



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

➤ **Dermatolojik Hastalıkların Tanısında Sitoloji:
Tzanck Yayma**
*Cytology in the Diagnosis of Dermatological
Diseases: Tzanck Smear*
Murat Durdu

➤ **A Comparison of Patients' Life Quality with
Acne Vulgaris**
*Akne Vulgarisli Hastaların Yaşam Kalitesinin
Karşılaştırılması*
Asude Kara ve ark.

➤ **Genital Verru**
Genital Wart
Gülcan Saylam Kurtipek ve ark.

➤ **A current Review of Lyme Disease**
Lyme Hastalığı Hakkında Güncel Derleme
Işın Sinem Bağcı and Thomas Ruzicka

➤ **Doksisiklin Özofajiti**
Doxycycline Induced Esophagitis
Engin Şenel ve ark.



Cilt - Vol.: 10 Sayı - Issue: 3 Eylül-September 2016

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



www.turkdermatolojidergisi.com

3



Değerli Meslektaşlarım,

Türk Dermatoloji Dergisi, Emerging Sources Citation Index’te yayınlanmaya başlamıştır.

Derneğimizin Bilimsel Yayın Organı olan Türk Dermatoloji Dergisi, Thomson Reuters® Web of Science® bünyesinde yeni oluşturulan Emerging Sources Citation Index’ine girmiştir. SCI, AHCI, SSCI ve SCI-Expanded gibi sistemlerden farklı bir indeks sistemine sahip olan “Emerging Sources Citation Index”, bu kapsam içerisinde indekslenen dergilerdeki makalelerin taranabilmesi ve bu makalelere WoS kapsamı içerisinde alınan atıfların takip edilebilmesi imkanını sunmaktadır. ESCI kapsamına yüksek kalitede, peer-review yayın yapan, bölgesel veya uluslararası güncel ve yeni bilimsel katkılar sağlayan dergiler alınmaktadır. Dergimiz böylece WoS taramalarında ESCI kapsamında görünür hale gelmiştir.

Bilgilerinize sunarız.

Türk Dermatoloji Dergisi Yayın Kurulu adına

Editör

Soner Uzun



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Ertan Yılmaz

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

Editör

Soner Uzun

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

Editör Yardımcıları

Tamer İrfan Kaya

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Gonca Gökdemir

Liv Hospital, Dermatoloji ve Veronoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Savaş Yaylı

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Editörler Kurulu

Adem Köşlü

İstanbul, Türkiye

Afet Akdağ Köse

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

Ahmet Akar

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Ahmet Metin

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Ali Haydar Parlak

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

Ali Karakuzu

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

Alparslan Acar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Asema Çiğdem Doğramacı

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

Aylin Türel Ermertcan

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Ayşe Anıl Karabulut

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye

Ayşe Kavak

Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

Ayşe Şebnem Özkan

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

Ayşe Tülin Güleç

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Ayşen Karaduman

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Ayten Ferahbaş

Özel Medipol Koşuyolu Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Berna Şanlı

Denizli, Türkiye

Bilal Doğan

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

Can Baykal

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

Cengizhan Erdem

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Deniz Seçkin

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Deniz Yücelten

Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Ekin Bozkurt Şavk

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

Emel Bülbül Başkan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Emel Fetil

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

Emine Derviş

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Erkan Alpsoy

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji ve Veneroloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Fezal Özdemir

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

Gonca Elçin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Göksun Karaman

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

Güliz İkizoğlu

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Güneş Aksoy

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye

Hamdi Özcan

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Hatice Erdi Şanlı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

Hilmi Cevdet Altınyazar

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Işıl İnanır

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

İdil Ünal

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

İkbal Esen Aydıngöz

Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

İlgen Ertam

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

İlknur Kıvanç Altunay

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

Kıymet Baz

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

M. Cem Mat

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

M. Teoman Erdem

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Mehmet Harman

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Mehmet Salih Gürel

Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Melih Akyol

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

Nahide Onsun

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

Necmettin Akdeniz

Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Nihal Kundakçı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Nilgün Bilen

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

Nilgün Şentürk

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Nilsel İlter

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Oktay Taşkapan

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

Osman Köse

Ankara, Türkiye

Özgür Emek Kocatürk Göncü

Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özlem Dicle

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

Perihan Öztürk

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye

Rafet Koca

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

Rebiay Apaydın Kıran

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

Refika Ferda Artüz

Ankara Numune Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye

Rıfkiye Küçüköğlü

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

Sedef Şahin

Acıbadem Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Seher Bostancı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İbni Sina Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Selda Pelin Kartal

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

Serap Utaş

Acıbadem Fulya Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Sevgi Bahadır

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Şebnem Aktan

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

Şevki Özdemir

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

Şükrü Balevi

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Konya, Türkiye

Tülin Ergun

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

Vahide Baysal Akkaya

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Isparta, Türkiye

Varol Aksungur

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Yalçın Tüzün

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

Zerrin Öğretmen

Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

Danışma Kurulu

Esra Özsoy Adışen

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Fatma Şule Afşar

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Afet Akdağ Köse

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

Necmettin Akdeniz

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Sedat Akdeniz

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Şebnem Aktan

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

Akın Aktaş

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Melih Akyol

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

Erkan Alpsoy

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

Ercan Arca

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özer Arıcan

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye

Refika Ferda Artüz

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye

Mustafa Atasoy

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

Didem Didar Altınır Balcı

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Can Baykal

İstanbul, Türkiye

Dilek Bayramgürler

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

Vahide Baysal Akkaya

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

Kıymet Baz

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Cemal Bılaç

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Nilgün Bilen

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

Murat Borlu

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

Seher Bostancı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Emel Bülbül Başkan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Filiz Canpolat

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

Can Ceylan

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

Ömer Çalka

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Emine Derviş

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özlem Dicle

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

Bilal Doğan

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

Asena Çiğdem Doğramacı

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

Murat Durdu

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Adana, Türkiye

Recep Dursun

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Konya, Türkiye

Gonca Elçin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Burhan Engin

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

Zülal Erbağcı

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Gönül Ergenekon

Florence Nightingale Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Şeniz Ergin

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

Gül Erkin

Güven Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

İlgen Ertam

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

Sibel Ersoy Evans

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Ayten Ferahbaş

Özel Medipol Koşuyolu Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

- Gülsüm Gençoğlan**
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Manisa, Türkiye
- Gonca Gökdemir**
Liv Hospital, Dermatoloji ve Veronoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- Nadir Göksüğü**
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim
Dalı, Bolu, Türkiye
- Canan Görpelioğlu**
Ankara, Türkiye
- Ülker Gü**
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar
Kliniği, Ankara, Türkiye
- A. Tülin Güleç**
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye
- Müge Güler Özden**
19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Samsun, Türkiye
- Sühan Günası**
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Adana, Türkiye
- Ali Tahsin Güneş**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
İzmir, Türkiye
- Emel Güngör**
Liv Hospital, Dermatoloji ve Veronoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- Mehmet Salih Gürel**
Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- Mehmet Harman**
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Diyarbakır, Türkiye
- Güliz İkizoğlu**
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Mersin, Türkiye
- Turna İlkur**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
İzmir, Türkiye
- Nida Kaçar Gelincik**
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Denizli, Türkiye
- Göknur Kalkan**
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji
Kliniği, Ankara, Türkiye
- Yelda Kapıcıoğlu**
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Malatya, Türkiye
- Ayşe Anıl Karabulut**
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Kırıkkale, Türkiye
- Şemsettin Karaca**
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
- Ayşe Serap Karadağ**
Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- Ayşen Karaduman**
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye
- Göksun Karaman**
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim
Dalı, Aydın, Türkiye
- Selda Pelin Kartal**
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji
Kliniği, Ankara, Türkiye
- Ayşe Kavak**
Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,
İstanbul, Türkiye
- Tamer İrfan Kaya**
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Mersin, Türkiye
- Yeşim Kaymak**
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara
Türkiye
- Rebiay Apaydın Kıran**
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Kocaeli, Türkiye
- İlknur Kıvanç Altunay**
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,
İstanbul, Türkiye
- Özgür Emek Kocaturk Göncü**
Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- Pelin Koçyiğit**
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye
- Ayşın Köktürk**
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Mersin, Türkiye
- Rıfkiye Küçüköğlu**
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim
Dalı, İstanbul, Türkiye
- Ayşe Tülin Mansur**
Ahu Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Marmaris, Türkiye
- Evren Odyakmaz Demirsoy**
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Kocaeli, Türkiye
- Yasemin Oram**
Amerikan Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- Hamdi Özcan**
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Malatya, Türkiye
- Fezal Özdemir**
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir,
Türkiye
- Mustafa Özdemir**
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
İstanbul, Türkiye
- Esen Özkaya**
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim
Dalı, İstanbul, Türkiye
- Günseli Öztürk**
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir,
Türkiye



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

Perihan Öztürk

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye

Serap Öztürkcan

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Pınar Özügöz

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Afyon, Türkiye

Ali Haydar Parlak

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

Deniz Seçkin

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Dilek Seçkin

Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özlem Su

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

Mustafa Turhan Şahin

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Sedef Şahin

Acıbadem Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Berna Şanlı

Denizli, Türkiye

Sezai Şaşmaz

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Ekin Bozkurt Şavk

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

Neslihan Şendur

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

Nilgün Şentürk

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Emine Tamer

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Oktay Taşkapın

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

Aylin Türel Ermertcan

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Ümit Türsen

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Yalçın Tüzün

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

Meltem Uslu

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

Serap Utaş

Acıbadem Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Soner Uzun

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

Mualla Uzun Polat

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

İdil Ünal

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

Başak Yalçın

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye

Savaş Yaylı

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Şahin Yazar

Şelale Tıp Merkezi, Antalya, Türkiye

Ayça Cordan Yazıcı

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Ertan Yılmaz

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

Biyoistatistik Danışmanı

Mehmet Orman

İzmir, Türkiye



Yayınevi / Publishing House

Adres /Address: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21, 34093 Fındıklıcaze-İstanbul-Türkiye Tel.: +90 212 621 99 25 Faks: +90 212 621 99 27

info@galenos.com.tr - www.galenos.com.tr

Baskı/ Printed: Özgün Ofset Ticaret Ltd. Şti.

Adres /Address: Yeşilce Mah. Aytekin Sk. No: 21 34418 4, Levent/İstanbul/Türkiye Tel.: +90 212 280 00 09

Baskı Tarihi / Print Date: Eylül 2016 / September 2016 Yayın Türü / Publication Type: Yerel Süreli / Local Periodical



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

HAKKIMIZDA

Türk Dermatoloji Dergisi, Türk Dermatoloji Derneği'nin bilimsel içerikli resmi yayın organıdır; Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 4 sayı yayınlanmaktadır. Yayın dili Türkçe olan, bağımsız ve önyargısız hakemlik (peer-review) ilkelerine dayanan açık erişimli bir dergidir.

Türk Dermatoloji Dergisinin hedef kitlesi dermatologlardır. Türk Dermatoloji Dergisi'nde, bilimsel açıdan yüksek nitelikli araştırma makalelerinin yayın sıra, derleme, editör görüşü, editöre mektup ve olgu sunumlarını da kabul edilmektedir.

Yayın politikaları "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" (2013, <http://www.icmje.org/>) temel alınarak hazırlanmıştır.

Türk Dermatoloji Dergisi; Emerging Sources Citation Index (ESCI), EMBASE, Scopus, CINAHL, Gale/Cengage Learning, EBSCO, Directory of Open Access Journals (DOAJ), ProQuest, Index Copernicus, Türk Medline ve Türkiye Atıf Dizini tarafından indekslenmektedir.

Açık Erişim Politikası

Dergide açık erişim politikası uygulanmaktadır. Açık erişim politikası Budapest Open Access Initiative (BOAI) <http://www.budapestopenaccessinitiative.org/> kuralları esas alınarak uygulanmaktadır.

Açık Erişim, "(hakem değerlendirmesinden geçmiş bilimsel literatürün), internet aracılığıyla; finansal, yasal ve teknik engeller olmaksızın, serbestçe erişilebilir, okunabilir, indirilebilir, kopyalanabilir, dağıtılabılır, basılabilir, taranabilir, tam metinlere bağlantı verilebilir, dinlenebilir, yazılıma veri olarak aktarılabilir ve her türlü yasal amaç için kullanılabilir olması"dır. Çoğaltma ve dağıtım üzerindeki tek kısıtlama yetkisi ve bu alandaki tek telif hakkı rolü; kendi çalışmalarının bütünlüğü üzerinde kontrol sahibi olabilmeleri, gerektiği gibi tanınmalarının ve alıntılanmalarının sağlanması için, yazarlara verilmelidir.

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

Baskı İzinleri

Baskı izinleri için başvurular Editör ofisine yapılmalıdır.

Editör: Prof. Dr. Soner Uzun

Adres: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

E-posta: sonuzun@hotmail.com

Yazarlara Bilgi

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

Materyal Sorumluluk Reddi

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

Yayınevi Yazışma Adresi

Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.

Adres: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21, 34093 Fındıkzade-İstanbul-Türkiye

Tel.: +90 212 621 99 25 Faks: +90 212 621 99 27

E-posta: info@galenos.com.tr

Dergimizde acid-free kağıt kullanılmaktadır.

Bu eser Creative Commons Alıntı-Gayriticari-Türetilemez 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

ABOUT US

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. It is a periodical open access journal published in Turkish and follows the rules of independent and unprejudiced peer review.

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.

The editorial policies are based on the "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" by the International Committee of Medical Journal Editors (2013, archived at <http://www.icmje.org/>) rules.

Turkish Journal of Dermatology is indexed in Emerging Sources Citation Index (ESCI), EMBASE, Scopus, CINAHL, Gale/Cengage Learning, EBSCO, Directory of Open Access Journals (DOAJ), ProQuest, Index Copernicus, Turk Medline and Türkiye Atıf Dizini.

Open Access Policy

This journal provides immediate open access to its content on the principle that making research freely available to the public supports a greater global exchange of knowledge.

Open Access Policy is based on rules of Budapest Open Access Initiative (BOAI) <http://www.budapestopenaccessinitiative.org/>.

<http://www.budapestopenaccessinitiative.org/> By "open access" to [peer-reviewed research literature], we mean its free availability on the public internet, permitting any users to read, download, copy, distribute, print, search, or link to the full texts of these articles, crawl them for indexing, pass them as data to software, or use them for any other lawful purpose, without financial, legal, or technical barriers other than those inseparable from gaining access to the internet itself. The only constraint on reproduction and distribution, and the only role for copyright in this domain, should be to give authors control over the integrity of their work and the right to be properly acknowledged and cited.

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

Reprinting Permissions

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

Editor: Prof. Dr. Soner Uzun

Address: Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Dermatology, Antalya, Turkey

E-mail: sonuzun@hotmail.com

Information for authors

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

Rejection of material liability

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

Publisher Corresponding Address

Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.

Address: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21, 34093 Fındıkzade-İstanbul-Turkey

Phone: +90 212 621 99 25 Fax: +90 212 621 99 27

E-mail: info@galenos.com.tr

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

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.



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 kullanılma şansının yüksek ve bilimsel olarak üst düzeyde olması ön koşuldur.

Türk Dermatoloji Derneği tarafından düzenlenen bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler veya toplantı konuşmaları ek sayılar şeklinde yayınlanabilir. Derginin yayın dili Türkçe'dir. Yazıların Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğü'ne ve Yeni Yazım Kılavuzu'na uygun olması gerekir.

Türk Dermatoloji Dergisi'nin kısa adı "Turk J Dermatol"dur. Uluslararası indekslerde ve veritabanında, derginin adı Turkish Journal of Dermatology, İngilizce kısaltmasıyla; Turk J Dermatol olarak kaydedilmiştir, kaynaklarda kullanılırken bu şekilde belirtilmelidir. 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) etik komisyon raporu gerekmektedir. Araştırma makalelerinde etik onay belgesi (etik onay numarası ile birlikte), olgu sunumlarında bilgilendirilmiş onam formu istenir. Etik kurul onayı ve "bilgilendirilmiş gönüllü onam formu" alındığı araştırmanın "Gereç ve Yöntem" bölümünde belirtilmelidir.

Tüm otörler bilimsel katkı ve sorumluluklarını ve çıkar çatışması olmadığını bildiren toplu imza ile yayına katılmalıdır. Araştırmalara yapılan kısmi de olsa nakdi ya da ayni yardımların hangi kurum, kuruluş, ilaç-gereç firmalarının yapıldığı makalenin tam metin dosyasının sonunda kaynaklardan önce dipnot 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.

Türk Dermatoloji Dergisi makale başvuru ücreti ve ya makale işlem ücreti uygulamamaktadır.

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.

Türk Dermatoloji Dergisi çift-kör hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan süreli yayın bir organıdır. Hakemler, yazının konusuyla ilgili uluslararası literatürde yayınları ve atıfları olan bağımsız uzmanlar arasından seçilmektedir. 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.

Dergiye yayımlanmak üzere gönderilen tüm yazılar 'iThenticate' programı ile taranarak intihal kontrolünden geçmektedir. İntihal taraması sonucuna göre yazılar red ya da iade edilebilir.

Araştırmalara yapılan her türlü yardım ve diğer desteklerin alındığı kişi ve kuruluşlar beyan edilmeli ve çıkar çatışmasıyla ilgili durumları açıklamalıdır.

İncelemeye sunulan araştırmada olası bir bilimsel hata, etik ihlal şüphesi veya iddiasıyla karşılaşırsa, bu dergi verilen yazıyı destek kuruluşların veya diğer yetkililerin soruşturmasına sunma hakkını saklı tutar. Bu dergi sorunun düzgün biçimde takip edilmesini sorumluluğunu kabul eder ancak gerçek soruşturmayı veya hatalar hakkında karar verme yetkisini üstlenmez.

Yazım Kuralları

Yazılar sadece çevrim-içi olarak kabul edilmektedir. Yazarların makale gönderebilmesi için Journal Agent web sayfasına (<http://www.journalagent.com/jpr/?p=eng>) kayıt olup, şifre almaları gerekmektedir. Bu sistem çevrim-içi yazı gönderilmesine ve değerlendirilmesine olanak tanımaktadır.

Yayın Politikası ve Makale Yazım Kuralları aşağıda belirtilen maddeler "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" (2013, <http://www.icmje.org/>) temel alınarak hazırlanmıştır.

Araştırma makalelerinin hazırlığı, sistematik derleme, meta-analizleri ve sunumu ise uluslararası kılavuzlara uygun olmalıdır:

Randomize çalışmalar için; CONSORT (Moher D, Schultz KF, Altman D, for the CONSORT Group. The CONSORT statement revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. JAMA 2001; 285:1987-91) (<http://www.consort-statement.org/>).

Sistematik derleme ve meta-analizlerin raporlamaları için; PRISMA (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; 6(7): e1000097) (<http://www.prisma-statement.org/>).

Tanısal değerli çalışmalar için; STARD (Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al, for the STARD Group. Towards

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

YAZARLARA BİLGİ

complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *Ann Intern Med* 2003;138:40-4 (<http://www.stard-statement.org/>).

Gözlemsel çalışmalar için; STROBE (<http://www.strobe-statement.org/>).

Meta-analizleri ve gözlemsel çalışmaların sistematik derlemeleri için; MOOSE (Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting "Meta-analysis of observational Studies in Epidemiology" (MOOSE) group. *JAMA* 2000; 283: 2008-12).

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, yanında tanımlayıcı bir takısı olan 1-10 arası sayılarla, cümle başındaki rakamlar yazıyla yazılmalıdır. Şekil ve tablolar metin içerisinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tabloların yazıları üste, şekillerinki alta yazılmalıdır. Araştırma makaleleri ve derlemeler metin, şekil, tablo, kaynaklar dahil 10, kısa bildiriler ve olgu sunumları 5 sayfa 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 sayfelerin kurallarına uymak koşulu ile hazırlanan İngilizce özetdir. İngilizce anahtar kelimeler Tıp Konuları Başlıkları'na (Medical Subject Headings: MeSH) uygun olarak verilmelidir. Tıp Konuları Başlıkları'nı (MeSH) aramak için şu internet adresine başvurulabilir: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

Metin: Giriş, Yöntemler, Bulgular, Tartışma, Çalışmanın kısıtlılıkları ile Sonuçlar kısımlarını içermelidir. Bu son kısımda üretilen bilgidен 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 fotoğraflar dijital ortamda yollanmalı ve basım için uygun netlikte olmalıdır. Şekiller, metin içerisinde kullanılacakları yerlere parantez içerisinde şekil numarasıyla belirtilmeli, kaynaklar ve tablolardan sonra ayrı bir sayfada da liste halinde tüm şekillerin alt yazıları sunulmalıdır. Reprodüksiyon olan şekiller için izin mektubu gereklidir.

Kaynaklar: Ayrı sayfada çift aralıklı düzenlenir. Kaynaklar metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılır. Metinde parantez içinde ve cümle sonunda belirtilmelidir. Dergi isimleri Index Medicus'a uygun kısaltılmalı, eğer Index Medicus'ta yer almıyorsa dergi adı tam olarak yazılmalıdır. Ardışık ikiden fazla kaynak kullanımında sadece ilk ve son kaynak numaraları belirtilmelidir (4-8 gibi). Kaynak gösterilen makalenin künyesinde 4 veya daha fazla yazar olduğunda ilk 3 yazarın ismi yazılmalı, sonrasında Türkçe kaynaklarda ve ark., yabancı dildeki kaynaklarda et al. ifadesi kullanılmalıdır. 3 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.



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

YAZARLARA BİLGİ

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, Özet ve Editöryal

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 yazılarının olması tercih edilir.

Olgu Sunumları

Olgu sunularında toplam sayfa sayısı 5'i geçmemelidir. Türkçe ve İngilizce başlık, Türkçe ve İngilizce özet, anahtar kelimeler, giriş, olgu ve tartışma 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?" sunumlarında kısa bir girişi, problemin tanımlanması, ipucu niteliğindeki fotoğraf ve şekillerin sunulması, kesin tanı ve bu tanının tartışılarak eğitime yönelik mesajların vurgulandığı tartışma bölümü izlemelidir.

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.

Editöryel Yorum

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

İletişim

Editör: Prof. Dr. Soner Uzun

Adres: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

E-posta: sonuzun@hotmail.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 venereal diseases, reviews, interesting case reports, presentations like "what is your diagnosis?", articles related to clinical and practical applications, letters to the editor, and editorial reviews. It is a prerequisite for any prospective article to have a potential to be used as an original "source" and to be scientifically upper level, in order to be accepted.

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

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

The abbreviation of the Turkish Journal of Dermatology is "Turk J Dermatol". In the international index and databases, the name of the journal has been registered as it is and abbreviated as Turk J Dermatol, it should be denoted as when referenced.

An approval of research protocols by ethic committee in accordance with international agreements (Helsinki Declaration of 1975, revised 2002 - available at <http://www.vma.net/e/policy/b3.htm> <<http://www.vma.net/e/policy/b3.htm>>, "Guide for the care and use of laboratory animals - www.nap.edu/catalog/5140.html) is required for experimental, clinical and drug studies. Studies performed on human require ethics committee certificate including approval number. For the manuscripts involving cases, a written informed consent should be obtained from the parents or the responsible persons and it should be indicated in the Materials and Methods section.

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/>)

Turkish Journal of Dermatology does not charge any article submission or processing charges.

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.

Turkish Journal of Dermatology is a journal based on double-blind peer-review principles. The scientific board guiding the selection of the papers to be published in the Journal consists of elected experts of the Journal and if necessary, selected from national and international authorities. 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.

All manuscripts submitted to this journal are screened for plagiarism using the 'iThenticate' software. Results indicating plagiarism may result in manuscripts being returned or rejected.

Authors must provide a statement on the absence of conflicts of interest among the authors and provide authorship contributions.

In case of any suspicion or claim regarding scientific shortcomings or ethical infringement, the Journal reserves the right to submit the manuscript to the supporting institutions or other authorities for investigation. The Journal accepts the responsibility of initiating action but does not undertake any responsibility for an actual investigation or any power of decision.

Preparation of Manuscripts

Manuscripts can only be submitted electronically through the Journal Agent website (<http://www.journalagent.com/jpr/?plng=eng>) after creating an account. This system allows online submission and review.

The Editorial Policies and General Guidelines for manuscript preparation specified below are based on "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" by the International Committee of Medical Journal Editors (2013, archived at <http://www.icmje.org/>).

Preparation of research articles, systematic reviews and meta-analyses must comply with study design guidelines:

CONSORT statement for randomized controlled trials (Moher D, Schulz KF, Altman D, for the CONSORT Group. The CONSORT statement revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. JAMA 2001; 285: 1987-91) (<http://www.consort-statement.org/>);

PRISMA statement of preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; 6(7): e1000097.) (<http://www.prisma-statement.org/>);



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

STARD checklist for the reporting of studies of diagnostic accuracy (Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al., for the STARD Group. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *Ann Intern Med* 2003;138:40-4.) (<http://www.stard-statement.org/>);

STROBE statement, a checklist of items that should be included in reports of observational studies (<http://www.strobe-statement.org/>);

MOOSE guidelines for meta-analysis and systemic reviews of observational studies (Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting Meta-analysis of observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *JAMA* 2000; 283: 2008-12).

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 Research

It should be organized as follows:

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

Summary (Turkish): It should not exceed 200 words. This summary should include sub-titles of Objective, Methods, Results and Conclusions. A

section that includes six key words that are compatible with NLM MeSH terms, should be presented under the summary.

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

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

This should be followed by references, tables and figures. Tables and figures should be at the end of the text. Every table should be in a separate page, and should be written in double space and should be enumerated by Arabic numbers according to their order in the text. A short description of the table content should be indicated above the table. There can be a maximum of 6 figures for every text. They should be enumerated by Arabic numbers according to their order in the text. Any dyes, marks, scales, unit of distance used in the figure (internal scale bar) used in the microscopic pictures should be indicated and a centimetrical template should be added for pathological pieces. Ethical rules should be followed, regarding patient pictures. Both histological and clinical photographs should be sent in digital format and should be suitable for printing. The figure numbers should be indicated in brackets in the text, and as a separate list after the references and the tables, captions of all figures should be provided. A permission letter is required for figures which are reproductions.

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



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

English references respectively. When there are less than three 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 sebotatic activity, tolerability and efficacy of three topical drugs to treat mild to moderate acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:320-5.

Supplement

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

Letter, Abstract and Editorial

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

For Books

Single Author

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

Editors

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

For Chapters in Books

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

For Electronic Media

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

Review

In review, there should be the main text. Sub-titles that makes the subject easier to understand should be used. It would be helpful if the following

are included in a review; content of the problem, historical information, basic information, method, animal and human studies, discussion, conclusion, suggestions and prospective studies. It is preferred when the author is experienced and has articles which have been referred to on an international scale.

Case Reports

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

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

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

Letters to the Editor

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

Editorial Comment

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

Correspondence

Editor: Prof. Dr. Soner Uzun

Address: Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Dermatology, Antalya, Turkey

E-mail: sonuzun@hotmail.com



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Sürekli Eğitim / Continuing Medical Education

- 93 Dermatolojik Hastalıkların Tanısında Sitoloji: Tzanck Yayma
Cytology in the Diagnosis of Dermatological Diseases: Tzanck Smear
Murat Durdu; Adana, Türkiye

Özgün Araştırmalar / Original Investigations

- 100 Kamu Hastanesine ve Özel Hastaneye Başvuran Akne Vulgarisli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması
A Comparison of Quality of Life of Patients in Public and Private Hospitals Admitted with Acne Vulgaris
Asude Kara, Aslıhan Kırkağaç, Emine Tuğba Alataş, Gürsoy Doğan, Metin Pıçakçiefte; Muğla, Türkiye
- 105 On Sekiz Yaş Üzeri Kadınların Genital Verru, Servikal Kanseri ve Human Papilloma Virüs Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları
The Knowledge, Attitude and Behaviours of Women above 18 Years Old about Genital Warts, Cervical Cancer and Human Papilloma Virus Vaccination
Gülcan Saylam Kurtipek, Fatma Gökşin Cihan, Arzu Ataseven, İlkay Özer, Zeynep Can Turhan; Konya, Türkiye
- 110 Prevalence of Restless Legs Syndrome among Psoriasis Patients and Association with Depression and Sleep Quality
Psoriasis Hastalarında Huzursuz Bacak Sendromu Sıklığı ve Depresyon ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi
Aslı Bilgiç Temel, Nehir Samancı Karaman, Selen Bozkurt, Ayşe Akman Karakaş, Ertan Yılmaz, Erkan Alpsoy; Antalya, Turkey

Derleme / Review

- 116 Ticks, Borrelia burgdorferi and Lyme Disease
Keneler, Borrelia burgdorferi ve Lyme Hastalığı
Işın Sinem Bağcı, Thomas Ruzicka; Ankara, Turkey, Munich, Germany

Olgu Sunumu / Case Report

- 122 Doksisisiklin Tedavisinin Neden Olduğu Özofajit
Esophagitis Induced by Doxycycline Treatment
Engin Şenel, Firdevs Topal, Cem Mansuroğlu, Yasemin Yuyucu Karabulut; Çorum, İzmir, İstanbul, Çankırı, Türkiye

Çeşitli / Miscellaneous

- 125 Dermatolojik İnciler
Pearls in Dermatology
Hazırlayan: Murat Durdu; Adana, Türkiye
- 126 Etkinlikler ve İzlenimler 1 (Yurtdışında Araştırma Deneyimim: Ludwig-Maximilian Üniversitesi'nde İlk Altı Ay)
Events and Testimonials
Hazırlayan: Işın Sinem Bağcı; Ankara, Türkiye
- 128 Etkinlikler ve İzlenimler 2 (7. İstanbul Kozmetik Dermatoloji Sempozyumu)
Events and Testimonials
Hazırlayan: Zekayi Kutlubay; İstanbul, Türkiye
- 129 Etkinlikler ve İzlenimler 3 (11. Ege Dermatoloji Günleri'nin Ardından)
Events and Testimonials
Hazırlayan: Arzu Kılıç; Balıkesir, Türkiye



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

- 130 Etkinlikler ve İzlenimler 4 (11. Çukurova Dermatoloji Günleri)
Events and Testimonials
Hazırlayan: Hamdi Rifat Memişoğlu; Adana, Türkiye
- 132 Dermatoloji Tarihi
History of Dermatology
Hazırlayan: Adem Köşlü; İstanbul, Türkiye
- 135 Yeni Yayınlar (Clinical Anatomy of the Face for Filler and Botulinum Toxin Injection)
New Books
Hazırlayan: Tamer İrfan Kaya; Mersin, Türkiye
- 136 Yeni Yayınlar (Atlas of Minimally Invasive Facelift)
New Books
Hazırlayan: Tamer İrfan Kaya; Mersin, Türkiye



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

EDİTÖRDEN / EDITORIAL

Sayın okurlarımız, Değerli meslektaşlarımız,

Dergimizin Eylül 2016 sayısı ile karşınızdayız.

Bu sayıdaki **Sürekli Eğitim** bölümümüzde klinik pratiğimizde pek çok hastalığın erken ve hızlı tanısında çok değerli bir başucu testi olan Tzanck yayması konu edilmiştir. Bu bölüm, söz konusu alanda yalnızca ülkemizin değil dünyanın da en deneyimli dermatologlarından birisi olan ve özellikle kutanöz sitolojinin dermatolojik tanıdaki değerine vurgu yapan çalışmalarıyla tanıdığımız Murat Durdu tarafından hazırlanmıştır. Siz okurlarımızın çok yararlanacağını düşündüğümüz ve görsel materyali de oldukça zengin bu makalenin sonundaki sorularla bilgilerinizi sinama olanağı da bulabilirsiniz.

