

# DERMATOLOJİK HASTALIKLARA ALGORİTMİK YAKLAŞIM VE TANISAL İPUÇLARI

---

EDİTÖR

Prof. Dr. Arzu KILIÇ



© Copyright 2022

*Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş.'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.*

<b>ISBN</b>	<b>Sayfa ve Kapak Tasarımı</b>
978-625-8430-70-7	Akademisyen Dizgi Ünitesi
<b>Kitap Adı</b>	<b>Yayıncı Sertifika No</b>
Dermatolojik Hastalıklara Algoritmik Yaklaşım ve Tanısal İpuçları	47518
<b>Editör</b>	<b>Baskı ve Cilt</b>
Prof. Dr. Arzu KILIÇ	Vadi Matbaacılık
ORCID iD: 0000-0003-2983-065X	<b>Bisac Code</b>
	MED017000
<b>Yayın Koordinatörü</b>	<b>DOI</b>
Yasin DİLMEN	10.37609/akya.1231

### UYARI

*Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. Akademisyen Kitabevi ve alıcı arasında herhangi bir şekilde doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. Akademisyen Kitabevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.*

*İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanarak oluşturması, hekimin kendi sorumluluğundadır.*

*Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan ürüne dair değişiklikler, tekrar paketlemeler ve özelleştirmelerden sorumlu değildir.*

## GENEL DAĞITIM

**Akademisyen Kitabevi A.Ş.**

Halk Sokak 5 / A Yenışehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

# ÖNSÖZ

*Değerli Meslektaşlarım ve Tıp Fakültesi Öğrencileri;*

Hepimizin bildiği gibi modern tıpta bilgiler güncellenmek zorundadır. Sürekli gelişen ve yeniliklere açık olan bilim dallarından bir tanesi de dermatolojidir. Dermatoloji; sadece dıştan görünen deri hastalıkları ile ilgilenmez, deride oluşan lekeler, renk değişiklikleri, döküntüler ve mukozal yüzeylerde oluşan değişikliklerin her biri; vücuttaki pek çok iç organ hastalığı, bulaşıcı hastalık ve kanserin tanısı için önemli birer bulgudur. Dermatoloji bilimi; çeşitli iç organ hastalığı, bulaşıcı hastalık, cinsel yolla bulaşan hastalık ve kanserin erken tanısının konması ve tedavilerinde önemli bir yer tutar.

Bu kadar geniş alanı kapsayan bilgileri içeren bir kitabı yazmak elbette oldukça zor ve zaman alıcı oldu. Bu kitabın detaylı olarak oluşturulmasında ve dermatoloji bilim dalında oluşan güncel gelişmeleri sizlere aktarmak amacıyla, her biri konusunda uzman 87 değerli arkadaşımın katkılarıyla bu kitabı hazırlamış bulunuyoruz.

Hastaların tedavilerine kısa sürede başlanabilmesi için çabuk ve doğru tanı koymak her hekimin başlıca görevleri arasında yer alır. Hızla gelişen ve sürekli kendisini yenileyen dermatoloji bilim dalında görevli olan meslektaşlarımızın yenilikleri takip etmelerinde bu kitaptaki bilgiler fayda sağlayacaktır. Kitabı hazırlarken; Tıp fakültesi öğrencilerine, intörn doktora dermatoloji bilimini tanıtmak, temel bilgi ve kavramları açıklamak; pratisyen hekim, aile hekimi meslektaşlarımıza dermatolojik hastalıklar hakkında bilgi vermek; dermatoloji asistan ve uzman hekimlerinin bilgilerini güncelleyerek tanıya giden yolda ipuçları sağlamanın yanı sıra kitabımızın dermatoloji konusunda bir başucu kaynağı olması hedeflenmiştir.

Bu kitap kendi alanında orijinal bir çalışmadır. İçerisinde yer alan klinik fotoğrafların yazarların kendi mesleki süreçlerinde edindikleri özgün fotoğraflar olması, okurların konuyu anlamasını kolaylaştırmak için çok fazla sayıda tablo, şekil ve algoritma içermesi ve kitaptan aile hekimlerinin de en üst düzeyde faydalanabilmesi açısından yazarlar içinde aile hekimi meslektaşlarımıza da yer vermemiz; kitabımızın en önemli özellikleridir.

Uzun bir çalışma ve yoğun bir emek ile hazırlanmış bu kitabın dermatoloji uzmanlarına ve kendilerini geliştirmek isteyen tıp mensuplarına büyük fayda sağlayacağına inanıyorum. Bu çalışmanın tıp dünyasına katkısı ve önümüzü açacak aydınlık bilgiler ile dermatoloji bilimine yeni görüşler getirmesi; benim ve arkadaşlarımın emeklerinin boşa olmadığını gösterecektir.

*Prof. Dr. Arzu KILIÇ*

*Ağustos, 2022*



# İÇİNDEKİLER

Kısım 1	SEMPTOMLARA GÖRE YAKLAŞIM	
Bölüm 1	ATEŞ VE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM.....	1
	<i>Cahit YAVUZ</i> <i>Murat DURDU</i>	
Bölüm 2	OTOİNFLAMATUVAR HASTALIKLARA YAKLAŞIM.....	13
	<i>Murat DURDU</i> <i>Cahit YAVUZ</i>	
Bölüm 3	PRURİTUSLU HASTAYA YAKLAŞIM.....	27
	<i>Ahu YORULMAZ</i>	
Bölüm 4	HİPOPİGMENTASYONLU HASTAYA YAKLAŞIM.....	39
	<i>Sibel DOĞAN GÜNAYDIN</i>	
Bölüm 5	HİPERPİGMENTASYONLU HASTAYA YAKLAŞIM.....	51
	<i>Salih Levent ÇINAR</i>	
Bölüm 6	ÜRTİKA PLAKLARI VE ANJİOÖDEMİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM.....	75
	<i>Kübra KIZILTAÇ</i> <i>Emek KOCATÜRK</i>	
Bölüm 7	HİPERHİDROZLU HASTAYA YAKLAŞIM.....	93
	<i>Fatmanur HACİNECİPOĞLU</i> <i>Müzeyyen GÖNÜL</i>	
Bölüm 8	HİPOHİDROZ/ANHİDROZLU HASTAYA YAKLAŞIM.....	109
	<i>Seray KÜLCÜ ÇAKMAK</i>	
Bölüm 9	LİVEDO RETİKÜLARİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM.....	117
	<i>İlkay CAN</i>	
Bölüm 10	RAYNAUD FENOMENİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM.....	125
	<i>Fadime KILINÇ</i>	
Bölüm 11	HİRSUTİZMİ VE HİPERTRİKOZU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM.....	135
	<i>Işıl Deniz OĞUZ</i>	
Bölüm 12	FLUSHİNGİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM.....	151
	<i>Burak AKŞAN</i>	
Bölüm 13	TELENJEKTAZİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM.....	163
	<i>Sevgi KULAKLI</i>	

