF- $\alpha$ Antagonisti Kullanacak Hastalarda Latent Tüberkülozun Belirlenmesinde IGRA Testleri (Quantiferon-Elispot) ve PPD'nin Yeri

*The Role of IGRA Tests and Tuberculin test for Determination of Latent Tuberculosis in TNF- $\alpha$  Antagonist Users (Candidates)*

Tülin Çağatay

TNF-alfa antagonisti ilaçlar romatolojik, dermatolojik ve diğer birçok inflamatuvar hastalıkta son seçenek olarak kullanılmaktadır. Başta tüberküloz (TB) olmak üzere enfeksiyon hastalıkları riskini artırmaktadır. Bu nedenle enfeksiyonların özellikle TB'un önlenmesi önem kazanmaktadır (1, 2). Bu amaçla TNF-alfa antagonisti ilaçların kullanımı ile ilgili klavuzlar oluşturulmuştur (3). Ülkemizde oluşturulan klavuz aşağıdaki uzlaşma toplantıları ile oluşturulmuştur:

- I. Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği (RAED) ve Göğüs hastalıkları uzmanları ile 2002'de İstanbul'da
- II. 2005'de İzmir'de yapılmış ve TNF antagonisti kullanımı kuralları belirlenmiştir.

### Raed Klavuzuna Göre

Anti-TNF tedavisi alacak veya almakta olan hastalarda, tarama sürecinde aşağıdaki önerilere uyulmalıdır:

1. Anti-TNF tedaviler aktif TB hastalığı olan hastalara, TB tedavisi bitene kadar kesinlikle verilemez.
2. Anti-TNF tedavisi başlanması düşünülen her hastada, anamnez, akciğer grafisi ve TCT (PPD) ile latent TB varlığı araştırılmalı ve dışlanmalıdır. Aktif TB hastalığı şüphesi varsa, en az üç kez balgamda veya mide suyunda basil aranmalı ve Göğüs hastalıkları ve TB uzmanı bir hekimden konsültasyon istenmelidir.
3. Şüpheli olgularda, akciğer dışı TB olasılığı göz ardı edilmemelidir.
4. Eğer akciğer grafisinde üst loblarda geçirilmiş TB ile ilişkili fibrotik/kalsifik lezyonlar yoksa, geçtiğimiz 1 yıl içinde TB'lu bir hasta ile yakın temas öyküsü bulunmuyorsa ve PPD negatif (1-4 mm) ise, bu durumda öncelikle tekrar PPD yapılması önerilir. Tekrarlanan PPD yine 1-4 mm çıkarsa, bu hastalara koruyucu tedavi gerekli değildir.
5. Bununla beraber, hastayı izleyen hekim, belirlediği risk durumuna göre, risk/yarar oranını gözleterek koruyucu tedavi başlama kararı verebilir.

Aşağıdaki koşullarda, **9 ay boyunca INH ile TB koruyucu tedavisi** önerilir:

- Akciğer grafisi normal olmasına karşın, PPD pozitifliği (5 mm veya üzeri) olan hastalar

- Akciğer grafisinde kuşku fibrotik/kalsifik lezyonlar ve/veya PPD pozitifliği (5 mm veya üzeri) olan, ancak aktif TB hastalığı dışlanmış hastalar
- Geçtiğimiz 1 yıl içinde aktif TB'lu bir hastayla yakın temas içinde bulunanlar
- TB açısından yüksek riskli sağlık personeli olanlar

Bu mutlak endikasyonlar dışında, hem ilk PPD, hem de tekrar PPD sıfır mm olan hastalarda, izleyen hekimin tercihine göre, risk/yarar oranını gözleterek hastaya koruyucu tedavi verilebilir.

### Latent Tüberküloz Enfeksiyonunun (LTE) Belirlenmesi

TNF-alfa antagonisti ilaçların kullanımında TB riski ön plandadır. Günümüzde TB hastalığını dışlamakta sorun olmamasına karşılık, latent tüberkülozu (LTE) belirlemek özellikle de immünsüpresif kişilerde zordur. TNF-alfa antagonistleri diğer tedavilerin özellikle de, immünsüpresif ilaçların başarısız olduğu durumlarda uygulandığı için bu grup hastalarda LTE'un belirlenmesi daha zordur. Bu grup hastalarda TB riski yüksek olduğu için LTE'un belirlenmesi ve profilaksi uygulanması önemlidir.

Dünya nüfusunun yaklaşık üçte birinde LTE olduğu tahmin edilmektedir. LTE tanısı yaklaşık bir asırdır PPD (prüfiye protein derivative) veya tüberkülin deri testi (TCT), (TDT) ile konulmaktadır (4). PPD testi LTE'lu kişilerde aktif hastalık riskini öngörmesi nedeniyle, hala önemini korumaktadır. Ancak PPD'nin doğruluğu ve güvenilirliği immünsüpresif tedavi ve altta yatan inflamatuvar hastalıkların aktivitelere bağlı olarak etkilenmektedir. PPD için pozitiflik eşik değeri kişinin BCG durumu ve immünsüpresyonuna göre belirlenir. PPD'nin duyarlılığı yaklaşık %65, BCG aşısının rutin olduğu ülkelerde ise özgülüğü yaklaşık %35 olarak bildirilmektedir.

### PPD Testinin Duyarlılığını Etkileyen Faktörler

- AIDS
- İlerlemiş TB
- Malnütrisyon
- İnflamatuvar hastalıklar
- **Ağır deri lezyonları olanlar**
- Viral enfeksiyonlar
- Uzun süre kemoterapi veya
- İmmünsüpresif tedavi alanlar

### PPD Testi Yalancı Negatifliği

- Anti-TNF-alfa tedavi kullanacak kişilerde PPD'nin özgüllük oranı oldukça düşüktür.
- Enfeksiyonlar
- Canlı viral aşılar
- İlaçlar, (immünsupresifler)
- Metabolik bozukluklar
- Lösemi, Lenfoma
- Sarkoidoz
- Protein düşüklüğü
- Yanıklar, Cerrahi
- **Deri hastalıkları**

### Tüberküline ait faktörler:

- Isı-ışık maruziyeti
- Uygunsuz sulandırma
- Çok az antijen enjeksiyonu
- Derialtı enjeksiyon
- Enjektörde bekleme
- Başka testle birliktelik
- Deneyimsiz okuyucu
- Kayıt hataları

### LTE'nun Belirlenmesinde Yeni Tanı Testleri

#### (IGRA=İnterferon gama salınım testleri)

Önceleri LTE tanısına odaklanan bu testler günümüzde;

- Aktif TB'un tanısı,
- Tedaviye yanıtın izlenmesi,
- *M. tuberculosis* enfeksiyonu ile BCG arasındaki ayrımı,
- LTE'nun aktivasyonunu öngörebilmesi, amacıyla kullanılmaktadır.

#### Yeni Tanı Testleri

Dört grupta toplanır:

1. QuantiFERON-TB assay
2. T SPOT-TB assay (Elispot)
3. QuantiFERON-TB Gold
4. QuantiFERON-TB Gold (*In-Tube* metodu).

Epidemiyolojik çalışmalarda dermatolojik hastalıklarda özellikle Psoriasis hastalarında PPD'nin ölçümünde ve oluşturduğu endurasyonlarda yanılgılar olabileceği bildirilmiştir. Yanlış pozitiflik veya çap artışına neden olabileceği için yeni tanı testlerinin kullanılması önerilmiştir (5-7).

Ülkemizden yapılan bir çalışmada ise psoriasisli hastalarla kontrol grubu karşılaştırıldığında PPD yanıtında bir fark görülmediği ve LTE nin tanısında kullanılabilirliği bildirilmiştir (8). Bizim psoriasis olgularımızda anti-TNF tedavi öncesi %55'inde, tedavi sonrası %69'unda, PPD çapı 5 mm'den büyük bulundu, bu durum diğer inflamatuvar hastalıklardan çok farklı değildi (9).

Literatürlerde PPD endurasyon çapı ile allerjik hastalıkların ilişkisi konusunda yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar olması, PPD yanıtını etkileyecek çok çeşitli faktörler olduğunu düşündürmektedir. Ülkemizden yapılan çalışmalarda, allerjik astımılılar ile alerjik olmayan astımılılar arasında PPD çaplarında anlamlı ilişki bulunmamış. Bazı çalışmalarda BCG aşısı ile alerji testleri arasında ters ilişki saptanmış (10). Buna karşılık bazı ülkelerden yapılan çalışmalarda BCG ve atopi arasındaki ters ilişki saptanmamış (11, 12). Ülkemizden Yılmaz ve arkadaşlarının (13) 538 atopik, 198 nonatopik çocukta yaptıkları çalışmada PPD deri yanıtı ile atopi varlığı

PPD ve Yeni Tanı Testleri Özellikleri	PPD	IFN'a dayalı testler
BCG	Etkilenir	Etkilenmez
Nontüberküloz mikobakteri (NTM)	Etkilenir	Etkilenmez
Duyarlılık	%75-90	%80-95
Özgüllük	%70-95	%95-100
BCG'li Özgüllük	%53	%89
Test Pozitif TB gelişme ilişkisi	Orta	Güçlü
Booster Etki	Var	Yok
TB Hast. Şiddeti	Etkilenme Az	Etkilenmeyebilir
TB Temas İlişkisi	Var	Var
İmmünsupresyon	Etkiler	Etkilenme Az
Ağır deri lezyonları	Etkilenebilir	Etkilenmez
Aktif TB Öngörü	Var	Daha Güçlü
Test Süresi	2-3 gün	1-2 Gün
Maliyet	Ucuz	Pahalı
Personel İhtiyacı	Var	Var
Cihaz Gereksinim	Yok	Var

arasında korelasyon saptanmamış, ayrıca serum IgE düzeyi ile PPD endürasyon yanıtı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmalarda sonuç olarak atopik dermatitli hastalarda PPD reaksiyonunun yanılgı ölçüm riski olabileceği için, sonuçlar değerlendirilirken allerjik hastalıkların varlığı da dikkate alınmalıdır yorumu yapılmıştır (14).

Ayrıca uzun süre diğer immünsüpresif tedavi alması gereken diğer dermatolojik hastalıklarda da (örneğin pemfigus, eritema multiforme gibi büllöz deri hastalıklarında) LTE tedavisi gerektiğinde yine PPD yerine quantiferon ve elispot gibi IGRA testlerinin kullanılmasını önerebiliriz.

### Sonuç

Dermatolojik hastalığı olan kişilerde PPD testinde yanılgılar olabileceği için maliyeti yüksek de olsa IGRA testleri önerilebilir. Ayrıca bu hastalar TNF antagonisti öncesi immünsüpresif tedavi alıyorlarsa PPD yerine IGRA testlerini tercih etmek öncelik kazanabilir. Çünkü PPD sonucu hem immünsüpresyondan hem deri lezyonlarından etkilenir ve latent TB'un profilaksisi için yanılgı karar verdirebilir.