Bu sayının **Derlemesi** son yıllarda oldukça gündemde olan **“Keneler, Borrelia Burgdorferi ve Lyme Hastalığı”** konusuna odaklanmış olup Münih, Ludwig-Maximilian Üniversitesi Dermatoloji Kliniği Şefi Thomas Ruzicka ve Işın Sinem Bağcı tarafından hazırlanmıştır.

Eylül 2016 sayısından itibaren dergimizin yeni bir bölümü olacak. Olgular üzerinden klinik pratiğimizde yararlı olabilecek ipuçlarının verilmeye çalışılacağı **“Dermatolojik İnciler”** başlıklı bu bölümümüz Murat Durdu tarafından hazırlanacak.

Bu sayımızın **Tanı ve Tedavi Rehberi** eki cinsel yolla bulaşan hastalıkları kapsamaktadır. Konuyla ilgili en güncel uluslararası rehberlerden Türk Dermatoloji Derneği Veneroloji Çalışma Grubu tarafından büyük bir titizlikle hazırlanan ve sonunda yer verilen Sağlık Bakanlığı Frengi Savaş Yönetmeliği ile zenginleştirilen bu kitapçığın ilgili hastalıkların tanı ve tedavisi için değerli bir başvuru kaynağı olacağını düşünüyoruz.

Ayrıca özgün araştırma ve olgu sunumu makaleleri, Dermatoloji Tarihi bölümü ve yeni yayınların tanıtıldığı bölümleriyle dergimizin bu sayısının da siz okurlarımızın beğenisini kazanacağı umuduyla bir sonraki sayıda görüşmek üzere sağlık ve esenlikler dileriz.

Soner Uzun

Editör



Murat Durdu

Dermatolojik Hastalıkların Tanısında Sitoloji: Tzanck Yayma

Cytology in the Diagnosis of Dermatological Diseases: Tzanck Smear

Öz

Sitoloji, hücrelerin karakteristik özelliklerini incelemeye dayalı basit, hızlı, güvenilir ve ucuz bir tanı yöntemidir. Bu tanı yönteminde, materyaller deri lezyonunun türüne göre yüzeysel kazıntı, dermal kazıntı, baskı veya ince iğne aspirasyon yöntemi ile alınır. Elde edilen materyaller lam üzerine ince bir tabaka şeklinde yayılır. Preparatlar çeşitli sitolojik boyalar ile boyanır ve daha sonra ışık mikroskobu altında incelenir. Günümüze kadar, sitoloji pek çok eroziv-vezikülobüllöz, püstüler, granümatöz ve tümöral hastalığın tanısında kullanılmıştır. Bu derleme makalesinde dermatolojik sitolojide örnekleme yöntemleri tanımlandı ve hızlı tanı sağlayabildiği hastalıkların sitolojik bulguları tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Sitoloji, Tzanck yayma, akantolitik hastalıklar, spongiotik dermatitler, granümatöz dermatitler

Abstract

Cytology is a simple, quick, reliable, and inexpensive diagnostic method based on the investigation of characteristic features of individual cells. In this diagnosis method, cellular materials are obtained by scraping method, slit-skin smear, touch smear or fine needle aspiration method according to the types of skin lesions. Obtained materials are immediately spread onto microscopic slide as a thin layer. Slides were stained with various cytological dyes, and examined under the light microscope. Until today, dermatological cytology has been used in the diagnosis of various erosive-vesiculobullous, pustular, granulomatous, and tumoral skin lesions. In this review article, the sampling methods for dermatological cytology were described, and the cytologic findings of skin diseases which could provide a rapid diagnosis were discussed.

Keywords: Cytology, Tzanck smear, acantholytic disorders, spongiotic dermatitis, granulomatous dermatitis

Başkent Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Dermatoloji
Anabilim Dalı, Adana Dr.
Turgut Noyan Uygulama ve
Araştırma Merkezi,
Adana, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Murat Durdu, Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim
Dalı, Adana Dr. Turgut Noyan
Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Adana, Türkiye
Tel.: +90 322 327 27 27
E-posta: sivandr@hotmail.com
Geliş Tarihi/Submitted: 24.06.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 24.06.2016

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

Giriş

Sitoloji, hastalıklar esnasında hücrelerde meydana gelen morfolojik değişiklikleri incelemeye dayalı bir tanı yöntemidir (1). Dermatolojik hastalıklarda ilk sitolojik incelemeler 1947'de bir dermatolog olan Arnault Tzanck tarafından yapılmış ve bu tarihten sonra yapılan sitolojik incelemeler Tzanck yayma olarak adlandırılmıştır (2,3). Bu yöntem, günümüze kadar pek çok eroziv vezikülobüllöz, püstüler, granümatöz ve tümöral hastalığın tanısında kullanılmıştır (Tablo 1) (4-9). Buna karşın, çoğu dermatoloji kliniğinde bu incelemeler sadece birkaç hastalığın tanısında kullanılmakta hatta uygulanmamaktadır. Bu makalede, basit, hızlı, güvenilir, ucuz ve tekrarlanabilir

bir yöntem olan sitolojik incelemelerin yapılması, boyanması ve değerlendirilmesi esnasında dikkat edilmesi gereken noktalar gözden geçirilmiştir.

Sitolojik Örneklerin Alınması ve Boyanması

Sitolojik Örneklerin Alınması

Uygulaması oldukça basit olan bu yöntem için lam, bistüri (15 numara), forseps, mikroskop, immersiyon yağı, steril spanç, antiseptik solüsyon ve sitolojik boyalar gerekir. Sitolojik incelemeler için gereken bu malzemeler hemen her dermatoloji kliniğinde kolaylıkla bulunabilmektedir (1).

Sitolojik örnekler dört farklı yöntem ile alınabilir; yüzeysel kazıntı, dermal

kazıntı, baskı yayması ve ince iğne aspirasyon sitolojisi (10). Eroziv-vezikülobüllöz lezyonlarda yüzeysel kazıntı yöntemi kullanılır. Örnek almak için yeni gelişen lezyon tercih edilmelidir. İşlem öncesinde örnek alınacak bölge alkollü spanç ile silinmelidir. Patlamamış vezikül veya büll 15 numaralı bistüri yardımı ile patlatılmalı ve içeriği nazikçe spança emdirilmelidir. Bistüri ile lezyon tabanı kanamaya yol açmadan nazik bir şekilde kazındıktan sonra elde edilen materyaller lam üzerine ince bir tabaka şeklinde yayılmalıdır. Üzeri krutlu ülser lezyonlarda örnek alınacak ise, krut serum fizyolojikli spanç ile yumuşatıldıktan sonra bir forseps yardımı ile kaldırılıp altı bistüri yardımı ile kazınmalıdır (1,11).

Papül, nodül ve plak gibi solid lezyonlardan dermal kazıntı yöntemi ile sitolojik örnek alınır. Örnek alınacak bölge alkollü spanç ile silindikten sonra lezyon dominant olmayan elin baş ve işaret parmağı arasında sıkıştırılır. Bistüri (No: 15) yardımı ile yaklaşık 0,5 cm uzunluğunda 2-3 mm derinliğinde küçük bir insizyona yapılır ve bistüri ile dermal bölgeden kazıntı alınır. İnsizyona bağlı kanama var ise spanç ile silinip daha sonra kazıntı alınmalıdır. Elde edilen materyaller lam üzerine ince bir tabaka şeklinde yayılır (12).

Ülsere lezyonlarda direkt lamın ülser üzerine bastırılması ile baskı yayması yapılabilir. Ayrıca baskı yayması biyopsi materyalinden de hazırlanabilir. Özellikle tümöral hastalıklar ve kutanöz layşmanyazis tanısı için, biyopsi materyalleri bir

Tablo 1. Dermatolojik hastalıklar ve tanısal sitolojik bulguları

Akantolitik hastalıklar	Akantolitik hücre
Herpetik enfeksiyonlar	Akantolitik hücre, multinükleer dev hücre, intranükleer inklüzyon cisimciği
Büllöz impetigo	Diskeratotik akantolitik hücre, kok ve nötrofiller
Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu	Diskeratotik akantolitik hücre
Darier hastalığı	Diskeratotik akantolitik hücre, corps rond ve grain
Hailey-Hailey hastalığı	İmmünofloresan incelemede depolanma saptanmayan akantolitik hücreler
Pemfigus	İmmünofloresan incelemede akantolitik hücre çevresinde immünoglobulin G depolanması
Spongiotik hastalıklar	x100 büyütmede 10'dan fazla sayıda iribaş hücresi
Enfekte ekzematöz kontakt dermatit	Çok sayıda iribaş hücresi, kok ve/veya basiller
Büllöz böcek sokması	Mast hücresi, eozinofiller ve çok sayıda iribaş hücresi
Pemfigus herpetiformis	Az sayıda akantolitik hücre ve çok sayıda iribaş hücresi
Büllöz dermatofitik enfeksiyon	Çok sayıda iribaş hücresi, hifa ve sporlar
Kontakt dermatitler	Bol iribaş hücresi, nötrofil, eozinofil ve lenfositler
Granümatöz dermatitler	Granülom yapısı ile birlikte multinükleer dev hücreler
Kutanöz layşmanyazis	2-5 µm büyüklüğünde, oval şekilli eksantrik nükleusu bulunan ve nükleusa yakın kinetoplast bulunan layşmanya parazitleri
Mukormikozis	Kurdela şeklinde, 4-50 µm genişlikte, septasız, ince duvarlı, sağ açıyla dallanan hifalar
Aspergillozis	45 °C açıyla dallanan ve "Y" şeklinde görülen hifalar
Majocchi granülomu	Hifa ve sporlar
Mikobakteriyel enfeksiyon	Aside dirençli basil
Juvenil ksantogranüloma	Köpüksü histiyositler ve Touton tipi dev hücre
Yabancı cisim granülomu	Yabancı cisim ve yabancı cisim tipi dev hücreler
Tümöral hastalıklar	Spesifik hücre artışı
Bazal hücreli karsinom	Bazal hücre adacıkları
Skumöz hücreli karsinom	Atipik keratinositler
Melanom	Atipik melanositler
Lenfoma	Atipik lenfositler
Senil sebese hiperplazi	Sitoplazmasında vaküller bulunan sebositlerin oluşturduğu hücre kümeleri
Mastositoz	Metakromatik granülleri olan mast hücreleri
Enfeksiyonlar veya enfestasyonlar	Enfeksiyöz veya paraziter ajanlar
Molluskum kontagiozum	Karadut şeklinde görünen intrasitoplazmik Henderson-Patterson cisimcikleri
Orf	İntrasitoplazmik eozinofilik Guarnieri cisimcikleri
Skabiyes	Dört çift bacağı ve sırt bölümünde dikensi çıkıntılar yer alan Sarcoptes scabiei parazitleri
Demodikozis	Dört çift kısa bacakları bulunan demodeks paraziti

penset yardımı ile tutulup lam üzerine hafifçe bastırılarak döndürülmesiyle de baskı yayması yapılabilir (1).

Subkutan nodül (>1 cm), kist ve abselerden sitolojik örnek almak için ince iğne aspirasyon yöntemi kullanılabilir. Aspirasyon sitolojisi için genellikle tercih edilen 20-25 gauge iğne takılmış 10 veya 20 ml'lik tek kullanımlık enjektörlerdir. İğne yardımı ile lezyon içine girildikten sonra negatif basınç uygulanır ve elde edilen materyaller lam üzerine yayılır (12).

Sitolojik Örneklerin Boyanması

Tespit edilen sitolojik materyallerin boyanmasında çok sayıda sitolojik boya kullanılabilir. Eskiden dermatositolojide en sık Giemsa ve Wright boya ları kullanılırken günümüzde ise kolay ve hızlı boyama olanağı sağlayan May-Grünwald Giemsa (MGG) ve Diff-Quick boya ları kullanılmaktadır. MGG boyamada, yaymalar üç farklı solüsyonuna beşer kez daldırılıp çıkarılır ve musluk suyu altında yıkandıktan sonra kuruması beklenir. Bir dakikadan daha kısa süren bu boyama işlemi sonrası örnekler mikroskop altında incelenir (1,11). Bu rutin boyamalar dışında bazı hastalıklarda ek boyamalar yapılması gerekir. Bakteriyel enfeksiyonlar için Gram boyası ve mikobakteriyel enfeksiyonlar için aside dirençli boyama yapılmaktadır. Rutin sitolojik boya lar ile bazı derin mantar sporlarının görülmesi güç olduğundan Gomori methenamine silver ve Periodic acid-Schiff boyasının birlikte kullanılması yanlış negatiflik ve pozitiflik oranını düşürür (1,7).

Sitolojik örnekler floresan boya larla da boyanabilir. Floresan inceleme için yaymalar havada kurutulduktan sonra floresanla işaretlenmiş monoklonal antikorlar eklenir ve 30 dakika bekletilir. Yaymalar fosfat tamponlu salin solüsyonunda üç kez beş dakika süre ile durulandıktan sonra üzerine tamponlanmış gliserol eklenir ve floresan mikroskopta incelenir. Pemfigus tanısı için floresan ile işaretlenmiş anti-skin antikorlar, herpetik enfeksiyonlar için anti-herpes virüs antikorları ve varisella tanısı için anti-herpes zoster antikorları kullanmak gerekir (4).

Sitolojik Örneklerin Mikroskopik Değerlendirmesi

Mikroskopik değerlendirmede örnekler, öncelikle küçük büyütme objektifler (x10) ile tarandıktan sonra büyük büyütme objektifle (x100) hücre detayları incelenir. Küçük büyütme ile hem hücrelerin tek tek özellikleri hem hücrelerin birbirleriyle olan ilişkileri hem de bazı parazitik etkenlerinin varlığı değerlendirilir. Düşük büyütmede gözlenen veya diğer bir deyişle hastanın klinik özelliklerine göre araştırılması gereken temel anahtar sitolojik bulgular akantolitik hücreler, iribaş hücresi, granülo matöz enflamasyon, enfeksiyon etkenleri ve spesifik hücre artışlarıdır (Resim 1). İmmersiyon yağı kullanarak x100 objektifle inceleme, özellikle enfeksiyöz ajanların saptanması ve hücre detaylarının incelenmesi için gereklidir (1,12).

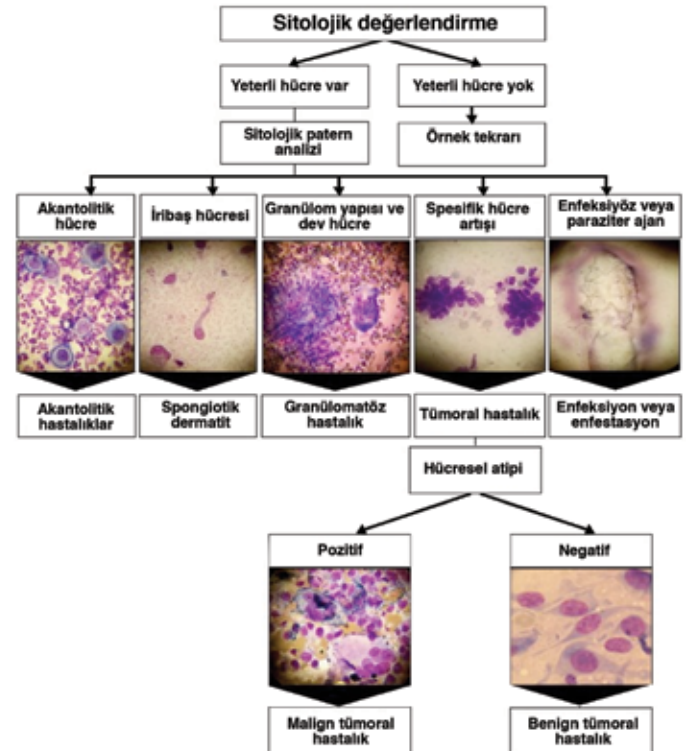
Akantolitik Hastalıklarda Tanısal Yaklaşım: Eroziv-vezikülobüllöz bir lezyondan sitolojik inceleme yapılmasının en sık nedeni herpetik enfeksiyonların dışlanmasıdır (4). Sitolojik olarak herpetik enfeksiyonların karakteristik bulgusu akantolitik hücre ve multinükleer dev keratinositlerdir (Resim 2a) (11). Herpetik enfeksiyonlar için oldukça özgül (%100) olan bu bulguların duyarlılığı ise lezyonların tipi ve süresine göre %53 ile %86 arasında değişmektedir (4,10). Herpetik

enfeksiyonlar için en karakteristik bulgu ise sepet içerisinde yumurta şeklinde tarif edilen intranükleer inklüzyon cisimcikleridir (Cowdry A tipi). Bu inklüzyon cisimciklerinin MGG gibi rutin boyalarda görülmesi güç olmasına karşın Papanicolaou boyasında kolaylıkla gözlenir (11).

Rutin sitolojik muayene ile herpetik enfeksiyon tanısı alan bir hastada varisella ile herpes simpleks virüs enfeksiyonu arasında ayırım yapmak için immüno floresan inceleme yapmak gerekir. İmmüno floresan incelemede herpes simpleks virüs antikor pozitif ise herpes simpleks virüs enfeksiyonu, herpes zoster antikor pozitif ise herpes zoster enfeksiyonu düşünülmelidir (4,12).

Sitolojik incelemede nötrofil ve koklar ile birlikte diskeratotik ve akantolitik hücrelerin görülmesi büllöz impetigo tanısı için oldukça duyarlı (%92) ve özgül (%100) bulgulardır (Resim 2b) (4). Stafilkoksik haşlanmış deri sendromunda ise kok ve nötrofiller olmadan sadece diskeratotik akantolitik hücreler gözlenir. Diskeratotik akantolitik hücrelere akantolitik hücrelerin apopitoza giden şekilleri olan corps rond ve grainler eşlik ediyor ise Darier hastalığı düşünülmelidir (Resim 2c) (4,10-12).

Sitolojik incelemede akantolitik hücre pozitif ancak multinükleer dev hücre, corps rond ve grainler negatif ise mutlaka pemfigus açısından immüno floresan inceleme yapılmalıdır (Resim 2d). Rutin sitolojik incelemede sadece akantolitik hücre tespit edilen hastalarda immüno floresan incelemede keratinositler çevresinde immüno globulin depolanmasının tespiti pemfigus lehine iken negatif olması Hailey-Hailey hastalığının göstergesidir (1). İmmüno floresan



Resim 1. Dermatolojik hastalıkların ayırımında sitolojik tanı süreci

incelemenin kullanılması ile pemfigus tanısı için sitolojinin özgüllüğü %43'den %100'e çıkarılabilir (12).

Spongiotik Dermatitlerde Tanısal Yaklaşım: Sitolojik incelemede x100 büyütmede 10 veya daha fazla sayıda iribaş hücresi saptanması spongiotik dermatitler için oldukça duyarlı (%81-83) ve özgül (%99-100) bir bulgudur (1,13). Bol iribaş hücresi ile birlikte metakromatik granülleri bulunan mast hücresi ve eozinofiller büllöz böcek sokmasında gözlenirken enfektif ekzematöz dermatitlerde iribaş hücrelerine bakteriler eşlik eder (Resim 3a). Enfekte dermatofitik enfeksiyonlarında ise iribaş hücreleri yanında hifa ve sporlar gözlenir (Resim 3b). Alerjik kontakt dermatit hastalarında iribaş hücrelerine eozinofil ve lenfositler eşlik ederken irritan kontakt dermatitte eşlik eden enflamatuvar hücreler genellikle nötrofillerdir. Pemfigus herpetiformis hastalarında çok sayıda iribaş hücrelerine az sayıda akantolitik hücre eşlik eder (Resim 3c). Bu nedenle akantolitik hücreler gözden kaçabilir. Tanı için immüno Floresan inceleme yapılması gerekir (Resim 3d) (4).

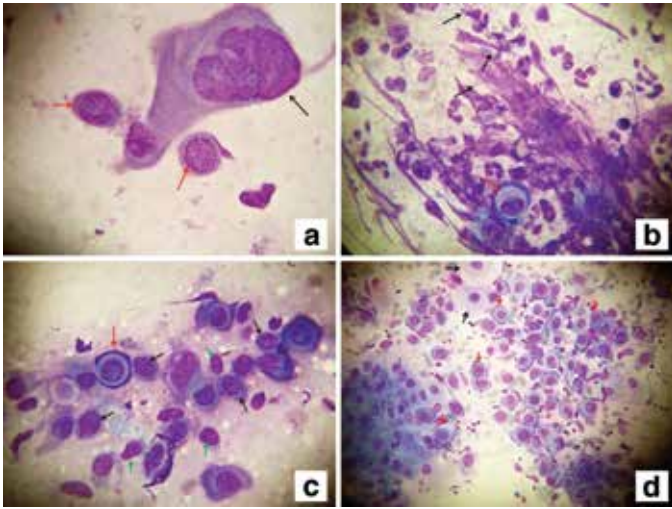
Granümatöz Hastalıklarda Tanısal Yaklaşım: Sitolojik incelemede granümatöz dermatitin göstergesi histiyositler ve lenfositlerden oluşan granülomlar ve multinükleer dev hücrelerdir. Granümatöz dermatitlerde gözlenen multinükleer dev hücreler, herpetik enfeksiyon ve malignitelere gözlenen dev hücrelerden farklıdır. Bu dev hücreler yabancı cisim, Langhans veya Touton tipi olmak üzere üç farklı şekilde görülebilir. Yabancı cisim tipi dev hücrelerde çok sayıda nükleus dev hücrenin orta bölümünde yer alırken, Langhans tipi dev hücrelerde nükleuslar

hücrenin periferinde at nalı şeklinde dizilim gösterir. Touton tipi dev hücrede ise köpüksü sitoplazmalı dev hücre içerisinde nükleuslar periferde halka şeklinde dizilir ve bazen bu halkanın ortasında bir veya iki nükleus daha bulunabilir. Bu dev hücreler herpetik enfeksiyonda gözlenen dev hücrelerden farklı olarak sinsityal özellik göstermez ve akantolitik hücreye eşlik etmez (7).

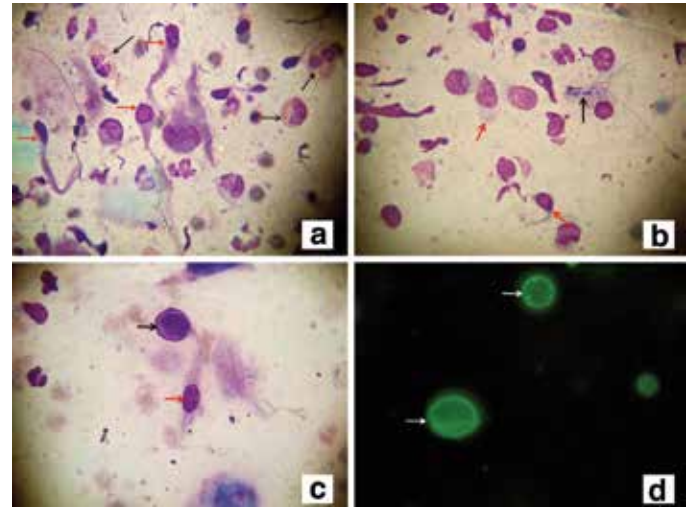
Granümatöz dermatitlerde sitolojik incelemenin en sık nedeni granümatöz dermatite neden olan enfeksiyöz etkenlerin saptanmasıdır. Enfeksiyöz granümatöz hastalıklar içerisinde sitolojik incelemenin en sık kullanıldığı hastalık ise kutanöz layşmanyazistir. Mikroskopik incelemede saptanan layşmanya parazitleri oval şekilli olup eksantrik bir nükleusa sahiptir (Resim 4a). Bu parazitler ekstraseküller ortamda olabileceği gibi histiyositler, dev hücre veya granülomlar içinde de görülebilir. Parazitlerin görülme oranı %30 ile %82 arasında değişir (14,15). Layşmanya paraziti negatif olgularda diğer parazitik etkenler, bakteriler ve mantarlar araştırılmalıdır (Resim 4b ve 4c).

Sitolojik incelemeler bazı enfeksiyöz olmayan granümatöz hastalıkların tanısında da kullanılır. Sitolojik incelemede Touton tipi multinükleer dev hücre ve köpüksü histiyositler juvenil ksantogranüloma için karakteristik iken yabancı cisim tipi dev hücreler ve yabancı cisimlerin saptanması yabancı cisim granülomunun göstergesidir (Resim 4d) (1,4).

Enfeksiyon ve Enfestasyonlarda Tanısal Yaklaşım: Çok sayıda virüs, bakteri, mantar ve parazitik ajan deride enfeksiyona neden olur. Virüsler ışık mikroskobu ile görülemediği için ancak sitopatik etkilerine bakılarak



Resim 2. Akantolitik hastalıklarda sitolojik bulgular, a) Herpetik enfeksiyonlu hastadan alınan yaymada akantolitik hücreler (kırmızı oklar) ve multinükleer dev keratinosit, b) Büllöz impetigoya bağlı gelişen büllerden alınan yaymada akantolitik hücre (kırmızı ok) ve koklar (siyah oklar), c) Darier hastasında erode lezyonlardan alınan yaymada akantolitik hücre (kırmızı ok), corps rond (siyah oklar) ve grainler (yeşil oklar), d) Pemfigus vulgaris hastasında oral mukozada erode lezyonlardan alınan yaymada bol sitoplazmalı normal keratinositler (siyah oklar) yanında çok sayıda akantolitik hücreler (kırmızı oklar) (MGG x1000)



Resim 3. Spongiotik dermatozlarda sitolojik bulgular, a) Büllöz böcek sokması lezyonundan alınan yaymada iribaş hücreleri (kırmızı oklar) ve eozinofiller (siyah oklar), b) Büllöz tinea pedis lezyonundan alınan yaymada tadpole hücreleri (kırmızı oklar), hifa (siyah ok) ve sporlar (yeşil oklar), c) Pemfigus herpetiformis'e bağlı gelişen grube veziküllerden alınan yaymada akantolitik hücre (siyah ok) ve iribaş hücresi (kırmızı ok), d) Pemfigus herpetiformis hastasında yaymadan yapılan immüno Floresan incelemede akantolitik hücre çevresinde immüno globulin G depolanması (oklar) (A, B, C, MGG x1000; DİF x1000)

tanı konulabilir. Herpetik enfeksiyonlar gibi çoğu DNA virüsleri intranükleer inklüzyon cisimciklerine neden olurken en büyük DNA virüsü olan pox virüsleri intrasitoplazmik inklüzyonlar oluşturur. Pox virüsleri neden olduğu molluskum kontagiozum enfeksiyonunda sitoplazmayı tamamen dolduran ve karadut şeklinde görünen "Henderson-Patterson" cisimcikleri oluşurken orf enfeksiyonunda intrasitoplazmik eozinofilik görünümülü "Guarnieri cisimcikleri" saptanır (1,10).

Bakterilerin çoğu rutin sitolojide görülmele birlikte bazı bakterilerin görülmesi için ek boyamalar gerekir. Mikobakterilerin görülmesi için aside dirençli boyalar kullanılmalıdır. Bu boyalar ile lepra ve mikobakterium tüberkülozis basilleri pembe kırmızı renkte görünür (1,7).

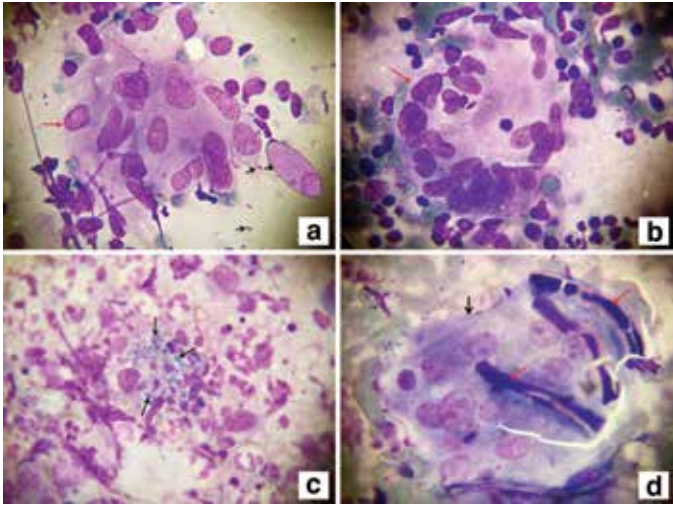
Fungal enfeksiyonlar dokuda hifa, psödohifa ve sporlar şeklinde görülür. Sitolojik olarak hifa ve sporların morfolojik özelliklerine bakılarak bazı fungal enfeksiyonların tanısını koymak mümkündür. Bazı mantar enfeksiyonlarının ise deride hastalık yapan tek türü bulunur ve deride saptanmaları durumunda direkt olarak hastalık tanısı kabul edilir. Bunlar blastomikozis, koksidiomikozis, kriptokokkozis, histoplazmozis, parakoksidiomikozis, Penicilliosis marneffeii, rinosporidozis ve sporotrikozisdir. Aspergillozis, kandidiyazis ve dermatofitik enfeksiyonlara neden olan çok sayıda mantar türü bulunur. Bunların tür tayini için kültür yapılması gerekir (1,11,12).

Layşmanya parazitleri rutin sitolojik boyalar ile boyandığı için mikroskopta görülebilir ancak skabiyes, demodikozis ve larva migransta parazitik etkenler rutin boyalar ile boyanmadığı için direkt mikroskopik inceleme veya bazı özel boyamalar

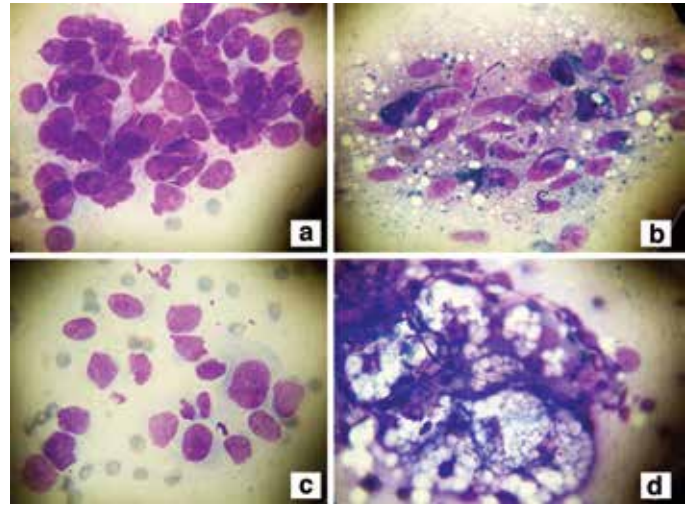
yapmak gerekir. Örneğin demodeks parazitleri aside dirençli boyalar ile pozitif boyanır (12).