<b>Bölüm 14</b>	<b>PETEŞİ VE PURPURALI HASTAYA YAKLAŞIM.....</b>	<b>179</b>
	<i>Şule GÜNGÖR</i>	
<b>Bölüm 15</b>	<b>VASKÜLİTLİ HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>195</b>
	<i>Algün POLAT EKİNCİ</i>	
	<i>İbrahim Halil AYDOĞDU</i>	
	<i>Şevkiye AYDOĞDU</i>	
<b>Bölüm 16</b>	<b>NEKROZU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>233</b>
	<i>Didem Didar BALCI</i>	
	<i>Meltem TÜRKMEN</i>	
	<i>Melis GÖNÜLAL</i>	
<b>Bölüm 17</b>	<b>TÜM VÜCUT KURULUĞU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>241</b>
	<i>İrem GENÇ IŞIK</i>	
<b>Kısım 2</b>	<b>DÖKÜNTÜNÜN MORFOLOJİSİ VE KONFIGÜRASYONUNA GÖRE YERLEŞİM</b>	
<b>Bölüm 18</b>	<b>TÜM VÜCUTTA ERİTEMLİ, SKUAMLİ DÖKÜNTÜLERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>255</b>
	<i>Dilek DAŞGIN</i>	
<b>Bölüm 19</b>	<b>TÜM VÜCUTTA ERİTEMLİ MAKÜL VE PAPÜL-PLAKLARI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM.....</b>	<b>273</b>
	<i>Kamer GÜNDÜZ</i>	
	<i>Kağan ÇİNGÖZ</i>	
<b>Bölüm 20</b>	<b>ANULER / POLİSİKLİK ERİTEMLİ DÖKÜNTÜLÜ HASTAYA YAKLAŞIM.....</b>	<b>289</b>
	<i>Nalan AYDIN</i>	
<b>Bölüm 21</b>	<b>TÜM VÜCUTTA VEZİKÜL VE BÜLLERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>315</b>
	<i>Leyla BAYKAL SELÇUK</i>	
<b>Bölüm 22</b>	<b>PÜSTÜLER DÖKÜNTÜLÜ HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>327</b>
	<i>Berkay TEMEL</i>	
	<i>Esra ADIŞEN</i>	
<b>Bölüm 23</b>	<b>KRONİK PRURİGO PAPÜLLERİ VE NODÜLLERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>341</b>
	<i>Emel BÜLBÜL BAŞKAN</i>	
<b>Bölüm 24</b>	<b>VÜCUTTA HİPERKERATOTİK/VEJETATİF LEZYONLARA YAKLAŞIM .....</b>	<b>351</b>
	<i>Ömer KUTLU</i>	
<b>Bölüm 25</b>	<b>VÜCUTTA ATROFİK VE SKLEROTİK LEZYONLARA YAKLAŞIM .....</b>	<b>361</b>
	<i>Sinan ÖZÇELİK</i>	
<b>Bölüm 26</b>	<b>BLASCHKO ÇİZGİLERİNİ İZLEYEN DERMATOZLAR .....</b>	<b>385</b>
	<i>Ayda ACAR</i>	
	<i>İlgen ERTAM SAĞDUYU</i>	
<b>Kısım 3</b>	<b>BÖLGELERE GÖRE HASTALIKLARA YAKLAŞIM</b>	
	<b>Konu 1: SAÇLI DERİ</b>	
<b>Bölüm 27</b>	<b>ALOPESİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>397</b>
	<i>Deren ÖZCAN</i>	

<b>Bölüm 28</b>	<b>SAÇLI DERİDE KAŞINTI VE YANMALI HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>419</b>
	<i>Olca KURNAZ</i>	
<b>Bölüm 29</b>	<b>SAÇLI DERİDE KEPEKLENMESİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>433</b>
	<i>Esra ARI</i>	
<b>Bölüm 30</b>	<b>SAÇLI DERİDE SÜPÜRATİF LEZYONLARI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>445</b>
	<i>Göknur KALKAN</i>	
	<b>Konu 2: YÜZ</b>	
<b>Bölüm 31</b>	<b>KIRMIZI YÜZLÜ HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>463</b>
	<i>Murat BORLU</i> <i>Eda ÖKSÜM SOLAK</i>	
<b>Bölüm 32</b>	<b>GÖZ KAPAKLARINDA ERİTEM VE ÖDEMİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>475</b>
	<i>Rozerin Neval ALTUNKALEM</i> <i>Zekayi KUTLUBAY</i>	
<b>Bölüm 33</b>	<b>DUDAK LEZYONLARINA ALGORİTMİK TANISAL YAKLAŞIM .....</b>	<b>487</b>
	<i>Sema AYTEKİN</i>	
<b>Bölüm 34</b>	<b>YÜZDE PAPÜL VE NODÜLLERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>503</b>
	<i>Özge ZORLU</i> <i>Serkan YAZICI</i>	
<b>Bölüm 35</b>	<b>FAŞİYAL HİPERPİGMENTASYONU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>527</b>
	<i>Nilgün ŞENTÜRK</i>	
	<b>Konu 3: ORAL MUKOZA</b>	
<b>Bölüm 36</b>	<b>ORAL MUKOZADA EROZYON VE ÜLSERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>549</b>
	<i>Birgül ÖZKESİCİ KURT</i> <i>Ayşe AKMAN KARAKAŞ</i>	
<b>Bölüm 37</b>	<b>ORAL MUKOZANIN BEYAZ LEZYONLARINA YAKLAŞIM .....</b>	<b>565</b>
	<i>Ayşegül YALÇINKAYA İYİDAL</i>	
<b>Bölüm 38</b>	<b>ORAL MUKOZADA KIRMIZI PLAKLARI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>587</b>
	<i>Selda IŞIK MERMUTLU</i>	
<b>Bölüm 39</b>	<b>ORAL MUKOZADA HİPERPİGMENTASYONU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>601</b>
	<i>Andaç SALMAN</i>	
<b>Bölüm 40</b>	<b>KSEROSTOMİ VE GLOSSODİNİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>611</b>
	<i>Zeynep ALTAN FERHATOĞLU</i>	
	<b>Konu 4: İNTERTRİGİNÖZ BÖLGE</b>	
<b>Bölüm 41</b>	<b>İNTERTRİGİNÖZ BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM .....</b>	<b>631</b>
	<i>Merve Hatun ERKAYMAN</i> <i>Mehmet MELİKOĞLU</i>	