### Kaynaklar

1. Saliu OY, Sofer C, Stein DS, et al .Tumor-necrosis-factor blockers: differential effects on mycobacterial immunity. J Infect Dis 2006;194:486-92. [\[CrossRef\]](#)
2. Dukes HC. Infectious complications of treatment with biologic agents: infectious arthritis and immune dysfunction. Curr Opin Rheumatol 2004;16:393-8.
3. British Thoracic Society Standards of Care Committee. BTS recommendations for assessing risk and for managing Mycobacterium tuberculosis infection and disease in patients due to start anti-TNF-a treatment. Thorax 2005;60:800-5. [\[CrossRef\]](#)
4. Vukmanovic-Stejic M, Reed JR, Lacy KE, et al. Mantoux test as a model for a secondary immune response in humans. Immunol Lett 2006;107:93-101. [\[CrossRef\]](#)
5. Mease PJ.Tumour necrosis factor (TNF) in psoriatic arthritis:pathophysiology and treatment with TNF inhibitors. Ann Rheum Dis 2002;61:298-304. [\[CrossRef\]](#)
6. Tsiouri G, Gaitanis G, Kiropelidou D, et al. Tuberculin skin test overestimates tuberculosis hypersensitivity in adult patients with psoriasis. Dermatology 2009;219:119-25. [\[CrossRef\]](#)

7. Katsenos S, Nikolopoulou M, Tsiouri G, et al. The Challenging Evaluation of Patients with Severe Psoriasis for Latent Tuberculosis: An Important Indication for IGRA. *Open Respir Med J* 2011;5:59-60. [\[CrossRef\]](#)
8. Özdemir M, Engin B. Psoriasis vulgarisli Hastalarda prüfiye protein türevi deri testi vaka kontrollü bir çalışma Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30:1160-5
9. Çağatay T, Kilicaslan Z, Çağatay P, et al. TNF-alpha antagonist therapy modify the tuberculin skin test response. *Rheumatol Int* 2011;31:1147-51. [\[CrossRef\]](#)
10. Shaheen SO, Aaby P, Hall AJ. Measles and atopy in Guinea-Bissau. *Lancet* 1996;347:1792-6. [\[CrossRef\]](#)
11. Strannegard IL, Larsson LO, Wennergren G. Prevalence of allergy in children in relation to prior BCG vaccination and infection with atypical mycobacteria. *Allergy* 1998;53:249-54. [\[CrossRef\]](#)
12. Alm J, Lilja G, Pershagen G. Early BCG vaccination and development of atopy. *Lancet* 1997;350:400-3. [\[CrossRef\]](#)
13. Yılmaz M, Bingöl G, Altıntaş D, Kendirli SG. Correlation between atopic diseases and tuberculin responses. *Allergy* 2000;55:664-7. [\[CrossRef\]](#)
14. Demirbaş S, Özer F. Astımlı Hastalarda Tüberkülin Testinin Duyarlılığı. *Selçuk Üniv Tıp Derg* 2011;27:157-9.



## Ülkemizde Dermatoloji Eğitimi'ne Eğitim Programları Geliştirme Komisyonu Açısından Bakış

### *Dermatology Education in Turkey; a View of Education Programs Development Commission*

Erkan Alpsoy<sup>1</sup>, Gül Erkin<sup>2</sup>

Öncelikle Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu (TDYK) Eğitim ve Sınav Komisyonu daha sonrada yeni yönergeyle Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu (EPGK) adını alan komisyonlarda uzun süredir çalışan birisi olarak, Türkiye'de Dermatoloji Eğitimi ile ilgili olarak yapılanları sizlerle paylaşmak ve bugünlere nasıl ulaştığımızı kısaca özetlemek istiyorum.

Bilindiği üzere TDYK, dermatoloji eğitiminde, eğitim kurumlarında uzmanlık öğrencilerinin asgari almaları zorunlu olan eğitim standardını belirlemek, yeterlik eğitimine katkıda bulunmak, dermatoloji yeterlik sınavı yaparak dermatoloji uzmanlarının ülkemizde ve diğer ülkelerde eşit eğitim düzeyinde ve yeterli olmalarını sağlamak amacıyla çalışmalarını yürütmektedir. TDYK, Türk Dermatoloji Derneği (TDD) yönetim kurulu ile eşgüdüm içinde çalışan ancak bilimsel olarak özerk olan, kar amacı gütmeyen bir belgelendirme ve akreditasyon (eşyetkilendirme) kurulu olarak çalışmalarını sürdürmektedir.

TDYK 2004 yılının Eylül ayında gönüllü 10 adayın görevlendirilmesi ile ilk yönergeye göre yapılanarak çalışmalarına başlamıştır. Çeşme'de 7-12 Eylül 2004 tarihlerinde gerçekleşen Ulusal Dermatoloji Kongresi sırasında 11 Eylülde yapılan TDYK genel kurulunda Dermatoloji Yeterlik Yürütme Kurulu oluşturulmuştur. Kurul ilk toplantısını 27 Kasım tarihinde İstanbul'da yapmış, yönergeye uygun yapılanmasını tamamlamak için çalışmalarına başlamıştır. İlk toplantıda Eğitim ve Sınav Kurulu oluşturulmuştur. Kurulun çalışmalarını Türkiye geneline yayabilmek için coğrafik bölgelere göre temsilci üyeler seçilmiş ve onların liderliğini yapabilecekleri bölge çalışma gruplarını oluşturmaları önerilmiştir. Üyeler belirlenirken üniversite dışı eğitim hastanelerinden de temsilcilerin bulunmasına özen gösterilmiştir.

Tıp alanındaki birçok bilim dalı ile karşılaştırıldığında daha genç bir yeterlik kurulu olan TDYK yapılanmasını hızla tamamlamış ve kısa sürede alt komisyonlarını oluşturarak önemli çalışmalara imza atmıştır. Türk Tabipler Birliği (TTB) Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (UDEK), Ulusal Yeterlik Kurulu (UYEK) tarafından güncel uygulamalar ışığında geliştirilen ve uzmanlık derneklerine önerilen yeni yönerge, Kasım 2007 tarihinde Türk Dermatoloji Yeterlik Genel Kurulunda kabul edilmiştir. Yeni yönerge ile birlikte yapılanmasını gözden geçiren TDYK çalışmalarına büyük bir özveri ile devam etmiştir. Yönerge doğrultusunda Eğitim

Programlarını Geliştirme Komisyonu (EPGK), Sınav Komisyonu (SK) ve Akreditasyon Kurulu (AK) oluşturularak üyeleri seçilmiş, her biri kendi içinde yapılanmalarını oluşturarak çalışmalarını yürütmüşlerdir. 2008 ve 2010 yıllarındaki (kuruluşunun 4. ve 6. yılı) TDD'nin düzenlediği Ulusal Kongreler sırasında yapılan genel kurullarla, yönergeye uygun olarak Yeterlik Yürütme Kurulu üyelerinin yarısının değişimini sağlayan seçimler yapılmış ve yürütme kurulları tarafından yeni başkanların seçimi ile çalışmaların süreklilik kazanması sağlanmıştır (Tablo 1-4).

TDYK, önceliğini çekirdek eğitim müfredatını oluşturmak, eğitimi geliştirmek ve yapılandırmakla ilgili çalışmalara vermiştir. Yeterlik sınavı ve akreditasyon ile ilgili çalışmalar da buna paralel olarak organize edilmiştir. TDYK ve Eğitim ve Sınav Komisyonu üyeleri 10-11 Ocak 2005 tarihinde İzmir'de Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde düzenlenen Eğitim Programı Geliştirme ve Değerlendirme Becerileri Kursu'na, yine TDYK, EPGK ve SK'yı temsil eden üyelerimiz TTB tarafından yeterlik kurulları için 28-29 Mart 2008 tarihinde İstanbul'da düzenlenen çalışmaya katılmıştır. Tüm bu etkinliklerden edindiği bilgi ve deneyim paylaşımı ile TDYK, Türkiye'deki eğitimcilerin büyük bir çoğunluğunun katılımı ile yetiştirmekte olduğumuz uzmanlık öğrencilerinin mutlaka bilmeleri ve edinmeleri gereken bilgi, beceri ve tutum hedeflerini saptamaya yönelik bir çalışma organize etmiş, bilgi hedeflerinin farklı parametrelerde puanlandırılması ile önem sırasına sokulmasını sağlamıştır. Bu parametreler aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Dermatozun toplumda görülme sıklığı
- Dermatozun yaşam kalitesi üzerine etkisi
- Dermatozun tanı aciliyeti
- Dermatozun tedavi aciliyeti
- Dermatozun ölümcül olması
- Uzmanın klinik kesin tanı koyma gerekliliği
- Uzmanın tedavi etme gerekliliği
- Dermatozdan korunabilirlik
- Yalnızca kavramsal bilgi gerekliliği

Elde edilen listenin ilk %60'lık bölümü "olmazsa olmaz" bilgi hedefleri olarak belirlenmiş ve böylece örnek bir çekirdek müfredat oluşturulmuştur. SK'nın soru hazırlıkları için de bu listelerin temel alınması planlanmıştır. Çekirdek müfredat çalışmalarına

<sup>1</sup>Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu Önceki Dönem Başkanı

<sup>2</sup>Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu Yeni Dönem Başkanı

#### **Yazışma Adresi Correspondence**

Erkan Alpsoy  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar ve Veneroloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye  
Tel.: +90 242 249 67 06  
E-posta: ealpsoy@akdeniz.edu.tr

**Tablo 1. Türk Dermatoloji Yeterlik Yürütme Kurulu**

Türk Dermatoloji	Seçim tarihi: Eylül 2004	Seçim tarihi: Ekim 2008	Seçim tarihi: Ekim 2010
<b>Yeterlik Yürütme Kurulu</b>	Başkan: Dr. Oya Gürbüz Dr. M. Oktay Taşkapan Dr. Nilşel İter Dr. Deniz Seçkin Dr. Süleyman Pişkin Dr. Sedef Şahin Dr. Yavuz Harmanyeri Dr. Güzin Özarmağan Dr. Sibel Alper Dr. A. Şebnem Özkan Dr. Nilgün Atakan (TDD Temsilcisi)	Başkan: Dr. Neslihan Şendur Dr. M. Oktay Taşkapan Dr. Nilşel İter Dr. Deniz Seçkin Dr. Ayşe Boyvat Dr. Sedef Şahin Dr. Serap Öztürkcan Dr. Serap Utaş Dr. Osman Köse Dr. Oya Gürbüz Dr. Akın Aktaş (TDD Temsilcisi)	Başkan: Dr. Ertan Yılmaz Dr. Şemsettin Karaca Dr. Göksun Karaman Dr. Mukadder Koçak Dr. Ayşe Boyvat Dr. Teoman Erdem Dr. Serap Öztürkcan Dr. Serap Utaş Dr. Osman Köse Dr. Oya Oğuz Dr. Neslihan Şendur (TDD Temsilcisi)

**Tablo 2. Yeterlik Kurulu Sınav Komisyonu**

Yeterlik Kurulu Sınav Komisyonu	Göreve başlama tarihi: Kasım 2007	Göreve başlama tarihi: Kasım 2010
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeterlik Yürütme Kurulu tarafından seçilir</li> <li>• Yarısı (3 üye) 2 yılda bir yenilenir</li> <li>• 3 dönemden fazla görev alınmaz</li> <li>• Yılda en az 2 toplantı</li> <li>• Yıllık değerlendirme raporunu TDYYK'na sunar</li> </ul>	Başkan: Dr. A. Şebnem Özkan Dr. Tülin Ergun Dr. Ertan Yılmaz Dr. Murat Öztaş Dr. Gül Erkin Dr. Ayten Ferahbaş Dr. Deniz Seçkin (TDYYK temsilcisi) Dr. Rifkiye Küçüköğlü Dr. Göksun Karaman Dr. Soner Uzun	Başkan: Dr. Göksun Karaman Dr. Tülin Ergun Dr. Ayşe Kavak Dr. Pelin Müştak Koçyiğit Dr. Güliz İkiöğlü Dr. Rebiay Kıran