Tümöral Hastalıklarda Tanısal Yaklaşım: Tümöral hastalıkların kesin tanısı histopatolojik incelemeler ile yapılır. Buna karşın, biyopsi almanın zor olduğu bölgelerdeki tümörlerin saptanması ve tedavi sonrası nükslerin tespitinde önemli rol oynayabilir. Tümöral hastalıklarda sitolojik inceleme yapılırken ilk olarak tümörün hangi tür hücrelerden köken aldığı belirlenmeli ve daha sonra tümörün benign-malign ayrımı yapılmalıdır (1). Hücresel atipiyi belirlemek için, hücre şekli, sitoplazma ve nükleusun özelliklerine bakılmalıdır. Normal hücrelerin hücre ve nükleus büyüklükleri birbirine benzerlik gösterir. Hücresel atipi geliştikçe hücre çapları ve şekilleri değişkenlik gösterir. Hücrelerin farklı çaplarda olması anizositoz olarak adlandırılır. Bu farklılıklar hücre çapında (poikilositoz) veya hücre nükleusundan (poikilokaryoz) kaynaklanabilir. Normal hücre nükleusları yuvarlak veya oval görünürken, malign tümörlerde kontürleri düzensizleşir ve nükleus üzerinde tomurcuklanmalar gelişir. Hücre nükleusu aşırı büyür ve multinükleer dev hücreler gelişir. Nükleus sayısı ve çapında artış olurken nükleus çapları arasında da farklılıklar (anizonükleoz) gözlenir. Hücresel atipi şiddetli ise hücreler kendi özelliklerini kaybetmeye başlar ve en son aşamada hücrenin kökeni ancak immünohistokimyasal boyalar yardımı ile ayırt edilebilir (12).

Tümöral hastalıklarda sitolojik inceleme yapılmasının en sık nedeni bazal hücreli karsinomun skuamöz hücreli karsinomadan ayırt edilmesidir. Sitolojik incelemede dar sitoplazmalı bazaloid hücrelerin oluşturduğu bazal hücre adacıklarının görülmesi bazal hücreli karsinoma için oldukça



Resim 4. Granülomatöz hastalıklarda sitolojik bulgular, a) Kutanöz layşmanyazis hastasından alınan yaymada multinükleer dev hücre (kırmızı ok) ve layşmanya paraziti (siyah oklar), b) Skrofulodermaya bağlı gelişen nodülülsertatif lezyondan alınan yaymada Langhans tipi multinükleer dev hücre (ok), c) Granülomatöz Malessezia foliküliti lezyonundan alınan yaymada histiyosit içerisinde tomurcuklanan sporlar (oklar), d) Sütüre bağlı gelişen yabancı cisim granülomundan alınan yaymada yabancı cisim tipi dev hücre (siyah ok) içerisinde sütür materyalleri (kırmızı oklar) (A, B, D, MGG x1000; C, ARB x1000)



Resim 5. Tümöral hastalıklarda sitolojik bulgular, a) Bazal hücreli karsinoma lezyonundan alınan yaymada bazaloid hücre kümesi, b) Melanoma lezyonundan alınan yaymada oval ve içi nükleuslu sitoplazmasında pigment yapıları içeren atipik melanositler, c) Anaplastik büyük hücreli lenfoma hastasından alınan yaymada nükleus kontürleri düzensiz, poikilositoz ve poikilokaryoz gösteren atipik lenfositler, d) Sebace hiperplaziye bağlı papüler lezyondan alınan yaymada sitoplazmasında lipid vakuelleri bulunan sebositlerin oluşturduğu hücre kümesi (A, B, C, MGG x1000; D, MGG x400)

duyarlı (%97-100) ve özgün bir bulgudur (Resim 5a) (16,17). Sitolojik incelemeler bazal hücreli karsinomanın tanısı yanında cerrahi sınır tayini için de kullanılabilir (18).

Bazal hücreli karsinomada hücreyel atipi belirgin değilken hızlı büyüme ve metastaz yapma eğilimi olan skuamöz hücreli kanser, melanoma ve lenfomada belirgin hücreyel atipi gözlenir. Erken tanı konulması oldukça önemli olan skuamöz hücreli kanserlerde atipik keratinositler gözlenirken, melanoma hastalarında atipik melanositler (Resim 5b) ve lenfoma hastalarında ise atipik lenfositler (Resim 5c) saptanır (1,12). Kötü diferansiye tümörlerde ve metastatik karsinomalarda hücre kökeni belirlemek için immünohistokimyasal inceleme yapmak gerekir (1).

Sitolojik incelemeler bazı benign tümöral hastalıkların tanısında bize yardımcı olacaktır. Senil sebace hiperplazide sitoplazmasında büyük lipid vakuolleri içeren sebositlerin oluşturduğu hücre kümeleri (Resim 5d) gözlenirken mastositomalarda sitoplazmasında metakromatik granüller bulunan mast hücreleri saptanır (1,9).

Sonuç

Dermatolojik sitoloji pek çok dermatolojik hastalığın tanısında bize yardımcı olabilecek hızlı ve ucuz bir tanı yöntemidir. Tüm hastalıkların tanısı için deneyim gerekir. Bu deneyimin kazanılması için sitolojik incelemeler dermatoskopik incelemeler gibi dermatolojik muayenenin bir parçası olmalıdır. Sitolojik incelemelerin dermatoloji pratiğinde kullanımının artması ile uygulama alanları daha da genişleyecektir.

Kaynaklar

1. Durdu M, Seckin D, Baba M. The Tzanck smear test: rediscovery of a practical diagnostic tool. *Skinmed* 2011;9:23-32.
2. Schneider WH. Arnault Tzanck, MD (1886-1954). *Transfus Med Rev* 2010;24:147-50.
3. Cordero AA. The man behind the eponym. Arnault Tzanck, his work and times. *Am J Dermatopathol* 1985;7:121-3.
4. Durdu M, Baba M, Seckin D. The value of Tzanck smear test in diagnosis of erosive, vesicular, bullous, and pustular skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:958-64.
5. Durdu M, Ilkit M. First step in the differential diagnosis of folliculitis: cytology. *Crit Rev Microbiol* 2013;39:9-25.
6. Durdu M, Ruocco V. Clinical and cytologic features of antibiotic-resistant acute paronychia. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:120-6 e1.
7. Durdu M, Baba M, Seckin D. More experiences with the Tzanck smear test: cytologic findings in cutaneous granulomatous disorders. *J Am Acad Dermatol* 2009;61:441-50.
8. Durdu M, Baba M, Seckin D. Dermatoscopy versus Tzanck smear test: a comparison of the value of two tests in the diagnosis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:972-82.
9. Eryilmaz A, Durdu M, Baba M, et al. Diagnostic reliability of the Tzanck smear in dermatologic diseases. *Int J Dermatol* 2014;53:178-86.
10. Ruocco E, Brunetti G, Del Vecchio M, et al. The practical use of cytology for diagnosis in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25:125-9.
11. Ruocco V, Ruocco E. Tzanck smear, an old test for the new millennium: when and how. *Int J Dermatol* 1999;38:830-4.
12. V. R. *Citodiagnostica dermatologica*. 2nd ed. Padua; Italy: Piccin Nuova Libreria; 2007. p. 1-42.
13. Pariser RJ. Diagnosis of spongiotic vesicular dermatitis by Tzanck smear: the "tadpole cell". *J Am Acad Dermatol* 1983;8:519-22.
14. Dar NR, Khurshid T. Comparison of skin smears and biopsy specimens for demonstration of *Leishmania tropica* bodies in cutaneous leishmaniasis. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005;15:765-7.
15. Rahman S, Bari A. Laboratory profile in patients of cutaneous leishmaniasis from various regions of Pakistan. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003;13:313-6.
16. Vega-Memije E, De Larios NM, Waxtein LM, et al. Cytodiagnosis of cutaneous basal and squamous cell carcinoma. *Int J Dermatol* 2000;39:116-20.
17. Derrick EK, Smith R, Melcher DH, et al. The use of cytology in the diagnosis of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 1994;130:561-3.
18. Baba M, Durdu M, Seckin D. A useful alternative approach for the treatment of well-demarcated Basal cell carcinoma: surgical excision and margin control with tzanck smear test. *Dermatol Surg* 2010;36:659-64.

Sorular

1. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde akantolitik hücre gözlenmez?
 - a) Pemfigus vulgaris
 - b) İmpetigo kontagioza
 - c) Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu
 - d) Hailey Hailey hastalığı
 - e) Zona zoster
2. Aşağıdakilerden hangisi granümatöz dermatitlerin sitolojik bulgularından değildir?
 - a) Touton tipi dev hücre
 - b) Histiosit ve lenfositlerden oluşan granüloma yapısı
 - c) Langerhans tipi dev hücre
 - d) Yabancı cisim tipi dev hücre
 - e) Yabancı cisim veya enfeksiyöz ajanlar
3. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde çok sayıda iribaş hücresi gözlenmez?
 - a) Pemfigus herpetiformis
 - b) Alerjik kontakt dermatit
 - c) Böcek sokması
 - d) Layşmanyazis
 - e) Büllöz tinea pedis
4. Aşağıdakilerden hangisi hücresel atipi kriteri değildir?
 - a) Poikilokaryozis
 - b) Poikilositoz
 - c) Nükleolusta belirginleşme
 - d) Multinükleer dev hücre
 - e) Akantoliz
5. Aşağıdakilerden hangisi sitolojik incelemelerin özelliklerinden değildir?
 - a) Hızlı tanı olanağı sağlar
 - b) Tekrarlanabilir
 - c) Anestezisi gerektirir
 - d) Ucuzdur
 - e) Biyopsi almanın güç olduğu bölgelerde kullanılabilir
6. Aşağıdaki hastalıkların hangisinde sitolojik incelemede Touton tipi dev hücreler görülür?
 - a) Majocchi granülomu
 - b) Sarkoidoz
 - c) Layşmanyazis
 - d) Yabancı cisim granülomu
 - e) Juvenil ksantogranüloma
7. Çok sayıda iribaş hücresi ile birlikte akantolitik hücre pozitifliği aşağıdaki hastalıklardan hangisinin göstergesidir?
 - a) Hailey Hailey hastalığı
 - b) Darier hastalığı
 - c) Pemfigus herpetiformis
 - d) Büllöz pemfigoid
 - e) Egzama
8. Ağıdakilerden hangisi rutin sitolojik boyalar ile boyanabilir?
 - a) Layşmanyazis paraziti
 - b) Mikobakteriler
 - c) Demodeks paraziti
 - d) Sarcoptes scabiei
 - e) Hücre içi lipid birikimi
9. Aşağıda yer alan sitolojik boyalardan hangisi intranükleer inklüzyon cisimciklerinin kolay görülmesini sağlar?
 - a) Giemsa
 - b) Papanicolaou
 - c) Metilen mavisi
 - d) Direkt mikroskopik inceleme
 - e) Wright boyası
10. Aşağıda yer alan virüslerden hangisi DNA virüsü olmasına rağmen sitoplazma içerisinde inklüzyon cisimciğine neden olur?
 - a) Herpes simpleks virüsleri
 - b) Human papilloma virüsleri
 - c) Pox virüsler
 - d) Varisella zoster
 - e) Coxsackie virüs



Asude Kara,
Aslıhan Kırkağaç*,
Emine Tuğba
Alataş**,
Gürsoy Doğan**,
Metin Pıçakçief***

Muğla Sıtkı Koçman
Üniversitesi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Deri
ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,
Muğla, Türkiye

*Marmaris Özel Yücelen
Hastanesi, Deri ve Zührevi
Hastalıklar Kliniği,
Muğla, Türkiye

**Muğla Sıtkı Koçman
Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri
ve Zührevi Hastalıklar
Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

***Muğla Sıtkı Koçman
Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk
Sağlığı Anabilim Dalı,
Muğla, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Asude Kara, Muğla Sıtkı Koçman
Üniversitesi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Deri ve Zührevi
Hastalıklar Kliniği, Muğla, Türkiye
E-posta: asudekara@yahoo.com.tr
Geliş Tarihi/Submitted: 12.02.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 25.03.2016

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

Kamu Hastanesine ve Özel Hastaneye Başvuran Akne Vulgarisli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması

A Comparison of Quality of Life of Patients in
Public and Private Hospitals Admitted with
Acne Vulgaris

Öz

Amaç: Bu çalışmada, kamuya ve özele ait bir hastaneye başvuran akne vulgarisli hastalarda Skindex-29 ölçeğini kullanılarak yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntemler: Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve başvurdukları hastaneler kaydedildi. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Skindex-29 ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Özel hastanedeki akne vulgarisli hastalarda semptom, fonksiyon ve emasyon skalaları skor ortalaması sırasıyla, 45,17±19,03; 31,68±19,44 ve 46,90±20,50 olarak bulunmuştur. Kamu hastanesindeki hastalarda ise bu ortalamalar sırasıyla 39,41±19,71; 30,01±22,08 ve 50,75±25,20'dir.

Sonuç: Bu çalışmada özel hastanedeki akne vulgarisli hastalarda semptom ve fonksiyon skalaları skor ortalamaları kamu hastanesine göre yüksek bulunmuştur. Diğer yandan kamu hastanesindeki akne vulgarisli hastalarda ise emasyon skalaları skor ortalaması özel hastaneye göre yüksek olarak saptanmıştır. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum özel hastanedeki akne vulgarisli hastalarda yaşam kalitesinin semptom ve fonksiyon açısından daha fazla etkilendiğini, kamu hastanesindeki hastaların ise emasyonel açıdan daha fazla etkilendiğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Akne vulgaris, kamu hastanesi, ölçek, özel hastane, Skindex-29, yaşam kalitesi

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to evaluate life quality of the patients with acne vulgaris visiting public and private hospitals using the Skindex 29 scale.

Methods: Patients' ages, genders, education levels, and referenced hospitals were recorded. Skindex 29 scale was used to assess the quality of life.

Results: The average symptom, function, and emotion scale scores of patients with acne vulgaris in private hospital were found 45.17±19.03, 31.68±19.44, and 46.90±20.50, respectively. The average scores of these scales in public hospital were 39.41±19.71, 30.01±8.22, and 50.75±25.20, respectively.

Conclusion: In this study, the average symptom and function scale scores of the patients with acne vulgaris in private hospital were found higher than those in public hospital. On the other hand, the average emotion scale score of patients with acne vulgaris in public hospital was found higher than those in private hospital. However the difference was not statistically significant. This situation makes us believe that in private hospital the life quality of patients with acne vulgaris is mostly influenced from symptom and function, whereas it is mostly influenced from emotion in public hospital.

Keywords: Acne vulgaris, public hospital, scale, private hospital, Skindex-29, life quality

Giriş

Son yıllarda yaşam kalitesi klinik incelemelerde önem kazanmış ve dermatolojide yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar artmıştır. Özellikle akne vulgaris (AV), seboreik dermatit, psoriasis, alopesi areata, vitiligo ve ürtiker gibi hastalıklarda yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (1,2).

AV pilosebace ünitenin multifaktöriyel, kronik seyirli enflamatuvar bir hastalıdır. Sıklıkla dış görünümün daha çok önemsendiği adolesan dönemde ortaya çıkması ve kalıcı skatrislere neden olması sonucu hastalarda depresyon, kaygı ve sosyal inhibisyon gibi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (3,4). AV birçok hastalıktan farklı olarak başkaları tarafından görülmekte olup, hastalar sosyal ve emosyonel açıdan etkilenebilmektedir. Özellikle yüz bölgesinde görülmesi hastanın psikososyal işlevselliğini önemli ölçüde etkilemektedir (5).

AV'li hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile farklı ölçekleri kullanan birçok çalışma yapılmıştır (6-8). Yapılan bir çalışmada akne grubu hastalıklar özel muayenehaneye en sık (%15,2) başvuru nedeni iken, kamu hastanesine ikinci sıklıkta (%15,8) başvuru nedenini oluşturmuştur (9). Ancak kamu hastanesine ve özel hastaneye başvuran AV'li hastaların yaşam kalitesini karşılaştıran herhangi bir çalışma literatürde bulunamamıştır. Çalışmamızda kamuya ait bir hastaneye ve özel bir hastaneye başvuran AV'li hastalarda Skindeks 29 ölçeğini kullanarak yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntemler

Haziran-Eylül 2014 tarihleri arasında Muğla ilinde kamu hastanesine başvuran AV tanısı alan 80 hasta ve özel bir hastaneye başvuran AV tanısı alan 80 hasta olmak üzere toplam 160 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma için etik kurul onayı alınmıştır. Hastalar çalışma hakkında sözlü olarak bilgilendirilmiş ve katılım için yazılı onayları alınmıştır. Hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, hastalık süresi ve daha önce aldıkları tedaviler sorgulanarak kaydedilmiştir.

Çalışma kapsamına genel sağlık durumu iyi, fizik muayene sonucunda hafif ve orta şiddetli (Pillsbury klasifikasyonuna göre sınıf 2 ve sınıf 3 olanlar) (10) AV tanısı konan 14-40 yaş arası kadın ve erkek hastalar alınmıştır. Pillsbury klasifikasyonuna göre sınıf 4 (şiddetli-2'den fazla nodül) AV tanısı konan, son 1 aydır sistemik antibiyotik veya steroid, son 3 aydır oral kontraseptif, son 6 aydır sistemik retinoik asit ve son 15 gündür topikal akne preparatı kullanan, gebelik, laktasyon, hirsutizm ve adet düzensizliği olan hastalar çalışma kapsamına alınmamıştır.

Çalışmaya katılan tüm hastalara araştırmacılar tarafından 29 sorudan oluşan dermatolojiye özel yaşam kalite ölçeği olan Skindeks-29 skalasının Türkçe versiyonu uygulanmıştır (11-13). Ölçek, semptom, fonksiyon ve emosyon skalalarından oluşmaktadır. Ölçekte 1, 7, 10, 16, 19, 24, 27 nolu sorular semptom, 2, 4, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 29, 30 nolu sorular fonksiyon, 3, 6, 9, 12, 13, 15, 21, 23, 26, 28 nolu sorular emosyon skalasını oluşturmaktadır. Ölçekteki cevaplar "a- Hiçbir zaman: 0, b- Nadiren: 25, c- Bazen: 50, d- Sıklıkla: 75, e- Her zaman: 100" olacak şekilde lineer skalaya çevrilerek semptom, fonksiyon ve emosyon skalalarının ortalaması elde

edilmiştir. Her bir skala ortalaması, skaladaki sorulara verilen cevaplar toplanıp ilgili skaladaki soru sayısına bölünerek hesaplanmıştır. Skindeks-29'un semptom, fonksiyon ve emosyon skalalarındaki sorulara verdikleri cevaplar ayrı ayrı incelenmiştir. "Hiçbir zaman" cevabı "hayır" olarak değerlendirilirken, "nadiren", "bazen", "sıklıkla" ve "her zaman" cevapları "evet" olarak değerlendirilmiştir. Yüksek skor daha kötü yaşam kalitesini göstermektedir (14).

İstatistiksel Analiz

Veri tabanının oluşturulmasında ve istatistiksel analizlerde "SPSS for Windows 20,0" istatistik programı kullanılmıştır. Ölçekten elde edilen ortalamaların normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ve Lilliefors testi ile tespit edilmiştir. Kantitatif verilerin ortalamalarının karşılaştırılmasında, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ve tek yönlü varyans analizi, kalitatif verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher'in kesin testi, Pearson ki-kare kullanılmıştır.

Bulgular

Özel hastaneye başvuran olguların %81,2'si (n=65) kadın, %18,8'i (n=15) erkektir. Kamu hastanesine başvuran olguların %53,8 (n=43) kadın, %46,2'si (n=37) erkektir. Özel hastane ile kamu hastanesine başvuran AV'li hastalarda cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,000). Özel hastaneye başvuranların %37,5'i (n=30) 14-19 yaş grubunda, %62,5'i (n=50) 20 yaş ve üzerindedir. Kamu hastanesine başvuranların %65'i (n=52) 14-19 yaş grubunda, %35'i (n=28) 20 yaş ve üzerindedir. Özel hastane ile kamu hastanesine başvuran AV'li hastalarda yaş grubu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,000). Eğitim durumuna bakıldığında; özel hastaneye başvuran olguların %62,5'i (n=50) yüksekokul ve üniversite mezunu, %35'i (n=28) ilkokul, ortaokul ve lise mezunu iken, %2,5'in (n=2) eğitim durumu belirlenememiştir. Kamu hastanesine başvuranların ise %55'i (n=44) ilkokul, ortaokul ve lise mezunu, %45'i (n=36) yüksekokul ve üniversite mezunudur. Özel hastane ile kamu hastanesine başvuran AV'li hastalarda eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,020) (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklerine göre kamu hastanesine ve özel hastaneye başvuran akne vulgarisli hastaların dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Kamu n/%	Özel n/%	p
Cinsiyet			
Kadın	43/53,8	65/81,2	0,000*
Erkek	37/46,2	15/18,8	
Yaş			
14-19	52/65,0	30/37,5	0,000*
20 ve üzeri	28/35,0	50/62,5	
Eğitim Durumu			
İlkokul, ortaokul, lise	44/55,0	28/35,0	
Yüksekokul, üniversite	36/45,0	50/62,5	0,020**
Belirlenemeyen	0/0,0	2/2,5	

*: Fisher'in kesin testi, **: Pearson ki-kare testi

Çalışmamızda 160 AV'li hastanın %67,5'i (n=108) kadın, %32,5'i (n=52) erkek olup, %51,2'si (n=82) 14-19 yaş, %48,8'i (n=78) 20 yaş ve üzerindedir. Hastaların, %53,8'i (n=86) yüksekokul ve üniversite mezunu, %45,6'sı (n=73) ilkokul, ortaokul ve lise mezunu, %0,6'sının (n=1) okur yazar olmadığı saptanmıştır.

Kadınlarda semptom, fonksiyon, emosyon skalaları skor ortalamaları sırasıyla 43,71±19,88; 32,14±19,88; 49,51±23,09 iken, erkeklerde sırasıyla 39,35±18,62; 28,16±22,42; 47,40±22,91 olarak bulunmuştur. Cinsiyetlerine göre skor ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). On dört-19 yaş grubunda semptom, fonksiyon, emosyon skalaları skor ortalamaları sırasıyla 41,19±20,56; 30,35±22,42; 50,06±24,46 iken, 20 yaş ve üzerinde sırasıyla 43,44±18,44; 31,37±18,98; 47,53±21,40 olarak gözlenmiştir. İlkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlarda semptom, fonksiyon, emosyon skalaları skor ortalamaları sırasıyla 41,16±20,52; 30,46±22,73; 51,49±24,84 iken, yüksekokul ve üniversite mezunu olanlarda ise 43,39±18,92; 31,43±19,25; 47,15±21,22 olarak saptanmıştır. Eğitim durumlarına göre skor ortalamaları açısından yüksekokul mezunu olanlarda ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlara göre fonksiyon ve emosyon skalaları skor ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 2).

Semptom, fonksiyon ve emosyon skalalarına ait her bir soru için hastaların verdikleri cevaplar, özel ve kamu hastaneleri açısından değerlendirilmiş olup Tablo 3'te gösterilmiştir. Semptom skalasına ait 'Derim tahriş oluyor', 'Deri problemimde kanamalar oluyor' sorularında özel hastane ile kamu hastanesindeki AV'li hastalar arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,003, p=0,002) (Tablo 3).

Özel hastaneye başvuran AV'li hastaların semptom skalası skor ortalaması 45,17±19,03, fonksiyon skalası skor ortalaması 31,68±19,44, emosyon skalası skor ortalaması 46,90±20,50 olarak bulunmuştur. Kamu hastanesine başvuran hastalarda skalaları skor ortalamaları sırasıyla 39,41±19,71; 30,01±22,08; 50,75±25,20'dir. Çalışmamızda özel hastanedeki hastaların semptom ve fonksiyon skalaları skor ortalamaları kamu hastanesine göre yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kamu hastanesindeki hastaların ise emosyon skalaları skor ortalaması özel

hastaneye göre yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p>0,05) (Tablo 4).

Tartışma

AV pilosebase ünitenin kronik enflamatuvar bir deri hastalığıdır. Her yaş grubunda görülmele birlikte özellikle adolesan dönemde görülür. Hastaların %85'inde pik yaşı 12-24 yaş arasındadır (15,16). Sebep olduğu kozmetik sorunlar nedeniyle yaş, cinsiyet ve hastalık şiddetinden bağımsız olarak hastalarda önemli fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklara yol açabilir (15). AV psoriasisten sonra yaşam kalitesinin en çok etkilendiği deri hastalıklarından biri olmuştur (2). AV'de yaşam kalitesini değerlendiren çeşitli ölçekler bulunmaktadır (17). Skindeks-29 ölçeği de bunlardan birisidir (13).

Çalışmamızda özel hastaneye başvuran kadın olgular (%81,2) özel hastanedeki erkek olgulara göre daha fazla idi. Bu bulgumuz hasta profillerinin araştırıldığı çalışmayla uyumlu olarak saptanmıştır (9). Özel hastaneye başvuran AV'li olguların çoğu 20 yaş ve üzerinde, kamu hastanesine başvuran olguların çoğu ise 14-19 yaş grubundaydı. Eğitim durumu açısından da özel hastaneye başvuran olguların çoğu yüksekokul ve üniversite mezunuydu. Bu durum bize özel hastaneyi tercih eden AV'li hastaların daha çok eğitim düzeyi yüksek olan 20 yaş ve üzerinde kadın olgular olduğunu göstermektedir.

Jones-Caballero ve ark.'nın (18) 1878 AV'li hastada yaptıkları çalışmada; hastaların emosyon skalası skor ortalaması semptom ve fonksiyon skalaları skor ortalamalarına göre yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışmada ve Kırkağaç ve ark.'nın (14) yaptıkları çalışmada; kadınlarda erkeklere göre tüm skor ortalamaları yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda tüm AV'li hastalar değerlendirildiğinde, emosyon skalası skor ortalamasının semptom ve fonksiyon skalaları skor ortalamalarına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Kadınlarda ise tüm skor ortalamaları erkek hastalara göre yüksek bulunmuştur. Bu sonuçların Jones-Caballero ve ark.'nın (18) ve Kırkağaç ve ark.'nın (14) yaptıkları çalışmaların sonuçları ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Kobayashi ve ark.'nın (19) AV'li hastada yaptıkları çalışmada; Skindeks-29 ölçeği kullanılmış olup tedavi öncesi skorlara bakılmıştır. Çalışmamızda her iki hastanedeki emosyon skoru ortalamaları Kobayashi ve ark.'nın (19) yaptıkları çalışmaya

Tablo 2. Cinsiyet, yaş ve eğitim durumuna göre Skindeks-29 skalaları skor ortalamalarının dağılımı

	Semptom		Fonksiyon		Emosyon	
	Ortalama/Standart sapma	p*	Ortalama/Standart sapma	p*	Ortalama/Standart sapma	p*
Cinsiyet						
Kadın	43,71±19,88		32,14±19,88		49,51±23,09	
Erkek	39,35±18,62	0,178	28,16±22,42	0,278	47,40±22,91	0,588
Yaş Grubu						
14-19	41,19±20,56		30,35±22,42		50,06±24,46	
20 ve üzeri	43,44±18,44	0,467	31,37±18,98	0,755	47,53±21,40	0,487
Eğitim Durumu						
İlkokul, ortaokul, lise	41,16±20,52		30,46±22,73		51,49±24,84	
Yüksekokul, üniversite	43,39±18,92	0,245	31,43±19,25	0,033	47,15±21,22	0,034

*: t-testi

göre daha düşük olarak bulunmuştur. Bu durum Kobayashi ve ark.'nın (19) çalışmasına göre çalışmamızdaki hastaların yaşam kalitesinin emosyonel açıdan daha az etkilendiğini düşündürmektedir.

Sukan ve Maner'in (20) vitiligolu ve ürtikerli hastalarda yaptıkları çalışmada; vitiligolu hastalarda semptom

skalası skor ortalaması 15,93±15,17, fonksiyon skalası skor ortalaması 22,29±22,53, emosyon skalası skor ortalaması 40,75±26,95, ürtikerli hastalarda ise, semptom skalası skor ortalaması 37,93±15,12, fonksiyon skalası skor ortalaması 26,21±17,33, emosyon skalası skor ortalaması 30,65±19,47 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hem özel hastaneye hem de kamu hastanesine başvuran AV'li hastaların semptom,

Tablo 3. Çalışmaya katılanların Skindeks-29 ölçeğindeki sorulara verdikleri yanıtların hastanelere göre dağılımı

Skindeks-29 ölçeği	Özel hastane n/%	Kamu hastanesi n/%	p*
Semptom			
Derim acıyor	72/51,8	67/48,2	0,349
Deri problemimde yanma ve batma hissediyorum	71/55,0	58/45,0	0,150
Derim kaşınıyor	74/52,9	66/47,1	0,092
Su deri problemimi rahatsız ediyor	32/53,3	28/46,7	0,624
Derim tahriş oluyor	77/54,6	64/45,4	0,003
Derim hassas	77/51,0	74/49,0	0,495
Deri problemimde kanamalar oluyor	70/56,9	53/43,1	0,002
Fonksiyon			
Deri rahatsızlığım uyku kalitemi etkiliyor	45/52,9	40/47,1	0,526
Deri rahatsızlığım çalışmamı ve hobilerimle uğraşmamı güçleştiriyor	60/50,8	49,2/49,2	0,858
Deri rahatsızlığım sosyal hayatımı etkiliyor	66/50,4	65/49,6	1,000
Deri rahatsızlığım yüzünden evde kalmayı tercih ediyorum	55/53,9	47/46,1	0,250
Deri rahatsızlığım sevdiğimle yakınlaşmama engel oluyor	51/52,6	46/47,4	0,518
Deri rahatsızlığım yüzünden birçok şeyi yalnız yapmayı tercih ediyorum	50/51,5	47/48,5	0,746
Deri rahatsızlığım duygularımı ifade etmemi güçleştiriyor	46/53,5	40/46,5	0,428
Deri rahatsızlığım diğer insanlarla ilişkilerimi etkiliyor	57/55,9	45/44,1	0,070
Deri rahatsızlığım sevdiğim insanlar için problem oluyor	47/55,3	38/44,7	0,205
Deri rahatsızlığım diğer insanlarla birlikte olma isteğimi azaltıyor	61/55,5	49/44,5	0,060
Deri rahatsızlığım cinsel hayatımı etkiliyor	18/48,6	19/51,4	1,000
Deri rahatsızlığım beni yoruyor	67/52,8	60/47,2	0,241
Emosyon			
Deri rahatsızlığımın ciddi olabileceğinden endişe ediyorum	72/50,3	71/49,7	1,000
Deri rahatsızlığım yüzünden kendimi depresif hissediyorum	69/52,7	62/47,3	0,218
Deri rahatsızlığımın iz bırakmasından endişe ediyorum	79/50,3	78/49,7	1,000
Deri rahatsızlığımdan dolayı utanıyorum	62/53,9	53/46,1	0,159
Deri rahatsızlığımın daha kötüye gitmesinden dolayı endişe ediyorum	73/49,0	76/51,0	0,534
Deri rahatsızlığımdan dolayı kızgıyım	67/53,6	58/46,4	0,125
Deri rahatsızlığımdan dolayı mahcubiyet duyuyorum	59/52,2	54/47,8	0,488
Deri rahatsızlığım yüzünden çaresiz kaldığımı, cesaretimin kırıldığını hissediyorum	53/52,0	49/48,0	0,622
Deri rahatsızlığım yüzünden kendimi küçük düşmüş hissediyorum	51/56,0	40/44,0	0,110
Deri rahatsızlığım beni rahatsız ediyor	74/49,0	77/51,0	0,495

*: Fisher'in kesin testi

Tablo 4. Skindeks-29 skalaları skor ortalamalarının hastanelere göre dağılımı

Skindeks-29 skalaları	Özel hastane	Kamu hastanesi	p*
Semptom	45,17±19,03	39,41±19,71	0,062
Fonksiyon	31,68±19,44	30,01±22,08	0,612
Emosyon	46,90±20,50	50,75±25,20	0,292

*: t-testi

fonksiyon, emasyon skalaları skor ortalamaları Sukan ve Maner'in (20) çalışmasına göre yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar bize AV'li hastaların yaşam kalitesinin vitiligo ve ürtikerli hastalara göre daha fazla etkilendiğini göstermektedir.