**Konu 5: SEBOREİK BÖLGE**

- Bölüm 42 SEBOREİK BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM..... 653**  
*Gürsoy DOĞAN*

**Konu 6: GENİTAL BÖLGE**

- Bölüm 43 GENİTAL BÖLGEDE ÜLSER VE/VEYA EROZYONLARI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM ..... 667**  
*Eda HAŞAL*  
*Kenan AYDOĞAN*

- Bölüm 44 VULVADA DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM ..... 681**  
*Birgül ÖZKESİCİ KURT*

- Bölüm 45 PENİL VE SKROTAL BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM ..... 699**  
*Rafet KOCA*

- Bölüm 46 PERİANAL BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM ..... 709**  
*Sevil SAVAŞ ERDOĞAN*  
*Filiz CEBECİ KAHRAMAN*

**Konu 7: EKSTREMİTELER**

- Bölüm 47 BACAK ÜLSERLERİNE YAKLAŞIM ..... 733**  
*Pelin HIZLI*

- Bölüm 48 EKSTREMİTELERDE NODÜLLERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM..... 749**  
*Dilek BAYRAMGÜRLER*  
*Didem KAZAN*

- Bölüm 49 PALMAR BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM ..... 757**  
*Erkan DAVARCI*  
*Ali KARAKUZU*

- Bölüm 50 PLANTAR BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM ..... 767**  
*Ahu YORULMAZ*

- Bölüm 51 AKRAL BÖLGE VE EKSTREMİTE DİSTALİNDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM ..... 779**  
*Esra AĞAOĞLU*  
*Hilal KAYA ERDOĞAN*

**Konu 8: TIRNAK**

- Bölüm 52 TIRNAKTA RENK DEĞİŞİKLİĞİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM..... 799**  
*Nida KAÇAR*  
*Özge Sevil KARSTARLI BAKAY*

- Bölüm 53 ONİKOLİZİ VE SUBUNGUAL HİPERKERATOZU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM ..... 815**  
*Sezgi SARIKAYA SOLAK*



Kısım 4	DERİDE FİZYOLOJİK YAPISAL DEĞİŞİKLİKLER VE DÖNEMLERE GÖRE DERMATOLOJİK HASTALIKLAR	
Bölüm 54	<b>BEBEK VE DERİ</b> .....	833
	<i>Özlem SU KÜÇÜK</i> <i>Nazan TAŞLIDERE</i>	
Bölüm 55	<b>ÇOCUK VE DERİ</b> .....	855
	<i>A. Deniz AKKAYA</i>	
Bölüm 56	<b>ADÖLESAN DÖNEM VE DERİ</b> .....	873
	<i>Tuğba Kevser UZUNÇAKMAK</i> <i>Ayşe Serap KARADAĞ</i>	
Bölüm 57	<b>GEBELİKTE DERİ VE GEBELİK DERMATOZLARI</b> .....	895
	<i>Zennure TAKCI</i>	
Bölüm 58	<b>YAŞLI VE DERİ</b> .....	907
	<i>Erhan AYHAN</i>	
Kısım 5	İLAÇLAR VE DÖNEMLERE GÖRE DERMATOLOJİK İLAÇ KULLANIMI	
Bölüm 59	<b>GEBELİKTE İLAÇ KULLANIMI</b> .....	925
	<i>Bilge SÖNMEZ</i>	
Bölüm 60	<b>PEDIATRİDE KULLANILAN DERMATOLOJİK İLAÇLAR</b> .....	939
	<i>Murat DOĞAN</i>	
Bölüm 61	<b>YENİDOĞAN DAHİL ÇOCUKLARDA DERMATOLOJİK HASTALIKLARA SPESİFİK İLAÇ KULLANIMI VE DOZLARI</b> .....	961
	<i>Filiz TOPALOĞLU DEMİR</i>	
Bölüm 62	<b>GERİATRİDE İLAÇ KULLANIMI VE DOZLARI</b> .....	977
	<i>Erhan ŞİMŞEK</i>	
Bölüm 63	<b>GERİATRİDE DERMATOLOJİK HASTALIKLARA SPESİFİK İLAÇ KULLANIMI</b> .....	993
	<i>Düriye Deniz DEMİR SEREN</i>	
Bölüm 64	<b>BÖBREK YETMEZLİĞİNDE İLAÇ KULLANIMI</b> .....	999
	<i>Bilge SÖNMEZ</i>	
Bölüm 65	<b>İLAÇLARA BAĞLI GELİŞEN KARACİĞER HASARINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR</b> .....	1011
	<i>İzzet FIDANCI</i> <i>Erdem KOÇAK</i>	
Bölüm 66	<b>ÖZEL DURUMLARA GÖRE TOPİKAL İLAÇLARIN SEÇİMİ</b> .....	1021
	<i>Emine TAMER</i>	
Bölüm 67	<b>ÖZEL DURUMLARDA BİYOLOJİK TEDAVİ KULLANIMI</b> .....	1027
	<i>Güneş GÜR AKSOY</i>	



## EDİTÖR

### Prof. Dr. Arzu KILIÇ

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0003-2983-065X

## YAZARLAR

### Uzm. Dr. Ayda ACAR

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0001-7507-6999

### Prof. Dr. Esra ADIŞEN

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-8768-231X

### Uzm. Dr. Esra AĞAOĞLU

Kars Harakani Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar  
Kliniği  
ORCID iD: 0000-0001-8985-6224

### Dr. Öğr. Üyesi A. Deniz AKKAYA

İstinye Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD.  
ORCID iD: 0000-0001-8884-1602

### Prof. Dr. Ayşe AKMAN KARAKAŞ

İstanbul Aydın Üniversitesi, VM Medical Park Florya Dermatoloji  
Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-5113-4178

### Dr. Öğr. Üyesi Burak AKŞAN

Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-3052-5014

### Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ALTAN FERHATOĞLU

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri  
ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0003-3090-656X

### Ass Dr. Rozerin Neval ALTUNKALEM

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri  
ve Zührevi Hastalıkları AD.  
ORCID iD: 0000-0002-9216-6686

### Uzm. Dr. Esra ARI

Akşehir Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0001-9868-8031

### Doç. Dr. Erhan AYHAN

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve  
Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0003-1416-2636

### Uzm. Dr. Nalan AYDIN

Vezirköprü Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü  
ORCID iD: 0000-0002-7887-7705

### Prof. Dr. Kenan AYDOĞAN

Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-0193-1128

### Dr. İbrahim Halil AYDOĞDU

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-0878-6330

### Uzm. Dr. Şevkiye AYDOĞDU

İstanbul Eyüpsultan Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-2756-4717