**Tablo 3. Akreditasyon Komisyonu**

Akreditasyon Komisyonu	Seçim tarihi: Kasım 2007	Seçim tarihi: Ekim 2010
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genel kurul tarafından seçilir</li> <li>• Uzmanlık eğitimi veren kurumlarda en az 5 yıldır aktif eğitici</li> <li>• Toplam 8 üye</li> <li>• TDYYK'dan 1 üye</li> <li>• Yarısı (4 üye) 2 yılda bir yenilenir</li> <li>• 3 dönemden fazla görev alınmaz</li> <li>• Her ziyaret sonrası TDYYK'na rapor verir</li> </ul>	Başkan: Dr. Sedef Şahin Dr. Serap Utaş Dr. Serap Öztürkcan Dr. Ayşen Karaduman Dr. Meltem Önder Dr. İdil Ünal Dr. Vahide Baysal Dr. Mukaddes Kavala Dr. Güliz İkizoğlü	Başkan: Dr. Serap Öztürkcan Dr. Serap Utaş Dr. Meltem Önder Dr. Fezal Özdemir Dr. Cengizhan Erdem Dr. Mustafa Kulaç Dr. Emel Bülbül Başkan

Türkiye'deki tüm eğitim kurumları Eğitim Üst Kurulu (EÜK) (Anabilim Dalı Başkanları, Dermatoloji Şefleri ve Dermatoloji Uzmanlık Eğitimi Sorumluları) aracılığı ile katılmıştır:

- **54 eğitim kurumu**
  - 39 üniversite,
  - 13 sağlık bakanlığı eğitim hastanesi,
  - 2 askeri eğitim hastanesi

EPGK 2007 yılının sonunda kabul edilen yeni yönergeye göre yapılanmasını tamamladıktan sonra çalışma önceliğini üç konuda yoğunlaştırmıştır.

1. Beceri Rehberleri
2. Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlık Eğitimi Planı ve Uzmanlık Öğrencisi Karnesi
3. Dermatoloji Kış Okulu

#### **Beceri Rehberleri**

Beceri rehberleri, EPGK üyelerinin ve komisyonca görevlendirilen ilgili eğitimcilerin yoğun çalışmaları ve nihayet EÜK'nın eleştirisi ve katkıları sonucunda ortaya çıkmıştır. Beceri rehberlerinin olabildiğince standart bir biçim ve içerikle hazırlanabilmesi için, öncelikle EPGK üyelerinin eleştirisi ve katkılarıyla son şeklini alan örnek bir beceri rehberi oluşturulmuş, diğer rehberler de bu doğrultuda, uzun sayılacak bir sürenin sonunda hazırlan-

**Tablo 4. Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu**

Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu	Göreve başlama tarihi: Kasım 2007	Göreve başlama tarihi: Kasım 2010
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeterlik Yürütme Kurulu tarafından seçilir</li> <li>• 5 yıldır aktif eğitici</li> <li>• Toplam 10 üye (Bölgesel dağılım)</li> <li>• 5 üye 2 yılda bir yenilenir</li> <li>• 3 dönemden fazla görev alınamaz</li> <li>• Toplantılara asistan temsilcisi katılır</li> </ul>	Başkan: Dr. Erkan Alpsoy Dr. Oya Gürbüz Dr. Nahide Onsun Dr. Sedef Şahin Dr. Emel Güngör Dr. Neslihan Şendur Dr. A. Şebnem Özkan Dr. Sema AYTEKİN Dr. Sevgi Bahadır Dr. Muammer Seyhan	Başkan: Dr. Erkan Alpsoy * Dr. Sedef Şahin Dr. Emine Derviş Dr. Ayşe Boyvat Dr. Gül Erkin Dr. Neslihan Şendur Dr. Berna Şanlı Dr. Gamze Seraslan * Dr. Nilgün Şentürk Dr. Yelda Karıncaoğlu *
* Komisyon üyelerinden Dr. Gamze Seraslan 2011 yılı sonu, Dr. Erkan Alpsoy 2012 yılı başında, Dr. Yelda Karıncaoğlu mart 2012 tarihinde komisyondaki görevlerinden ayrıldı. Bu nedenle Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu Dr. Gamze Seraslan'ın yerine Dr. Tamer İrfan Kaya'yı, Dr. Erkan Alpsoy'un yerine Dr. Emel Bülbül Başkan'ı, Dr. Yelda Karıncaoğlu'nun yerine Dr. Melih Akyol'u komisyona seçti. EPGK başkanlığını 2012 yılı başından beri Dr. Gül Erkin yapmaktadır. Ayrıca, toplantılara uzmanlık öğrencileri temsilcisi olarak seçilen Dr. Sevinç Elinç ve Dr. Arzu Karataş da katıldı.		

miştir. Her bir beceri rehberi için hazırlayan ve katkıda bulunan çok sayıda eğitmeni yoğun emek vermiştir. Rehberlerin bu aşamada geliştirilmeye, katkı ve eleştiriye ihtiyaçları olabilir düşüncesinde olan komisyonumuz 2008 yılının ortalarında, hazırlanan beceri rehberlerinin EÜK'ya gönderilerek görüş ve katkıların alınmasını kararlaştırmıştır. Rehberler için, gerek kurgu ve biçim gerekse de içerik ile ilgili eleştiri ve katkıların yaklaşık 6 ay süreyle (2008 yılının sonuna kadar) bize ulaşması beklenmiştir. Bizlere ulaşan tüm eleştiri ve katkılar dikkate alınarak, rehberleri hazırlayan eğiticilere iletilmiş ve onlardan gelen yanıtlarla birlikte rehberlere son şekli verilmiştir. Rehberler TDD'nin web sayfasına 2009 ağustos sonunda yerleştirilmiştir. Komisyonumuz rehberlerin bu aşamada da geliştirilmeye, katkı ve eleştiriye ihtiyaçları olduğu düşüncesini korumakta olup zaman içinde ortaya çıkan gerekli güncellemeler yapılmaktadır.

#### Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlık Eğitimi Planı ve Uzmanlık Öğrencisi Karnesi

EPGK'nın 23. 01. 2009 tarihinde İstanbul Tabip Odası'nda yaptığı 5 nolu toplantıda "Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlık Eğitimi Planı ve Uzmanlık Öğrencisi Karnesi" için bir alt komisyon oluşturulması görüşü kabul edildi. Alt komisyona seçilen Dr. Neslihan Şendur, Dr. Ayşe Boyvat, Dr. Yelda Karıncaoğlu, Dr. Oya Gürbüz ve Dr. Erkan Alpsoy'un Dr. Oya Gürbüz'ün koordinatörlüğünde çalışmasına karar verildi. Alt komisyon, Uzmanlık öğrencisi görev ve sorumluluklarının yıllara göre dağılımını da içeren bir çalışma ve karne örneğini, değişik dermatoveneroloji kliniklerinin ve diğer anabilim dallarının güncel olarak kullandıklarının ışığında yeniden oluşturdu. Eğitim Üst Kurulu'nun görüşlerine açılan ve geri bildirimler alındıktan sonra son şeklini alan "Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlık Eğitimi Planı ve Uzmanlık Öğrencisi Karnesi" de 2009 yılı içinde tamamlanarak Türk Dermatoloji Derneği'nin web sayfasında ulaşılabilir hale getirildi.

Dermatoloji eğitimi veren kurumlara tavsiye edilen Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlık Eğitimi Planı ve Uzmanlık Öğrencisi Karnesi tüm eğitim kurumları için minimum standardı sağlayabilmek için oluşturulmuştur. Ancak, bu çalışmanın kurumların yaşadıkları şartlara göre, eğitimin ve uzmanlık öğrencilerinin yararına öncelik vermek üzere, bazı kaçınılmaz değişikliklere uğraması veya daha da zenginleştirilmesi son derece doğal bir süreçtir. Yine bilim dalımızdaki gelişmeler ve yeni uygulamalar ile kurumlarda ortaya çıkabilecek yeni yasal düzenlemeler göz önüne alındığında, bu örneklerin dinamik bir biçimde sürekli geliştirilmeye ihtiyacı olacağı göz ardı edilmemelidir.

#### Dermatoloji Kış Okulu

Dermatoloji Kış Okulunun birincisi 16-20 Aralık 2008, ikincisi 14-18 Aralık 2009, üçüncüsü 14-18 Aralık 2010 ve dördüncüsü de 13-17 Aralık 2011 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Dermatoloji Kış Okulu'nda, hemen uzmanlık öncesi dönemde verilen programın sonuna aşağıdaki temel öğrenim hedeflerinin kazandırılması planlanmıştır;

1. Çekirdek müfredat bilgi hedefleri içinde ilk sıralarda yer alan hastalıklara özgü klinik belirtilerin (karşılaşılabilecek farklı şiddet ve görünümdeki hasta tipleri ile) öğrenilmesi,
2. Klinik belirtilerden yola çıkarak ayırıcı tanı sürecinin planlanıp, tanıya ulaşılması,
3. Hastaya ve duruma özgü akılcı tedavi planlamasının yapılabilmesi ve
4. Hastalıkların önlenebilirliği konusunda fikir sahibi olunması.

Dermatoloji Kış Okulu'nda görev alan eğiticiler ve uzmanlık öğrencileri için temelde okulun amaçları ve öğrenim hedeflerini içeren kılavuzlar hazırlandı. Ayrıca, eğiticiler ile sunumların nasıl bir teknik ile yapılacağı konusunda toplantılar yapılarak eğiticilere okul ve bilimsel program hakkında bilgi verildi. Örnek sunumlar üzerinden gidilerek okulun amacı ve hedefleri tartışıldı. Diğer yandan, aynı oturum içinde yer alan eğiticiler bir araya gelerek, üstlendikleri konu başlığı altında çok önemli buldukları mesajları çıkarmaya çalıştılar. Bu toplantılar sonrasında da iletişime devam ederek oturumlarını yapılandırıp konuşmalarına son şeklini verdiler.

Komisyonumuz programın hedef kitlesini uzmanlık süresinin son yılında bulunan öğrenciler olarak belirledi. Kış okullarından ilkinde 60, ikincisine 89, üçüncüsüne 59 ve dördüncüsüne 61 uzmanlık öğrencisi katıldı. Dermatoloji Kış Okulu bilimsel programı içerisinde çekirdek müfredat bilgi hedefleri içinde ilk sıralarda yer alan konulara yer verildi. 1. Dermatoloji Kış Okulu'nda konular hem interaktif hem de konferans şeklinde aktarıldı. Olağan sunum araçlarının yanı sıra eğitmenlerin bir bölümü "keypad"lerden de yararlandı. 2., 3. ve 4. Dermatoloji Kış Okulu'nda ise konuların neredeyse tamamı karşılıklı etkileşimin daha rahat olabilmesi açısından grubun üçe bölünmesi ile oluşturulan 3 ayrı gruba dönüşümlü olarak ve interaktif sunum tekniği kullanılarak aktarıldı. Sadece Tanınız nedir? ve Tanı ve Tedavide zorluklar başlıklı oturumlar tüm gruba ve "Key pad" yardımı ile sunuldu. Bu nedenle yukarıdaki oturumlar dışında eğiticiler konularını 3 kez anlattılar. Uzmanlık öğrencilerinin eğitim sürecine soru ve katkılarla katılımı eğiticiler tarafından özellikle teşvik edilmeye çalışıldı.