Vinding ve ark.'nın (21) hidradenitis süpürativalı, psoriasisli, AV'li, el ekzematı ve atopik dermatitli hastaları değerlendirdikleri çalışmada tüm hastalık gruplarında en yüksek emasyon skalası skor ortalaması AV'li hasta grubunda saptanmıştır. Çalışmamız da her iki hastane grubunda en yüksek emasyon skalası skor ortalaması bulunmuştur. Bunu sırasıyla semptom ve fonksiyon skalaları skor ortalamaları izlemektedir. Bizim çalışmamızın sonuçlarının Vinding ve ark.'nın (21) yaptıkları çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda AV'li kadınların erkeklere nazaran emasyon, fonksiyon ve semptomatik olarak daha çok etkilendiği, yaş dağılımına göre incelediğimizde 20 yaş üstü olgularda fonksiyonel ve semptom olarak daha çok etkilenirken, 14-19 yaş grubu emasyonel açıdan etkilendiği izlenmiştir, fakat aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yüksekokul mezunu olanlar da fonksiyonel ve emasyonel olarak daha çok etkilenmiştir ve ilkökul mezunu olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmüştür. Dolayısıyla AV'li hastalarda eğitim düzeyinin; günlük aktivite ve diğer insanlarla ilişkilerini, anksiyete ve depresyon durumunu etkileyen bir faktör olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kamu hastanesine ve özel hastaneye başvuran AV'li hastalarda emasyon skalası skor ortalamasının en yüksek skor ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Bu da AV'li hastalarda yaşam kalitesinin emasyonel açıdan daha fazla etkilendiğini düşündürmektedir. Çalışmamızda 14-19 yaş grubundaki AV'li hastalar, emasyon skalası skor ortalamasının en yüksek olduğu yaş grubudur. Adolesan dönem endişe, kızgınlık, tedirginlik gibi duyguların yoğun yaşandığı bir dönem olduğu için özellikle hastaların bu dönemde emasyonel açıdan daha fazla etkilendiklerini düşünmekteyiz.

Sonuç

İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte çalışmamızda özel hastaneye başvuran AV'li hastaların semptom ve fonksiyon skalaları skor ortalamaları kamu hastanesine başvuran AV'li hastalara göre yüksek bulunmuştur. Kamu hastanesindeki AV'li hastaların ise emasyon skalaları skor ortalaması özel hastanedeki hastalara göre yüksek olarak saptanmıştır. Bu durum özel hastanedeki AV'li hastaların yaşam kalitesinin semptom ve fonksiyon açısından daha fazla etkilendiğini, kamu hastanesindeki hastaların ise emasyonel açıdan daha fazla etkilendiğini düşündürse de bariz bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamız AV'li hastaların yaşam kalitesinin hastanelere göre karşılaştırılmasında pilot çalışma olarak değerlendirilmelidir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışma için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır, Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: Asude Kara, Aslıhan Kırkağaç, Dizayn: Asude Kara, Emine Tuğba Alataş, Metin Pıçakçefe, Veri Toplama veya İşleme: Asude Kara, Aslıhan Kırkağaç, Analiz veya Yorumlama: Asude Kara, Emine Tuğba Alataş, Gürsoy Doğan, Metin Pıçakçefe, Literatür Arama: Asude Kara, Aslıhan Kırkağaç, Emine Tuğba Alataş, Yazan: Asude Kara, Emine Tuğba Alataş.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Nijsten T, Sampogna F, Abeni D. Categorization of Skindex-29 scores using mixture analysis. *Dermatology* 2009;218:151-4.
2. Weldon D. Quality of life in patients with urticaria and angioedema: assessing burden of disease. *Allergy Asthma Proc* 2014;35:4-9.
3. Demirçay Z, Şenol A, Seçkin D, et al. Akne vulgarisli hastalarda akne yaşam kalite ölçeğinin Türkçe güvenilirlik çalışması. *Türkderm* 2006;40:94-7.
4. Çelik T, Akman A, Karaman T, et al. Alopesi areata ve akne vulgarisin ruhsal durum üzerine etkileri. *Turk J Dermatol* 2010;4:4-8.
5. Bull R, Rumsey N. The social psychology of facial appearance. New York: Springer Verlag; 1988.
6. Tuong W, Wang AS, Armstrong AW. Effect of Automated Online Counseling on Clinical Outcomes and Quality of Life Among Adolescents With Acne Vulgaris: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol* 2015;151:970-5.
7. Durai PC, Nair DG. Acne vulgaris and quality of life among young adults in South India. *Indian J Dermatol* 2015;60:33-40.
8. Guerra-Tapia A. Effects of benzoyl peroxide 5% clindamycin combination gel versus adapalene 0.1% on quality of life in patients with mild to moderate acne vulgaris: a randomized single-blind study. *J Drugs Dermatol* 2012;11:714-22.
9. Adışen E, Gürer MA, Ö K. Dermatoloji Hasta Profili. *Türkderm* 2008;42:82-6.
10. Pillsbury DM, Shelley WB, AM K. *Dermatology*. Philadelphia: WB Saunders; 1956.
11. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, et al. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol* 1996;107:707-13.
12. Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, et al. Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997;133:1433-40.
13. Aksu AE, Urer MS, Sabuncu I, et al. Turkish version of Skindex-29. *Int J Dermatol* 2007;46:350-5.
14. Kırkağaç A, Saraçoğlu ZN, Aksu AEK. Akne vulgaris tedavisinde topikal klindamisin ve %5 benzoil peroksit ile nadifloksasin ve %5 benzoil peroksit kombinasyonunun tedavideki etkinliğinin ve güvenilirliğinin ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Türkderm* 2015;49:54-9.
15. Kayhan S, Sabuncu I, Saraçoğlu ZN, et al. Akne vulgaris tedavisinde oral azitromisin ile topikal adapalene ve oral doksisisiklin ile topikal adapalene etkinliğinin ve güvenirliliğinin karşılaştırılması ve bu tedavilerin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin ölçülmesi. *Türkderm* 2012;46.
16. Zaenglein AL, DM T. *Acne vulgaris*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p. 545-59.
17. Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide Yaşam Kalitesi. *Türkderm* 2003;37:16-23.
18. Jones-Caballero M, Chren MM, Soler B, et al. Quality of life in mild to moderate acne: relationship to clinical severity and factors influencing change with treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:219-26.
19. Kobayashi M, Kabashima K, Nakamura M, et al. Effects of oral antibiotic roxithromycin on quality of life in acne patients. *J Dermatol* 2009;36:383-91.
20. Sukan M, Maner F. Vitiligo ve kronik ürtiker hastalarında yaşam kalitesi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006;7:76-81.
21. Vinding GR, Knudsen KM, Ellervik C, et al. Self-reported skin morbidities and health-related quality of life: a population-based nested case-control study. *Dermatology* 2014;228:261-8.



Gülcan Saylam
Kurtipek,
Fatma Gökşin
Cihan*,
Arzu Ataseven**,
İlkay Özer,
Zeynep Can
Turhan***

On Sekiz Yaş Üzeri Kadınların Genital Verru, Servikal Kansere ve Human Papilloma Virüs Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları

The Knowledge, Attitude and Behaviours of Women above 18 Years Old about Genital Warts, Cervical Cancer and Human Papilloma Virus Vaccination

Öz

Amaç: Bu çalışma kadınların genital verru, servikal kanser ve human papilloma virüs (HPV) aşısı hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntemler: Tanımlayıcı, kesitsel olarak planlanan bu çalışmada, dermatoloji polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üzeri kadınlar çalışmaya alındı. Genital verru, servikal kanser, servikal sürüntü testi, korunma yöntemi, HPV aşısı ve eğitime yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla 543 kadına 19 sorudan oluşan bir anket formu doldurtuldu. Elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programı ile değerlendirildi.

Bulgular: Genital HPV hakkında yalnızca %16,6'sının (n=90) bilgisi varken bilgisi olan katılımcıların sadece %38,9'unun (n=35) genital siğilin tedavisi hakkında bilgisi vardı. Genital HPV hakkında bilgisi olan kadınların %61,1'inin (n=55) servikal kanser hakkında bilgisi varken, %56,7'si (n=51) genital siğilin servikal kansere neden olabileceğini biliyordu. Katılımcıların %25,8'i (n=140) vajinal sürüntü testini biliyordu ve %16,9'u (n=92) daha önce sürüntü testi yaptırmıştı. Genital HPV hakkında bilgisi olan kadınların sadece %26,7'si (n=24) genital siğilden korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi idi. Genital HPV hakkında bilgisi olan katılımcıların %40'ı (n=36) prezervatifin bulaştıran koruyucu olduğunu düşünüyordu. Katılımcıların %68'i (n=369) HPV aşısını duymamıştı.

Sonuç: Çalışma sonuçları katılımcıların genital verru, servikal kanser, korunma yöntemleri, tarama metotları ve HPV aşısı hakkında bilgi düzeylerinin çok düşük olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Genital verru, servikal kanser, human papilloma virüs aşısı, bilgi, tutum, kadın

Abstract

Objective: This study aims to evaluate the knowledge and attitudes of women on genital warts, cervical cancer and human papilloma virus (HPV).

Methods: Women aged 18 years old and over, admitting dermatology outpatient clinics of Konya Training and Research Hospital for any reason, were included in this cross sectional descriptive study. A 19-question survey was administered to 543 women to evaluate their knowledge and attitudes on genital warts, cervical cancer, smear test, protection methods, HPV vaccination and education. The collected data were analyzed by SPSS 21.0.

Results: Only 16.6% (n=90) of the participants had information about genital HPV, among them only 38.9% (n=35) had information about the treatment of genital warts. While 61.1% of women having knowledge about genital HPV (n=55) knew about cervical cancer, 56.7% (n=51) knew genital warts might cause cervical cancer. 25.8% (n=140) knew of vaginal smear test while 16.9% (n=92) had a smear test before. Only 26.7% of women with genital HPV knowledge (n=24) knew prevention methods of genital warts. 40.0% of them (n=36) believed that condoms can protect them from genital HPV. 68% (n=369) had never heard of HPV vaccination.

Conclusion: The study results showed that information level of the focus group is quite low about genital warts, cervical cancer, protection methods, screening methods, and HPV vaccination.

Keywords: Genital warts, cervical cancer, human papilloma virus vaccination, information, attitude, woman

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Konya, Türkiye

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

**Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

***Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Konya, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Gülcan Saylam Kurtipek, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Konya, Türkiye
Tel.: +90 332 324 31 18
E-posta: gsaylamkurtipek@yahoo.com
Geliş Tarihi/Submitted: 12.02.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 15.02.2016

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji Derneği Makale metnine www.turkdermatolojidergisi.com web sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society of Dermatology - Available on-line at www.turkdermatolojidergisi.com

Giriş

Human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıkların başında gelmektedir. Cinsel olarak aktif kadın ve erkekler HPV enfeksiyonu ve ilişkili olduğu genital verru ve kanser için risk altındadırlar. HPV enfeksiyonu, cinsel aktivitenin başladığı ilk iki yıl içinde en yaygın olarak görülür. Cinsel yaşamın erken yaşlarda başlaması ve birden çok cinsel partnerin olması da HPV enfeksiyon insidansını ve dolayısıyla servikal kanser insidansını artırmaktadır. Servikal kanser önlenabilir bir hastalıktır ve yaklaşık olarak hastalığın %70'inden HPV 16 ve 18 sorumludur. HPV deri teması ile geçer ve kondom bu geçişi azaltabilir, ancak tamamen HPV geçişini önleyemez (1,2). Toplumun, HPV enfeksiyonu, geçiş şekli, servikal kanser, korunma yöntemleri ve HPV aşısı hakkında bilgisi sınırlıdır (3,4). Toplum tarafından, yüksek oranda kansere neden olabilen bir etkenin ve korunma yöntemlerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir ki Türkiye'deki HPV prevalansı %2 ile %20 arasındadır (5). Türkiye'deki kadın cinsiyette görülen kanser sıralamasında servikal kanser dokuzuncu sırada yer almaktadır (6). Servikal kanser önlenabilir bir hastalıktır ve neden başlıca HPV'nin onkojenik türleridir. HPV enfeksiyonu en sık 16-20 yaşlarında görülür (7-9). Enfeksiyon çoğunlukla kendiliğinden iyileşir, ancak bazen tam olarak iyileşmez ve yıllarca o bölgede kalarak servikte prekanseröz lezyonların oluşumuna yol açabilir. Bu durum uygun bir şekilde tedavi edilmezse 20-30 yıl zarfında serviks kanserine dönüşebilir (10). "Pap smir", servikste hücre düzeyindeki değişiklikleri tespit eden bir tarama metodudur ve servikal kanserden korunmada temel olarak kullanılan bir yöntemdir. Kadınların belli aralıklarla servikal taramalardan geçmesi gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki tarama programlarının başarılı bir şekilde yürütülmesi ile hastalık cerrahi aşamasına gelmeden yakalanmakta ve gelişmekte olan ülkelerdeki 2. ve 3. sıradaki yeri gelişmiş ülkelerde 10. sıraya gerilemektedir (11-14).

Genital siğil ve serviks kanserinden korunmada, cinsel yolla geçiş gösteren hastalıklara karşı korunma (kondom kullanma vb.), sigarayı bırakma, premalin lezyonların etkin takip ve tedavisi ve son yıllarda HPV'ye karşı geliştirilen aşılarda önem arz etmektedir. Tüm dünyada servikal kanseri önlemek amacıyla aşı çalışmaları yapılmış ve bazı aşılarda geliştirilmiştir (15).

Servikal kanserden korunmak için öncelikle en önemli etkenlerden olan HPV'nin toplum tarafından iyi bilinmesi, taramaların zamanında yapılması, koruyucu önlemlerin alınması ve kız çocuklarının erken dönemde aşılanması gerekmektedir (16).

Çalışmamızın amacı dermatoloji polikliniğine başvuran kadınların HPV enfeksiyonu, korunma yöntemleri, servikal kanser ve sürüntü testi, HPV aşısı hakkında bilgi ve farkındalıklarını değerlendirmektir.

Yöntemler

Kesitsel tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmaya, dermatoloji polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran ve 18 yaş üzeri kadınlardan çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edildi. %95 doğrulukla örneklem büyüklüğü en az 500 kadın olarak belirlendi. Aktif psikiyatrik hastalığı olan, okuma-yazması olmayan ve zihinsel gelişme problemleri

olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma için yerel etik kurul onayı alındı. Tüm hastalardan yazılı ve sözlü onam alınarak, hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanan, sosyodemografik özellikler, genital verru, tedaviler, korunma yöntemleri, tarama metodu, HPV aşısı ve eğitim ile ilgili, araştırmacılar tarafından literatürdeki benzer çalışmalar gözden geçirilerek hazırlanan 19 soruyu içeren bir anket formu dolduruldu. Bu form ile; katılımcıların HPV'yi duyup duymadıkları, bulaşma yolları, sebep olduğu hastalıklar, HPV hakkındaki bilgileri nereden aldıkları, korunma yöntemleri, HPV aşısını duyup-duymadıkları, kızlarına yaptırmak isteyip istemedikleri ve eğitim ihtiyaçları sorgulanmıştır. Anket formundaki cevaplar evet, hayır ve fikrim yok şeklinde üç şikitten oluşmaktaydı.

Uygulama öncesinde hekim tarafından tüm katılımcılara araştırmanın amacı ve anketlerin nasıl doldurulacağı hakkında açıklama yapılmış ve anket formlarının doldurulması yaklaşık 15-30 dakika sürmüştür.

Elde edilen veriler "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS Inc, Chicago, USA) 21.0 paket programı ile değerlendirildi ve tanımlayıcı, frekans, merkezi dağılım ve yaygınlık ölçütleri ve karşılaştırmalar için ki kare, korelasyon analizleri yapıldı. Bu analizlerde $p < 0,05$ düzeyi anlamlı kabul edildi.

Bulgular

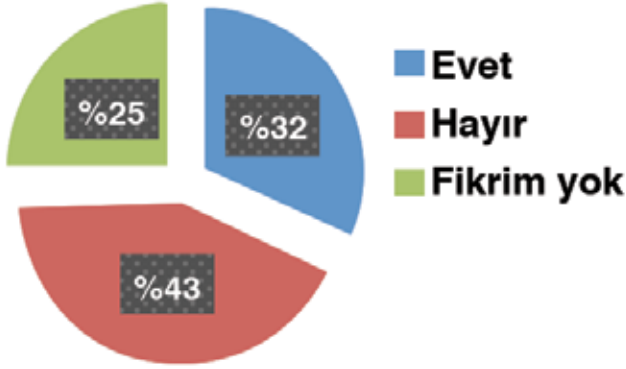
Çalışmaya katılan 543 kadının yaş ortalaması $31,92 \pm 10,90$ idi. Katılımcıların %40,5'i (n=220) ilkököl, %13,1'i (n=71) ortaokul, %17,5'i (n=95) lise, %28,9'u (n=157) üniversite mezunuydu. %61,7'si (n=335) evli, %38,3'ü (n=208) bekarıdı. Genital HPV hakkında %16,6'sının (n=90) bilgisi var iken, %83,4'ünün (n=453) bilgisi yoktu. Bilgisi olanların %25,6'sı (n=23) medyadan, %50'si (n=45) sağlık kuruluşlarından, %13,3'ü (n=12) aile bireylerinden, %11,1'i (n=10) eğitim kurumlarından bilgi edinmişti. Bilgisi olan katılımcıların %38,9'unun (n=35) genital siğilin tedavisi hakkında da bilgisi vardı. Genital HPV hakkında bilgisi olan kadınların %61,1'inin (n=55) servikal kanser hakkında bilgisi vardı, %56,7'si (n=51) genital siğilin servikal kansere neden olabileceğini biliyordu.

Katılımcıların sadece %25,8'i (n=140) vajinal sürüntü testini biliyordu ve %16,9'u (n=92) daha önce sürüntü testi yaptırmıştı. Genital HPV hakkında bilgisi olanların %27,8'i (n=25) daha önce sürüntü testi yaptırmıştı. Genital HPV hakkında bilgisi olan kadınların sadece %26,7'si (n=24) genital siğilden korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi idi. Genital HPV hakkında bilgisi olan katılımcıların %40'ı (n=36) prezervatifin bulaştıran koruyucu olduğunu düşünüyordu. Diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkları (sifiliz, hepatit C ve AIDS) tüm katılımcıların %69,1'i (n=375), genital HPV hakkında bilgisi olan kadınların %81,1'i (n=73) biliyordu. Katılımcıların HPV aşısı farkındalığı ile ilgili bilgileri Tablo 1'de görülmektedir. Katılımcıların kızlarına aşı yaptırmaya ile ilgili yaklaşımları Grafik 1'de görülmektedir.

Yaş, medeni durum ve eğitim düzeyleri ile genital siğil hakkında bilgi sahibi olmanın ve tedavisini bilmenin istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi yoktu ($p > 0,05$). Eğitim düzeyleri ile vajinal sürüntü testini bilmek arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yokken ($p = 0,62$) hem medeni durum hem de yaş

ile vajinal sürüntü testini bilme arasında istatistiksel açıdan çok anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$). Daha önce sürüntü testi yaptırmaya ile eğitim, medeni durum ve yaş arasında

Kızınıza HPV aşısı yaptırır mısınız?



Grafik 1. Katılımcıların kızlarına aşı yaptırmaya ilişkin düşünceleri

HPV: Human papilloma virüs

da istatistiksel açıdan çok anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$). Genital siğilin kansere neden olabileceğini bilme ile eğitim düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi yokken, yaş ve medeni durumla istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,05$) (Tablo 2).

Katılımcıların yaş ve eğitim düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r=0,531$, $p<0,001$). Katılımcıların yaş ve medeni durumları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r=0,526$, $p<0,001$). Katılımcıların yaş, eğitim ve medeni durumları ile bilgi ve yaklaşımlarının korelasyon analizi Tablo 3'te görülmektedir.

Tartışma

Bu çalışmada 18 yaş üzeri kadınların genital verru, servikal kanser, sürüntü testi, korunma yöntemi, HPV aşısı ve eğitime yönelik bilgi ve tutumları değerlendirildi. Çalışmaya katılanların büyük bir bölümünün genital verrukayı tanımadıklarını, HPV virüsünün servikal kansere neden olduğunu bilmediklerini tespit edildi. Yine büyük bir oranda katılımcıların servikal kanserden korunma yöntemi ve başarı oranları hakkında bilgi sahibi olmadıkları

Tablo 1. Human papilloma virüs aşısı farkındalığı

	Evet n (%)	Hayır n (%)
HPV aşısını duydunuz mu?	174 (%32)	369 (%68)
HPV aşısı oldunuz mu?	14 (%2,6)	529 (%97,4)
HPV aşısının servikal kanserden koruduğunu biliyor musunuz?	57 (%10,5)	486 (%89,5)
Daha önce HPV enfeksiyonu, HPV aşısı ve servikal kanser hakkında eğitim aldınız mı?	18 (%3,3)	525 (%96,7)
HPV enfeksiyonu, HPV aşısı ve servikal kanser hakkında eğitim almak ister misiniz?	376 (%69,2)	167 (%30,8)

HPV: Human papilloma virüs

Tablo 2. Human papilloma virüs ile ilgili bilgilerinin yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi ile ilişkisi

	p değeri		
	Eğitim düzeyi	Medeni durum	Yaş
Genital siğil hakkında bilginiz var mı?	0,127	0,409	0,098
Genital siğil tedavisi hakkında bilginiz var mı?	0,367	0,484	0,252
Vajinal sürüntü testini biliyor musunuz?	0,608	<0,001	<0,001
Daha önce vajinal sürüntü testi yaptırdınız mı?	0,005	<0,001	<0,001
Genital siğilin servikal kansere neden olabileceğini biliyor musunuz?	0,499	0,020	0,029
Genital siğilden korunma yöntemlerini biliyor musunuz?	0,418	0,538	0,862
Kondom genital siğilden %100 korur mu?	0,027	0,002	0,889
Diğer CYBH (sifiliz, hepatit C, AIDS) biliyor musunuz?	<0,001	0,160	0,413
HPV aşısını duydunuz mu?	<0,001	0,019	0,081
HPV aşısı oldunuz mu?	0,868	0,234	0,170
HPV aşısının servikal kanserden koruyabildiğini biliyor musunuz?	0,064	0,962	0,055
Kızınıza HPV aşısı yaptırmayı düşünür müsünüz?	0,266	0,944	0,520
Daha önce HPV enfeksiyonu, HPV aşısı ve servikal kanser hakkında eğitim aldınız mı?	0,799	0,659	0,582
HPV enfeksiyonu, HPV aşısı ve servikal kanser hakkında eğitim almak ister misiniz?	0,062	0,698	0,007

HPV: Human papilloma virüs, CYBH: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

saptandı. Sifiliz, hepatit C ve AIDS gibi cinsel yolla geçen diğer hastalıklar hakkında katılımcıların bilgi düzeyleri yüksekti. Ancak %90'ı HPV aşısı ve aşının servikal kanserden koruyuculuğuna dair bilgiye sahip değildiler. Tüm bu konularla ilgili olarak da katılımcıların %69,2 oranında eğitim almak istediklerini saptadık.

Literatürde HPV, servikal kanser, "pap smir", HPV aşısı ve eğitim desteği ile ilgili konularda farklı çalışmaların bulunmasına (17-20) rağmen kadınların tüm bu konularla ilgili farkındalıklarını araştıran çalışma sayısı nadirdir.

Pınar ve ark.'nın (21) polikliniğe başvuran 471 kadına yaptıkları anket sonucuna göre bu kadınların %57,7'si aşığı duyduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada dikkat çeken bir diğer unsur da kadınların %42,9'unun serviks kanseri ile ilgili bilgiyi medya aracılığıyla, %25,7'sinin sağlık personelinden edindikleri, %72,6'sının ise bu bilgiyi yetersiz gördüklerini belirtmişlerdir.

Tarwireyi ve ark. (22) 2003 yılında hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada, %86,6'sının HPV'nin serviks kanseri için risk etmeni olduğunu bilmedikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise; HPV hakkında bilgisi olan olgulardan yalnızca %34,2'si HPV'nin serviks kanserine sebep olduğunu bilmektedir. Bütün katılımcılar göz önüne alındığında; HPV'nin serviks kanserine neden olduğunu bilenlerin oranı %6,8 gibi çok düşük bir oranda kalmıştır.

Ülkemizden Yilmazel ve Duman (23), üniversite birinci ve son sınıf öğrencilerinin genital HPV, servikal kanser ve HPV aşısı hakkında bilgi ve farkındalıklarını değerlendirdikleri çalışmada akademik derecenin servikal kanser hakkındaki bilgi düzeylerini etkilediğini, ancak yine de 1. sınıf ve 4. sınıftaki öğrencilerin her ikisinde de hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Diğer ülkelerde yine öğrenciler üzerine yapılan benzer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Kız öğrencilerden ileride kızlarına HPV aşısı yaptırmayı planlayanların düşük oranda oldukları saptanmıştır. Biz çalışmamızda; eğitim düzeyleri ile hastalık, korunma yöntemi ve aşı hakkındaki bilgi düzeyleri arasında bir ilişki tespit etmedik.

Ozsarekci ve ark.'nın (24) Türk pediatristler arasında yaptığı HPV ve immünizasyon ile ilgili bilgi ve farkındalık çalışmasında; katılımcıların çoğunluğunun HPV enfeksiyonunun cinsel yolla

geçen hastalık olarak bildiklerini ancak %51'inin kondomun enfeksiyona karşı korunmada %100 etkili bir yöntem olarak düşündüklerini saptamışlardır. Katılımcıların çoğunluğu (%75) kız çocuklarına HPV aşısını önerebileceklerini, bununla ilgili olarak da %71'inin HPV aşısının Ulusal Aşılama Programına dahil edilmesi hususunda hemfikir olduklarını tespit etmişlerdir (24). Çalışmamızda kadınların %43'ü kızlarına HPV aşısı yaptırmayı düşünmedikleri, %25'inin de net bir fikirlerinin olmadığını saptadık.

Gerend ve Magloire (25) üniversite öğrencilerinin HPV enfeksiyonu hakkında bilgi ve farkındalığını değerlendirdiği bir çalışmada, kadınların erkeklerden daha yüksek bilgi ve farkındalıkları saptanmış. Cinsel olarak aktif ve multipl partneri olanlarda daha yüksek oranda risk gözlemlenmiş. Daha genç katılımcıların ve erkeklerin bilgi düzeylerinin düşük olduğunu, Afrika/Amerikalı öğrencilerin HPV eğitimine daha ilgili olduklarını ve cinsel olarak aktif, birden fazla cinsel partneri olan kadınların HPV aşısına daha fazla ilgileri olduğunu tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda; genital siğilin servikal kansere neden olabildiğini bilme ile eğitim düzeyleri açısından bir ilişkisi yokken, yaş ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki vardı.

Kim (26), 19-60 yaş arası Koreli bireylerde yaptığı HPV enfeksiyonundan korunma üzerine bilgi, farkındalık ve davranış çalışmasında katılımcıların farkındalıklarının çok düşük olduğunu tespit etmiştir. Bunun yanı sıra kadınların erkeklerle göre daha fazla bilgiye sahip olduklarını saptamıştır. Bu çalışma ile Kim (26), Kore'deki genel toplumun HPV ve ilişkili servikal kanser hakkında çok düşük seviyede bilgi sahibi olduklarını ve katılımcıların %95'inin HPV hakkında eğitim ihtiyacının gerekli olduğunu belirttiklerini ortaya koymuştur. Biz de çalışmamızda kadınların %69,2'sinin genital verru, servikal kanser, korunma yöntemleri ve HPV aşısı hakkında eğitim almak istediklerini tespit ettik.

HPV aşısının koruyuculuğu açıkça ortaya konmasına rağmen yapılan araştırmalar genel toplumun bu konudaki bilgisinin sınırlı olduğunu göstermiştir. Bir çok çalışmada toplumun HPV aşısı hakkında çok fazla bilgi sahibi olmadığı gösterilmiştir (27-31). Çalışmamızın yalnızca kadınlarda ve sadece 3. basamak bir sağlık kuruluşunun dermatoloji polikliniğe başvuran olgu grubunda yapılmış

Tablo 3. Katılımcıların yaş, eğitim ve medeni durumları ile bilgi ve yaklaşımlarının korelasyonları

	Yaş		Eğitim		Medeni durum	
	r	p	r	p	r	p
Vajinal sürüntü bilme	0,259	0,000	0,213	0,000	0,213	0,000
Daha önce vajinal sürüntü testi yaptırma	0,338	0,000	0,305	0,000	0,305	0,000
Genital siğilden korunma bilgisi	0,033	0,442	0,034	0,434	0,034	0,434
Genital siğilin kanser neden olduğunu bilme	0,143	0,001	0,100	0,020	0,100	0,020
Kondom HPV'den korur	-0,017	0,687	0,114	0,008	0,114	0,008
Cinsel yolla bulaşan hastalık bilgisi	-0,012	0,779	-0,060	0,161	-0,060	0,161
HPV aşısını duyma	0,019	0,658	0,100	0,019	0,100	0,019
HPV aşısı yaptırma	0,068	0,111	0,63	0,142	0,063	0,142
Eğitim almak isteme	-0,029	0,495	0,017	0,698	0,017	0,698

HPV: Human papilloma virüs

olması araştırmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Bu sebeple sonuçlarımızın tüm Türkiye'ye genellenemeyeceği düşüncesindeyiz. HPV enfeksiyonu ve aşısı hakkında, Türkiye genelinde yapılacak daha geniş ölçekli çalışmalara gereksinim vardır.

Sonuç

Diğer çalışmalarla benzer şekilde biz de çalışmamızda kadınların büyük bir bölümünün genital HPV, bu etkenin servikal kansere neden olması, servikal kanserden korunma yöntemleri ve HPV aşısı hakkında bilgi düzeylerini düşük bulduk. Ancak çalışmamızda, katılımcıların çoğunluğunun önlenabilir bir hastalık olan servikal kanser ve korunma yöntemleri hakkında eğitim almak istedikleri sonucuna vardık. Bu amaçla toplum geneline ulaşılarak HPV enfeksiyonu, genital verru, servikal kanser ve aşılama ile ilgili seminerlerin verilmesi ve farkındalığın artırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Etik

Etik Kurul Onayı: Kurul onay no: 70632468-050.01.04/2015/181 ile alınmıştır, Hasta Onayı: Tüm hastalardan hasta onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: Gülcan Saylam Kurtipek, Fatma Gökşin Cihan, Dizayn: Gülcan Saylam Kurtipek, Fatma Gökşin Cihan, Arzu Ataseven, Veri Toplama veya İşleme: Gülcan Saylam Kurtipek, İlkay Özer, Zeynep Can Turhan, Analiz veya Yorumlama: Gülcan Saylam Kurtipek, Fatma Gökşin Cihan, Literatür Arama: Gülcan Saylam Kurtipek, Arzu Ataseven, İlkay Özer, Yazan: Gülcan Saylam Kurtipek, Fatma Gökşin Cihan.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Brentjens MH, Yeung-Yue KA, Lee PC, et al. Human papillomavirus: a review. *Dermatol Clin* 2002;20:315-31.
- Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol* 2006;24:2137-50.
- İlter E, Celik A, Haliloglu B, et al. Women's knowledge of Pap smear test and human papillomavirus: acceptance of HPV vaccination to themselves and their daughters in an Islamic society. *Int J Gynecol Cancer* 2010;20:1058-62.
- Türköl E, Güneş G, Özen G, et al. Kadınların serviks kanseri, pap smear ve HPV aşısı hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Medical Sciences* 2009;4:67-74.
- Cilingir IU, Bengisu E, Açağcıdan A, et al. Microarray detection of human papilloma virus genotypes among Turkish women with abnormal cytology at a colposcopy unit. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2013 14:23-7.
- Sengul D, Altınay S, Oksuz H, et al. Population-based cervical screening outcomes in Turkey over a period of approximately nine and a half years with emphasis on results for women aged 30-34. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15:2069-74.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55:74-108.