### Prof. Dr. Sema AYTEKİN

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0003-1376-1573

### Doç. Dr. Didem Didar BALCI

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-5012-4824

### Doç. Dr. Leyla BAYKAL SELÇUK

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0001-7956-4033

**Prof. Dr. Dilek BAYRAMGÜRLER**

Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0001-6617-0019

**Prof. Dr. Murat BORLU**

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0003-0824-490X

**Prof. Dr. Emel BÜLBÜL BAŞKAN**

Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ve Translasyonel Tıp AD.  
ORCID iD: 0000-0002-0144-3263

**Uzm. Dr. İlkay CAN**

Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Dermatoloji Bölümü  
ORCID iD: 0000-0002-0115-0321

**Doç. Dr. Filiz CEBECİ KAHRAMAN**

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-9109-3892

**Uzm. Dr. Kağan CİNGÖZ**

Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-0875-5403

**Prof. Dr. Seray KÜLCÜ ÇAKMAK**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0001-8536-5946

**Doç. Dr. Salih Levent ÇINAR**

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-3708-2412

**Öğr. Gör. Dr. Dilek DAŞGIN**

Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-2597-2311

**Uzm. Dr. Erkan DAVARCI**

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-7156-0406

**Prof. Dr. Düriye Deniz DEMİR SEREN**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-4480-7792

**Doç. Dr. Sibel DOĞAN GÜNAYDIN**

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-5383-6886

**Prof. Dr. Gürsoy DOĞAN**

Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü  
ORCID iD: 0000-0001-6103-9417

**Uzm. Dr. Murat DOĞAN**

Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Acil Uzmanı  
ORCID iD: 0000-0003-2954-3845

**Prof. Dr. Murat DURDU**

Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adana Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dermatoloji Bölümü  
ORCID iD: 0000-0003-1247-3932

**Dr. Öğr. Üyesi Merve Hatun ERKAYMAN**

Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-9230-2190

**Prof. Dr. İlgen ERTAM SAĞDUYU**

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0003-2341-3935

**Öğr. Gör. Dr. İzzet FİDANCI**

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD.  
ORCID iD: 0000-0001-9848-8697

**Dr. Öğr. Üyesi İrem GENÇ IŞIK**

Kastamonu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0001-9263-7209

**Prof. Dr. Müzeyyen GÖNÜL**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0003-1914-2175

**Doç. Dr. Melis GÖNÜLAL**

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-6042-656X

**Prof. Dr. Kamer GÜNDÜZ**

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-1319-9237

**Prof. Dr. Şule GÜNGÖR**

Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0001-9535-0254

**Prof. Dr. Güneş GÜR AKSOY**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-4118-4243

**Uzm. Dr. Fatmanur HACİNECİPOĞLU**

Ankara Gazi Mustafa Kemal Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-1027-9549

**Uzm. Dr. Eda HAŞAL**

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü  
ORCID iD: 0000-0001-6310-5107

**Dr. Öğr. Üyesi Pelin HIZLI**

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0001-8919-3125

**Dr. Öğr. Üyesi Selda IŞIK MERMUTLU**

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0003-2777-341X

**Prof. Dr. Nida KAÇAR**

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0001-8730-8056

**Prof. Dr. Göknur KALKAN**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0002-2358-7938

**Prof. Dr. Ayşe Serap KARADAĞ**

İstanbul Arel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Memorial Ataşehir ve Şişli Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID ID: 0000-0003-4333-8274

**Prof. Dr. Ali KARAKUZU**

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID ID: 0000-0002-9962-9137

**Dr. Öğr. Üyesi Özge Sevil KARSTARLI BAKAY**

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0002-1523-3187

**Doç. Dr. Hilal KAYA ERDOĞAN**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0002-8172-1920

**Uzm. Dr. Didem KAZAN**

Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0001-5398-0215

**Doç. Dr. Fadime KILINÇ**

Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID ID: 0000-0001-9137-2675

**Uzm. Dr. Kübra KIZILTAÇ**

İstinye Üniversitesi, Medical Park Gaziosmanpaşa Hastanesi Dermatoloji Kliniği  
ORCID ID: 0000-0003-0741-1067

**Prof. Dr. Rafet KOCA**

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0003-1546-5380

**Prof. Dr. Emek KOCATÜRK**

Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD.  
ORCID ID: 0000-0003-2801-0959

**Prof. Dr. Erdem KOÇAK**

İstinye Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Liv Hospital Vadi İstanbul  
ORCID ID: 0000-0001-6675-8963

**Dr. Öğr. Üyesi Sevgi KULAKLI**

Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0001-7886-1060

**Uzm. Dr. Olcay KURNAZ**

Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID ID: 0000-0002-8098-7233

**Doç. Dr. Ömer KUTLU**

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0002-9665-015X

**Prof. Dr. Zekayi KUTLUBAY**

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD.  
ORCID ID: 0000-0003-0809-1624

**Doç. Dr. Mehmet MELİKOĞLU**

Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0001-7554-7658

**Dr. Öğr. Üyesi Işıl Deniz OĞUZ**

Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0001-8628-6107

**Dr. Öğr. Üyesi Eda ÖKSÜM SOLAK**

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0002-1362-7801

**Prof. Dr. Deren ÖZCAN**

Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0002-7450-6886

**Dr. Öğr. Üyesi Sinan ÖZÇELİK**

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0003-2115-276X

**Uzm. Dr. Birgül ÖZKESİCİ KURT**

S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID ID: 0000-0003-3121-5816

**Doç. Dr. Algün POLAT EKİNCİ**

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID ID: 0000-0003-4056-8402

**Doç. Dr. Andaç SALMAN**

Acıbadem Sağlık Grubu, Altunizade Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü  
ORCID ID: 0000-0002-6407-926X

**Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK**

Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-8572-8249

**Uzm. Dr. Sevil SAVAŞ ERDOĞAN**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-4392-4671

**Uzm. Dr. Bilge SÖNMEZ**

Ankara Batıkent Şht. Kr. Plt. Ütgm. Burak Abikebahşi Aile Sağlığı Merkezi  
ORCID iD: 0000-0002-2909-2346

**Prof. Dr. Özlem SU KÜÇÜK**

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-1140-9261

**Prof. Dr. Nilgün ŞENTÜRK**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-5022-8623

**Uzm. Dr. Erhan ŞİMŞEK**

Kayseri Felahiye İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği  
ORCID iD: 0000-0002-0473-7910

**Doç. Dr. Zennure TAKCI**

İstinye Üniversitesi, Tıp Fakültesi, VM Medical Park Samsun Hastanesi, Dermatoloji Bölümü  
ORCID iD: 0000-0001-7257-5792