3. Dermatoloji Kış Okulu'nda yeni bir uygulamaya geçildi ve bazı beceriler (eksizyonel ve traşlama biyopsi, hiperhidroz tedavisinde botulinum toksini uygulaması, yüzeysel deri biyopsi tekniğiyle demodex yoğunluğunun saptanması, deri "prick" testi ve yama testi, "tzanck" testi ve vajinal sürüntü) için ilk kez atölye çalışması düzenlendi. Atölye fikrinin oluşumunda hem eğitim veren kurumlardan hem de 2. Dermatoloji Kış Okulu sürecinde uzmanlık öğrencilerinden alınan beceri rehberleri anketlerinden elde edilen geri bildirimler yol gösterici oldu. Anketler, eğitim veren kurumlarımızın tümünde beceri rehberlerinin henüz istenilen düzeyde uygulanmadığını göstermekteydi. Komisyonumuz, öncelikle ankete katılan kurumların önemli bir bölümünde yapılmayan beceri rehberlerinden uygun olanlar üzerinde yoğunlaşmış ve bu eksikliği gidermek için Kış Okulu'nun bir tür pratik şekli olarak düşündüğümüz Atölye çalışmalarından yararlanmıştı.

Kış okullarında verilen eğitimin etkin olup olmadığını değerlendirmek için, program başında ve sonunda olmak üzere, çoktan seçmeli bir ön test ve son test uygulandı. Test, uzmanlık öğrencilerini değil, kış okulu kapsamında verdiğimiz eğitimin etkin olup olmadığını değerlendirmek için uygulanmıştır.

Bilimsel programda bulunan her oturumdan sonra (Eğitici Değerlendirme Formu, Oturum Değerlendirme Formu ve Atölye Çalışması Değerlendirme Formu) ve okulun bitiminde (Dermatoloji Kış Okulu Değerlendirme Formu) alınan geri bildirimlerle uzmanlık öğrencilerinin süreci değerlendirmesi sağlanmıştır. Değerlendirme formları aracılığı ile yapılan öneri ve eleştiriler, Dermatoloji Kış Okulu programlarının oluşturulmasında yol gösterici olmuştur.

Dermatoloji Kış Okulu programlarının, uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerine önemli bir katkıda bulunması biz EPGK ve okulda görev alan tüm eğitimcilerin ortak dileğiydi. Aldığımız geri bildirimler ve ön test ile son test arasındaki belirgin fark cesaret verici olup doğru yolda olduğumuzu göstermektedir. Uzmanlık öğrencileri bu organizasyonlara gönüllü olarak katılmışlar ve programın işleyişi süresince son derece aktif ve katılımcı bir davranış sergilemişlerdir.

Komisyon olarak temelde 3 başlıkta özetlediğimiz çalışmalarımızı yapılandırırken önceki deneyimlerimizin yanı sıra diğer anabilim dallarının benzer deneyimlerinden de yararlandık. Üniversitelerimizin eğitim anabilim dalları ile de sürekli görüş alışverişinde bulunduk. Tüm bu çalışmalar için çok sayıda bilim insanı uzun, özenli, yorucu, ama bir o kadar da keyif verici bir çalışma sergiledi. Bu noktada bizi çalışmalarımızda yüreklendiren ve desteklerini esirgemeyen başta üst kurulumuz TDYK olmak üzere, EÜK ve Eğitimcilerle teşekkür etmek istiyorum. Yukarıda özetlemeye çalıştığımız süreç içerisinde TDD, TDYK ile eşgüdüm içerisinde çalıştı. TDD, TDYK ve onun alt kurullarının bağımsız çalışması konusunda son derece yapıcı bir tutum sergiledi. Kurulların toplantılarla defalarca bir araya gelmesinde ve

Dermatoloji Kış Okulu'nu düzenlememizde başından beri giderek artan bir destek verdi. Tüm bu nedenlerle TDD'ye teşekkür ediyoruz.

### **Erkan Alpsoy**

*Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu Önceki Dönem Başkanı*

Deri ve Zührevi Hastalıklar alanında bilimsel gelişmeler ile birlikte eğitimde de değişikliklerin beklenmesi doğaldır. Sadece bilim ve teknolojideki gelişmeler değil, ülkemizin koşulları ve değişen gereksinimleri, hatta dünyanın gelişen gereksinimlerine göre eğitim programlarını tekrar gözden geçirmek ve planlamak gerekmektedir.

Nüfus, doktor ve eğitim veren kurumların sayısındaki artış, verilen eğitim programlarının da standart hele gelmesini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle ülke genelinde aynı eğitim dilinin konuşulması, yetişen bir uzmanın standart olarak belirlenmiş teorik ve pratik eğitimi almış olması ve gereken becerileri kazanmış olması büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde Deri ve Zührevi Hastalıklar alanında hem tıp fakültesi öğrencilerinin hem de uzmanlık öğrencilerinin eğitimi geleneksel olarak çok önem verilen ve üzerinde hassasiyetle durulan bir konudur. Son dönemde asistanların eğitim süreçleri boyunca yapmaları gerekli olan rotasyonların tekrar belirlenmesi ile Patoloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi gibi rotasyonlar rutin eğitimin parçası olmuştur. Bunlar gerçekten önemli değişimlerdir.

Türk Dermatoloji Derneği çatısı altında dermatoloji camiasının özverili çalışmaları ile asistan karnesi ve çekirdek eğitim programları (ÇEP) bu alanda kılavuz olması için daha önceki yıllarda oluşturulmuştur. Ayrıca, dördüncüsü gerçekleştirilmiş olan Kış Okulları ÇEP konularına göre hazırlanmış olup, Türkiye'de bölgesel ve kurumsal farklılıkları gözeterek, hem teorik hem de beceri eğitimlerini her asistan için ulaşılır kılmaya çalışmıştır. Örneğin deri tüberkülozu, Leyşmanyaya dersleri, alerji testleri, eksizyonel biyopsi, demodex aranması gibi beceri atölyeleri bu amaçla planlanmışlardır. Bu yoğun programlar sonunda hem katılan son sene asistanlar hem de hocalar tarafından büyük memnuniyet ve heyecan hissettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca öğrenci ve hocalar birbirlerini daha yakından tanıma ve birlikte olma şansını yakalamışlardır

Yeni dönemde Eğitim Programları Geliştirme Komisyonu (EPGK) olarak daha önce yapılandırılmış olan asistan karnesi ve ÇEP'i revize etme isteğindedir. Günümüz gereksinimleri doğrultusunda, yeni yasal düzenlemeleri de dikkate alarak ve Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) da yapılan çalışmalar ile koordine olacak şekilde bir referans çalışma planlamaktadır. Deri ve Zührevi Hastalıklar alanındaki eğitime katkı sağlamada büyük motivasyona sahip grubumuz Dermatoloji camiasından gelecek öneri ve katkılara her zaman açıktır.

### **Gül Erkin**

*Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu Yeni Dönem Başkanı*

## Türk Dermatoloji Yeterlik Sınavı 2012

### Turkish Dermatology Board Exam 2012

Göksun Karaman



Uzman hekimlerin sürekli eğitim alanındaki bireysel gelişmelerinde, bilgilerin gözden geçirilmesi yoluyla katkı sağlamayı amaçlayan ve başvuruların gönüllülük esasına dayandığı yeterlik sınavlarının Deri ve Zührevi Hastalıklar alanındaki ilk sınavı 2010 yılında Antalya'da gerçekleşmiş, ardından 2011 yılında Ankara'da ikincisi yapılmıştır.

2012 yılında yapılacak olan Dermatoloji Yeterlik

Sınavının 1. aşamasının (yazılı sınav) 3 Kasım 2012 günü, 2. aşamasının (uygulama sınavı) 4 Kasım 2012 günü yapılması planlanmıştır. Bu sene kongre dışı bir tarihte planlanmış olan sınav, yeterlik sınavına girmek isteyip kongreye katılmayacak meslektaşlarımızın hafta sonu olarak seçilen bu tarihlerde işyerinden izin almalarına gerek olmadan gelebilmelerini sağlamak amacı ile ulaşımı her yöreden kolay olan Ankara'da yapılacaktır. 2011 sınavında olduğu gibi beraber çalışmakta olduğumuz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD'nin eğitim laboratuvarlarını kullanacak olmamız da bu seçimde rol oynamıştır.

Her Deri ve Zührevi Hastalıklar uzmanı yeterlik sınavlarına katılma hakkına sahiptir. Son yıl uzmanlık öğrencileri yeterlik sınavlarının bilgiye yönelik olan 1. aşamasına katılabilirler.

**Sınavın 1. aşaması** (yazılı sınav) çoktan seçmeli 100 sorudan oluşmaktadır. Sorular tüm eğitim kurumlarının katkıları ile oluşturulmuş olan "Çekirdek Eğitim Programı Bilgi Hedefleri"ndeki konulardan hazırlanmıştır. Bu bilgi hedefleri Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlık Eğitimi Planı ve Uzmanlık Öğrencisi Karnesi'nin 6-12. sayfalarında yer almaktadır.

Kuramsal sınavda başarılı olan uzman adaylar sınavın 2. aşamasına girmeye hak kazanmaktadır. **Sınavın 2. aşamasının** (Uygulama sınavı) soruları "Çekirdek Eğitim Programı Beceri Hedefleri" göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Bu hedefler Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlık Eğitimi Planı ve Uzmanlık Öğrencisi Karnesi'nin 13. sayfasında yer almaktadır. Nesnel ve yapılandırılmış bir sınav olarak hazırlanan uygulama sınavı, bir kısmı uygulama, bir kısmı bilgisayar destekli duraklar şeklinde planlanmıştır.

Yönergeye göre Yeterlik Sınavının yazılı ve uygulama sınavında başarılı olan adaylara sınava giriş tarihinden itibaren 10 yıl geçerli olmak üzere "**Türk Dermatoloji Yeterlik Belgesi**" verilir.