- Clifford GM, Smith JS, Plummer M, et al. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003;88:63-73.
- Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine* 2006;24 Suppl 1:S1-15.
- Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999;189:12-9.
- Demir ET, Ceyhan M, Simsek M, et al. The prevalence of different HPV types in Turkish women with a normal Pap smear. *J Med Virol* 2012;84:1242-7.
- Dursun P, Senger SS, Arslan H, et al. Human papillomavirus (HPV) prevalence and types among Turkish women at a gynecology outpatient unit. *BMC Infect Dis* 2009;9:191.
- Tuncer ZS, Boyraz G, Sahin N, et al. Distribution of human papillomavirus types in Turkish women. *Eur J Gynaecol Oncol* 2012;33:204-6.
- Inal MM, Kose S, Yildirim Y, et al. The relationship between human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia in Turkish women. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:1266-70.
- Harper DM, Franco EL, Wheeler C, et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:1757-65.
- Cetin O, Verit FF, Keskin S, et al. Knowledge levels of adolescent girls about human papilloma virus and its vaccine. *Turk Pediatri Ars* 2014;49:142-7.
- Mays RM, Zimet GD, Winston Y, et al. Human papillomavirus, genital warts, Pap smears, and cervical cancer: knowledge and beliefs of adolescent and adult women. *Health Care Women Int* 2000;21:361-74.
- Wamai RG, Ayissi CA, Oduwo GO, et al. Awareness, knowledge and beliefs about HPV, cervical cancer and HPV vaccines among nurses in Cameroon: an exploratory study. *Int J Nurs Stud* 2013;50:1399-406.
- Wheldon CW, Daley EM, Bui ER, et al. Health beliefs and attitudes associated with HPV vaccine intention among young gay and bisexual men in the Southeastern United States. *Vaccine* 2011;29:8060-5.
- Vanslyke JG, Baum J, Plaza V, et al. HPV and cervical cancer testing and prevention: knowledge, beliefs, and attitudes among Hispanic women. *Qual Health Res* 2008;18:584-96.
- Pınar G, Topuz Ş, An Ş, et al. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010;1:11-8.
- Tarwireyi F, Chirenje ZM, Rusakaniko S. Cancer of the cervix: knowledge, beliefs and screening behaviours of health workers in Mudzi District in Mashonaland East Province, Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 2003;49:83-6.
- Yilmazel G, Duman NB. Knowledge, attitudes and beliefs about cervical cancer and human papilloma virus vaccination with related factors in Turkish university students. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15:3699-704.
- Ozsürekli Y, Karadağ Oncel E, Bayhan C, et al. Knowledge and attitudes about human papillomaviruses and immunization among Turkish pediatricians. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14:7325-9.
- Gerend MA, Magloire ZF. Awareness, knowledge, and beliefs about human papillomavirus in a racially diverse sample of young adults. *J Adolesc Health* 2008;42:237-42.
- Kim HW. Gender differences in knowledge and health beliefs related to behavioral intentions to prevent human papillomavirus infection. *Asia Pac J Public Health* 2013;25:248-59.
- Dempsey AF, Zimet GD, Davis RL, et al. Factors that are associated with parental acceptance of human papillomavirus vaccines: a randomized intervention study of written information about HPV. *Pediatrics* 2006;117:1486-93.
- Kahn JA, Rosenthal SL, Hamann T, et al. Attitudes about human papillomavirus vaccine in young women. *Int J STD AIDS* 2003;14:300-6.
- de Carvalho NS, Teixeira LM, Pradel EM, et al. Vaccinating against HPV: physicians' and medical students' point of view. *Vaccine* 2009;27:2637-40.
- Hughes JP, Garnett GP, Koutsky L. The theoretical population-level impact of a prophylactic human papilloma virus vaccine. *Epidemiology* 2002;13:631-9.
- Garnett GP, Dubin G, Slaoui M, et al. The potential epidemiological impact of a genital herpes vaccine for women. *Sex Transm Infect* 2004;80:24-9.



Aslı Bilgiç Temel,
Nehir Samancı
Karaman*,
Selen Bozkurt**,
Ayşe Akman
Karakaş,
Ertan Yılmaz,
Erkan Alpsoy

Prevalence of Restless Legs Syndrome among Psoriasis Patients and Association with Depression and Sleep Quality

Psoriasis Hastalarında Huzursuz Bacak Sendromu Sıklığı ve Depresyon ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi

Abstract

Objective: Restless legs syndrome (RLS) is a chronic disorder characterized by an urge to move the legs. In the present study, we investigated the frequency of RLS in patients with psoriasis and tried to obtain the effects of RLS on sleep quality and psychiatric wellbeing.

Methods: A total of 114 consecutive psoriasis patients (60 women and 54 men) and 67 control subjects who attended the Department of Dermatology and Venereology were enrolled in the study. A diagnosis of RLS was made according to the criteria of the International RLS Study Group (IRLSSG), and severity was assessed using the IRLSSG severity scale. Sixty-seven of 114 patients answered the Turkish version of Beck Depression Inventory (BDI) and Pittsburgh Sleep Quality Index.

Results: We found a higher frequency of RLS in psoriasis patients (11.4%) compared to healthy controls (6.0%), but this prevalence has not reached a statistical significance ($p=0.23$). Body mass index, BDI score, and bad sleep quality were significantly higher in psoriasis patients compared to healthy controls.

Conclusion: Since presence of RLS worsens psoriasis patients' already bad quality of life, we suggest screening of patients for the presence of RLS, and directing them to a rheumatologist can improve their quality of life.

Keywords: Restless legs syndrome, psoriasis, depression, sleep quality, quality of life, psychiatric wellbeing

Öz

Amaç: Huzursuz bacak sendromu (HBS), karşı konulamayan bacakları hareket ettirme ihtiyacı ile karakterize kronik bir hastalıktır. Çalışmamızda psoriasisli hastalarda HBS sıklığını saptamak ve HBS'nin uyku kalitesi ve duyu durum bozukluğu ile ilişkisini belirlemek amaçlandı.

Yöntemler: Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalımıza başvuran ardışık 114 psoriasis hastası (60 kadın ve 54 erkek) ve 67 sağlıklı kontrol çalışmamıza dahil edildi. HBS tanısı Uluslararası HBS Çalışma Grubu (UHBSÇG) tanı kriterlerine dayanılarak konuldu ve UHBSÇG şiddet skalası ile şiddeti hesaplandı. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Pittsburg Uyku Kalitesi indeksi 114 psoriasis hastasının 67'si ve tüm sağlıklı kontroller tarafından tamamlandı.

Bulgular: Çalışmamızda psoriasis hastalarında HBS (%11,4) sağlıklı kontrollere (%6,0) göre daha sık saptanmasına karşın, bu değer istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($p=0.23$). Vücut kitle indeksi, BDÖ skoru, kötü uyku kalitesi sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında psoriasisli hastalarda daha yüksek sıklıkta izlendi.

Sonuç: HBS'nin varlığı psoriasisli hastaların mevcut kötü yaşam kalitesi üzerinde negatif etki yapmaktadır. Bu nedenle psoriasis hastalarının kontrollerde HBS varlığı açısından sorgulanması ve şüphelenilen olguların romatoloğa yönlendirilmesi hastaların yaşam kalitesini artırabilir.

Anahtar kelimeler: Huzursuz bacak sendromu, psoriasis, depresyon, uyku kalitesi, yaşam kalitesi, duyu durum bozukluğu

Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Skin and Venereal Diseases, Antalya, Turkey

*Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Antalya, Turkey

**Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Biostatistics and Medical Informatics, Antalya, Turkey

Correspondence/ Yazışma Adresi:

Aslı Bilgiç Temel, Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Skin and Venereal Diseases, Antalya, Turkey
E-mail: bilgi_asli@yahoo.com
Submitted/Geliş Tarihi: 05.08.2016
Accepted/Kabul Tarihi: 05.08.2016

This study was presented as a poster at the "4th International Congress on Psoriasis held in Paris 2013".

©Copyright 2016 by Turkish Society of Dermatology - Available on-line at www.turkdermatolojidergisi.com

©Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji Demeği Makale metnine www.turkdermatolojidergisi.com web sayfasından ulaşılabilir.

Introduction

Restless legs syndrome (RLS) is a common neurological disorder characterized by an urge to move especially the legs (rarely also the arms) and peculiar, unpleasant sensations (paraesthesias) deep in the extremities (1). These sensations appear during periods of rest or inactivity, especially in the evening and at night, and are typically relieved by movement. In the general population, the prevalence of RLS varies between 5-15% (2,3). RLS onset mostly occurs in the forties and fifties (4). It is clearly shown that the prevalence of RLS increases in relation to age, and it is more common amongst women (5,6). There is no laboratory test for the diagnosis of RLS, and it is based on standardized clinical diagnostic criteria by the International RLS Study Group (IRLSSG) (7). Two subgroups of RLS phenotypes have been identified: primary (idiopathic) and secondary (symptomatic) RLS (8). Although patients have no underlying disease in primary RLS, secondary RLS is associated with another disease process (iron deficiency, pregnancy, kidney disease) or taking of substances/drugs. Many studies suggest that RLS might be related with rheumatologic diseases.

RLS is a major cause of insomnia and sleep disruption (9). In addition, sleep loss and fragmentation of sleep due to RLS has a major impact on health and daytime functioning (10). Poor restorative sleep has been connected with pain, fatigability, stress and disease activity in rheumatic disease population (11). Also a high prevalence of sleep disorders including RLS has been reported in rheumatic diseases. Patients with RLS had significantly higher depression and anxiety scores. The impairment of sleep because of RLS symptoms may cause distress and lead to psychiatric illness and decreased wellbeing (12).

Psoriasis is also a chronic multisystem disease of variable course with inflammatory process as other rheumatologic diseases. Due to its chronic inflammatory features, an increased frequency of RLS in patients with psoriasis is expected. Only two studies in the current literature examined RLS in psoriasis patients (13,14). In both studies a positive correlation between RLS and dermatology quality of life index scores was found indicating that RLS seems to have a significant impact on quality of life.

The relationship between RLS frequency and psoriasis has not been fully clarified. There are different results in the current literature. No study exists which investigates the relationship between RLS and sleep quality or depression in psoriasis patients. That's why our study was aimed to investigate the frequency of RLS in patients with psoriasis and tried to obtain the effects of RLS on sleep quality and psychiatric wellbeing.

Materials and Methods

Study Participants

Patients with psoriasis and/or psoriatic arthritis who were applied to the outpatient clinic of Dermatology and Venereology Department were recruited to the study. One hundred and fourteen consecutive, volunteer psoriasis patients were enrolled in the study. The demographic and clinical data of patients, including age, sex, duration of psoriasis, current therapy for psoriasis, body mass index (BMI),

smoking and drinking habits (alcohol, tea and coffee use), concomitant diseases and drug use, concomitant psoriatic arthritis were recorded. Same dermatologist examined the patients to assess the severity of psoriasis with the psoriasis area severity index (PASI) which is the internationally accepted tool in measuring psoriasis disease activity in literature (15). All patients were also asked to answer the Turkish version of Beck depression inventory (BDI) and Pittsburg sleep quality index (PSQI) at the same day (16,17). Only 67 of 114 psoriasis patients gave the completed BDI and PSQI.

Sixty-seven healthy age- and sex-matched control volunteer subjects were recruited from the patients other than those with psoriasis and psoriatic arthritis whom visited the dermatology outpatient clinic during the specified study period.

Exclusion criteria (for patients and control subjects) were as follows;

1- Participants who cannot differentiate their locomotor system symptoms from RLS,

2- Participants whom has disease associated with secondary RLS [for example; multipl sclerosis, Parkinson's disease, polyneuropathy, lumbosacral radiculopathy, malignancy, chronic obstructive lung disease, amyloidosis, chronic renal failure, peripheral vascular disease, other rheumatologic disease like rheumatoid arthritis (RA), ancloning spondylitis, Behçet's disease, Crohn's disease, thyroid diseases, anemia, depression],

3- Participants whom has drug use associated with secondary RLS like antiepileptics, neuroleptics, calcium canal bloklers, dopamin antagonists, antidepressants.

Control subjects were also assessed with the Turkish version of BDI and PSQI.

Patients comprised 60 women (52.6%) and 54 men (47.3%). The mean age was 45.2±15.0 years. The control group was composed of 67 individuals (40 women/27 men). The mean age of the control group was 43.3±12.4 years. The demographic and general clinical features of psoriasis patients and control subjects are shown in Table 1.

Both patients and control subjects completed a data collection interview for RLS by the same rheumatologist, including whether the patient/subject met the five essential diagnostic criteria for RLS and, if so, whether they had been previously diagnosed with RLS, taken medical attention for these symptoms, age onset and duration of RLS symptoms, frequency of exacerbation periods at one week interval, severity of RLS symptoms according to visual analog scale (VAS), drug use for RLS before, family history for RLS. Ethics Committee approval (Akdeniz University Faculty of Medicine, Clinical Research Ethics Committee, Date: 07.01.2015, Number: 70904504/20, decision number: 6) was obtained and all participants gave written and verbal informed consent according to the Declaration of Helsinki.

RLS Questionnaire

Diagnosis of RLS was established with using IRLSSG diagnostic criteria (7). All RLS positif subjects were also assessed for the severity of RLS using the IRLSSG rating scale which has been developed aiming to measure the severity of symptoms (18).

Beck Depression Inventory

BDI which was created by Dr. Aaron T. Beck (16), is a tool used to measure the severity of depression with 21 multiple-choice questions. The lowest score for any question is 0, the highest score is 3.

Pittsburg Sleep Quality Index

PSQI is a type of sleep disorder scale which examines sleep quality in the last 1 month and provides information about the severity of sleep disorder (17). Total score of sleep quality is accepted as well if total score is under 5. Turkish validity and reliability study of the scale was made by Agargün et al. (19) and internal consistency coefficient was reported as 0.80.

Statistical Analysis

A preliminary estimate of sample size was based on RLS prevalence in rheumatologic diseases and in general population, for which a study with a type I error of 0.05 and a type II error of 0.2 would require approximately 48 patients per group with two sided significance testing. We planned to include 60 patients in this study to allow for dropouts and the possibility of requiring nonparametric tests for the skewed duration of stay data.

Continuous variables are presented as mean \pm standard deviation, while categorical variables are given as percentages (%). The Kolmogorov-Smirnov test was used to verify the normality of the distribution of continuous variables. Statistical analysis of clinical data between two

groups consisted of unpaired t-tests for parametric data, Mann Whitney U test analysis for nonparametric data and the chi-square/Fisher's exact test for categorical data. Analyses were performed with PASW 18 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) software. Differences were considered statistically significant when the probability value (p) was 0.05.

Results

Our study in which we investigated the frequency of RLS in patients with psoriasis, 114 patients with psoriasis and 67 healthy control subjects were enrolled. General clinical features of psoriasis patients and controls are shown in Table 1. There were no significant differences in age, sex, smoking, life style, concomitant drug uses, concomitant diseases between psoriasis patients and healthy controls. We found a higher frequency of RLS in our psoriasis patients (11.4%) compared to healthy controls (6.0%) but this prevalence hasn't reached to statistical significance (p=0.23). BMI, BDI score, bad sleep quality were significantly higher in psoriasis patients compared to healthy controls. Two third of our psoriasis patients with RLS described that RLS symptoms occurred after psoriasis. And control subjects have been found to use more frequent alcohol and coffee.

When psoriasis patients with RLS compared with psoriasis patients without RLS no significant differences were found with regard to sex, age, BMI, smoking and drinking habits,

Table 1. General clinical features of psoriasis patients and controls

	Psoriasis patients	Controls	p value
n (Female/Male)	114 (60/54)	67 (40/27)	0.36
Age (mean \pm SD)	45.25 \pm 15.00	43.36 \pm 12.43	0.38
BMI (mean \pm SD)	27.69 \pm 4.73	25.34 \pm 3.95	<0.001
Smoking n (%)	44 (38.6)	20 (29.9)	0.24
Alcohol n (%)	6 (5.3)	14 (20.9)	<0.001
Overconsumption of coffee n (%)	3 (2.6)	8 (11.9)	0.01
Fulfilment of RLS criteria (diagnosis) n (%)	13 (11.4)	4 (6.0)	0.23
Duration of psoriasis (mean month \pm SD)	124.80 \pm 118.83	-	-
PASI (mean \pm SD)	3.18 \pm 3.88	-	-
Rheumatologic drug use n (%)	101 (88.6)	-	-
Topical n (%)	32 (31.6)		
Systemic n (%)	25 (24.7)		
Topical+systemic n (%)	44 (43.5)		
Duration of rheumatologic drug use (mean month \pm SD)	17.13 \pm 40.26	-	-
Concomitant psoriatic arthritis n (%)	18 (15.8)	-	-
Beck depression inventory score γ (mean \pm SD)	13.61 \pm 9.85	6.64 \pm 5.00	<0.001
Pittsburg sleep quality index*, γ			<0.05
Good sleep quality: n (%)	21 (31.3)	34 (50.7)	
Bad sleep quality: n (%)	46 (68.7)	33 (49.2)	
Pittsburg sleep quality index score γ (mean \pm SD)	5.97 \pm 3.41	4.91 \pm 3.31	0.06

SD: Standart deviation, BMI: Body mass index, RLS: Restless legs syndrome, PASI: Psoriasis area severity index, Alcohol: More than 2 days per week (ie at least 3 days) and at least one (50 cL) beer or a single rack or a full glass of wine drinkers grouped as "drinking", Overconsumption of coffee: Drinking more than two cup of coffee Daily, *: Total score of sleep quality is accepted as well if total score is under 5, γ : Total patient number was 67, n=67

life style, PASI, concomitant drug uses, BDI score, PSQI (Table 2). The disease duration was found to be shorter in psoriasis patients with RLS than others. Depression was shown to be more frequent in psoriasis patients with RLS ($p=0.031$). On the other hand the prevalence of hypertension was more frequent in psoriasis patients without RLS ($p=0.015$).

No significant difference were found between psoriasis/RLS patients and control/RLS subjects with regard to age, sex, BMI, clinical features of RLS, RLS severity score, BDI scores and PSQI.

Discussion

We found a higher frequency of RLS (11.4%) in our psoriasis patients compared to healthy controls (6.0%) but it wasn't statistically significant. This study is important that a few studies have investigated the frequency of RLS in psoriasis and there are different results in the current literature. Also there isn't any study which investigates the relationship between RLS and sleep quality or depression in psoriasis patients.

The reported prevalence of RLS in European countries ranges between 5% and 15%, whereas it is considerably low, 0.1-2.3%, in Asian countries (20). The prevalence of RLS was found to be 3.4% in the western Black Sea coast of Turkey (21). This result is similar to that (3.19%) found in the earlier study from Mediterranean coast of Turkey (22). The prevalence

rate of control subjects in our study is a little higher than the prevalence rates reported in Turkey and Asian countries. Although small patient number in our study, this can be due to genetic and environmental differences.

The prevalence of RLS in rheumatologic diseases has been reported high compared to healthy controls. RA is the most examined inflammatory disease and frequency of RLS in patients with RA range from 15% to 30% (23,24). Number of studies that examining the prevalence of RLS in chronic inflammatory connective tissue disease even more limited compared with RA (10,12-15). This association was thought to be related to inflammatory processes, iron deficiency, neurochemical predisposition arising from chronic pain, or neuropathies in rheumatologic diseases (24), although it is not certain.

Psoriasis can also be associated with RLS because of its certain rheumatologic features. Only two studies investigated RLS prevalence in psoriasis. Cicek et al. (13) found that RLS prevalence was not significantly increased in patients with psoriasis (18.0%) as compared to healthy individuals (10.8%). But recently in a larger German cohort, Schell et al. (14) found increased frequency of RLS in psoriasis patients (17%) compared to healthy controls (4.0%) ($p<0.01$). Our findings also demonstrated that RLS is a common disorder, affected by 11.4% of psoriasis patients compared to 6.0% of healthy controls although it was not significant. It can be due to small number of patients in our study.

Table 2. Some of the characteristics of psoriasis patients with and without restless legs syndrome

	Psoriasis patients with RLS	Psoriasis patients without RLS	p value
n (Female/Male)	13 (7/6)	101 (53/48)	0.93
Age (mean \pm SD)	43.92 \pm 17.02	45.43 \pm 14.81	0.74
BMI (mean \pm SD)	26.03 \pm 5.22	27.90 \pm 4.65	0.17
Smoking n (%)	3 (23.1)	41 (40.6)	0.22
Alcohol n (%)	1 (7.7)	5 (5.0)	0.53
Overconsumption of coffee n (%)	0	3 (3)	0.99
Duration of psoriasis (mean month \pm SD)	56.54 \pm 53.04	133.58 \pm 122.21	0.04
PASI (mean \pm SD)	1.58 \pm 1.13	3.39 \pm 4.06	0.16
Rheumatologic drug use n (%)			**
Topical n (%)	4 (36.3)	28 (31.1)	
Systemic n (%)	4 (36.3)	21 (23.3)	
Topical+systemic n (%)	3 (27.2)	41 (45.5)	
Duration of rheumatologic drug use (mean month \pm SD)	14.54 \pm 15.41	17.47 \pm 42.45	0.58
Concomitant psoriatic arthritis n (%)	3 (23.1)	15 (14.9)	0.43
Concomitant diseases			
Hypertension n (%)	1 (7.7)	17 (16.8)	0.015
Depression n (%)	3 (23.1)	6 (5.9)	0.031
Beck depression score (mean \pm SD)	17.70 \pm 11.82	12.89 \pm 9.40	0.19
Pittsburg sleep quality index score (mean \pm SD)	7.50 \pm 2.68	5.70 \pm 3.47	0.06
Pittsburg sleep quality index*			0.15
Good sleep quality: n (%)	1 (10)	20 (35.1)	
Bad sleep quality: n (%)	9 (90)	37 (64.9)	

SD: Standard deviation, BMI: Body mass index, RLS: Restless legs syndrome, PASI: Psoriasis area severity index, *: Total score of sleep quality is accepted as well if total score is under 5, **: Insufficient sample

Two thirds of our psoriasis patients specified that RLS symptoms occurred after psoriasis. This can demonstrate that psoriasis disease process may be a risk factor for the development of RLS. Schell et al. (14) suggested that the chronic inflammation of the skin could influence RLS symptoms.

Psoriasis patients with RLS have shorter psoriasis disease duration than others ($p=0.04$). It can be due to increased rheumatologic drug use in long-term psoriasis patients. Suppression of RLS symptoms may be caused by systemic anti-inflammatory, immunosuppressive treatment for psoriasis. Additionally this finding demonstrates the necessity of informing psoriasis patients to RLS symptoms in the early stage. Increased recognition of RLS can lead us to cure this treatable problem.

The association of increased rates of primary sleep disorders seen in rheumatologic diseases, including RLS, is likely explained by rheumatologic diseases' chronic inflammatory features with numerous proinflammatory cytokines and other immunomodulatory changes (24). Sleep itself is generally divided into two main components of rapid eye movement (REM) and non REM (NREM) sleep. During the night, individuals have cycles between the various sleep stages and fluctuations in hormone and cytokine levels are detected (25). Some inflammatory mediators interleukin (IL)-1 β and tumor necrosis factor (TNF- α) have a diurnal rhythm with elevated levels during sleep (26). And it has been previously reported that IL-4, IL-10, IL-13 and transforming growth factor (TGF)- β can interact to inhibit NREM sleep (25). Recent trials assessing subjective sleep outcomes showed benefit of immunomodulatory interventions (methotrexate, adalimumab) in RA patients (27). The use of immunomodulating medications for psoriasis is common like RA. In our study, psoriasis patients reported rheumatologic drug use 60.5% ($n=69$ patients). Patients were on traditional antipsoriatic drugs like methotrexate 40.4% ($n=46$) or cyclosporine 7.1% ($n=8$). Patients were using acitretin 9.7% ($n=11$), none of them were using the TNF- α antagonists or ustekinumab. This data shows that the majority of our psoriasis patients have moderate to severe psoriasis requiring systemic therapies. Systemic anti-inflammatory, immunosuppressive treatment of patients may cause both suppression in psoriasis disease activity and symptoms of RLS by above-mentioned mechanisms. Also it is shown that psoriasis patients without RLS tended to have hypertension more frequent ($p=0.015$) (Table 2). This finding may be due to the positive effects of antihypertensive drugs on the symptoms of RLS (28).

RLS severity is expected to increase during exacerbation of rheumatologic diseases as a result of increased inflammatory cytokines. In a recently study it was shown that majority of patients reported that RLS severity shows an increase in the period of incline in Crohn's disease activity (29). Surprisingly, all 3 studies about psoriasis have shown no correlation between the PASI score and RLS symptoms, indicating that the severity of clinical manifestation of psoriasis does not seem to affect RLS (13,14).

We have detected that BMI, BDI score, PSQI were significantly higher in psoriasis patients compared to healthy controls. Observation of this poor sleep quality and elevated depression

scores in patients with psoriasis, and taken into consideration of its effects on quality of life and psychological state, psoriasis has important effects on daily life. Also psoriasis patients with RLS tended to have history of depression diagnosis ($p=0.031$) and more elevated BDI scores ($p=0.19$) although it wasn't statistically significant (Table 2). That could indicate coexistence of psoriasis and RLS increases negative psychological impact on individuals'.

We haven't found any difference with regard to obesity between RLS positive and negative patients and control subjects. But obesity was observed more frequently with psoriasis patients compared to control subjects as previously reported (30). This again showed that patients with psoriasis should be careful in terms of obesity and metabolic syndrome. BMI was found to be increased in psoriasis patients which also had bad sleep quality. So may be BMI has relation with sleep quality but not with RLS.

Since presence of RLS worsens psoriasis patients' already bad quality of life, we suggest screening patients for the presence of RLS and directing them to a rheumatologist can improve their quality of life.

Conclusion

Current study have shown that psoriasis can accompany with RLS, depression and bad sleep quality. Evaluation of the patients by taking into account all these associations can be helpful to enhance patients' quality of life.

Ethics

Ethics Committee Approval: Akdeniz University Faculty of Medicine, Clinical Research Ethics Committee, Date: 07.01.2015, Number: 70904504/20, decision number: 6, Informed Consent: All participants gave written and verbal informed consent.

Peer-review: Internal peer-reviewed.

Authorship Contributions

Surgical and Medical Practices: Aslı Bilgiç Temel, Nehir Samancı Karaman, Erkan Alpsoy, Ayşe Akman Karakaş, Ertan Yılmaz, Concept: Nehir Samancı Karaman, Erkan Alpsoy, Aslı Bilgiç Temel, Design: Aslı Bilgiç Temel, Nehir Samancı Karaman, Erkan Alpsoy, Data Collection or Processing: Aslı Bilgiç Temel, Nehir Samancı Karaman, Erkan Alpsoy, Selen Bozkurt, Analysis or Interpretation: Aslı Bilgiç Temel, Nehir Samancı Karaman, Erkan Alpsoy, Selen Bozkurt, Ayşe Akman Karakaş, Ertan Yılmaz, Literature Search: Aslı Bilgiç Temel, Nehir Samancı Karaman, Erkan Alpsoy, Writing: Aslı Bilgiç Temel, Nehir Samancı Karaman, Erkan Alpsoy, Selen Bozkurt, Ayşe Akman Karakaş, Ertan Yılmaz.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study received no financial support.

References

1. Trenkwalder C, Paulus W, Walters AS. The restless legs syndrome. *Lancet Neurol* 2005;4:465-75.
2. Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, et al. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Arch Intern Med* 2004;164:196-202.
3. Phillips B, Young T, Finn L, et al. Epidemiology of restless legs symptoms in adults. *Arch Intern Med* 2000;160:2137-41.

4. Allen RP, Picchietti D, Hening WA, et al. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med* 2003;4:101-19.
5. Ulfberg J, Nystrom B, Carter N, et al. Prevalence of restless legs syndrome among men aged 18 to 64 years: an association with somatic disease and neuropsychiatric symptoms. *Mov Disord* 2001;16:1159-63.
6. Bjorvatn B, Leissner L, Ulfberg J, et al. Prevalence, severity and risk factors of restless legs syndrome in the general adult population in two Scandinavian countries. *Sleep Med* 2005;6:307-12.
7. Walters AS. Toward a better definition of the restless legs syndrome. The International Restless Legs Syndrome Study Group. *Mov Disord* 1995;10:634-42.
8. Allen RP, Earley CJ. Defining the phenotype of the restless legs syndrome (RLS) using age-of-symptom-onset. *Sleep Med* 2000;1:11-9.
9. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005;165:1286-92.
10. Broman JE, Mallon L, Hetta J. Restless legs syndrome and its relationship with insomnia symptoms and daytime distress: epidemiological survey in Sweden. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:472-5.
11. Moldofsky H. Rheumatic manifestations of sleep disorders. *Curr Opin Rheumatol* 2010;22:59-63.
12. Sevim S, Dogu O, Kaleagasi H, et al. Correlation of anxiety and depression symptoms in patients with restless legs syndrome: a population based survey. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:226-30.
13. Cicek D, Halisdemir N, Dertioglu SB, et al. Increased frequency of restless legs syndrome in atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 2012;37:469-76.
14. Schell C, Schleich R, Walker F, et al. Restless legs syndrome in psoriasis: an unexpected comorbidity. *Eur J Dermatol* 2015;25:255-60.
15. Feldman SR, Krueger GG. Psoriasis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2005;64 Suppl 2:ii65-8; discussion ii69-73.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
17. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
18. Walters AS, LeBrocq C, Dhar A, et al. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Med* 2003;4:121-32.
19. Agargün MY, Kara H, Anlar Ö. The Validity and Reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Turkish Journal of Psychiatry* 1996;7.
20. Tan EK, Seah A, See SJ, et al. Restless legs syndrome in an Asian population: A study in Singapore. *Mov Disord* 2001;16:577-9.
21. Tasdemir M, Erdogan H, Boru UT, et al. Epidemiology of restless legs syndrome in Turkish adults on the western Black Sea coast of Turkey: A door-to-door study in a rural area. *Sleep Med* 2010;11:82-6.
22. Sevim S, Dogu O, Camdeviren H, et al. Unexpectedly low prevalence and unusual characteristics of RLS in Mersin, Turkey. *Neurology* 2003;61:1562-9.
23. Reynolds G, Blake DR, Pall HS, et al. Restless leg syndrome and rheumatoid arthritis. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;292:659-60.
24. Taylor-Gjevrev RM, Gjevrev JA, Skomro R, et al. Restless legs syndrome in a rheumatoid arthritis patient cohort. *J Clin Rheumatol* 2009;15:12-5.
25. Kapsimalis F, Richardson G, Opp MR, et al. Cytokines and normal sleep. *Curr Opin Pulm Med* 2005;11:481-4.
26. Krueger JM, Fang J, Taishi P, et al. Sleep. A physiologic role for IL-1 beta and TNF-alpha. *Ann N Y Acad Sci* 1998;856:148-59.
27. Yount S, Sorensen MV, Cella D, et al. Adalimumab plus methotrexate or standard therapy is more effective than methotrexate or standard therapies alone in the treatment of fatigue in patients with active, inadequately treated rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2007;25:838-46.
28. Ausserwinkler M, Schmidt P. [Successful clonidine treatment of restless leg syndrome in chronic kidney insufficiency]. *Schweiz Med Wochenschr* 1989;119:184-6.
29. Weinstock LB, Bosworth BP, Scherl EJ, et al. Crohn's disease is associated with restless legs syndrome. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:275-9.
30. Fleming P, Kraft J, Gulliver WP, et al. The Relationship of Obesity With the Severity of Psoriasis: A Systematic Review. *J Cutan Med Surg* 2015;19:450-6.