**Prof. Dr. Emine TAMER**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-4552-5842

**Uzm. Dr. Nazan TAŞLIDERE**

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0003-0667-2505

**Uzm. Dr. Berkay TEMEL**

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0001-5528-9006

**Doç. Dr. Filiz TOPALOĞLU DEMİR**

İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0002-2049-1316

**Doç. Dr. Meltem TÜRKMEN**

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0003-1216-2253

**Uzm. Dr. Tuğba Kevser UZUNÇAKMAK**

Memorial Sağlık Grubu Şişli Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-0328-4171

**Uzm. Dr. Ayşegül YALÇINKAYA İYİDAL**

Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0002-1468-6993

**Uzm. Dr. Cahit YAVUZ**

Konya Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0003-4675-8127

**Doç. Dr. Serkan YAZICI**

Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0001-6407-0962

**Doç. Dr. Ahu YORULMAZ**

Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği  
ORCID iD: 0000-0003-4687-0522

**Dr. Öğr. Üyesi Özge ZORLU**

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.  
ORCID iD: 0000-0001-5555-130X

# 1 ● BÖLÜM

## ATEŞ VE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Cahit YAVUZ<sup>1</sup>  
Murat DURDU<sup>2</sup>

Ateş ve döküntü birlikteliği, tedavi yaklaşımları birbirinden farklı olan çok sayıda hastalığa bağlı gelişebilir. Bu hastalıklardan bazıları hayatı tehdit edecek kadar ciddi olabileceğinden erken müdahale edilmesi oldukça önemlidir. Bu ayırım için detaylı anamnez alınmalı, ayrıntılı dermatolojik ve sistemik muayene yapılmalı ve bazı laboratuvar incelemeler istenmelidir (1).

### ANAMNEZ

Döküntü ve ateşi olan hastalarda aşağıda belirtilen sorular yöneltilerek ayrıntılı öykü alınmalıdır.

- Yakın zamanda seyahat ettiniz mi?
- Son 3-4 ay içindeki detaylı ilaç sorgulaması
- Bitki temasınız oldu mu?
- Kalp hastalığınız var mı?
- Vücut direncini düşüren ilaç kullandınız mı?
- Vajinal tampon kullanımı var mı?
- Şüpheli cinsel ilişkiniz oldu mu?
- Döküntü başlamadan önce herhangi bir şikayetiniz oldu mu?

- Döküntü başladıktan sonra gelişen şikayetiniz oldu mu?
- Çevrenizde benzer şikayeti olan insanlar var mı?
- Döküntü hangi vücut bölgesinde başladı ve zaman içinde nasıl değişti?

### DERMATOLOJİK MUAYENE

Dermatolojik muayenede hastanın lezyon tipi belirlenmeli, döküntünün dağılımı tespit edilmelidir (2). Ateşe en sık peteşial, makulopapüler, veziküller, eritematöz ve ürtikaryal döküntüler eşlik etmekle birlikte bazen birden fazla döküntü tipi bir arada bulunabilir (3).

### PETEŞİAL DÖKÜNTÜLER

Döküntü tipleri arasında en tehditkar olanı peteşial döküntüdür. Şiddetli seyreden ve fatal sonuçlanabilen hastalıklar çoğunlukla peteşial döküntü ile karakterizedir. Peteşiler küçük kırmızı ya da kahverengi noktalar şeklinde başlayıp birleşerek

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Konya Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, yavuzcahit@yahoo.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adana Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dermatoloji Bölümü, sivandr@hotmail.com

## SONUÇ

Dermatolojik acillerin önemli bölümünü döküntü ve ateş ile başvuran hastalar oluşturur. Ateş ve döküntü; enfeksiyöz hastalıklara bağlı olabileceği gibi non-enfeksiyöz nedenlere bağlı olarak da görülebilir (**Tablo 1**). Tedavi ve prognozları birbirinden farklı çok sayıda hastalığa bağlı gelişen bu tabloları ayırt etmek için ayrıntılı anamnez alınmalı ve dermatolojik muayene yapılmalıdır. Döküntü tiplerinin ayırt edilmesi ve hastalığa eşlik eden sistemik belirtilerin ortaya konulması etyolojinin aydınlatılmasını sağlar. Histopatoloji özellikle purpurik döküntülerde vaskülitlerin ayırımında bize yardımcı olur. Bazı döküntülü hastalıkların ayırımı için mutlaka laboratuvar incelemelerinin yapılması gerekir.

## KAYNAKLAR

1. Castro MCR, Silva MRE. The rash with mucosal ulceration. *Clin Dermatol.* 2020;38:35-41.
2. Muzumdar S, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The rash with maculopapules and fever in children. *Clin Dermatol.* 2019;37:119-128.
3. Schlossberg D. Fever and rash. *Infect Dis Clin North Am.* 1996;10:101-10.
4. Drage LA. Life-threatening rashes: dermatologic signs of four infectious diseases. *Mayo Clin Proc.* 1999;74:68-72.
5. Johri, S, Gorthi, S, Anand, A. Meningococcal Meningitis. *Med J Armed Forces India.* 2005; 61:369-374.
6. Phillips J. Rocky Mountain Spotted Fever. *Workplace Health Saf.* 2017;65:48.
7. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, et al. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3:17073.
8. Forrestel AK, Kovarik CL, Katz KA. Sexually acquired syphilis: Laboratory diagnosis, management, and prevention. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(1):17-28.
9. Zakko L, Finch J, Rothe MJ, et al. Rose Spots. *Atlas of Dermatological Manifestations of Gastrointestinal Disease.* 2013, 149-150.
10. Fischer M. Rickettsioses: Cutaneous findings frequently lead to diagnosis - a review. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2018;16(12):1459-1476.
11. Semel JD. Cutaneous findings in a case of psittacosis. *Arch Dermatol.* 1984;120(9):1227-9.
12. Muzumdar S, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The Rash with Maculopapules and Fever in Adults. *Clin Dermatol* 2019;37:109-118.
13. Bielory L, Gascon P, Lawley TJ, et al. Human serum sickness: a prospective analysis of 35 patients treated with equine anti-thymocyte globulin for bone marrow failure. *Medicine (Baltimore).* 1988;67(1):40-57.
14. Handler MZ, Schwartz RA. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management in children and adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28(11):1418-23.
15. Seminario-Vidal L, Kroshinsky D, Malachowski SJ, et al. Society of Dermatology Hospitalists supportive care guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in adults. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(6):1553-1567.
16. Heining U, Seward JF. Varicella. *Lancet.* 2006; 368 (9544):1365-76.
17. Damour A, Garcia M, Seneschal J, et al. Eczema Herpeticum: Clinical and Pathophysiological Aspects. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2020;59(1):1-18.
18. Nawas ZY, Tong Y, Kollipara R, et al. Emerging infectious diseases with cutaneous manifestations: Viral and bacterial infections. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75:1-16.
19. Horsten HH, Fisker N, Bygum A. Eczema Cocksackium Caused by Cocksackievirus A6. *Pediatr Dermatol.* 2016;33(3):e230-1.
20. Yu Y, Cheng AS, Wang L, et al. Hot tub folliculitis or hot hand-foot syndrome caused by *Pseudomonas aeruginosa*. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(4):596-600.
21. Hadavand MA, Kaffenberger B, Cartron AM, et al. Clinical Presentation and Management of Atypical and Recalcitrant Acute Generalized Exanthematous Pustulosis (AGEP). *J Am Acad Dermatol.* 2020;S0190-9622(20)32609-8.
22. Macias ES, Pereira FA, Rietkerk W, et al. Superantigens in dermatology. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(3):455-72.