Adnan Menderes  
Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

**Yazışma Adresi**  
**Correspondence**

Göksun Karaman  
Adnan Menderes  
Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye  
Tel.: +90 532 410 14 36  
E-posta:  
goksunkaraman@hotmail.com

**2012 yılında yapılan sınavda sorulan sorulardan örnekler:**

1. Hangisi akut romatizmal ateş tanısında kullanılan Jones'in majör kriterlerinden değildir? a. Kardit b. Glomerulonefrit c. Poliartirit d. Kore e. Eritema marginatum	6. Siklosporin nefrotoksitesisi için hangisi yanlıştır? a. Diyabetes mellitus bir risk faktörüdür b. İntermitan kullanım riski azaltır c. Kullanım süresiyle ilişkilidir d. Tedavi kesildiğinde düzelir e. Serum kreatinin düzeyi ile izlenir
2. Ultraviyole ışınlarına bağlı immunsupresyondan sorumlu sitokin hangisidir? a. IL-10 b. IL-12 c. IL-23 d. GM-CSF e. IFN-gamma	7. Saçlı derideki normal anagen/telogen oranını işaretleyiniz. a. 1:1 b. 5:1 c. 9:1 d. 20:1 e. 30:1
3. Mastositozlarda görülmeyen sistemik bulguyu işaretleyiniz. a. Baş ağrısı b. Dispne c. Konstipasyon d. Abdominal kramplar e. Halsizlik	8. Churg Strauss sendromu için yanlış ifadeyi işaretleyiniz. a. Sıklıkla orta yaşlarda başlar b. Erken dönemde alerjik astım şeklinde kendini gösterebilir c. Doku eozinofilisi izlenebilir d. Viseral organlar ve deride ekstrasvasküler granulomlar izlenir e. Sıklıkla antiproteinaz 3'e karşı ANCA pozitifliği vardır.
4. Yaygın, kronik pruritusu olan hastalarda sistemik sağaltım için hangisi kullanılmaz? a. Gabapentin b. Allopurinol c. Naltrekson d. Paroksetin e. Doksepin	9. Onikomikozun en sık görülen klinik tipi hangisidir? a. Distal lateral subungual onikomikoz b. Yüzeysel beyaz onikomikoz c. Proksimal subungual onikomikoz d. Endoniks onikomikozu e. Total distrofik onikomikoz
5. Malignite dönüşüm riski en fazla olan oral lezyonu işaretleyiniz a. Eritroplaki b. Lökoplaki c. Oral liken planus (retiküler form) d. Labial melanotik nevus e. Oral kıllı dil	10. Keratin K1 ve K10 genlerinde mutasyon bulunan iktiyozu işaretleyiniz. a. X'e bağlı iktiyoz b. Lameller iktiyoz c. Konjenital iktiyoziform eritrodermi d. İktiyozis vulgaris e. Epidermolitik hiperkeratoz



Hazırlayan: İlgen Ertam

**Systemic therapy for primary hyperhidrosis: A retrospective study of 59 patients treated with glycopyrrolate or clonidine**

**Primer Hiperhidrozda sistemik tedavi: Glikopirolat ya da klonidin ile tedavi edilen 59 hastalık retrospektif bir çalışma**

Walling HW. *J Am Acad Dermatol* 2012;66:387-92.

Primer hiperhidrozisin (HH) genel popülasyonun %3'ünü etkilediği tahmin edilmektedir. HH deride enfeksiyon riskini artırır ve psikososyal yük yanı sıra yaşam kalitesine negatif etkisi vardır. Cerrahi ve cerrahi olmayan birçok tedavi alternatifi vardır. Hiperhidroziste sistemik tedavi genellikle ikinci ya da üçüncü sırada tercih edilmektedir.

Bu araştırmada, yazarlar sistemik olarak hiperhidroz tedavisinin etkisini retrospektif olarak incelemişler.

**Yöntem:** On üç yıllık veriyi içeren retrospektif bir çalışma. HH nedeniyle sistemik tedavi verilen 71 hasta dahil edilmiş ancak bu hastalardan 12'sinin (%17) takipten çıkması üzerine 59 hasta ile çalışmaya devam edilmiş. Hastaların ortalama yaşı 28.9, kadın/erkek=1.7/1. Hastaların %71'inde palmar, plantar ve aksiller HH varken, %15'inde generalize HH, %14'ünde kraniyofasiyal HH mevcut. Hastaların %95'inde topikal alüminyum klorid, iyontoforez, ve diğer oral ilaçlara karşı yanıt alınamamış. Bazı hastaların botulinum toksin ve sempatektomiye yanıtı olmadığı bildiriliyor. Oral tedavi başlanan hastalar 2-47 ay arasında takip edilmiş. 59 hastanın 45'inde glikopirolat kullanılmış. Palmar, plantar, aksiller bölgede %69 yanıt oranı elde edilmiş. Hastaların %90'ı günde 1-2 mg dozda günde bir-iki kez kullanmış. Tedavinin kesilmesini gerektiren yan etkiler, kserostomi, gastrointestinal yan etkiler, baş ağrısı, deri döküntüsü, mental değişiklikler olarak bildirilmiştir.

On üç hastada klonidin 0.1mg/gün kullanılmış. Hastalar kraniyofasiyal ya da generalize HH formdaymış. Yan etki hipotansiyon olarak bildirilmiştir.

Bir hastada oksibutin 5mg günde 2 kez kullanılmış.

Glikopirolat ve klonidin arasında etkinlik açısından anlamlı fark olmadığı bildiriliyor.

Sonuç olarak, yazarlar, palmoplantar ve aksiller HH'da glikopirolat tedavisini ikinci basamak tedavisi, kraniyofasiyal ya da generalize HH'da glikopirolat ya da klonidini birinci basamak tedavisi olarak kullanılabileceğini ileri sürmüşler.

**EDİTÖR YORUMU:** Lokal HH tedavisinde botulinum toksin ve iyontoforez yanı sıra bazı olgularda alüminyum kloridden yanıt alınmaktadır. Günlük pratiğimizde generalize ve kraniyofasiyal HH'da ise bu tedavi yöntemlerinin etkisi olmamaktadır. Glikopirolat ve klonidin sistemik olarak bu hastalarda kullanılabilecek bir seçenek olsa da yan etkiler yakın takip edilmeli.

**Treatment of oral lichen planus with methylene blue mediated photodynamic therapy-a clinical study.**

**Oral liken planusun metilen mavisi aracılı fotodinamik tedavisi- bir klinik çalışma**

Jayachandran Sadaksharam, K. P. Thanigai Nayaki, Niranzana Panneer Selvam *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine* 2012, 28, 97-101

**Amaç:** Oral Liken Planus çeşitli tedavi alternatiflerine rağmen sorun olmaya devam eden otoimmün bir hastalıktır. Burada yeni bir tedavi alternatifi öneriyoruz. Bu araştırmanın amacı, semptomatik oral liken planusu olan hastalarda fotoduyarlandırıcı olarak metilen mavisi kullanarak fotodinamik tedavi uygulamaktır.

**Yöntem:** Yirmi hastalık bir çalışma. Hastalara %5'lik metilen mavisi uygulandıktan sonra fotodinamik tedavi (Xenon arc lamp, 630±5 nm, total doz 120j/cm<sup>2</sup>) 4 seans (1., 4., 7., 15.gün) uygulandı. Yaşları 20-80 arasında değişen retiküler ve eroziv liken hastaları çalışmaya alındı. Tedaviden sonraki 2. ve 4. haftalarda kontrollerde yan etki olmaksızın anlamlı bir şekilde klinik bulgularda gerileme elde edildi.

Oral liken planus (OLP) %1-2 sıklıkta görülen otoimmün kronik bir hastalıktır. Beş yıl içinde malin dönüşüm oranı %0.5-2 arasındadır. Çeşitli topikal ve sistemik tedavi alternatifleri olsa da etkili tedavisi kortikosteroidlerdir.

**EDİTÖR YORUMU:** Oral liken planus tedavide dirençli ve özellikle eroziv formda malin değişim gözlenebilen bir hastalıktır.

Fotodinamik tedavi OLP tedavisinde yeni bir alternatif olabilir. Metilen mavisi ile gargara şeklinde beş dakikalık uygulama ardından fotodinamik tedavi, deride uygulanmasına göre daha az zaman alıcı ve pratik gibi görülüyor.

### **Topical Timolol for Small Hemangiomas of Infancy**

#### ***Küçük İnfantil Hemanjiomalarda Topikal Timolol***

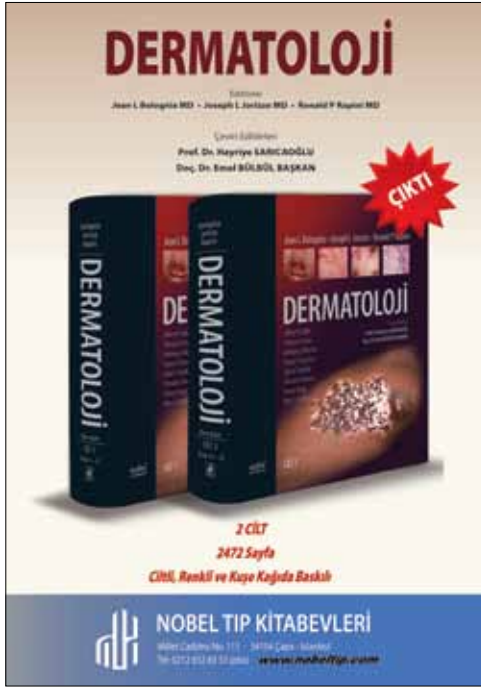
**Moehrle M, Léauté-Labrèze C, Schmidt V, Röcken M, Poets CF, Goelz R. *Pediatr Dermatol.* 2012 Apr 4.  
doi:10.1111/j.1525-1470.2012.01723.x.**

Propranolol büyük ve komplike olmuş infantil hemanjiomlarda bir tedavi seçeneğidir. Sistemik propranololun güvenliği ile ilgili endişeler mevcuttur. Burada, topikal beta-bloker timololün infantil hemanjiomların büyümesini engellediği ve regresyonunu uyardığı gösterilmiştir. Bu olgu serisinde 9 çocukta 6 tanesi preterm bebek olmak üzere, 11 infantil hemanjiom nonselektif beta-bloker olan timolol ile tedavi edildi. Timolol

içeren jel, %0.5'lik oftalmik göz damlasından hazırlanmıştı. Bu jel, yaklaşık 0.25 mg timolol içeren standardize okluziv pansuman (Finn-Chambers) kullanılarak uygulandı. Tüm çocuklarda timolol ile 2 haftada lezyonların büyümesinde durma, kızarıklıkta ve kalınlıkta azalma gözlemlendi. Yedi hemanjiomda tam remisyon, dördünde renkte solma ve incelleme izlendi. Timololün transdermal absorpsiyonu ile ilgili veri yoktur. Bu olgu serisinde %0.5 timolol jel kullanılarak infantil hemanjiomun regresyonu, 9-12 aydan önce gözlenmeyen spontan regresyondan daha kısa sürede elde edilmiştir. Bu umut verici sonuçlar, infantil hemanjiomlarda topikal beta blokerin doz, süre ve uygulama yolunu araştıran prospektif randomize kontrollü çalışmalar ile doğrulanmalıdır.

**EDİTÖR YORUMU:** İnfantil hemanjiomlar her ne kadar yıllar içinde gerilemeye eğilimli olsalar da bazı özel lokalizasyonlarda (göz kapağı gibi) beklemeden tedavi gerekmektedir. Son yıllarda topikal timolol ile ilgili birçok olgu bildirisi ve çalışma mevcut. Yan etkiler çok nadir ve daha çok bradikardi ve bronkospazm görülebildiği bildirilmektedir. Topikal timolol infantil hemanjiomda gelecekte daha sık kullanılacak alternatif bir tedavi gibi görünmektedir.

Hazırlayan: İlgen Ertam



**EDİTÖR YORUMU:** Bologna, Jorizzo ve Rapini editörlüğünde basılan "Dermatoloji" Kitabı hastalıklara sistemik yaklaşımı ve pratik sınıflamaları ile oldukça yararlı bir kitap. Şimdi Türkçe olarak okuma imkanı da var. 2472 sayfa ve 2 ciltten oluşuyor. Çeviride emeği geçen tüm Hocalarımıza teşekkür ediyoruz.