Işın Sinem Bağcı,
Thomas Ruzicka*

Ticks, Borrelia burgdorferi and Lyme Disease

Keneler, Borrelia burgdorferi ve Lyme Hastalığı

Abstract

Lyme disease, which is caused by spirochete *Borrelia burgdorferi* sensu lato, is a tick-transmitted, multisystem infectious disease. It occurs in stages, with different clinical manifestations at each stage. Erythema migrans is the most frequent manifestation which occurs at the site of the tick bite. Borrelial lymphocytoma and acrodermatitis chronica atrophicans are late-stage cutaneous manifestations. Extracutaneous signs of infection most often involve the musculoskeletal, cardiovascular, and nervous systems. Serologic assays remain the mainstay of diagnosis. All stages of the disease are curable with appropriate antibiotic therapy.

Keywords: Lyme disease, *Borrelia burgdorferi*, erythema migrans, acrodermatitis chronica atrophicans, ticks, Ixodes

Öz

Lyme hastalığı *Borrelia burgdorferi* sensu lato grubu spiroketlerin sebep olduğu multisistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. Her hastalık evresi değişik klinik bulgularla kendini gösterir. En sık klinik bulgusu kene ısırık yerinde gelişen eritema migranstır. Borrelial lenfositoma ve akrodermatitis kronika atrofikans geç dönemde gelişen deri bulgularıdır. Deri bulguları dışında kas-iskelet, kardiyovasküler ve sinir sistemi tutulumu da görülebilir. Tanı serolojik testler ile konulur. Hastalığın her evresi uygun antibiyotiklerle tedavi edilebilir.

Anahtar kelimeler: Lyme hastalığı, *Borrelia burgdorferi*, eritema migrans, akrodermatitis kronika atrofikans, keneler, Ixodes

Introduction

Lyme disease is a tick-transmitted multisystem infection, which is caused by the spirochetes of the *Borrelia burgdorferi* sensu lato. The disease derives its name from the town "Lyme" in Connecticut, America, where it was first recognised (1). Following the recognition of the disease and the discovery of the bacterial etiology (2,3), most of the cases were reported from North America, Scandinavia and central Europe. The most frequent manifestation of the disease, erythema migrans (EM), is an erythematous, edematous, gradually expanding annular rash at the site of the tick-bite. Recognition of this early lesion, together with other late-stage cutaneous manifestations of Lyme disease, is essential to start appropriate treatment and to prevent multisystem complications. Therefore, dermatologists have an important role in clinical diagnosis, since they are more familiar with both the typical and atypical cutaneous manifestations of the disease.

This review is intended to provide a current understanding of Lyme disease, with emphasis on its cutaneous manifestations.

Causative Organism

The genus *Borrelia* currently includes 13 closely related species known collectively as *Borrelia burgdorferi* sensu lato (4). However the most clinically relevant genospecies are *Borrelia burgdorferi* sensu stricto (*Borrelia burgdorferi*), *B. garinii* and *B. bafzelii*. *B. burgdorferi* is the sole cause of Lyme disease in North America, whereas all 3 genospecies are associated with the disease in Europe, leading to a wider variety of clinical manifestations in Europe than in North America (5-7).

Borrelia burgdorferi is a gram-negative, helical shaped spirochete. Structurally it is composed of inner and outer cell membranes, and 7-11 flagella located between these two membranes. The outer membrane contains various outer surface proteins (Osp) a through F, which

Ankara 29 Mayıs Government
Hospital, Clinic of
Dermatology, Ankara, Turkey

*Ludwig-Maximilian University
Faculty of Medicine,
Department of Dermatology
and Allergology,
Munich, Germany

Correspondence/ Yazışma Adresi:

Işın Sinem Bağcı, Ankara 29 Mayıs
Government Hospital, Clinic of
Dermatology, Ankara, Turkey
E-mail: isinsinem@hotmail.com
Submitted/Geliş Tarihi: 22.07.2016
Accepted/Kabul Tarihi: 23.07.2016

©Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

are believed to play a role in adaptation and survival of the spirochete in vector and host organisms. Other antigenic structures of *Borrelia burgdorferi* are flagellin, which is the main component of flagella, and a 60-kDa 'common antigen', which is a member of the heat-shock protein family (8).

Epidemiology

Lyme disease occurs with similar frequencies in men and women and affects people of all ages (9). The incidence is relatively high in North America, central Europe (especially Germany, Austria, and Switzerland) and Scandinavia. Annual incidence in Germany was reported to be 20-35 cases per 100,000 people (10). The disease is transmitted to humans via the bite of the *Ixodes* tick. *I. scapularis* is the major vector in North America, whereas *I. ricinus* is the major vector in Europe (11,12). The tick has a 2-year, three stage life cycle (larval, nymphal, and adult), feeding only once during every cycle. It may become infected at any stage of its life by feeding on a host (small mammals, birds and reptiles), which is a natural reservoir for *Borrelia burgdorferi* (9). Humans can be an incidental host for the tick at any stage. During feeding, the spirochete in the gut of the tick migrates to its salivary gland, and transmission occurs through injection of the saliva (Figure 1). The risk of transmission of the disease is dependent on the duration of the stay in the specific tick endemic areas, and the duration of attachment of the infected ticks to the human body. The probability of transmission is low in the first 24 hours and more than 48 hours of attachment is needed for the transmission of the disease (13).

After transmission of *Borrelia burgdorferi* from the tick, the spirochete usually multiplies locally in the skin at the site of the tick bite, which elicits both innate and adaptive immunity. Later, *Borrelia burgdorferi* often disseminates through blood to other locations. Within several weeks to months, even without antibiotic treatment, widely disseminated infection is controlled by the immune mechanisms and clinically overt disease arises after only 0.3% to 1.4% of tick bites (14). However, without antibiotic therapy, spirochetes may survive for several more years, and may cause late-stage complications. The prevalence of specific infectious



Figure 1. A tick with its head embedded in the erythematous and edematous skin

complications reflects the distribution of genospecies in the region, with *Borrelia burgdorferi* more commonly associated with arthritis, *B. garinii* with neurologic disease and *B. afzelii* with skin manifestations (15).

Clinical Characteristics

Lyme disease generally occurs in stages, with different clinical manifestations at each stage. At the early stages the spirochete multiplies at the inoculation site (early localized infection), and disseminates to establish foci of infection elsewhere in the skin or other tissues (early disseminated infection). After months to years or following long periods of latent infection, it may cause a persistent disease (late infection) (16).

Cutaneous Manifestations of Lyme Disease

Skin manifestations of Lyme disease vary at different stages of the disease (Table 1). Most patients present at an early stage of infection, during the nymphal tick feeding period in late spring through early fall (17). The most common presenting sign is EM, which appears at the site of the tick bite, 1-2 weeks (up to 30 days) after the bite. It is recognized in ~90% of patients who have objective evidence of *Borrelia burgdorferi* infection (18,19). EM usually begins as an erythematous macule or papule that expands over time, occasionally developing a central clearing to form the annular-shaped bull's-eye lesion (Figure 2). Central vesiculation or necrosis may develop. Although any part on the human body can be affected, in children EM is localized more commonly on the head due to their small stature (20). EM is usually asymptomatic, but sometimes there is tingling, burning, pain, or mild pruritus. EM may be accompanied by constitutional signs and symptoms such as malaise, headache, fever, myalgia, or regional lymphadenopathy (21).

During early disseminated infection, multiple EM lesions may occur at sites distant from the site of tick attachment. Secondary lesions, which usually appear 3-5 weeks after the tick bite, are lighter, smaller, less edematous, and have less frequent central clearing compared with primary EM (22). During this period, some patients develop malar rash, diffuse erythema or rarely urticaria. Other common manifestations of early disseminated Lyme disease are cranial nerve palsies, especially facial nerve palsy, meningitis, and rarely carditis (8). Histopathologic picture of EM is characterized by a superficial and deep lymphocytic infiltrate containing plasma

Table 1. Cutaneous manifestations of Lyme disease

Localized infection	Disseminated infection	Late infection
Erythema migrans	Multiple erythema migrans	Acrodermatitis chronica atrophicans
	Malar rash	Localized fibrotic nodules
	Diffuse erythema or urticaria	
	Evanescient lesions	
	Lymphocytoma	

cells. Spirochetes may be demonstrated in the sections with Warthin-Starry stain (23).

Borrelial lymphocytoma is the rarest cutaneous manifestation of Lyme borreliosis, which has been reported almost exclusively from Europe. It is characterized by a painless, tumor-like nodule that typically appears on the ear lobe, nipple or scrotum, and usually lasts for months. *B. afzelii* is commonly isolated from the lesions. Histopathologic examination reveals spirochete by Warthin-Starry stain, as well as a dense dermal lymphocytic infiltrate, frequently with germinal centers (24).

Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) is the late stage cutaneous manifestation of Lyme disease. Similar to borrelial lymphocytoma, it is mostly caused by *B. afzelii* and mainly seen in Europe (25). It is characterized by chronic, progressive lesions, with inflammatory and atrophic stages. Although the lesions appear most commonly in the elderly, few cases of childhood ACA have also been reported (26). The disease occurs from 6 months to 8 years after the initial infection and can even be the presenting sign of the Lyme disease. Unilateral involvement of distal extremities is typical, particularly of extensor surfaces. The most commonly affected sites are the feet, legs, back of the hands and olecranon areas. More rarely, lesions on the face or trunk, or involvement in bilateral fashion have been reported (27). The disease course is characterized by an initially edematous inflammatory stage in which the epidermis remains intact while the dermis becomes swollen and inflamed. The skin is blue-red and the borders usually merge. In the later atrophic stage, as a result of chronic inflammation, collagen degeneration occurs with



Figure 2. Annular, bull's-eye shaped erythema migrans at the site of the tick bite

loss of elastic fibers and the skin resembles cigarette paper, with loss of hair and prominence of blood vessels (Figure 3a, 3b). Rarely subcutaneous fibrotic nodules may occur adjacent to joints (Figure 4).

The clinical evolution from the early inflammatory edematous stage to the atrophic stage of ACA reflects on histological findings. In the early inflammatory phase telangiectasiae, dermal edema and perivascular lymphoplasmacytic infiltrate are observed, whereas epidermal atrophy, destruction of epidermal appendages and sclerosis become prominent in



Figure 3. a) Blue-red discoloration of bilateral ankles and edematous appearance of the right medial malleolus at the early stage of acrodermatitis chronica atrophicans, b) Skin atrophy of bilateral dorsal hands, with cigarette paper-like appearance and prominence of blood vessels at the late stage of the disease



Figure 4. Periarticular fibrotic nodules on the elbow, which is a rare late stage manifestation of Lyme disease

the later stages. Once established, the atrophy usually persists despite treatment (28). Peripheral neuropathy of the involved limb occurs in more than half of patients with a long-lasting ACA lesion (29).

Extracutaneous Manifestations of Lyme Disease

Musculoskeletal symptoms can occur at all stages of infection. Migratory musculoskeletal pain accompanied by fever, headache and fatigue is common early after infection; however frank arthritis mostly occurs at the late stage of the disease. Months after the onset of the illness 60% of patients develop a monoarticular or oligoarticular arthritis, which affects the large joints, especially the knees (30). The joint becomes swollen and tender lasting hours to days, but intense pain associated with septic arthritis is usually not present (9). Although antibiotic treatment is highly effective for arthritis, a small percentage of patients develop persistent joint inflammation despite one or two courses of oral or intravenous antibiotics. This disorder, which is defined as antibiotic-refractory Lyme arthritis, may be associated with an autoimmune mechanism (31).

Neurologic manifestations may appear weeks to a few months after a tick bite, including cranial neuritis, sensory and motor radiculoneuropathies, paresthesias, meningitis or encephalomyelitis. The usual pattern consists of fluctuating symptoms of meningitis with cranial (seventh cranial nerve palsy) or peripheral radiculoneuropathy (32). After long periods of latent infection, 10% of patients may develop chronic neuroborreliosis (33). Neurologic symptoms are seen more frequently in Europe, due to the neurotropism of *B. burgdorferi*, which is isolated mainly in Europe (34).

Lyme carditis may appear as shortness of breath, palpitations, dizziness and anxiety that result from varying degrees

of atrioventricular nodal block; other manifestations of myopericarditis occur less frequently. Lyme carditis can progress to complete heart block and cause sudden death (35). In Europe, *Borrelia burgdorferi* has been isolated from endomyocardial biopsy samples from several patients with chronic dilated cardiomyopathy (36,37).

Diagnosis

Positive culture of *Borrelia burgdorferi* from patient specimens in Barbour-Stoenner-Kelly medium permits definitive diagnosis. In the early stages of the infection *Borrelia burgdorferi* can be cultured from EM lesions, less often from blood samples, and rarely from cerebrospinal fluid. Later in the infection, PCR testing is superior to culture in the detection of *Borrelia burgdorferi* from the joint fluid (38). However PCR may yield positive results even after antibiotic treatment, since DNA from the organism may persist for some time after the bacteria are no longer viable (39).

Serologic assays remain the mainstay of diagnostic testing for Lyme disease. The recommended approach is using an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) followed by Western blotting if the ELISA result is positive or equivocal (40). The two-tier assay has low sensitivity in early infection, but it is highly sensitive after 6-8 weeks of untreated infection. A positive serological test does not mean that a patient necessarily has active Lyme disease. Therefore, additional testing, such as tests for intrathecal antibody production in patients with suspected Lyme neuroborreliosis, polymerase chain reaction (PCR) of joint fluid for suspected Lyme arthritis, or skin biopsies for suspected ACA or borrelial lymphocytoma, might increase the diagnostic accuracy (7). After antibiotic treatment, antibody titers decline slowly, but IgG and even IgM responses may persist for many years (41).

Table 2. Recommended treatment for Lyme disease

Manifestation	Treatment	Duration
Early disease - Adults	Doxycyclin 100 mg orally twice a day	14-21 days
	Amoxicillin 500 mg orally three times a day In case of ceftriaxone or penicillin allergy: Cefuroxime axetil 500 mg orally twice a day	14-21 days
- Children <8 years	Amoxicillin 250 mg orally, three times a day or 50 mg/kg/day in 3 divided doses	14-21 days
	In case of ceftriaxone or penicillin allergy: Cefuroxime axetil 30 mg/kg/day in 2 divided doses	14-21 days
Arthritis (intermittent or chronic)	Doxycyclin 100 mg orally twice a day	30-60 days
	Amoxicillin 500 mg orally three times a day	30-60 days
	Ceftriaxone 2 g IV once a day	14-28 days
	Penicillin G 20 million U IV daily in four divided doses	14-28 days
Neurologic disease (early or late)	Ceftriaxone 2 g IV once a day	14-28 days
	Penicillin G 20 million U IV daily in four divided doses	14-28 days
	In case of ceftriaxone or penicillin allergy: Doxycyclin 100 mg orally three times a day	14-28 days
- Facial palsy alone	Oral regimens are adequate	14-21 days
Cardiac disease - First-degree arterioventricular block	Oral regimens are adequate	14-21 days
	- High-degree arterioventricular block	Ceftriaxone 2 g IV once a day Penicillin G 20 million U IV daily in four divided doses

Thus, serologic tests are not indicated in routine follow up, they only assess exposure history. False-positive results occur when first-tier ELISA is omitted, when non-evidence-based criteria are used to interpret immunoblot findings and when nonspecific weak bands are reported as positive.

An alternative first-tier test is C6 peptide enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), which is based on an invariant region of the VlsE protein (42). The principal advantage of the C6 peptide ELISA is the early IgG response, and therefore an IgM test is not necessary. Application of this method as a stand-alone test or in the second tier of a two-tiered algorithm may provide better sensitivity and specificity compared to the conventional two-tiered sonicate ELISA and Western blot assays (43,44).

Treatment

Oral antibiotics (doxycycline, amoxicillin or cefuroxime axetil) are first-line therapies for early localized or disseminated infection. It was shown that doxycycline, amoxicillin, and cefuroxime axetil had similar therapeutic results in the early stages of the disease (45,46). Erythromycin and azithromycin are less effective than other oral antibiotics, which can be used as second-line treatment. Borrelial burgdorferi is resistant to specific fluoroquinolones, rifampicin, and first-generation cephalosporins (47,48). The recommended course of treatment is 14-21 days. Two to 4 weeks of intravenous therapy with ceftriaxone is the treatment of choice for patients with objective neurologic abnormalities, severe carditis or arthritis that does not improve with oral antibiotics. Alternative parenteral antibiotics are cefotaxime and intravenous penicillin. Standard therapy for the stage and manifestation of the illness may be sufficient for pregnant patients, except that doxycycline should be avoided (Table 2) (48). In general, earlier manifestations of illness respond more rapidly to antibiotic treatment than later ones such as arthritis. Within 24 h of the start of the antibiotics, 15% of patients may transiently have intensified signs and symptoms consistent with a Jarisch-Herxheimer reaction, which should be treated symptomatically (9).

Posttreatment Lyme disease syndrome refers to fatigue, cognitive problems or musculoskeletal pain that last for >6 months after a documented episode of Lyme disease. The frequency with which posttreatment Lyme disease syndrome occurs is believed to be below 10% (17). This post-infectious syndrome occurs more frequently in patients whose symptoms are suggestive of early dissemination of the spirochete to the nervous system, particularly when treatment is delayed. Such patients are best treated symptomatically rather than with prolonged courses of antibiotic therapy (49).

Prevention

Preventive measures against infection include protective clothing, use of tick repellents on skin and clothing, careful inspection of the skin (including scalp) for the ticks and if found, removing the tick rapidly. Tweezers are suitable instruments for removing them. Any superfluous manipulation of ticks, e.g., crushing them or covering them with oils or ointments, should be avoided, as these maneuvers may promote the regurgitation of blood and thereby increase the likelihood of borrelial transmission. If some of the mouth parts remain

embedded in the skin they should be left behind because they are eventually extruded. Once the tick has been removed, the puncture site should be meticulously disinfected.

Specific treatment is not necessary after the removal of a recognized tick. However, a single 200 mg dose of doxycycline effectively prevents Lyme borreliosis when given within 72 h after the tick bite occurs (50).

A commercial Lyme disease vaccine consisting of recombinant OspA with adjuvant had been developed. However, it was withdrawn from the market due to poor public acceptance and the complaints of post-vaccination fatigue (9). Currently, there is no vaccine available to prevent Lyme disease. Thus, precautions to prevent tick bites should be taken to prevent new infections.

Abbreviations

ACA	Acrodermatitis chronica atrophicans
EM	Erythema migrans
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
Osp	Outer surface proteins

Authorship Contributions

Concept: Işın Sinem Bağcı, Thomas Ruzicka, Design: Işın Sinem Bağcı, Thomas Ruzicka, Data Collection or Processing: Işın Sinem Bağcı, Analysis or Interpretation: Işın Sinem Bağcı, Thomas Ruzicka, Literature Search: Işın Sinem Bağcı, Writing: Işın Sinem Bağcı.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study received no financial support.

References

1. Steere AC, Malawista SE, Hardin JA, et al. Erythema chronicum migrans and Lyme arthritis. The enlarging clinical spectrum. *Ann Intern Med* 1977;86:685-98.
2. Burgdorfer W, Barbour AG, Hayes SF, et al. Lyme disease—a tick-borne spirochetosis? *Science* 1982;216:1317-9.
3. Steere AC, Grodzicki RL, Kornblatt AN, et al. The spirochetal etiology of Lyme disease. *N Engl J Med* 1983;308:733-40.
4. Steere AC, Coburn J, Glickstein L. The emergence of Lyme disease. *J Clin Invest* 2004;113:1093-101.
5. Parola P, Raoult D. Ticks and tickborne bacterial diseases in humans: an emerging infectious threat. *Clin Infect Dis* 2001;32:897-928.
6. Guner ES, Hashimoto N, Takada N, et al. First isolation and characterization of *Borrelia burgdorferi sensu lato* strains from *Ixodes ricinus* ticks in Turkey. *J Med Microbiol* 2003;52:807-13.
7. Stanek G, Wormser GP, Gray J, et al. Lyme borreliosis. *Lancet* 2012;379:461-73.
8. Shapiro ED, Gerber MA. Lyme disease. *Clin Infect Dis* 2000;31:533-42.
9. Hengge UR, Tannapfel A, Tying SK, et al. Lyme borreliosis. *Lancet Infect Dis* 2003;3:489-500.
10. Wilking H, Stark K. Trends in surveillance data of human Lyme borreliosis from six federal states in eastern Germany, 2009-2012. *Ticks Tick Borne Dis* 2014;5:219-24.
11. Stanek G, Satz N, Strle F, et al. *Epidemiology of Lyme borreliosis*. Berlin: Springer-Verlag; 1993. p. 358-70.
12. Gargili A, Midilli K, R Ö. İstanbul'da insanlari tutan keneler, 2006 raporu. İstanbul: İl Sağlık Müdürlüğü.
13. Piesman J, Mather TN, Sinsky RJ, et al. Duration of tick attachment and *Borrelia burgdorferi* transmission. *J Clin Microbiol* 1987;25:557-8.

14. Nau R, Christen HJ, Eiffert H. Lyme disease--current state of knowledge. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106:72-81; quiz 2, I.
15. Strle F, Stanek G. Clinical manifestations and diagnosis of Lyme borreliosis. *Curr Probl Dermatol* 2009;37:51-110.
16. Shapiro ED. Clinical practice. Lyme disease. *N Engl J Med* 2014;370:1724-31.
17. Bockenstedt LK, Wormser GP. Review: unraveling Lyme disease. *Arthritis Rheumatol* 2014;66:2313-23.
18. Nadelman RB, Wormser GP. Lyme borreliosis. *Lancet* 1998;352:557-65.
19. Gerber MA, Shapiro ED, Burke GS, et al. Lyme disease in children in southeastern Connecticut. Pediatric Lyme Disease Study Group. *N Engl J Med* 1996;335:1270-4.
20. Trevisan G, M C. Lyme borreliosis in childhood. *Eur J Pediatr Dermatol* 1992;2:81-112.
21. Steere AC, Bartenhagen NH, Craft JE, et al. The early clinical manifestations of Lyme disease. *Ann Intern Med* 1983;99:76-82.
22. Melski JW, Reed KD, Mitchell PD, et al. Primary and secondary erythema migrans in central Wisconsin. *Arch Dermatol* 1993;129:709-16.
23. Berger BW. Dermatologic manifestations of Lyme disease. *Rev Infect Dis* 1989;11 Suppl 6:S1475-81.
24. Picken RN, Strle F, Ruzic-Sabljic E, et al. Molecular subtyping of *Borrelia burgdorferi* sensu lato isolates from five patients with solitary lymphocytoma. *J Invest Dermatol* 1997;108:92-7.
25. Ohlenbusch A, Matuschka FR, Richter D, et al. Etiology of the acrodermatitis chronica atrophicans lesion in Lyme disease. *J Infect Dis* 1996;174:421-3.
26. Bruck N, Fiebig B, Schnabel A, et al. Acrodermatitis Chronica Atrophicans. *J Pediatr* 2016;170:335-e1.
27. Stinco G, Trevisan G, Martina Patriarca M, et al. Acrodermatitis chronica atrophicans of the face: a case report and a brief review of the literature. *Acta Dermatovenerol Croat* 2014;22:205-8.
28. Leslie TA, Levell NJ, Cutler SJ, et al. Acrodermatitis chronica atrophicans: a case report and review of the literature. *Br J Dermatol* 1994;131:687-93.
29. Kristoferitsch W. Neurological manifestations of Lyme borreliosis: clinical definition and differential diagnosis. *Scand J Infect Dis Suppl* 1991;77:64-73.
30. Steere AC. Lyme disease. *N Engl J Med* 1989;321:586-96.
31. Steere AC, Gross D, Meyer AL, et al. Autoimmune mechanisms in antibiotic treatment-resistant Lyme arthritis. *J Autoimmun* 2001;16:263-8.
32. AC S. Lyme Disease (Lyme Borreliosis) due to *Borrelia burgdorferi*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015. p. 2725-2735.
33. Logigian EL, Kaplan RF, Steere AC. Chronic neurologic manifestations of Lyme disease. *N Engl J Med* 1990;323:1438-44.
34. van Dam AP, Kuiper H, Vos K, et al. Different genospecies of *Borrelia burgdorferi* are associated with distinct clinical manifestations of Lyme borreliosis. *Clin Infect Dis* 1993;17:708-17.
35. Centers for Disease C, Prevention. Three sudden cardiac deaths associated with Lyme carditis - United States, November 2012-July 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013;62:993-6.
36. Stanek G, Klein J, Bittner R, et al. Isolation of *Borrelia burgdorferi* from the myocardium of a patient with longstanding cardiomyopathy. *N Engl J Med* 1990;322:249-52.
37. Sonnesyn SW, Diehl SC, Johnson RC, et al. A prospective study of the seroprevalence of *Borrelia burgdorferi* infection in patients with severe heart failure. *Am J Cardiol* 1995;76:97-100.
38. Nocton JJ, Dressler F, Rutledge BJ, et al. Detection of *Borrelia burgdorferi* DNA by polymerase chain reaction in synovial fluid from patients with Lyme arthritis. *N Engl J Med* 1994;330:229-34.
39. Bradley JF, Johnson RC, Goodman JL. The persistence of spirochetal nucleic acids in active Lyme arthritis. *Ann Intern Med* 1994;120:487-9.
40. Centers for Disease C, Prevention. Recommendations for test performance and interpretation from the Second National Conference on Serologic Diagnosis of Lyme Disease. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995;44:590-1.
41. Steere AC, Coburn J, Glickstein L. The emergence of Lyme disease. *J Clin Invest* 2004;113:1093-101.
42. Wormser GP, Schriefer M, Aguero-Rosenfeld ME, et al. Single-tier testing with the C6 peptide ELISA kit compared with two-tier testing for Lyme disease. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2013;75:9-15.
43. Branda JA, Aguero-Rosenfeld ME, Ferraro MJ, et al. 2-tiered antibody testing for early and late Lyme disease using only an immunoglobulin G blot with the addition of a VlsE band as the second-tier test. *Clin Infect Dis* 2010;50:20-6.
44. Branda JA, Linskey K, Kim YA, et al. Two-tiered antibody testing for Lyme disease with use of 2 enzyme immunoassays, a whole-cell sonicate enzyme immunoassay followed by a VlsE C6 peptide enzyme immunoassay. *Clin Infect Dis* 2011;53:541-7.
45. Dattwyler RJ, Volkman DJ, Conaty SM, et al. Amoxicillin plus probenecid versus doxycycline for treatment of erythema migrans borreliosis. *Lancet* 1990;336:1404-6.
46. Nadelman RB, Luger SW, Frank E, et al. Comparison of cefuroxime axetil and doxycycline in the treatment of early Lyme disease. *Ann Intern Med* 1992;117:273-80.
47. Mursic VP, Wilske B, Schierz G, et al. In vitro and in vivo susceptibility of *Borrelia burgdorferi*. *Eur J Clin Microbiol* 1987;6:424-6.
48. Wormser GP, Dattwyler RJ, Shapiro ED, et al. The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2006;43:1089-134.
49. Klemperer MS, Hu LT, Evans J, et al. Two controlled trials of antibiotic treatment in patients with persistent symptoms and a history of Lyme disease. *N Engl J Med* 2001;345:85-92.
50. Nadelman RB, Nowakowski J, Fish D, et al. Prophylaxis with single-dose doxycycline for the prevention of Lyme disease after an Ixodes scapularis tick bite. *N Engl J Med* 2001;345:79-84.



Engin Şenel,
Firdevs Topal*,
Cem Mansuroğlu**,
Yasemin Yuyucu
Karabulut***

Doksisiklin Tedavisinin Neden Olduğu Özofajit

Esophagitis Induced by Doxycycline Treatment

Öz

Özofajit, özofagusun en yaygın hastalığıdır. İlaç kullanımı, kimyasal özofajit nedenlerinden biridir. Burada akne tedavisinde doksisiklin kullanımı nedeniyle özofajit gelişen 17 ve 18 yaşlarında iki erkek hasta sunuyoruz. Her iki olgu da yaklaşık bir haftadır doksisiklin kullanmaktaydı. On yedi yaşındaki olguda özofagus üst ve orta kesimde ülserasyonlar saptandı. On sekiz yaşındaki olguda ise özofagus orta kısımda sirküler ülserasyonlar mevcuttu. Doksisiklinin neden olduğu özofajit, hekimin hastayı ilaç alımı konusunda yeterince bilgilendirmesiyle önlenilebilir bir durumdur.

Anahtar kelimeler: Akne tedavisi, doksisiklin, özofajit, ülserasyon, endoskopi

Abstract

Esophagitis is the most common disease of the esophagus. Drug use is one of the reasons of chemical esophagitis. Herein, we report two male patients of 17 and 18 years of age who developed esophagitis in acne treatment with doxycycline. Both patients took doxycycline capsules for approximately one week. Ulcerations were detected at upper and mid-esophagus of the 17-year-old patient. Circular ulcerations were found at mid-esophagus of the 18-year-old case. Doxycycline induced esophagitis is a preventable disease with the physician giving appropriate medication ingestion advice to the patient.

Keywords: Acne treatment, doxycycline, esophagitis, ulceration, endoscopy

Hittit Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deri ve Zührevi Hastalıklar
Anabilim Dalı, Çorum, Türkiye

*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi,
Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Gastroenteroloji
Kliniği, İzmir, Türkiye

**Fatih Sultan Mehmet Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, Deri
ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,
İstanbul, Türkiye

***Çankırı Devlet Hastanesi,
Patoloji Laboratuvarı,
Çankırı, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Engin Şenel, Hittit Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi
Hastalıklar Anabilim Dalı,
Çorum, Türkiye
Tel.: +90 364 223 0300/1008
E-posta: enginşenel@enginşenel.com
Geliş Tarihi/Submitted: 10.03.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 10.03.2014

**Bu çalışma, 9-13 Ekim 2012
tarihinde, Gaziantep XXIV.
Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde
sunulmuştur.**

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

Giriş

Doksisiklin, akne tedavisinde sıklıkla kullanılan geniş spektrumlu bir antibiyotiktir. Özofajit en yaygın özofagus hastalığıdır. Disfaji, retrosternal ağrı ve odinofaji, özofajitin en sık semptomlarıdır. Özofajitin en yaygın formu ise kimyasal özofajittir. Kimyasal özofajitin en sık nedeni reflü hastalığıdır (1). İlaçlar ve korozif maddeler kimyasal özofajitin reflü hastalığı haricindeki nedenleridir. İlaça bağlı ilk özofajit olgusu 1970 yılında yayımlanmıştır. İlk olgudan bu yana 100'den fazla ilaç, ilaca bağlı özofajitten sorumlu tutulmuştur. Doksisiklin, özofajite neden olduğu bilinen en sık ilaçlardan biridir (2). Doksisikline bağlı gelişen özofajit saatler veya günler içinde retrosternal yanma ve disfaji semptomlarına neden olabilir (3). Burada, dermatolojik pratikte sık karşılaşılabilecek akne tedavisi sırasında gelişen iki doksisikline bağlı özofajit olgusu sunuyoruz.