# 2. BÖLÜM

## OTOİNFLAMATUVAR HASTALIKLARA YAKLAŞIM

Murat DURDU<sup>1</sup>  
Cahit YAVUZ<sup>2</sup>

İnsan vücudunda; travma, enfeksiyonlar, fiziksel ve kimyasal ajanlar ile maruziyet sonucunda hücrelerde çeşitli inflamatuvar yanıtlar oluşur. Çok sayıda sitokin salınır ve bazı inflamatuvar hücreler dokulara göç eder. Bazı monogenik hastalıklarda herhangi bir patojen veya otoantikör olmaksızın aşırı inflamatuvar yanıt oluşarak vücutta enfeksiyon ve romatolojik hastalıkları taklit eden belirtiler meydana gelir (1).

Otoinflamatuvar hastalıklar tekrarlayan ateş, deri döküntüsü, lenfadenopati, serozit ve kas-iskelet sistemi gibi farklı sistemlerin tutulumuyla

karakterize genetik çeşitliliğin görüldüğü bir grup hastalığı içerir (1).

Otoinflamatuvar hastalık olarak adlandırılan genetik bozuklukların enfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar, malignansiler, immün yetmezlikler ve multifaktöriyel inflamatuvar hastalıklardan (Behçet hastalığı, Crohn hastalığı) ayırt edilmesi gerekir. Patogenezinde B ve T lenfositlerin rol oynadığı otoimmün hastalıklardan farklı olarak otoinflamatuvar sendromların patogenezinde nötrofil ve makrofajlar rol oynar. Malignansiler ve otoimmün hastalıklar tedavi edilmediğinde ilerleyici bir seyir gösterirken otoinflamatuvar hastalıklar ataklar şeklinde belirti verir (**Tablo 1**) (2).

**Tablo 1.** Otoinflamatuvar hastalık düşündürülen durumlar

- Tekrarlayıcı özellik gösteren ve başka nedeni bulunamayan ateş atakları
- Son 6 ay içinde nedeni bilinmeyen ve genellikle 1-3 gün süren >3 ateş atağı olması
- Ataklar arasında en az 1 haftalık süre bulunması
- Halsizlik ve çoklu organ tutulum bulguları
- Akut faz reaktanlarının ataklar esnasında artması, atak arasında normale dönmesi
- Soğuk, aşı, enfeksiyon, emosyonel stres ile tetiklenen atakların varlığı

<sup>1</sup> Prof. Dr., Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adana Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dermatoloji Bölümü, sivandr@hotmail.com

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Konya Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, yavuzcahit@yahoo.com

**Tablo 6.** Baskın semptomun döküntü olduğu otoinflamatuvar hastalıklar

Ateş ve ürtikeryal döküntünün eşlik ettiği otoinflamatuvar sendromlar	Baskın semptomun döküntü olduğu otoinflamatuvar sendromlar
CAPS	CAMPS (CARD14)
FCAS	SAVI
MWS	CANDLE PLAID/APLAID
CINCA/NOMID	HA20
FCAS2	DITRA

CAPS: Kriopyrin ilişkili periyodik sendrom, FCAS: Familyal soğuk ürtiker sendromu, MWS: Muckle Wells sendromu, NO-MID/CINCA: neonatal başlangıçlı multisistem inflamatuvar hastalık, CAMPS (CARD14): CAMPS (CARD14 ile ilişkili püstüler psoriasis), SAVI: CANDLE (Kronik atipik nötrofilik dermatoz ile lipodistrofi ve yüksek ateş), HA20: A20 haployetmezliği, DITRA (IL-36R antagonisti eksikliği)

## KAYNAKLAR

- Marzano AV, Damiani G, Genovese G, et al. A dermatologic perspective on autoinflammatory diseases. *Clin Exp Rheumatol.* 2018;36 Suppl 110(1):32-38.
- Lidar M, Giat E. An Up-to-date Approach to a Patient with a Suspected Autoinflammatory Disease. *Rambam Maimonides Med J.* 2017;8(1):e0002.
- Figueras-Nart I, Mascaró JM Jr, et al. Dermatologic and Dermatopathologic Features of Monogenic Autoinflammatory Diseases. *Front Immunol.* 2019;10:2448.
- Moreira A, Torres B, Peruzzo J, et al. Skin symptoms as diagnostic clue for autoinflammatory diseases. *An Bras Dermatol.* 2017;92(1):72-80.
- Kuemmerle-Deschner JB, Ozen S, Tyrrell PN, et al. Diagnostic criteria for cryopyrin-associated periodic syndrome (CAPS) *Ann Rheum Dis.* 2017;76(6):942-947.
- Hernández-Ostiz S, Prieto-Torres L, Xirotagaros G, et al. Autoinflammatory Diseases in Pediatric Dermatology-Part 1: Urticaria-like Syndromes, Pustular Syndromes, and Mucocutaneous Ulceration Syndromes. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108(7):609-619.
- Bonnekoh H, Butze M, Kallinich T, et al. Spectrum of Genetic Autoinflammatory Diseases Presenting with Cutaneous Symptoms. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(7):adv00091.
- Kacar M, Pathak S, Savic S. Hereditary systemic autoinflammatory diseases and Schnitzler's syndrome. *Rheumatology (Oxford).* 2019;58(Suppl 6):vi31-vi43.
- Hansmann S, Lainka E, Horneff G, et al. Consensus protocols for the diagnosis and management of the hereditary autoinflammatory syndromes CAPS, TRAPS and MKD/HIDS: a German PRO-KIND initiative. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2020;18(1):17.
- Federici S, Sormani MP, Ozen S, et al; Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO) and Eurofever Project. Evidence-based provisional clinical classification criteria for autoinflammatory periodic fevers. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(5):799-805.
- Davis MDP, van der Hilst JCH. Mimickers of Urticaria: Urticarial Vasculitis and Autoinflammatory Diseases. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018;6(4):1162-1170.
- Berkun Y, Eisenstein EM. Diagnostic criteria of familial Mediterranean fever. *Autoimmun Rev.* 2014;13(4-5):388-90.
- Kulthanan K, Ungprasert P, Tapechum S, et al. Vibratory Angioedema Subgroups, Features, and Treatment: Results of a Systematic Review. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2021;9(2):971-984.
- Wang W, Zhou Y, Zhong LQ, et al. The clinical phenotype and genotype of NLRP12-autoinflammatory disease: a Chinese case series with literature review. *World J Pediatr.* 2020;16(5):514-519.
- Morán-Villaseñor E, Saez-de-Ocariz M, Torrelo A, et al. Expanding the clinical features of autoinflammation and phospholipase C $\gamma$ 2-associated antibody deficiency and immune dysregulation by description of a novel patient. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(12):2334-2339.
- Deza G, Mensa-Vilaró A, March-Rodríguez A, et al. Acquired Cold Urticaria vs. Autoinflammatory Diseases, Genetic and Clinical Profile and Differential Diagnosis: Study of a Cohort of Patients in a Tertiary Reference Centre. *Acta Derm Venereol.* 2019;99(12):1071-1077.