Fiyatı: 972 TL

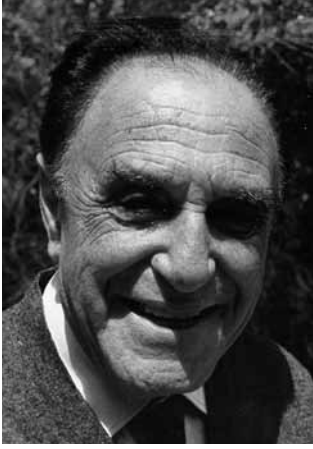
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

**Yazışma Adresi**  
**Correspondence**

İlgen Ertam  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye  
Tel.: +90 232 390 38 31  
E-posta:  
ilgen.ertam@ege.edu.tr

## Prof. Dr. Faruk Nemlioğlu (1921-2005)

Yalçın Tüzün, Gürkan Yardımcı



Prof. Dr. Faruk Nemlioğlu 1921 yılında İstanbul'da doğdu. Babası Fuat Nemlioğlu, annesi ise Selma Nemlioğlu, Eşi Nihal Nemlioğlu'dur. Kurtuluş adında bir kızı ve Hakan adında bir oğlu bulunmaktadır. İlk ve orta eğitimini Ordu'da, lise eğitimini Trabzon lisesinde tamamladı. 1939-1945 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimini aldı. Askerlik görevini 1945-1947 yılları arasında Sarıkamış'ta yaptı (1-3).

Ocak 1948'de Deri Hastalıkları ve Frengi Kürsüsünde Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet'in asistanı olarak göreve başladı. 1950 yılında "Kemik sifilizi" isimli uzmanlık tezi ile uzman oldu. Kasım 1954'de "Taze sifiliz tedavisinde muhtelif penisilin metodlarından elde edilen neticeler" isimli doçentlik tezi ile Üniversite Doçenti unvanını aldı. Temmuz 1955'de ise eylemli doçentliğe atandı (1-3).

Nisan 1963'de "Onbir vaka münasebetiyle Stevens-Johnson sendromunun klinik etüdü" isimli profesörlük takdim tezi ile Üniversite Profesörü unvanını aldı. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deri Hastalıkları ve Frengi Kürsüsü'nün kuruluşunda Ord. Prof. Dr. Cevat Kerim İnceday'ın yanında yer alarak, kliniğin yerleşmesinde ve bugünkü duruma gelmesinde yardım ve katkıları oldu. 1971-1979 yılları arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı başkanlığı yapmıştır. 1979 yılında kendi isteği ile emekli olmuştur (1-4).

Bir çalışmanın titiz ve dikkatli olmasına çok önem verir, teşhislerde aceleci ve önyargılı olmayı sevmez, bilimsel tartışmalarda, herkesin ilmi düşüncesini açıkça söylemesine ve savunmasına özen gösterir ve çevresindekilerin de bu özeni göstermelerini isterdi. Klinik bilgisi fevkalade idi. Fransız ekolündendi. Hasta bakmaktan hiç sıkılmazdı. Muayenesi hızlı idi ve özel bir tekniği vardı. Bilhassa utangaç hastaları çok rahat çözerdi. Muayeneye en uzak yerlerden başlar, muayene sıra-

sında kendi anlayacakları dilden sorular sorar ve aynı dilden bilgilendirirdi. Odadan çıkan hastaların memnuniyeti gülen yüzlerinden anlaşılırdı (1-3).

Mesleğini çok severdi. Klinik içi bir toplantıda kaliteli yardımcıları sahip olmanın bir şans olduğunu anlatırken "Ben ise tam bir dermatoloji aşığı" diyerek dermatolojiye olan sevgisini dile getirmiştir (2).

Prof. Dr. Faruk Nemlioğlu Türkiye Tıp Akademisi'ne üye idi ve uzun yıllar Deri ve Zührevi Hastalıkları Derneği'ne başkanlık etmiştir (1, 2).

Yüzün üzerinde yayını vardır. Lepranın salgın durumu ve kliniği, deri retikülozları, nadir rastlanan "Lassuer-Graham-Little" sendromu gibi değerli bilimsel yayınları yabancı literatürde çıkmıştır. Ayrıca "Werner sendromu" ve psoriasis tedavisine dair araştırma ve yayınları mevcuttur. Ayrıca ulusal literatürümüzde değerli araştırmalarına ve önemli olgulara ait yayınları yanında, başta sifiliz ve lepra olmak üzere, dermatozların toplumdaki sosyal yönünü de araştıran yazıları mevcuttur. Çevirme niteliğindeki "Lepra'nın Tedavisi" ile 1962'de yazdığı "Dermatolojide Teşhis" ve 1979'da yazdığı "Deri Hastalıkları Kitabı" değerli eserleri arasındadır (1, 2).

Prof. Dr. Faruk Nemlioğlu, 1966 yılında Paris, Amsterdam, Brüksel ve Münih Üniversitesi Dermatoloji kliniklerinde mesleki incelemelerde bulunmuştur (1, 2).

Üniversitedeki 31 yıllık görev hayatında, dermatolojiye olan sevgisini, her fırsatta çevresindekilere hissettirmeye ve bu sevgiyi onlara aşılama gayret gösteren hocamız, kendisindeki bu çalışma gücünü, çevresindeki arkadaşlarının şahsına karşı göstermiş oldukları derin sevgi ve saygıdan almıştır (1, 2).

Dermatoloji bilgilerimin temellerini atan hocam Prof. Dr. Faruk Nemlioğlu, örnek bir dürüst insandı. İyimserliğini hiçbir zaman elden bırakmadı. Yapıcı tutumuyla her zaman çevresine model oldu. Hasta muayenesinin ipuçlarından, makale ve kitap yazımına kadar çok fazla şey öğrendiğim hocama şükran borçluyum (5).

Anabilim Dalımızın düzenlediği geleneksel "6. Dermatolojide Gelecek Simpozyumu"muzun sürekli onursal başkanı olan hocamızın açılış konuşması yapmasını da diliyoruz, kısmet olmadı ve

simpozyuma acı ile başladık. Anabilim Dalımızın aldığı kararla hocamızın adını bundan böyle "Prof. Dr. Faruk Nemlioğlu Dermatolojide Gelişmeler Simpozyumu" olarak da anmaya başladık. Değerli hocamız 1 Haziran 2005 tarihinde vefat etmiştir. Vefatından önceki son sözleri ise şöyle olmuştur:

***"Hayat bir sinema şeridi gibi geldi geçti. Dermatolojiye olan sevgimle bu güne kadar gelmiş bulunuyorum. Ancak 84 yaşın verdiği olgunluk her şeye yetmiyor. Yaşlılığın özellikleri karşısında hürmetle susmak gerekiyor." (5).***

## Kaynaklar

1. Savaşkan H. Türk Dermatologları: Prof. Dr. Faruk Nemlioğlu. Deri Hast ve Frenji Arş. 1980;14:73-4.
2. <http://www.ctf.edu.tr/ctfderma/fnemlioglu.htm>.
3. Köşlü A. Hocam Profesör Doktor Faruk Nemlioğlu. TÜRKDERM 2005;39:280-3.
4. <http://www.turkdermatoloji.org.tr/icerik.php?id=138>.
5. Tüzün Y. Prof. Dr. Faruk Nemlioğlu. 6. Dermatolojide Gelişmeler Simpozyumu Haziran 2005.

## “Sevgili Günlük” üzerine notlar: Moretti’nin Kaşıntısı

*Notes on “Dear Diary”: Moretti’s itching*

M. Oktay Taşkapan

Ülkesi İtalya’da yıllardır bir “kült figür” konumunda olan Nanni Moretti, Avrupa Sineması’nın kuşkusuz en yaratıcı adlarından biri. Oyuncu, senarist, yapımcı ve yönetmen olarak yedinci sanatın seçkin örneklerini ortaya koyan 1953 doğumlu Moretti; daha 20 yaşındayken kısa filmlerle başladığı sinema yaşamında çok sayıda ödül almış, olabildiğince sade, içten; ama derinlikli ve çok katmanlı anlatımlar içeren filmleriyle, izleyicilerinden çaba isteyen, (Andrey Tarkovski’nin deyimiyle; insanlara, kendi yargıları karşısında eleştirel bir tutum almayı öğretmeye çalışan) onları seven ve “önemseyen” ilginç bir sinemacı. 1993 yılında hem oynayıp, hem yapımcılığını üstlenip, hem de yönettiği, yarı belgesel, yarı otobiyografik nitelikte bir film olan ve başta 1994 yılındaki Cannes Film Şenliği’nde “en iyi yönetmen” olmak üzere, çok sayıda ödül alan “Sevgili Günlük” (“Caro Diario”); oldukça sevimli, yer yer komik, ironik ve siyasal nitelikte önemli bir çalışma. Film Moretti’nin yaşadıklarını ve aklından geçenleri günlüğüne not ettiği üç bölümden oluşuyor: Vespamda (“In Vespa”), Adalar (“Isole”) ve Hekimler (“Medici”). Dermatologları doğrudan ilgilendiren üçüncü bölüme geçmeden önce ilk iki bölüme çok kısaca bakalım (1, 2).

Birinci bölümde Moretti, Leonard Cohen’in “I’m your man” adlı şarkısından, Keith Jarrett’in Köln konserine dek uzanan farklı müzikler eşliğinde, vespasıyla Roma’yı dolaşırken, onun iç monologlarını ve karşılaştığı insanlarla olan diyaloglarını dinler

ve izleriz. Kamera, mimarisi olağanüstü güzel ve anıtlarla dolu çok eski semtlerden, 60’lı yıllarda periferde uzanmaya başlayan yeni yerleşim yerlerine ve adı “kötü”ye çıkmış mahallelere dek cadde, sokak ve binaları görüntüler. Moretti, otuz yıl önce Roma çok daha güzel ve yaşanılır bir kentken, insanların bahçeli villalara doğru periferde akın etmesinin nedenini, orada yaşayan (sokakta karşılaştığı) bir adama sorar, ancak doyurucu bir yanıt alamaz. “Binalar arasında yolculuk” olarak tanımlanabilecek bu bölüm, zaman zaman yönetmenin iç dünyasını da gözler önüne seren çok sayıda monolog ve diyalogdan sonra, ünlü yönetmen Pasolini’nin 1975 yılında öldürüldüğü yerde biter. Moretti buraya ilk kez gelmektedir. Her yeri otlar kaplamıştır, çevre pislik içindedir; yönetmenin anısına dikilmiş olan anıt yer yer parçalanmış ve demir çubukları çıkmıştır...