Olgu Sunumları

Olgu 1

Akne vulgaris tanısıyla tedavi için bir haftadır doksisiklin 100 mg 1x1 kullanan 17 yaşında erkek hasta yutkunmada zorluk ve göğüste yanma şikayeti ile gastroenteroloji kliniğine başvurdu. Hastaya yutkunmada zorluk ve ağrı olduğu için acil endoskopi yapıldı. Endoskopide özofagus proksimalde yaklaşık iki cm çapında üzerinde eksuda ve kan artığı bulunan ülser izlendi. Ayrıca özofagus üst ve orta kesimde en büyüğü yaklaşık bir cm olan 4-5 adet yüzeysel ülserasyonlar saptandı (Resim 1). Histopatolojik incelemede papiller elongasyon, bazal hücre hiperplazisi, genişlemiş intrasellüler aralıklar ve enflamatuvar hücreler gözlemlendi (Resim 2, 3). Gastroenteroloji servisine yatırılan hastanın oral alımı kesildi. IV serum tedavisi başlandı. Tedavi sonrası şikayetleri geçen hasta 3 gün sonra taburcu edildi.

Olgu 2

Altı gündür akne vulgaris tedavisi için doksisisiklin 100 mg 1x1 kullanan 18 yaşında erkek hasta göğsünde ağrı ve boğazda takılma hissi şikayetiyle gastroenteroloji kliniğine başvurdu. Endoskopik incelemede özofagusun orta kısmında lümende sirküler tarzda uzanım gösteren yaklaşık 3 cm boyutunda derin ülserler izlendi (Resim 4). Önceki olguya benzer histopatoloji yanı sıra rejeneratif epitelyal hücreler de saptandı (Resim 5, 6). Hastanın doksisisiklin tedavisi ve oral alımı kesildi. Şikayetleri gerileyen hasta dört gün sonra taburcu edildi.

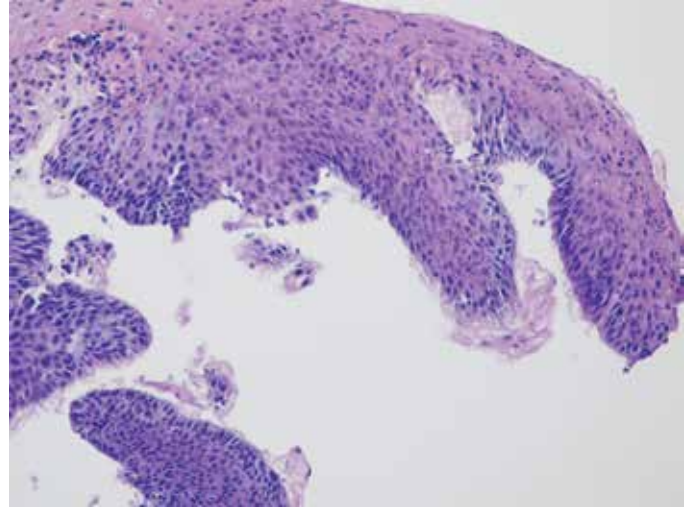
Tartışma

İlacın neden olduğu özofagus hastalıkları nadir değildir ancak insidansı 1 milyonda 3,9-4 olarak bulunmuştur (1). Önlenbilir olduğu ve çoğunlukla kendini sınırlayabildiği için

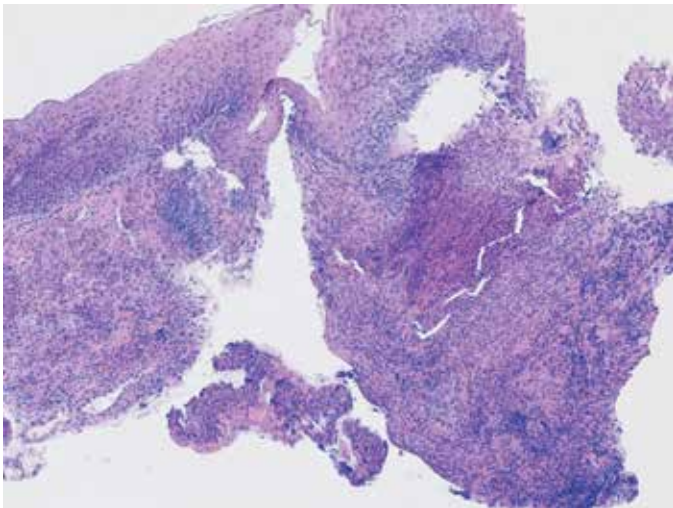
muhtemelen olması gerekenden daha az rapor edilmektedir. İlaçların neden olduğu özofajitlerin %90'ının nedeni tetrasiklin ve deriveleri, kinidin ve potasyum klorürdür. Aspirin, steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar, askorbik asit, demir preparatları ve bazı antibiyotikler de sorumlu tutulan diğer ilaçlardır. Doksisisiklin, özofagus ülserlerine en sık neden olduğu bilinen ilaçlardandır (2). Doksisisiklin yaklaşık 10 mililitre tükürük veya su içinde çözündüğünde, ortam pH'ı yaklaşık 3'e düşer. Bu asidik ortam özofagus epitelinde hem doğrudan hasar oluşturmakta hem de çözünmesiyle oluşan asidik ortam protein sentezini inhibe etmekte ve epitel onarımını engellemektedir (3). Kullanılan ilacın formu, büyüklüğü gibi ilaca bağlı etkenler de özofagus harabiyeti riskini değiştirebilir. Örnek olarak büyük tablet formundaki ve kapsül formundaki ilaçların, özofagusta kalış süresi uzadığı için özofagus hasarı yapma riskleri artarken; sıvı formundaki ilaçların özofagus hasarı yapma oranı ise daha az olarak bulunmuştur. Doksisisiklin içeren kapsüllerin



Resim 1. Özofagus orta kesimde yüzeysel ülserler



Resim 3. Papiller elongasyon, bazal hücre hiperplazisi ve genişlemiş intrasellüler aralıklar (H&E, x100)



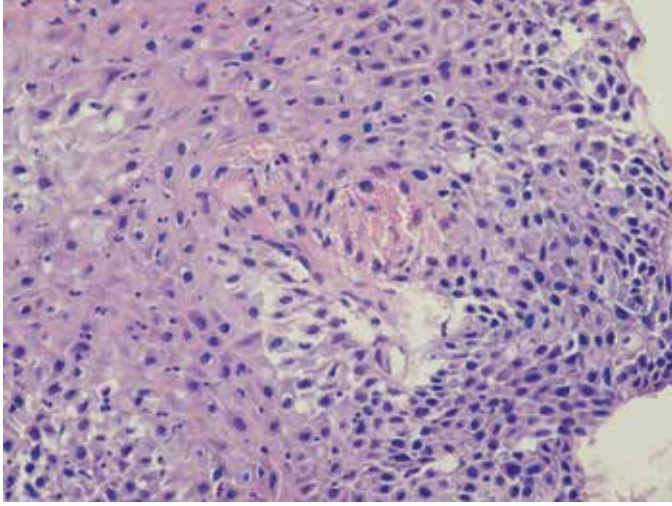
Resim 2. Epitelyal tabaka ve lamina propriada enflamatuvar hücreler (H&E, x40)



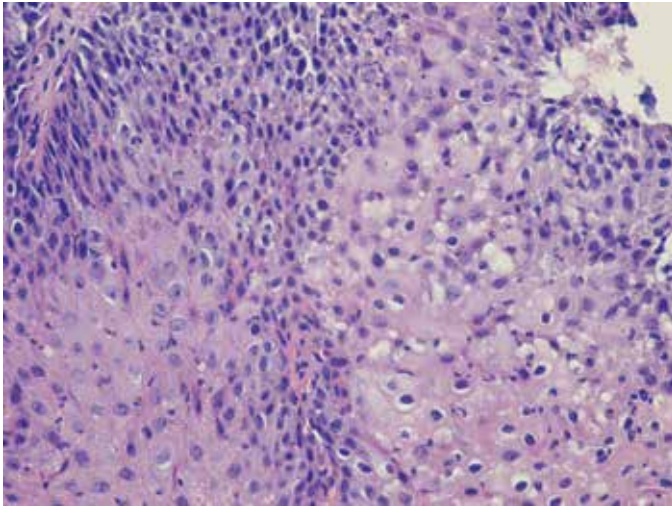
Resim 4. Özofagus orta kısım lümende sirküler ülserler

özofagusta kalış süresinin, tabletlere oranla 3 kat daha uzun olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (4). Hastaya bağlı çeşitli faktörlerde özofajit riskini arttırabilir. Bunlar arasında kullanılan ilacın yetersiz sıvıyla birlikte alınması, azalmış tükürük salgısı, reflü özofajiti veya skleroderma gibi özofagus motilitesini azaltan hastalıklar ya da ilacın yatmadan hemen önce alınması sayılabilir (2,3). Bizim hastalarımızda gelişen özofajiti kolaylaştıran nedenin yetersiz sıvı alımı olduğunu düşünmekteyiz.

Özofagus hasarı yapma olasılığı bulunan bir ilacı almakta olan hasta, disfaji, odinofaji ya da retrosternal göğüs ağrısı ile başvuruyor ise şüphelenmek gerekmektedir. Klinik ve öykü tanı için önemli ipuçları verse de tanıda endoskopi altın standarttır (2). Endoskopik incelemede en sık görülen bulgu, tek veya yaygın kümeleşme eğilimi gösteren yüzeysel ülserlerdir (5). Baryumlu özofagus grafisi radyolojik



Resim 5. Lenfosit, nötrofil ve eozinofil lökositlerden teşkil enflamatuvar hücreler (H&E, x200)



Resim 6. Rejeneratif epitelyal hücreler (H&E, x200)

incelemeler tanı koymada yardımcı olsa da yanlış negatif sonuçlara neden olabilir (6). İlaça bağlı özofajitin spesifik bir histopatolojik bulgusu ise yoktur. İlaça bağlı özofajitler genellikle özofagusun anatomik olarak daraldığı bölgelerde izlenirken, en sık orta 1/3'lük bölümde görülür (7). Bizim her iki olgumuzda da orta özofagusta ülser izlendi.

Genellikle doksisisikline bağlı özofajitler, sorumlu ilacın kesilmesiyle birlikte hızla düzelme eğilimine girse de, az sayıda olguda derin ülserler sonucu strüktür gelişebildiği gibi özofagusta perforasyon sonucu mediastinite veya ciddi kanamalara sebep olabilir (8). Proton pompa inhibitörlerinin kullanımı genellikle önerilir ancak reflü özofajiti olmayan hastalarda kanıta dayalı yararlılıkları düşük bulunmuştur. Hastalığın ciddi seyrettiği olgularda oral alımının kesilerek, hospitalizasyon gerekebilir (2).

Sonuç olarak, bu olguları, doksisisiklin kullanan hastalarda özofajit riskinin dermatologlarca göz ardı edilmemesi gerektiğinin altını çizmek için rapor ettik. Doksisisiklin kapsül kullanan hastalara ilacın bol suyla alınması ve alımdan sonra kısa süre içinde yatılmamasının önerilmesi, ilaca bağlı özofajitlerin büyük çoğunluğunu oluşturan doksisisiklin özofajitini önemli ölçüde azaltabileceğini düşünmekteyiz.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Hasta Onayı: Firdevs Topal, Engin Şenel, Cerrahi ve Medikal Uygulama: Firdevs Topal, Konsept: Engin Şenel, Yasemin Yuyucu Karabulut, Dizayn: Engin Şenel, Cem Mansuroğlu, Veri Toplama veya İşleme: Cem Mansuroğlu, Yasemin Yuyucu Karabulut, Analiz veya Yorumlama: Engin Şenel, Cem Mansuroğlu, Literatür Arama: Engin Şenel, Cem Mansuroğlu, Firdevs Topal, Yasemin Yuyucu Karabulut, Yazan: Engin Şenel, Cem Mansuroğlu.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Jaspersen D. Drug-induced oesophageal disorders: pathogenesis, incidence, prevention and management. *Drug Saf* 2000;22:237-49.
2. Shelat VG, Seah M, Lim KH. Doxycycline induced acute erosive oesophagitis and presenting as acute dysphagia. *J Assoc Physicians India* 2011;59:57-9.
3. Guttman OR, Zachos M. Drug-induced esophageal injury with an occult vascular ring. *Paediatr Child Health* 2011;16:554-6.
4. Boyce HW, Jr. Drug-induced esophageal damage: diseases of medical progress. *Gastrointest Endosc* 1998;47:547-50.
5. Öztürk S, Berçin S, Kirtak N. Doksisisiklin kullanımına bağlı gelişen özofajit ve ülser. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2011;9:195-7.
6. Al Mofarreh MA, Al Mofleh IA. Doxycycline-induced esophageal ulcerations. *Saudi J Gastroenterol* 1998;4:20-4.
7. Valean S, Petrescu M, Catinean A, et al. Pill esophagitis. *Rom J Gastroenterol* 2005;14:159-63.
8. Saçıkara M, Nazlıgül Y, Kızılca G, et al. Doksisisiklin özofajiti: İki olgu nedeniyle literatürün gözden geçirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi* 2010;37:297-9.

Hazırlayan:
Murat Durdu

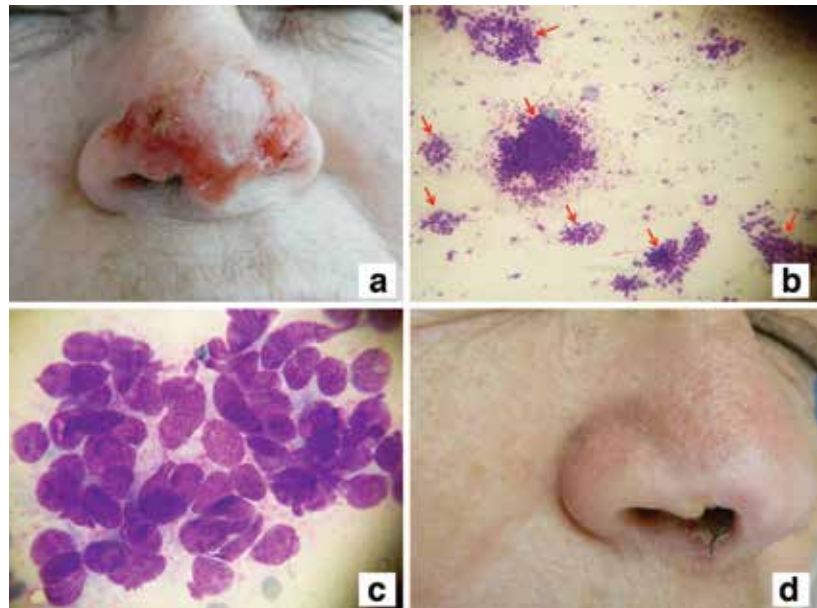
Cerrahi İşlem İstemeyen Bazal Hücreli Karsinom Hastalıklarında Tanı ve Tedavi

Derinin en sık görülen üç malign tümöral hastalığı bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom ve melanomdur (Resim 1a). Prognozları ve tedavi yaklaşımları farklı olan bu hastalıkların kesin tanısı için histopatolojik incelemeler gerekir. Buna karşın, anestezi alerjisi olanlarda ve cerrahi işlem korkusu nedeniyle cerrahi işlem istemeyen hastalarda alternatif tanı yöntemleri gerekir. Tümöral hastalıkların ayırımında kullanılan invaziv olmayan yöntemler dermatoskopi, sitoloji ve konfokal mikroskopidir. Pahallı bir yöntem olan konfokal mikroskopinin rutinde kullanımının güç olmasına rağmen dermatoskopi ve sitoloji her dermatoloji kliniğinde kolaylıkla uygulanabilir. Tzanck yayma olarak adlandırılan dermatositolojik incelemeler çoğu dermatoloji kliniğinde sadece herpetik enfeksiyon, pemfigus ve layşmanya tanısında kullanılmakla birlikte tümöral hastalıkların ayırımında da değerlidir (1).

Papül, nodül, plak ve tümöral lezyonlardan sitolojik örnekler dermal kazıntı yöntemi ile alınabilir. Bunun için, lezyon alkollü spanç ile silindikten sonra 15 numaralı bistüri yardımı ile küçük bir insizyon yapılır ve bistüri ile dermal bir kazıntı alınır. Alınan örnekler lam üzerine ince bir şekilde yayılır. Örnekler havada kurutulduktan sonra May-Grünwald Giemsa, Diff-Quick ve Papanicolaou gibi sitolojik boyalar ile boyanır ve mikroskop altında incelenir. Bazal hücreli karsinoma için karakteristik olan sitolojik bulgu dar sitoplazmalı, oval veya yuvarlak hiperkromatik nükleusu bulunan bazalooid hücrelerden oluşan bazalooid hücre kümeleridir (Resim 1b, 1c). Bu hücreler adacıkların çevresinde çit şeklinde dizilim gösterir (1). Bazal hücreli karsinomun primer tedavisi cerrahi tedavi olmakla birlikte cerrahi yapılamayan hastalarda, kriyoterapi, elektrokoterizasyon ve topikal imiquimod tedavisi kullanılabilir (Resim 1d).

Kaynak

1. Durdu M, Seçkin D, Baba M. The Tzanck smear test: rediscovery of a practical diagnostic tool. *Skinmed* 2011;9:23-32.



Resim 1. Bazal hücreli karsinomlu bir olguda klinik ve sitolojik bulgular, a) Altmış yedi yaşında kadın hastanın burun ucunda yer alan ülsere lezyon, b, c) Ülsere lezyondan yapılan sitolojik incelemeden bazalooid hücre adacıkları, d) Cerrahi tedavi istemeyen hastada topikal imiquimod tedavisi ile tümöral lezyonda düzelme (May-Grünwald Giemsa B, x100; C, x1000)

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Murat Durdu, Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Adana Dr. Turgut
Noyan Uygulama ve Araştırma
Merkezi, Dermatoloji Bölümü,
Adana, Türkiye
Tel.: +90 322 327 27 27
E-posta: sivandr@hotmail.com

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

Hazırlayan:
Işın Sinem Bağcı

Yurtdışında Araştırma Deneyimim: Ludwig-Maximilian Üniversitesi'nde İlk Altı Ay

My Research Abroad Experience: First Six Months
in Ludwig-Maximilian University

Öz

Türk Dermatoloji Derneği'nin uzun süreli yurtdışı araştırma bursu ile 2016 yılının başından itibaren Münih'teki Ludwig-Maximilian Üniversitesi, Dermatoloji ve Allergoloji Kliniği'nde konuk araştırmacı olarak çalışıyorum. Bu gözlem yazısında hem bu süreçte klinikte yaptığım çalışmalarını hem de gelecekte buraya gelmek isteyen meslektaşlarıma yararlı olabilecek bilgileri paylaştım.

Anahtar kelimeler: Yurtdışı araştırma, dermatoloji, Almanya, Münih, Ludwig-Maximilian Üniversitesi, otoimmünoloji

Abstract

Since the beginning of 2016, I have been working as a guest researcher in Ludwig-Maximilian University, Department of Dermatology and Allergology in Munich. In this paper, I aimed to share my ongoing studies, my observations and some necessary information about the department for the colleagues who plan a visit in the future.

Keywords: Research abroad, dermatology, Germany, Munich, Ludwig-Maximilian University, autoimmunology

Türk Dermatoloji Derneği her sene dermatologlara çeşitli burs imkanları sağlıyor. Bu burslar sayesinde, dermatoloji uzmanları ve asistanları araştırma projelerine kaynak sağlayabiliyor, yurtdışındaki kongrelere katılabiliyor ya da yurtdışında istedikleri konu üzerinde kısa ya da uzun süreli araştırma yapma şansı bulabiliyorlar. Benim gibi asistanlığının ilk gününden itibaren yurtdışında araştırma yapmayı hayal eden biri için de derneğin 'Uzun süreli yurtdışı araştırma bursu' büyük bir fırsattı. Bu burs dermatoloji uzmanlarına bir yıl boyunca yurtdışında kabul edildikleri bir merkezde araştırma yapmak için maddi destek sağlıyor. Bu sayede ben de 2016 yılının başından itibaren Münih'teki Ludwig-Maximilian Üniversitesi, Dermatoloji ve Allergoloji Kliniği'nde konuk araştırmacı olarak çalışıyorum.

Ludwig-Maximilian Üniversitesi, Dermatoloji ve Allergoloji Kliniği yıllardır dünyanın her köşesinden dermatoloji asistanları ve uzmanlarına kapısının açık olmasıyla biliniyor (Resim 1, 2). Yetmiş farklı ulustan 300'ün üzerinde sağlık personelinin bir arada

uyum içinde çalıştığı klinik, ana hastaneden bağımsız sekiz katlı tarihi binası, toplam 105 yataklı dört servisi, kendi ameliyathanesi, araştırma laboratuvarları ve yıllık 90,000'i aşan hasta sayısı ile Avrupa'nın en büyük dermatoloji kliniği olma özelliği taşıyor. Leo Ritter von Zumbusch, Alfred Marchionini, Otto Braun-Falco gibi isimlerine aşina olduğumuz dermatologların geçmişte direktörlüğünü yaptığı klinik 2006 yılından itibaren Prof. Dr. Thomas Ruzicka tarafından yönetiliyor.

Benim bu klinikle tanışmam İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki asistanlık eğitimim esnasında gözlemci olarak burada geçirdiğim bir aya dayanıyor. Üçüncü sene asistanı olduğum o dönemde kliniğin işleyişi, servis ve poliklinik çalışma düzeni, hasta çeşitliliği, tanı ve tedavideki farklılıkların yanında eğitim aktiviteleri, yürütülen araştırma projeleri ve pek çok ülkeden benim gibi kısa süreli gelen gözlemciler ile uzun süreli kalan konuk araştırmacıları görmüş ve çok etkilenmişim. Dermatolojinin her alanında hizmet veren klinik genel hasta polikliniği dışında saç hastalıkları,

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Işın Sinem Bağcı, Ankara 29 Mayıs
Devlet Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
E-posta: isinsinem@hotmail.com
Geliş Tarihi/Submitted: 22.07.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 23.07.2016

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

allergoloji, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, psoriasis, liken planus, atopik dermatit, otoimmün büllöz hastalıklar, bağ dokusu hastalıkları, meslek hastalıkları, onkoloji, cerrahi ve kozmetoloji gibi özelleşmiş bölümlere sahip. Asistanlar 5 yıllık dermatoloji eğitimleri süresince serviste hasta takibinin dışında genel ve özelleşmiş polikliniklerde ve ameliyathanede çalışıyorlar. Her öğle arası yapılan ve son derece eğitici olan toplantılarda o gün gelen ilginç hastaları bütün doktorlar görme imkanı buluyor, tanı ve tedavi üzerine tartışılıyor (Resim 3). Her Çarşamba günü Almanya'nın başka üniversitelerinden ya da yurtdışından gelen konuk dermatologlar seminer veriyorlar. Bir yıl Almanca [Fortbildungswoche (FOBI)] bir yıl da İngilizce dilinde [International Summer Academy of Practical Dermatology (ISA)] olmak üzere iki ayrı kongre düzenleyen klinik her sene yurtiçi ve yurtdışından gelen pek çok dermatoloğu ağırlıyor.

Ben Dr. Miklos Sardy'nin yönetimindeki otoimmün laboratuvarında çalışıyorum. Otoimmün laboratuvar da hastanenin diğer bölümleri gibi hemen her sene yabancı bir konuk araştırmacıyla çalışmış. Son yıllarda özellikle büllöz pemfigoid üzerine çalışmaların yürütüldüğü laboratuvar aynı zamanda temel bilimler ve Almanya'daki diğer otoimmün laboratuvarları ile de işbirliği içinde. Burada otoimmün büllöz

hastalıklar ve bağ dokusu hastalıklarında tanıl basamakları öğrenmek ve uygulamanın dışında büllöz pemfigoid etiolojisinde rol oynayan sitokinler ve deri eklerinin büllöz pemfigoidde tanıl önemi ile ilgili çalışmaları da yürütüyorum.

Benim gibi bu kliniği ziyaret etmek ya da konuk araştırmacı olarak çalışmak isteyen meslektaşlarıma tavsiyem klinik direktörüyle iletişime geçmeleri. Başvurulara kısa sürede yanıt veriliyor ve gözlemciler büyük oranda kabul ediliyor. Gözlemciler için Almanca bilmek gerekli değil, bütün doktorlar iyi düzeyde İngilizce konuşuyor. Araştırmacılar içinse Almanca bilmek teknisyenler ve diğer çalışanlarla iletişim açısından gerekli. İki yılda bir düzenlenen ve bir sonraki 2017 yılında yapılacak olan ISA ve Almanca bilen meslektaşlarım için 2018 yılında düzenlenecek olan FOBI hem kliniği ve Alman dermatoloji ekolünü tanımak hem de genel dermatoloji hakkında bilgilerini artırmak için güzel bir fırsat. Teorik derslerin yanında pratik uygulama kurslarının da düzenlendiği kongre dermatoloji asistanlarına burs olanakları da sağlıyor (Resim 4). Kongre ve burslar ile ilgili ayrıntılı bilgiye <http://isa2017.com/> web sitesinden ulaşmak mümkün.



Resim 1. Klinik direktörü Prof. Dr. Ruzicka ve konuk araştırmacılar. Soldan sağa Dr. Rui Aoki (Yamanashi-Japonya), Dr. Işın Sinem Bağcı (Ankara, Türkiye), Prof. Dr. Thomas Ruzicka ve Dr. Seçil Vural (Ankara, Türkiye)



Resim 3. Her öğle arası yapılan toplantılarda o gün gelen ilginç hastalar konseye çıkartılıyor, tanı ve tedavi üzerine tartışılıyor



Resim 2. Klinik her sene yurtdışından gözlemci olarak gelen onlarca asistan ve uzmanı konuk ediyor



Resim 4. International Summer Academy of Practical Dermatology (ISA) kapsamında teorik dersler dışında uygulamalı kurslar da düzenleniyor

**Hazırlayan:
Zekayi Kutlubay**

7. İstanbul Kozmetik Dermatoloji Sempozyumu

Değerli Meslektaşlarım,

İstanbul Kozmetik Dermatoloji Sempozyumları'nın yedincisini 24-29 Mayıs 2016 tarihleri arasında Çeşme Radisson Blu Otel'de büyük bir beğeni ile gerçekleştirdik.

Beş günlük yoğun bir program dahilinde gerçekleşen kozmetik dermatoloji sempozyumumuzda bölgesel inceleme ve selülit tedavisinin bilimsel dayanakları, en son geliştirilen teknoloji olan pikolazerler de dahil olmak üzere dermatolojik lazer uygulamaları, kök hücre tedavilerinin pratikte uygulanması, odaklı radyofrekans, ultrason ve plazma teknolojileri gibi deri gençleştirilmesindeki en etkili tedavi seçenekleri, sık yapılan dolgu, botulinum toksin ve yüz germe gibi uygulamalardaki son gelişmeler ve ileri teknikler, alopesi hastalarına kozmetik yaklaşımlar, medikal rinoplasti uygulamaları, vitiligo tedavisinde lazer ve ışık sistemleri ve melanosit transferi gibi en yeni yaklaşımlar ele alındı. Bilimsel programımızdaki teorik seminerlerimizin yanı sıra uygulamalı botulinum toksin, dolgu, mezoterapi, PRP ve ip kursları ile zenginleştirilen sempozyumumuz baş döndürücü bir hızda ilerledi.

Kozmetik dermatoloji alanında en son gelişmelerin tartışıldığı sempozyumumuza alanında dünya çapında bilgi ve tecrübeye sahip yabancı konuklarımız da hem teorik

hem de canlı uygulamalarıyla büyük katkılar sağladılar. Halen Almanya'da "International School of Dermatology, Lasers and Aesthetics" kurumunda başkanlık yapmakta olan Prof. Dr. Klaus Fritz dermatolojik uygulamalarda lazer ve ışık sistemleriyle ilgili son gelişmeleri bizimle paylaştı. Birleşik Arap Emirlikleri Üniversitesi'nde görev yapmakta olan Dr. Hassan Galadari ise ileri botulinum toksin ve dolgu uygulamaları ile ilgili teorik ve uygulamalı seminerleriyle sempozyumumuzu renklendirdi. Ultra V Lift teknolojisinin yaratıcılarından Koreli Dermatolog Dr. Hanjin Kwon, "RF kanül ve ultra V ile cerrahisiz göz altı estetiği" ile ilgili tecrübelerini hastalar üzerinde uygulamalı olarak bizlerle paylaştı.

Sempozyumumuzun sosyal programı içerisinde tiyatro gösterileri, havuz başı DJ partileri ve canlı müzik şovları gerçekleştirilmiş olup, Çeşme'ye feribotla yaklaşık bir saat uzaklıktaki Sakız (Chios) adasına tur düzenledik.

Teorik ve uygulamalı bilimsel programlarıyla olduğu kadar sosyal programıyla da oldukça yoğun geçen bir sempozyumu daha başarı ile tamamladık. Türkiye'nin en güzel otelinde 18-21 Mayıs 2017 tarihinde yapacağımız, Prof. Dr. Faruk Nemlioğlu 12. Dermatolojide Gelişmeler Sempozyumu'muzda birlikte olmak dileklerimizle...

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Zekayi Kutlubay, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 542 315 91 09
E-posta: zekayikutlubay@gmail.com

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji Derneği Makale metnine www.turkdermatolojidergisi.com web sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society of Dermatology - Available on-line at www.turkdermatolojidergisi.com



Hazırlayan:
Arzu Kılıç

11. Ege Dermatoloji Günleri'nin Ardından

Her yıl yapılan ve gelenekselleşen "Ege Dermatoloji Günleri"nin on birincisi bu yıl 11-15 Mayıs 2016 tarihleri arasında Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dallarının başkanlığında Çeşme'de düzenlendi. Bu sayede sevgili meslektaşlarımız, hocalarımız ve dostlarımızla bir araya gelerek hem özlem giderdik hem de Dermatoloji ve kozmetoloji alanındaki en son gelişmeleri takip etme fırsatımız oldu.

Bu yıl kongremizin temasını "Dermatolojiden Kozmetolojiye" olarak belirledik. Böylelikle meslektaşlarımızın ilgi alanları ve kendilerini eksik hissettikleri alanlar doğrultusunda seçim yapabilecekleri farklı oturumlar ve uygulamalı kursları olan geniş yelpazeli güncel ve bilimsel içeriği zengin bir program hazırlamayı amaçladık.

Kongremizin ilk günü dört farklı salonda gerçekleşen farklı konuların işlendiği uygulamalı kozmetik kursları ile başladı. İlk gün kendi alanlarında tecrübeli meslektaşlarımız tarafından konularının işlendiği kozmetik kurslarımız oldukça ilgi gördü. Güncel ve bilimsel içeriği zengin

sunumlardan oluşan panellerde ise konuları alanında deneyimli konuşmacılardan dinledik ve bilgilerimizi tazeledik.

Panel ve kursların bitimi sonrası ise bu sene sempozyumumuzda bir ilk gerçekleştirildi. Türk Sanat Müziği'ne gönül vermiş sevgili meslektaşlarımızdan oluşan bir koro bizlere harika bir müzik ziyafeti verdiler. Böylelikle biz de camiamızda sanata ve sanatsal faaliyetlere ne kadar yakın meslektaşlarımız olduğunu gözlemiş ve biz dermatologların insan bedenine ve ruhuna dokunma ayrıcalığı taşıdığımızı bir kez daha izlemiş olduk.