17. Damevska K, França K, Nikolovska S, et al. Adult-onset Still's disease as a cutaneous marker of systemic disease. *Clin Dermatol.* 2019;37(6):668-674.
18. Ali NS, Sartori-Valinotti JC, Bruce AJ. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis (PFAPA) syndrome. *Clin Dermatol.* 2016 Jul-Aug;34(4):482-6.
19. Almeida de Jesus A, Goldbach-Mansky R. Monogenic autoinflammatory diseases: concept and clinical manifestations. *Clin Immunol.* 2013;147(3):155-74.
20. Posso-De Los Rios CJ, Pope E. New insights into pustular dermatoses in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(4):767-773.
21. Ferguson PJ, El-Shanti H. Majeed Syndrome: A Review of the Clinical, Genetic and Immunologic Features. *Biomolecules.* 2021;11(3):367.
22. Liu S, Tang M, Cao Y, Li C. Synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis, and osteitis syndrome: review and update. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2020;12:1759720X20912865.
23. Cugno M, Borghi A, Marzano AV. PAPA, PASH and PA-PASH Syndromes: Pathophysiology, Presentation and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2017;18(4):555-562.
24. Peleg H, Ben-Chetrit E. Vasculitis in the autoinflammatory diseases. *Curr Opin Rheumatol.* 2017;29(1):4-11.
25. Demir S, Sag E, Dedeoglu F, Ozen S. Vasculitis in Systemic Autoinflammatory Diseases. *Front Pediatr.* 2018;6:377.
26. Chen KR, Kawahara Y, Miyakawa S, et al. Cutaneous vasculitis in Behçet's disease: a clinical and histopathologic study of 20 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36(5 Pt 1):689-96.
27. Alghamdi M. Autoinflammatory Disease-Associated Vasculitis/Vasculopathy. *Curr Rheumatol Rep.* 2018;20(12):87.
28. Hernández-Ostiz S, Xirotagaros G, Prieto-Torres L, et al. Autoinflammatory Diseases in Pediatric Dermatology-Part 2: Histiocytic, Macrophage Activation, and Vasculitis Syndromes. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108(7):620-629.
29. Lee PY. Vasculopathy, Immunodeficiency, and Bone Marrow Failure: The Intriguing Syndrome Caused by Deficiency of Adenosine Deaminase 2. *Front Pediatr.* 2018;6:282.
30. Yao Q, Li E, Shen B. Autoinflammatory disease with focus on NOD2-associated disease in the era of genomic medicine. *Autoimmunity.* 2019;52(2):48-56.
31. Hautala T, Vähäsalo P, Kuismin O, et al. A Family With A20 Haploinsufficiency Presenting With Novel Clinical Manifestations and Challenges for Treatment. *J Clin Rheumatol.* 2020. Doi: 10.1097/RHU.0000000000001268.
32. Comrie WA, Faruqi AJ, Price S, et al. RELA haploinsufficiency in CD4 lymphoproliferative disease with autoimmune cytopenias. *J Allergy Clin Immunol.* 2018;141(4):1507-1510.e8.
33. Standing AS, Malinova D, Hong Y, et al. Autoinflammatory periodic fever, immunodeficiency, and thrombocytopenia (PFIT) caused by mutation in actin-regulatory gene WDR1. *J Exp Med.* 2017;214(1):59-71.
34. Göös H, Fogarty CL, Sahu B, et al. Gain-of-function CEBPE mutation causes noncanonical autoinflammatory inflammasomopathy. *J Allergy Clin Immunol.* 2019;144(5):1364-1376.
35. Shiraki M, Kadowaki S, Kadowaki T, et al. Primary Immunodeficiency Disease Mimicking Pediatric Bechet's Disease. *Children (Basel).* 2021;8(2):75.
36. Vanoni F, Caorsi R, Aeby S, et al. Towards a new set of classification criteria for PFAPA syndrome. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2018 Sep 21;16(1):60.
37. Mahajan R, Bishnoi A, Manjunath S, et al. Severe epidermolysis bullosa/Kindler syndrome-like phenotype of an autoinflammatory syndrome in a child. *Clin Exp Dermatol.* 2021. Doi: 10.1111/ced.14557.
38. Neves JF, Doffinger R, Barcena-Morales G, et al. Novel PLCG2 Mutation in a Patient With APLAID and Cutis Laxa. *Front Immunol.* 2018;9:2863.
39. Torrelo A. CANDLE Syndrome As a Paradigm of Proteasome-Related Autoinflammation. *Front Immunol.* 2017; 8:927

# 3. BÖLÜM

## PRURİTUSLU HASTAYA YAKLAŞIM

Ahu YORULMAZ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Pruritus, deride kaşıma isteğine neden olan rahatsızlık verici duyuyu olarak tanımlanır. Pruritus deri hastalıkları ile ilişkilendirilen en sık yakınmadır. 6 haftadan uzun süren ve hemen hemen hergün bulgu veren pruritus, kronik pruritus olarak adlandırılır. Şimdiye kadar pruritusu etyolojik olarak dermatolojik, sistemik, nörolojik ve psikojenik olarak kategorize eden birçok sınıflandırma bulunmaktadır (1-11). Pruritus çoğunlukla primer bir deri hastalığı neticesinde ortaya çıkmakla birlikte, olguların %10-25'inde sistemik hastalık kaynaklı olabilir (1). Bu bölümde pruritus etyolojisinde rol oynayan hastalıklara kısaca değinilecek ve güncel kılavuzlar ışığında prurituslu hastaların değerlendirilmesinde önerilen algoritmik yaklaşımlar gözden geçirilecektir.