Bir çeşit, “insanlar arasında yolculuk” olarak da niteleyebileceğimiz “Adalar” adlı ikinci bölüm, Moretti’nin 18 yıl önce James Joyce’un “Ulysses”ini analiz etmek üzere Lipari Adası’na taşınmış olan arkadaşı Gerardo’nun yanına gitmesiyle başlar. Gerardo 30 yıldır televizyon izlemediğini ve televizyonun kültürel bir değeri olmadığını söyleyen Alman filozof Enzensberger’le aynı görüşte olduğunu belirtir. Ancak, bunun böyle olmadığı kısa bir süre sonra anlaşılacaktır!.. Lipari otomobillerden, kalabalıktan ve gürültüden yaşanmaz hale gelmiştir. Birlikte kendilerine huzurla çalışabilecekleri bir ortam aramaya başlarlar. Önce, her ailenin tek bir çocuğu olduğu ve dolayısıyla çocukların egemenliğinde yaşanan (“childarchy”) Salina Adası’na gelirler. Oradan volkanik ada Stromboli’ye geçerler. Yıllardır televizyon izlemediğini söyleyen (ancak, daha ilk bindikleri feribotta gözlerini televizyondan ayıramayan) arkadaşı, doğal güzelliklere aldırış etmez; kendisi utandığı için, Moretti’ye bir yamacın aşağısında oturan Amerika’lı turistlere, ünlü bir Amerikan pembe dizisinin sonraki bölümlerinde neler olacağını sorması için neredeyse yalvarır. Ne de olsa o dizinin bölümleri ABD’de daha önceden izlenmektedir! Zaten gittikleri son ada Alicudi’de elektrik olmadığını; televizyon, buzdolabı gibi herhangi bir aletin de bulunmadığını öğrenince; Gerardo televizyonun yararlarına ilişkin çığlıklar atarak son anda feribota yetişir ve “uygarlığa” kaçar!

Dermatologları ilgilendiren üçüncü bölüm “Hekimler”, Moretti’nin, biriktirmiş olduğu reçeteleri gözden geçirmesiyle açılır: “*Sevgili günlük, bir yıl boyunca tüm reçeteleri biriktirdim,*

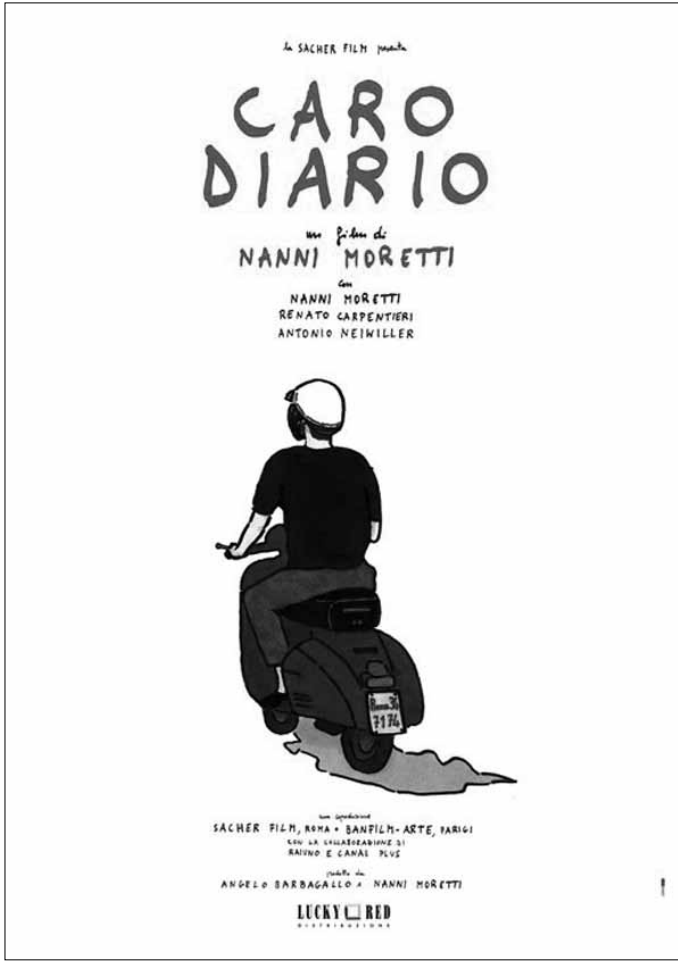


Yeditepe Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıklar Anabilim Dalı,  
İstanbul, Türkiye

### Yazışma Adresi Correspondence

M. Oktay Taşkapan  
Yeditepe Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıklar Anabilim  
Dalı, Devlet Yolu Ankara  
Caddesi No:102-104, 34752,  
Kozyatağı,  
İstanbul, Türkiye  
Tel.: +90 216 578 40 00  
E-posta:  
oktaytaskapan@hotmail.com





doktorlarla her görüşmemde tuttuğum notları da, o yüzden bu bölümde anlattığım hiçbir şey uydurma değil" diye yazar Moretti. Daha sonra onu hasta yatağında kemoterapi alırken görürüz... Her şey yaklaşık bir yıl önce başlamıştır. Moretti, bir aydır özellikle geceleri, ayak ve kollarının kaşıntısından yakılarak Roma'daki ünlü bir dermatoloji enstitüsüne başvurur. Oldukça kalabalık olan bu poliklinikte sıra numarası alır ve muayene olur. Yakınmalarının deri kuruluğu ve dermografizme bağlı olduğunu belirten dermatolog, hastaya oral antihistamin ve oral kortikosteroid reçete eder. Ancak, kaşıntı artarak sürer. Yeniden aynı polikliniğe gider, ama daha önceki hekimini bulamadığı için başka bir dermatoloğa görünür. Yine, derisinin kuru olduğu belirtilir, besin allerjisi ya da streten kaynaklanan bir durum olabileceği söylenir. Hekim, tam kan sayımı ve sedimantasyon ölçümünü ister, ilaçları değiştirir. Tetkikler normal çıkar, ancak kaşıntıda bir değişiklik olmamıştır. Bunun üzerine, Roma'nın en ünlü dermatoloğu olan ve "dermatologların prensi" diye tanınan bir hekimin muayenehanesini arar; ama, onun randevuları üç ay süreyle doludur. İsterse, asistanına gidebileceği söylenir. Moretti, asistanın telefon numarasını alır ve gider. Bu hekim de kaşıntısının streten kaynaklanabileceğini söyler, fazla çay, kahve ya da kolalı içecekler tüketmemesini önerir; bir duş jeli, nemlendirici, probiyotik ve sedatif bir antihistamin verir. Moretti, "ilaçları almak ve işe yarayacaklarına inanmak istiyordum" der, ancak asistan kendisinde "huzursuz" izlenimi bırakmıştır, ilk kez reçetesini almadan odayı terk eder. Sonra, dermatoloji

enstitüsüne yeniden gider, ancak bu kez allerji bölümü için randevu alır. Sırtına deri "prick" testleri uygulanır ve otuza yakın besine allerjisi olduğu ortaya çıkar. Bu arada, bir arkadaşının yardımıyla "dermatologların prensi"nden bir randevu koparmayı başarmıştır. Kendisinin hayranı olduğunu belirten bu ünlü hekim, çok sayıda ilaç (sedatif, antihistamin, topikal preparatlar, şampuanlar vb.) reçete eder ve yaz gelmesine karşın, dizlerine kadar uzanan pamuklu çoraplar ve uzun kollu gömlekler giymesini önerir; Moretti'ye indirim yapılması için sekreterini arar, hatta yazlığının telefonunu verir. Tüm bu önerilenleri yerine getirmesine ve ilaçları kullanmasına karşın kaşıntısında hiçbir değişiklik olmayınca, Moretti ilaçların prospektüslerini okumaya başlar ve çoğunu çöpe atar. Bu arada günlüğüne şunları yazmaktadır: "Sevgili günlük, iğneler geldi. Ben yine de tedbiri elden bırakmamak için bağışıklık uzmanı bir arkadaşımı arıyorum". Telefonda konuştuğu arkadaşı, allerji aşılarının kaşıntısına iyi gelmeyeceğini ve anafilaksi riski olduğunu belirtir.

Yakınmaları giderek artan ve "hekimler arasındaki yolculuğu" süren Moretti, hakkında iyi şeyler duyduğu bir dermatologdan daha randevu alır. Reçetesi yazılırken, Moretti trafiğin yoğunluğundan ve muayenehaneye gelmenin zorluğundan söz etmektedir. Hekim, oral antihistamin ve topikal kortikosteroid reçete eder; ancak yakınmalarının tümüyle psikolojik olduğunu ve her şeyin ona kaldığını da belirtir. "Herşey bana bağlı, hepsi benim suçum, sekiz ay önce neler olduğunu hatırlamaya çalışıyorum; kaşınmaya karşı direnmeliyim, ve her şey bana bağlıysa başaramayacağıma eminim!" der. Bu arada kilo kaybı ve gece terlemeleri başlamıştır. Çok kaşınan ayaklarına masaj yaptırır, çevresinden geleneksel bazı tedaviler ve diyetler önerilir. Çin Tıp Merkezi'ne gitmeye başlar ve burada kendisine akupunktur uygulanır. Çinli hekimlerin yaptığı uygulamalar da bir işe yararamakta, kaşıntısı ve uykusuzluğu sürmektedir; ama çalışanlar iyi niyetli ve ortam güzel olduğu için tedavisini sürdürür. Bir süre sonra, kilo kaybı ve terlemelerine öksürük de eklenince, Dr. Yang akciğer filmi çekilmesini önerir. Çekilen direkt grafide akciğerinde kocaman bir kitle olduğu görülür. Tomografi yapılır ve daha sonra Moretti opere edilir. Tanı, tahmin edeceğimiz gibi, "Hodgkin lenfoma"dır...

"Bu hikaye bana bir şey öğretti, belki de iki şey. Birincisi doktorlar konuşmayı biliyor, ama dinlemeyi bilmiyorlar. O yüzden şimdi bir yıl boyunca aldığım gereksiz ilaçların içinde yüzüyorum. Öğrendiğim ikinci şeyse, sabahları kahvaltıda önce bir bardak su içmek çok yararlıymış, böbreklere iyi geliyormuş galiba. Neyse, sonuçta iyiymiş..." diye kendi kendine konuşarak güncesini tamamlar ve oturduğu masadan kalkar, tüm ilaçlarını dizdiği diğer iki masanın yanından geçer ve "az sütlü kahve ve bir ay çöreği alayım lütfen, bir bardak da su!" der. Kamera yakın planda, baş çekimiyle su içen Moretti'ye odaklanır ve film biter...

"Hareket - durgunluk", "isyan - konformizm", "kültür - doğa" olmak üzere üç ana diyalektik aks üzerinde ilerleyen; doğa, teknoloji, çevre kirliliği, iletişimsizlik, kitle kültürü ve kültürel yozlaşma gibi günümüzün temel ve yaşamsal sorunlarına, ironik ve entelektüel bir bakış açısıyla yaklaşan bu film, defalarca izlenmeyi hakeden sevimli ve, yazımın başında da belirttiğim gibi, önemli bir çalışma (3).

## Kaynaklar

1. Nanni Moretti. www.imdb.com
2. http://en.wikipedia.org/wiki/Caro\_diario
3. Shaked G. An analysis of Nanni Moretti's Caro Diario (Dear Diary). http://www.guysshaked.com/moretti.html

Hazırlayan: Kıymet Baz

### Prof. Dr. Sabahat Kot

1939 yılında Elazığ'da doğdu. 1952 yılında Elazığ Cumhuriyet İlkokulunu bitirdi. 1955 yılında Elazığ Ortaokulundan, 1958 yılında Elazığ Lisesinden mezun oldu.

1959 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesine girdi. 1964 yılında Mustafa Kot Bey ile nişanlandı. 1965 Haziran döneminde Tıp Fakültesinden mezun oldu. Eylül 1965'te evlendi. Eşinin görev yerinin Bingöl olması nedeniyle pratisyen hekim kadrosu olmayan Bingöl iline ebe okulu müdürlüğü kadrosuna atanarak 9 ay görev yaptı. 1966 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji kliniğine araştırma görevlisi olarak başladı. Kasım 1969'da uzman olarak ve aynı klinikte çalışmaya devam etti.