Sosyal programımızı bu sene Çeşme'nin karşı komşusu Sakız Adası'na düzenledik. Adanın ismini aldığı sakız ağaçlarını gördükten sonra Pirgi ve Mesta köylerini ziyaret ettik. Bu köylerde avlularda yunan müziği eşliğinde yapılan geleneksel eğlenceyi izledik. Taş evlerin gölgesinde içeceklerimizi yudumlarken her iki toplumun benzer kültürlerde olduğunu bir kez daha fark ettik.

Ben kongre eş başkanlarımız adına tüm konuşmacılara bilimsel katkıları ve tüm meslektaşlarımıza katılımları için çok teşekkür ediyor ve 12. Ege Dermatoloji Günleri'nde görüşmeyi ümit ediyorum.

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Arzu Kılıç, Balıkesir Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi
Hastalıkları Anabilim Dalı,
Balıkesir, Türkiye
Tel.: +90 538 550 87 46
E-posta: kilicarzu@gmail.com

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

**Hazırlayan:
Hamdi Rifat Memişoğlu**

11. Çukurova Dermatoloji Günleri

Çukurova Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği ile Çukurova Üniversitesi, Mersin Üniversitesi, Gaziantep Üniversitesi, Mustafa Kemal Üniversitesi ve Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitelerinin Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dallarının birlikte düzenledikleri ana konusu "Dermatolojide Tedavi" olan 11. Çukurova Dermatoloji Günleri 1-5 Haziran 2016 tarihinde Adana'da Hilton Otelinde gerçekleştirildi.

Kongrenin ilk günü Dermatokozmetoloji kurslarına, ikinci ve üçüncü günleri ana konu olan Dermatolojide Tedavi ve Serbest bildirilere ayrıldı. Dermatokozmetoloji kurslarına ayırdığımız ilk günde 7 ayrı salonda 20'şer kişilik gruplar halinde dolgu, botulinum toksin, mezoterapi, PDO ip uygulamaları ve fraksiyonel CO2+Radyofrekans, thulium fiber, fokus ultrason ulthera lazer uygulamalı kursları düzenlendi. Ayrıca 2. gün 2 saat süreli hidroksiapatit (Radiessa) ileri uygulama dolgu kursu yapıldı.

İkinci ve 3. günlerde "Dermatolojinin Ana Konularındaki Tedaviler" değerli öğretim üyelerince anlatıldı. Beş uydu sempozyumla dermatolojide gelişimler gözden geçirildi.

11. Çukurova Dermatoloji Günleri'ne 280 kayıtlı hekim katılmış olup her gün bir yenisi oluşan krizlere rağmen 28 ilaç, tıbbi cihaz ve dermatokozmetik firması, 36 birim stant ve 80 personel ile bizlerin yanında yer almıştır.

Kongrenin 4. gününde KKTC'de kozmetik kurslar düzenlenmiş, KKTC Devleti'nin bu günlere gelişi ve 20 Temmuz 1974 yılında yapılan Kıbrıs Barış Harekatı tarafımdan, Barış Harekatı öncesi ve sonrası o tarihlerde lise ve ortaokul öğrencileri olan Kıbrıslı öğretim üyesi arkadaşlarımız Prof. Dr. Nahide Onsun ve Prof. Dr. Serap Öztürkcan tarafından his dolu bir ortamda göz yaşları

inde anlatılmış ve duygu dolu anlar yaşanmıştır.

Aynı gün çıkartma plajı ve çevresi görülmüş, benim alay komutanım olan İbrahim Karaoğlanoğlu şehitliği ziyaret edilmiştir. Daha sonra Girne ve tarihi Girne Kalesi ile müzesi gezilmiş, kalede gün batımı izlenmiştir.

KKTC'deki 2. günümüzde alınan özel izinle Kıbrıs Barış Harekatı'nın en yoğun çatışmalarına şahit olan Alayköy'deki (Eski Lefkoşa hava alanı bölgesi) Hudut Alayı'na gidilmiş ve o günlerin canlı örneği olan Grammar School gezilmiş (Bu bölge Kıbrıs Türk Alayı, Yunan Alayı, Rum Milli Muhafız Alayı ve Barış Harekatında Üsteğmen rütbesi ile Baştabipliğini yaptığım 50. Piyade Alayının 2. Taburunun 4 gün boyunca savaştığı yerdir). Bu okul ismine rağmen genelde Yunan Alayının Karargahı olarak kullanılan, Türk alayını ve Türk bölgelerini devamlı kontrol eden bir konumda yer almış çok sağlam bir binadır. Birinci ve 2. Barış Harekatları'nda günlerce uçaklar tarafından bombalanmış ve yıkılmamış ancak ortasından bel vermiştir.

Grammar School'da Mehmetçiğin ikram ettiği sıcak poğaça ve içecekler sonrası askeri bölgede, sınır boyu takip edilerek Lefkoşa'ya girilmiş ve gezilmiştir.

Konuşmacılara, kurs uygulayıcılarına, oturum başkanlarına ve tüm katılımcılarımıza, bizlere destek olan ilaç, tıbbi cihaz ve dermatokozmetik firmalarına en içten teşekkürlerimizi ve saygılarımızı sunuyoruz.

11. Çukurova Dermatoloji Günleri'nin de bilimsel ve sosyal etkinlikler yönünden anılarınızda uzun yıllar Çukurova sıcaklığı ile kalacağını umuyor, barışın ön planda olduğu huzurlu ve sağlıklı günler diliyoruz.

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Hamdi Rifat Memişoğlu, Çukurova
Deri ve Zührevi Hastalıklar
Derneği Başkanı
E-posta: memisoglu01@hotmail.com

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com



Resim 1. 11. ukurova Dermatoloji Günleri Kongre Başkanı Prof. Dr. Hamdi Rifat Memişoğlu tarafından açıldı



Resim 2. Kongrenin ana konusu "Dermatolojide Tedavi" olup katılımcılar güncel tedavi ve yaklaşımların tartişıldığı çok sayıda oturumu izleme firsatı buldular



Resim 3. Kongrenin sosyal programı Kıbrıs'ta gerçekleştirildi. Özellikle Kıbrıs Barış Harekatı'nın yapıldığı güzergahın takip edildiği gezide İbrahim Karaoğlanoğlu Şehitliği de ziyaret edildi



Resim 4. Girne Kalesi'nde gerçekleştirilen kokteyl sırasında uzun süre hatırlanacak neşeli anlar yaşandı

Hazırlayan:
Adem Köşlü

Cildiyecilik Yapmayan Cildiyecilerden; Dr. Cenab Şahabeddin



Taha Toros'un bize hediye ettiği Cenab Şahabeddin'e ait gençlik fotoğrafı

Toplumda Cenab Şahabeddin'in cildiyece olduğunu bilen hemen hiç kimse yoktur. Hatta doktor olduğunu bilenlerin sayısı da son derece azdır. Peki bu durumun sebebi nedir ?

Önce yaşam hikayesi ile başlayalım.

Cenab Şahabeddin 1867 yılında Fatih'te Draman Mahallesi'nde doğmuştur. Babası Plevne'de şehit olan Osman Şahabeddin Bey'dir. Annesi eski İstanbullulardan İsmet Hanım'dır. İlk tahsilini Tophane'deki Fevziye Mektebi'nde tamamladıktan sonra, Eyüp Askeri Rüştiyesi'ne daha sonra da Tıbbiyeyi Askeri İdadisi'ne girmiştir. Her yıl birinci çıkmak suretiyle Tıbbiyeyi birinci olarak bitirmiş ve Haydarpaşa Hastanesi'ne tayin edilmiştir.

Bir yıl sonra da açılan müsabaka imtihanını birincilikle kazanmış ve hükümet hesabına tahsil için Paris'e gönderilmiştir. Paris'te bir taraftan tıbbiyeye diğer taraftan da edebiyat fakültesine devam etmiştir. Tıpta "Deri ve Zührevi Mütihazsıslığı" vesikasını,

edebiyatta da o günün söyleyişi ile "Lisansiyesi es letr" rütbei aliyesini ihraz etmiştir (1).

Yolların Sesi Gazetesi'nde anonim olarak yazılmış, ancak gazetenin sahip ve umum neşriyat müdürü Eminefendioğlu Fazıl Mahmut tarafından kaleme alındığını düşündüğüm bu bilgiler son derece kıymetlidir. Sayın Fazıl Mahmut bu bilgiyi bizzat pasaportunu gösteren Cenab Şahabeddin'den aldığını yazmaktadır.

Kanıtı dayalı olması nedeniyle bu bilgi oldukça önemlidir. Hakkında yazılan hemen tüm yazılarda doğum yeri Manastır, doğum tarihi de 1870'tir. Bu bilgilerin kesin kaynağı belli değildir.

Zaman zaman bir "Cenab Şahabeddin Müzesi" açma fikri ortaya atılmaktadır. Eğer bu mümkün olursa o takdirde mevcut evraklardan belki hakikat daha net biçimde ortaya çıkacaktır.

Dört sene süren bu tahsil devresinden sonra Cenab Şahabeddin vatana avdet etmiş ve yurda döndükten sonra hekim yüzbaşı olarak Mersin, Rodos, Cidde'de çeşitli görevlerde çalışmıştır.

Yurt dışında dört yıl çalışarak edindiği bilgi ve tecrübeleri bir cildiye uzmanı olarak değerlendirmek yerine, karantina hekimliği gibi uzmanlık gerektirmeyecek bir konuda çalışması ilginçtir. Ayrıca emekliliğine kadar nerdeyse doktorluk mesleğiyle ilgili olmayan müfettişlik görevi yapması da bir o kadar ilginçtir.

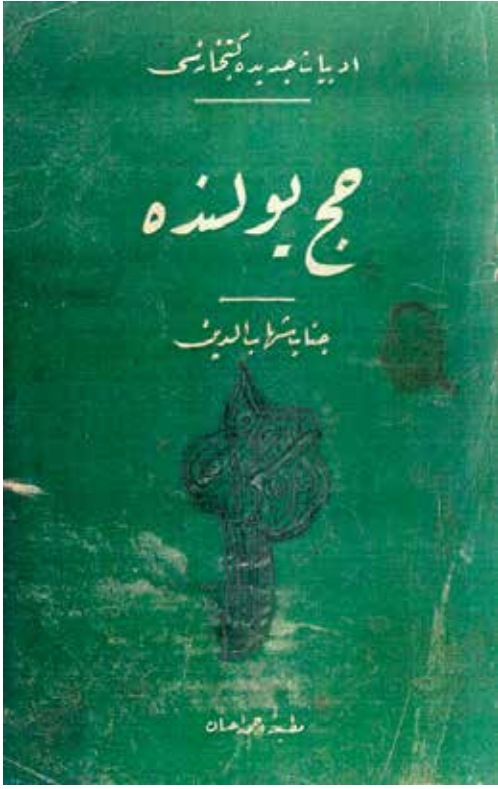
Bu noktada kısa da olsa biraz da edebiyatçı kişiliği ve şairliğinden söz etmek istiyorum. Okuduğumuz kaynaklarda çok genç yaşlardan itibaren Cenab Şahabeddin'in edebiyata ve şiire ilgi duyduğu belirtilmektedir. Başlangıçta divan edebiyatı tarzı şiire uğraşırken, daha sonra Batı tarzı şiire yöneldiği görülüyor. Bundan sonra Tevfik Fikret'in başını çektiği ve Halid Ziya Uşaklıgil gibi yazarların temsil ettiği yenilikçilik hareketinin içinde oldu. Edebiyatı Cedide grubu yazarları daha çok yazılarını Servet-i Fünun Dergisi'nde yazdıklarından, Servet-i Fünuncular olarak da bilinirler. Bu yeni edebiyat akımı başta gençler olmak üzere önemli bir kesimin dikkatini ve ilgisini çekmiştir.

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Adem Köşlü,
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Emekli Şefi,
İstanbul, Türkiye
E-posta: ademkoslu@gmail.com

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com



Hac Yolunda. Cenab Şahabeddin. Matbaa-i Ahmet İhsan 1325 [1910]. İstanbul.

Edebi kişiliği ve edebiyatçı olarak yapıtlarının değerlendirilmesi bize düşmez. Bununla beraber hakkında yazılanlardan anlaşıldığı üzere şiirlerinde müzikaliteye önem verdiğini görüyoruz. Şiirde ahenk unsuruna önem vermiştir. Ona göre sanat, sanat içindir hatta sanat güzellik içindir. Ona göre şiir, sözcüklerle yapılmış bir resimdir. Aynı zamanda, şiirlerinde nükteye, söz oyunlarına, zeka gösterişlerine önem verir. Hiç duyulmamış mecaz, imge, teşbih ve istiarelere sıkça yer vermektedir.

"Elhan-ı Şita" en ünlü şiiridir. Kış mevsimini anlatır. Türk edebiyatında doğayı anlatan en önemli şiirlerden birisidir. Kış manzaralarından, kar yağışının bıraktığı izlenimlerden söz etmiştir.

Cenab Şahabeddin aynı zamanda bir düz yazı ustasıdır. Tanin, Hürriyet, Kalem ve Hak gazetelerinde çeşitli konularda makaleler yazmıştır.

Cidde'ye sağlık müfettişi olarak gönderildiğini biliyoruz. Cenab'ın Cidde'ye gidişi, Türk edebiyatına, en güzel gezi hatıralarından biri olan 'Hac Yolunda' adlı eserini kazandırdı. Suriye izlenimlerini de Sabah Gazetesinde 'Suriye Mektupları' adıyla yayımladı. Bunlardan başka Afak-ı Irak, Avrupa Mektupları adlarında seyahat intibalarını yazdığı kitapları vardır.

1914'te emekliye ayrıldıktan sonra Darülfünun'da "Batı Edebiyatı", "Fransız Dili" ve "Türk Edebiyatı Tarihi" dersleri okutmaya başladı.

Bu dönemde başına bir şanssızlık geldi. İstanbul'da edebiyat dersleri verdiği üniversitede Kurtuluş Savaşı'na karşı çıkan

konuşmalar yaptı. Gazetelere röportajlar verdi, yazılar yazdı. Ulusal mücadele hakkında ağır sözler söyledi. Benzer düşüncelere sahip olan diğer öğretim üyeleri olan Ali Kemal, Rıza Tevfik ve Hüseyin Danişli ile birlikte üniversiteden zorla istifa ettirildi. Kurtuluş Savaşı kazanıldıktan sonra pişman olup, özür diledi. Gazi Hazretlerini öven şiirler yazdı (2).

Sonuçta af edildi. Ancak bundan sonraki yaşamında adeta inzivaya çekildi. Bu polemik konusu olan mevzuu bir kenara bırakarak tekrar esas konumuza dönelim.

Dr. Cenab Şahabeddin neden cildiyeçilik yapmamıştır. Şu ana kadar bir reçetesi veya kartvizitine rastlanılmamıştır. Ne gariptir ki bu konular günümüze kadar irdelenmemiştir. Yine araştırmalarımızı sürdürürken bu durumlara karşılık gelecek çok makul bir yazıya rastladım. H. Nazım imzalı yazıda şöyle anlatılıyor; "Öyle zannediyorum ki Cenab, mesela velisinin sevkî, yahut kendisinin ani bir heves neticesi olarak iktisab etmiş olduğu tababeti ciddi ve daimi meslek edinebilseydi memleketimiz belki bütün medeniyet aleminde ismi maruf bir Türk alimi yetiştirmiş olurdu. Çünkü burada mektep tahsilini bitirdikten sonra onu ikmal için Avrupa'da bulunduğu zaman bile tıp ile 'ihmal addedilecek kadar' az meşgul olmuş, buraya avdetinden sonra ise onu hemen tamamen mühmel bırakmış olduğu halde karantina tababeti için müsabakaya dahil olduğu zaman hey'et mümüzeninen taktiramız alkışları ile o memuriyete kabul edilmiş olduğunu hepimiz biliriz" (3).

H. Nazım'a göre Cenab bu mesleği (doktorluğu) kendi isteği ile seçmemiştir. Diğer taraftan eğer tıp ilmini sevse idi medeniyet aleminde kendini kanıtlayabilirdi.

Bu düşünceler Ahmet Reşit Rey'e (1870, Çankırı-1956) aittir. Kendisi valilik, dahiliye nazırlığı, Galatasaray Lisesi öğretmenliği, İzmir Milletvekilliği yapmış değerli bir düşünce ve siyaset adamıdır. İstifasından sonra edebi tercümelemlerde ve fikir hayatında da başarılı olmuştur. Yazarlık ve edebiyat hayatında H. Nazım takma adını kullanmıştır.

Tabiidir ki bu konuda en doğru cevap bizzat kendi ağzından ve kendi kaleminden çıkan ifadeler olacaktır. Bu kez de şans yüzümüze güldü. Aşyan'daki Tevfik Fikret Müzesi müdürü, dostumuz Sayın Ata Yersu bizim için yapmış olduğu araştırmalar sonucunda beklediğimiz kaynağa ulaştı.

Peyam Gazetesinin 1923 yılında yayınlanan "Hekimlik" isimli makalesinde bakın Cenab Şahabeddin bu konuyu nasıl açıklıyor (4).

"Bana sık sık sorarlar; "Niçin hekimlik etmiyorsun?" bu suale mevsimin derece-i hararetine ve esen rüzgarın istikametine tabi, baştan savma bir cevap veririm.

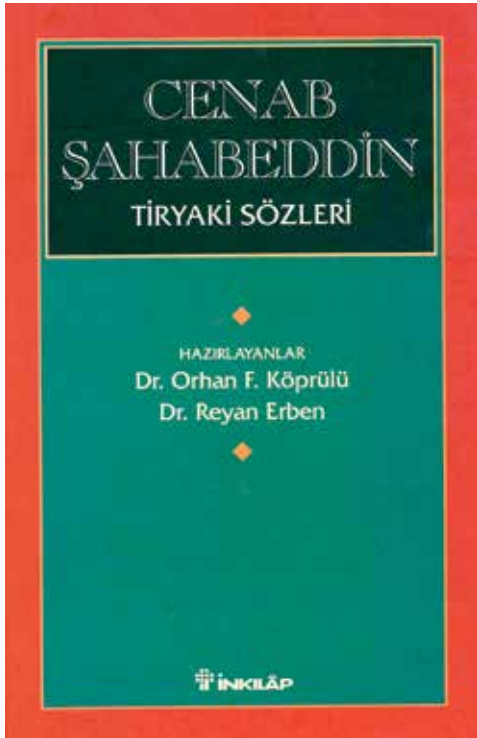
Hakikat de beni icra-i tababetden men eden pek çok sebepler vardır. Biri şu ki hasta kokusu bana ağır gelir. Bir müteverrimin sıvışık, terli göğsüne kulağım ma elmemnuneye yaslanmaz. İltahab-ı kasabat ile uğraşmaktansa kitap-ı edebiyat ile meşgul olmayı tercih ederim. Rivayete göre tabiatıta her zevk varmış; benim tabiatımda zevk-i teşhis ve zevk-i tedavi yoktur..."

Cenab Şahabeddin şiirlerinde ve nesir yazılarında Arapça ve Acemce kelimeleri bol bol kullanmıştır. Lugatları karıştırarak sadece halkın değil, aydınların da bilmediği birçok kelimeyi eserlerine taşıması bilinen bir özelliğidir. Bu metinde benzer

şekilde hareket etmiş ve tercümesi çok güç kelimeler kullanmıştır. Bu yüzden altı çizili bazı kelimeleri olduğu gibi aldım.

Şimdi daha iyi anlaşılıyor ki Cenab Şahabeddin doktorluğu sevememiş, kan, cerahat, hasta kokusu gibi konuları tababetin doğal unsurları olarak kabullenip kendi ifadesi ile bir zevk-i tababeti bir türlü tadamamıştır.

Türk Edebiyat Tarihi'nde seçkin bir yeri olan, aynı zamanda Türk Dermatoloji Tarihi'nin de kıymetli bir üyesi olan Cenab Şahabeddin tıpkı "Elhan-ı Şita" şiirinde olduğu gibi "Lapa Lapa" kar yağışının olduğu 12 Şubat 1934 tarihinde vefat etmiş ve Bakırköy'deki mezarlığa defnedilmiştir. Müeyyet Adnan, Şadiman, İsmet Rasin isminde üç erkek, ve Sara Şivezat, Reşika isminde iki kızı olan ünlü doktor ve şairin mezarı kendisinden evvel ölen üçüncü kızı Desita'nın yanındadır.



Köprülü OF, Erben R. Tiryaki Sözleri. İnkilap Yayınevi. İstanbul 1998

Kendisini rahmet ve saygı ile anarken özlü sözler içeren ünlü kitabı "Tiryaki Sözleri"nden bazı örnekler vermek istedim.

Yüksek tepelerde hem yılan, hem kuşa rastlanır; birisi sürünerek, öteki uçarak yükselmiştir.

Kalp söze başlayınca akıl sağır olur.

Her yük omuzdan indirilebilir, senelerin yüklediği yaş yükü müstesna!

Gündüz kandilini hazırlamayan, gece karanlığa razı demektir.

Köpeğe gem vurma, kendini at sanır.

Rütbe aldıkça kibirlenenler, yangın kulesine çıkınca dürbün oldum zannedenlerdir.

Köhne fikirler paslanmış çivilere benzer; söküp atmak çok zordur.

Duygularımızla hareket ettiğimiz vakit, aklımızı geri plana iteriz.

Ancak cücelerdir ki küçüldüklerini hissetmezler.

Karga, adını değiştirse de, sesinden tanınır.

İyiliği yalnız iyiler anlar, fenalığı herkes.

Güzel fikir ihtiyarlamaz. İhtiyarlamadığı için, ölmez de. Örneğin bir Mevlana, bir Yunus dünya durdukça insanlar tarafından hatırlanmayacaklar mı?

Yoksulluğun olduğu yerde; namus, şeref, onur, erdem fazla barınamaz.

Pahalı başka, kıymetli başkadır.

Çenesi düşmedikçe ihtiyarlar az söylerler. Zira hayat onlara sözün faydasızlığını öğretmiştir.

Onurlu ve gururlu insanlar, küçük düşmemek ve küçülmek için, her adımlarını dikkatli atmalıdırlar. Bir kitap ilmi var birde hayat ilmi, olgun insan heralde ikisindedir vakıf olan oluyor.

Vesaire sözünü pek severim zihnimin ayıbını örttüğü için.

Akarsu, ne güzel hayat dersidir: Küçük engellerin üzerinde köpürür; büyüklerin yanından sessizce geçerir.

Kaynaklar

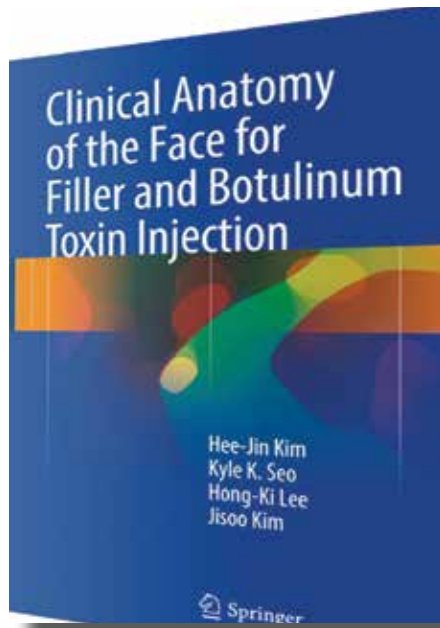
1. Anonim. Cenap. Yolların Sesi. 1934, 15. Sh 304.
2. Yurdanur C. Cenap Atatürk düşmanı mıydı? Tercüman Gazetesi, 28 09 2003.
3. Nazım H. Cenap Şahabettin. Yolların Sesi. 1934, 15. Sh 301.
4. Şahabettin C. Hekimlik. Peyam. 1923, No 1123.



Doç. Dr. Adem Köşlü
ademkoslu@gmail.com

Hazırlayan:
Tamer İrfan Kaya

Clinical Anatomy of the Face for Filler and Botulinum Toxin Injection



EDİTÖR YORUMU

Günümüzde botulinum toksin enjeksiyonları ve dolgu materyali uygulamaları dermatologlar tarafından en fazla uygulanan kozmetik işlemler arasında yer almaktadır. Bu kitapta bu işlemlerin daha etkin uygulanabilmeleri açısından faydalı olacağı düşünülen çok sayıda görsel mevcuttur. Kitap 200'den fazla kadavra fotoğrafı ve 200 illüstrasyon içermektedir. Fasiyal kas, damar ve yumuşak doku anatomileri optimal kozmetik uygulamalar açısından teferruatlı bir şekilde ele alınmıştır. Bir anatomi profesörü önderliğinde hazırlanan kitaba bir dermatolog, bir plastik cerrah ve bir estetsiyen - anti-aging hekimi farklı bakış açıları ile katkıda bulunmuşlardır.

Editörler: Hee Jin Kim, Kyle K. Seo, Hong-Ki Lee, Jisoo Kim

Yayınevi: Springer

Yılı: 2016

ISBN: 978-981-10-0240-3

Fiyatı: 140.38 Euro, E-kitap: 107.09 Euro

Sayfa Sayısı: 179

Yazışma Adresi/ Correspondence:

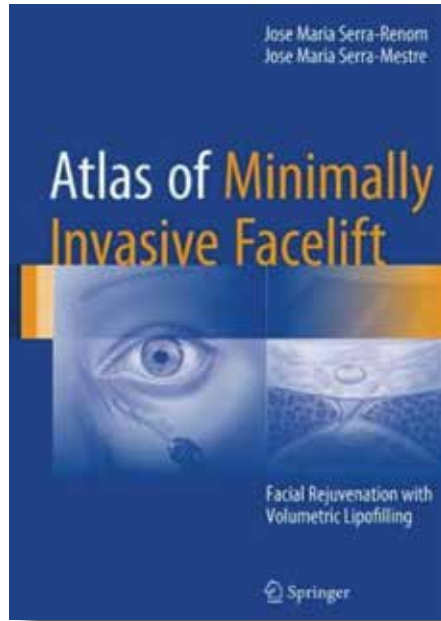
Tamer İrfan Kaya,
Mersin Üniversitesi Tıp
Fakültesi Hastanesi,
Dermatoloji Anabilim Dalı,
Mersin, Türkiye
Tel: +90 324 241 00 00/1845
E-posta: tamerirfankaya@hotmail.com

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

**Hazırlayan:
Tamer İrfan Kaya**

Atlas of Minimally Invasive Facelift Facial Rejuvenation with Volumetric Lipofilling



EDİTÖR YORUMU

Profesör Jose Maria Serra-Renom ve Dr. Jose Maria Serra-Mestre çok sayıda yayınları olan deneyimli plastik cerrahlardır. Bu kitaplarında yaşlanmış yüzün özellikle orta kesimlerine yağ greftleme metodunun minimal invaziv tekniğini teferruatlı bir şekilde açıklamaktadırlar. Kitapta öncelikle yüz yaşlanmasının anatomik özellikleri tanımlanmıştır. Sonra makro-, mikro- intradermal ve nanofat enjeksiyonları ve bunun için yağ elde edilişi ve hazırlanışı anlatılmıştır. Tekniklerin anlatımı çok sayıda görsel ile desteklenmiştir. Fasiyal rejuvenasyonda minimal invaziv tekniklerin önemi giderek artmaktadır ve bu doğrultuda bu kitapta yazarlar kendi yöntemlerini detaylı bir şekilde açıklamışlardır.

Editörler: Jose Maria Serra-Renom, Jose Maria Serra-Mestre

Yayınevi: Springer

Yılı: 2016

ISBN: 978-3-319-33018-1

Fiyatı: 93.59 Euro, E-kitap: 74.96 Euro

Sayfa Sayısı: 126

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Tamer İrfan Kaya,
Mersin Üniversitesi Tıp
Fakültesi Hastanesi,
Dermatoloji Anabilim Dalı,
Mersin, Türkiye
Tel: +90 324 241 00 00/1845
E-posta: tamerirfankaya@hotmail.com

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

Kongre Takvimi

ULUSLARARASI KONGRELER

Kongre Adı	Tarih
13 th Congress of the European Society of Contact Dermatitis - Manchester, UK	14 - 17 Eylül 2016
25 th EADV Congress - Vienna, Austria	28- Eylül - 02 Ekim 2016

ULUSAL KONGRELER

Kongre Adı	Tarih
6. Dermatoloji Güz Okulu - Muğla, Türkiye	07 - 10 Eylül 2016
26. Ulusal Dermatoloji Kongresi - Antalya, Türkiye	19 - 23 Ekim 2016
IX. Dermatoloji & Dermatopatoloji Sempozyumu - Ankara, Türkiye	11 - 13 Kasım 2016
6. Ulusal Dermatolojik Cerrahi Günleri - Ankara, Türkiye	17 - 20 Kasım 2016
9. Uludağ Dermatokozmetoloji - Bursa, Türkiye	09 - 12 Mart 2017
2. International Dermatology and Cosmetology Congress - İstanbul, Türkiye	15 - 18 Mart 2017
9. Dermatoloji Bahar Sempozyumu - Antalya, Türkiye	12 - 15 Nisan 2017
9. Spil Dermatoloji Günleri - İzmir, Türkiye	28 - 30 Nisan 2017
Dermatolojide Güncel Tedavi - PORTO/PORTEKİZ-Çukurova D.D.	04 - 07 Mayıs 2017
12. Ege Dermatoloji Günleri- Muğla, Türkiye	10 - 14 Mayıs 2017
12. Dermatolojide Gelişmeler Sempozyumu - Antalya, Türkiye	18 - 21 Mayıs 2017
V. DOD DERMATOLOJİ GÜNDEMİ - Kuşadası	28 Eylül - 01 Ekim 2017

TÜRK DERMATOLOJİ DERGİSİ YAYIN HAKKI DEVİR FORMU

Tarih:...../...../20.....

Makale adı:

Biz, aşağıda imzası bulunanlar, bu çalışmanın yürütülmesi, verilerin analizi ve yorumlanması ile ilgili tüm sorumluluğu aldığımızı onaylarız. Bu makalede yazar olarak yer alan tüm isimler çalışmaya aktif olarak katılmışlardır. Tablo ve şekiller dahil olmak üzere, makalenin tamamı veya bir kısmı başka bir yayın organında yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiştir.

Bu çalışmaya başlamadan önce Etik Komite'nin onayı alınmıştır. İnsanlarda yapılan çalışmalar için çalışmaya katılan tüm gönüllülerin yazılı bilgilendirilmiş onam formları alınmıştır. Makale ile ilgili yayın hakkını Türk Dermatoloji Dergisi'ne devretmeyi kabul ediyoruz.

Yazarlar	Adı Soyadı	Çalışmaya katkısı *	İmza
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

*4 yazardan fazla ise tümünün katkıları açık olarak açıklanmalıdır

**TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY
COPYRIGHT TRANSFER FORM**

Date:...../...../20....

Name of Article:

We, the undersigned, confirm that we have assumed all the responsibility related to the interpretation and analysis of all the data and the execution of this work. All the names mentioned in this article as writers have participated in the work actively. All of the article or part of it, including the tables and diagrams are not published in another media or forwarded to be published.

Before starting this work, approval of the Ethical Committee was obtained. All the written approval forms of the voluntary participants are received for the studies implemented on humans. We hereby accept the copyrights related to the article to Turkish Journal of Dermatology.

Authors	Name Last Name	Contribution in Work *	Signature
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

*If there are more than 4 authors, the contributions for all of them should be explained clearly.