1975 yılında Doçent ve 1981 yılında Profesör oldu. 1983 yılında Amerika'da Harvard Üniversitesinde mesleki çalışmalarda bulundu.

Sayın hocamız Atatürk Üniversitesinde 3 yıl Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü ve 9 yıl Tıp Fakültesi Dekanlığı gibi idari görevlerde bulundu.

Hocamızın gerek kendi kliniğinde gerekse ülkemizin diğer kliniklerinde birçok uzman, Doçent ve Profesörün yetişmesinde büyük emekleri olmuştur.

Saygıdeğer hocamız bir eğitimci olmasının yanı sıra müstesna kişiliği ile de öğrencilerine, asistanlarına, arkadaşlarına ve çevresindekilere örnek bir insan olmuştur.

Gezmeyi ve sanat müziği dinlemeyi seven hocamızın sesi de oldukça güzeldi.

Emekli olduktan sonra İzmir'e yerleşen hocamızı uzun süredir tedavi görmekte olduğu rahatsızlığı nedeniyle 31 Mayıs 2012'de kaybettik. Hocamızın eğitim camiamıza yaptıklarını hiçbir zaman unutmayacağız. Ruhu şad olsun. Saygılarımızla...

Prof. Dr. Akın Aktaş

### Prof. Dr. 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 Fakültesinden mezun oldu. 1984-1986 yıllarında Adana Tuzla Sağlık Ocağında mecburi hizmetini yaptı. 1986 yılında Çukurova

Üniversitesi Dermatoloji ABD'da uzmanlık eğitimine başladı ve "Deri Tümörlerinde Kriyoterapinin Etkinliği" başlıklı tezi ile 1990 yılında uzman oldu. 1990-1991 yılları arasında aynı üniversitede uzman olarak görev aldı. Yine aynı üniversitede 1991 yılında Yrd. Doç., 1994 yılında Doç., 1999 yılında Prof. unvanlarını aldı. 1992 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisinde askerlik hizmetini yaptı. 1995 yılında 2 ay süreyle Prof. Dr. Med. Eckart Haneke'nin yanında Wuppertal, Almanya, Dermatoloji kliniğinde dermatolojik cerrahi eğitimi aldı.

Prof. Dr. Metin Özpoyraz, Çukurova Üniversitesinde pek çok idari görevde bulundu: 1993-1994 yılları arasında etik kurul üyeliği; 1996-1999 yılları arasında başhekim yardımcılığı ve satın alma komisyonu başkanlığı; 1999 yılında döner sermaye işletmesi satın alma komisyon başkanlığı ve döner sermaye işletmesi yürütme kurulu üyeliği 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 uluslar arası dergilerde yayınlanmış çok sayıda yayını bulunmaktadır. 1998 yılında basılmış olan Dermatolojik Cerrahi kitabının üç yazarından birisidir. Değerli Hocamız, çeşitli kongrelerde de görev almıştır: 1990 yılında Adana'da düzenlenen XIII. Ulusal Dermatoloji Kongre'sinde düzenleme kurulu üyeliği ve kongre kitabı editörlüğü, yine 1991 yılında Adana'da düzenlenen III. Ulusal Behçet Hastalığı Kongre'sinde düzenleme kurulu üyeliği ve saymanlık, 1996 yılında Adana'da düzenlenen 1. Çukurova Dermatoloji Günleri'nde düzenleme kurulu üyeliği ve kongre kitabı editörlüğü ve 1998 yılında 2. Çukurova Dermatoloji Günleri'nde düzenleme kurulu üyeliği yaptı. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Dergisi'nin bilimsel danışma kurulu üyesi idi. 1999 yılında "Kutanöz Leishmaniasis: Çukurova bölgesinde 3074 olgunun değerlendirilmesi" başlıklı eseriyle Dr. Feriha Tat ve Prof. Dr. A. Lütfü Tat araştırma ödülü aldı.

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.

Evlili ve bir çocuk babası olan Metin Özpoyraz güler yüzlü, espirilli, 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 hocamızıdır.

Prof. Dr. Hamdi R. Memişoğlu

Hazırlayan: Kıymet Baz

**II. Dermatoloji-Dermatookoloji Gündemi, Türkiye-Bosna Hersek Ortak Toplantısı**, 26-29 Nisan 2012 tarihinde, Saraybosna'da yapıldı. Kongre başkanlığını Prof. Dr. Oktay Avcı'nın yaptığı toplantının yöresel halk danslarıyla yapılan acilisinden sonra, bilimsel programında, temel olarak dermatoookoloji, ayrıca diğer deri hastalıkları ve kozmetik dermatoloji alanındaki son gelişmeler ve tedavide yeniliklere ilişkin oturumlar yapıldı.



Zengin ve doyurucu bir bilimsel program yanı sıra, Bosna Hersek ve çevresinin tarihi ve doğal güzelliklerini tanımaya yönelik sosyal program da oldukça etkileyiciydi. Saray Bosna, hüzünlü hatta çoğunlukla hazin tarihi yanı sıra, alabildiğine yeşil tepelerin arasına ve yamaçlarına serpilmiş, doğayla dost küçük sevimli evleri, gösterişten uzak yaşam tarzı, mütevazı ve sıcakkanlı, dost insanları ile hafızalarımıza kazandı. Önceden de uzaktan uzağa da olsa hep hissettiğimiz gönül bağı, gidip gördükten sonra çok daha güçlenmiş olarak döndük Saray Bosna'dan.

**9. Çukurova Dermatoloji Günleri toplantısı**, 23-27 Mayıs 2012 tarihleri arasında Adana'da gerçekleştirildi. Ana konusu "Dermatolojide Tedavi" olan kongrede, en sık görülen deri hastalıklarının güncel tedavileri, konusunda deneyimli hocalarımız tarafından son gelişmeler ışığı altında, tüm boyutları ile ele alındı.

Bunun yanı sıra, kozmetik dermatoloji uygulamaları ve lazer uygulamaları şeklinde iki ana başlıkta, iki ayrı günde, temel ve ileri uygulamalar kursları düzenlendi. Bu yılki sosyal programda

ise Şanlıurfa gezisi vardı. Sevgili hocamız Prof. Dr. Hamdi Memişoğlu başta olmak üzere, kongre düzenlenmesinde emeği geçen herkese, tüm katılımcılar ve özellikle de Çukurova bölgesi dermatologları olarak, tekrar çok teşekkür ediyoruz.



**11. Avrupa Pediatrik Dermatoloji Kongresi**, Avrupa Pediatrik Dermatoloji Derneği ve Türkiye'deki Pediatrik Dermatoloji Derneği tarafından 16-19 Mayıs 2012 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleştirildi. Başkanlığını Prof. Dr. Ümit Ukşal'ın yaptığı, bilimsel içeriği oldukça zengin olan kongreye, başta Avrupa ülkeleri olmak üzere dünyanın farklı ülkelerinden çok sayıda dermatolog, pediatrist ve pediatrik dermatolog katıldı. Kongre sırasında yapılan Avrupa Pediatrik Dermatoloji Derneği Yönetim Kurulu toplantısında, Türkiye'deki Pediatrik Dermatoloji Derneği başkanı Prof. Dr. Ümit Ukşal'ın, Avrupa Pediatrik Dermatoloji Derneği Başkanı seçilmesi bizler için sevinç ve gurur kaynağı oldu.

**7. Ege Dermatoloji Günleri**, 9-13 Mayıs 2012 tarihlerinde, Türkiye Dermatoveneroloji Derneği tarafından, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD başkanlığında düzenlenen 7. Ege Dermatoloji Günleri, dermatolojinin birçok konusunun ele alındığı ve kurslarla zenginleşen programıyla ve çok güzel sosyal aktiviteleriyle İzmir'in en güzel günlerinde gerçekleştirildi. Başkanlığını Prof. Dr. Emel Fetil'in yaptığı sempozyumda tüm katılımcılar memnuniyetlerini ifade ettiler.

## ULUSLARARASI KONGRELER

16 <sup>th</sup> European Hair Research Society (EHRS) Meeting, Barselona, İspanya	21-23 Haziran 2012	www.ehrs2012.com
3 <sup>rd</sup> Worl Psoriasis& Psoriatic Arthritis Conference, Stocholm, İsveç	27 Haziran-1 Temmuz 2012	www.ifpaworldconference.com
EUROGIN 2012, Prag, Çek Cumhuriyeti	8-11 Temmuz 2012	www.eurogin.com/2012
27 <sup>th</sup> IUSTI Congress, Antalya	6-8 Eylül 2012	iusti2012turkey.org
Stratum Corneum VII, Cardiff, İngiltere	10-12 Eylül 2012	www.stratumcorneum2012.com
41 <sup>st</sup> Annual Meeting of The European Society For Dermatological Research (ESDR), Venedik - İtalya	19-22 Eylül 2012	www.esdr.org
21 <sup>st</sup> Congress of The European Academy of Dermatology And Venereology (EADV) 2012, Prag, Çek Cumhuriyeti	27-30 Eylül 2012	www.eadvprague2012.org
6 <sup>th</sup> World Meeting of Interdisciplinary Melanoma Skin Cancer Centers & 8 <sup>th</sup> EADO Congress, Barselona, İspanya	14-17 Kasım 2012	www.melanoma2012.com
71 <sup>st</sup> Annual Meeting of The American Academy of Dermatology (AAD), Miami, Amerika Birleşik Devletleri	1-5 Mart 2013	www.aad.org
10 <sup>th</sup> EADV Spring Symposium, Krakow, Polonya	23-26 Mayıs 2013	www.eadv.org
Summer Meeting of The American Academy of Dermatology (AAD), New York, Amerika Birleşik Devletleri	30 Temmuz -3 Ağustos 2013	www.aad.org
12 <sup>th</sup> World Congress of Pediatric Dermatology, Madrid, İspanya	25-27 Eylül 2013	www.wcpd2013.com
72 <sup>nd</sup> Annual Meeting of The American Academy of Dermatology (AAD), Denver, Amerika Birleşik Devletleri	21-25 Mart 2014	www.aad.org
XV World Congress on Cancers of the Skin, Edinburgh, İngiltere	3-6 Eylül 2014	www.wccs2014.org
73 <sup>rd</sup> Annual Meeting of The American Academy of Dermatology (AAD), San Francisco, CA-Amerika Birleşik Devletleri	20-24 Nisan 2015	www.aad.org

## ULUSAL KONGRELER

5. İstanbul Kozmetik Dermatoloji Simpozyumu, İstanbul	27-29 Haziran 2012	www.kdad.org.tr
4. Dermatoimmünoloji Güz Okulu, Fethiye	19-22 Eylül 2012	www.dermatoimmunoloji.org.tr
24. Ulusal Dermatoloji Kongresi Gaziantep	9-13 Ekim 2012	www.ulusaldermatoloji2012.org
4. Ulusal Dermatolojik Cerrahi Günleri, İstanbul	6-9 Aralık 2012	www.dercer2012.org
7. Uludağ Dermatokozmetoloji Günleri	28 Şubat-3 Mart 2013	www.dermatokozmetoloji.org