### Dermatolojik Hastalıklarda Pruritus

Dermatolojik hastalıklar açısından sık bir yakınma olan pruritus, birçok hastalığın ayırıcı tanısında önemli bir ipucudur. Pruritus; atopik dermatit ve ürtiker tanı olguların tamamında görülürken, eritrodermada %97, liken planusta %95, psoriasis ise %85'e varan oranlarda bildirilmiştir (1,2). **Tablo 1**'de pruritus ile ilişkilendirilen bazı dermatolojik hastalıklar gösterilmiştir (**Tablo 1**).

Pruritus yakınması ile başvuran bir olguda öncelikle ayrıntılı hikaye alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Olgunun detaylı geçmişi öğrenilmeli, pruritusun karakteri açısından belirleyici olan sorular sorulmalıdır. **Tablo 2**'de pruritus yakınması ile gelen bir olguda hikaye alınırken dikkat edilmesi gereken önemli noktalar ve ilgili sorularda yardımcı klinik ipuçları özetlenmiştir (**Tablo 2**).

<sup>1</sup> Doç. Dr., Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, ahuyor@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Legat, F.J., Weisshaar, E., Fleischer, A.B., et al (2018). Pruritus and dysesthesia. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Cerroni, L., (Eds). *Dermatology* (4th ed., pp. 111-27). Philadelphia: Elsevier.
2. Ständer, S., Greaves, M (2016). Pruritus, Prurigo and Lichen Simplex. Christopher, G., (Ed). *Rook's textbook of Dermatology* (9th ed., pp. 83.1-18). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
3. Song J, Xian D, Yang L, et al. Pruritus: Progress toward Pathogenesis and Treatment. *Biomed Res Int*. 2018;2018:9625936.
4. Ständer S, Zeidler C, Magnolo N, et al. Clinical management of pruritus. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015;13:101-15.
5. Nowak DA, Yeung J. Diagnosis and treatment of pruritus. *Can Fam Physician*. 2017;63:918-924.
6. Lavery MJ, Kinney MO, Mochizuki H, et al. Pruritus: an overview. What drives people to scratch an itch? *Ulster Med J*. 2016;85:164-173.
7. Rajagopalan M, Saraswat A, Godse K, et al. Diagnosis and Management of Chronic Pruritus: An Expert Consensus Review. *Indian J Dermatol*. 2017;62:7-17.
8. Zirwas MJ, Seraly MP. Pruritus of unknown origin: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45:892-6.
9. Jackson, S.M., Nesbitt, L.T. (2008). *Differential Diagnosis for the Dermatologist* (1st ed.). Berlin: Springer-Verlag.
10. Schneiderman, P.I., Grossman, M.E. (2006). *A clinician's guide to dermatologic differential diagnosis, vol. I: The text* (1st ed.). New York: Informa Healthcare.
11. Reamy BV, Bunt CW, Fletcher S. A diagnostic approach to pruritus. *Am Fam Physician*. 2011;84:195-202.
12. Woelber L, Prieske K, Mendling W, et al. Vulvar pruritus-Causes, Diagnosis and Therapeutic Approach. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;116:126-133.
13. Ansari P. Pruritus Ani. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;29:38-42.

# 4 ● BÖLÜM

## HİPOPİGMENTASYONLU HASTAYA YAKLAŞIM

*Sibel DOĞAN GÜNAYDIN<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Derinin rengini yani pigmentasyonunu belirleyen ana bileşenler başta melanin olmak üzere karoten, hemoglobin gibi diğer pigmentlerdir. Melanin, epidermiste bazal tabaka boyunca dağınık olarak bulunan melanositler tarafından üretilir ve melanozomlar içerisinde keratinositlere transfer edilir. Beyaz ırktan olan kişilerin derilerinde melanozomlar daha kümeleşmiş olarak bulunurken, derinin bariz olarak daha pigmente olduğu siyah ırkta melanozomlar ayrık ve tek tek yerleşirler (1,2).

Pigmentasyon hastalıkları doğuştan veya akkiz olarak meydana gelebilir. Deride pigment azlığı veya yokluğu ile giden pigmentasyon hastalıklarına hipopigmentasyon hastalıkları denilmektedir. Hipopigmentasyon spesifik olarak, kişinin kendi deri renginden daha açık hale gelen, ancak tamamen pigmentten yoksun olmayan bir cilt alanı olarak tanımlanmaktadır. Tüm pigmentlerin tamamen yokluğu (amelanozis) durumunda ise

kullanılması gereken terim depigmentasyondur. Hipopigmentasyon–depigmentasyon ayrımını özellikle açık tenli kişilerde ayırt etmek klinikte oldukça güç olabilir. Bu ayırım ancak Wood ışığı altındaki değerlendirme sırasında yapılabilmektedir. Bu nedenle pigment azlığı veya tamamen kaybı ile giden hastalıkların genel isimlendirmesinde hipopigmentasyon hastalıkları başlığı kullanılmaktadır (3-5).

Hipopigmentasyon şikayeti ile gelen hasta da tanısız ve ayırıcı tanıya yönelik çalışmaları içeren yaklaşım hayli karışık olabilir. Konjenital dönemde görülen hipopigmentasyon ile akkiz olarak ortaya çıkan hipopigmentasyon hastalıkları birbirlerinden büyük derecede farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle algoritmik bir yaklaşım ile hastanın hipopigmentasyon şikayetinin başlama zamanına göre değerlendirilmesi daha uygun olacaktır (Şekil 1-4).

<sup>1</sup> Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., sibel.dogan@hacettepe.edu.tr



**Resim 7.** Üst ekstremitede aşağı doğru sarkma ile belirginleşen hipopigmente maküller ile karakterize Bier lekeleri.

## SONUÇ

Hipopigmentasyon pek çok genetik, metabolik, akkiz ve inflamatuvar hastalık nedeni ile gelişebilmektedir. Başlangıç zamanı, klinik prezentasyon, lezyonun hipopigmente veya depigmente oluşunun ayrımı, yerleşim yeri ve tutulum şekli ayrıcı tanıda önemli ipuçları içermektedir.

## KAYNAKLAR

- Lapeere H., Boone B., De Schepper S., et al. (2011) Hypomelanoses and hypermelanoses. Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrist B.A., Paller A.S., Leffell D.J., (Eds). Dermatology in general medicine (7th ed., pp. 622-640). USA: McGrawHill.
- Hornyak T.J. (2011) Albinizm and other genetic disorders of pigmentation. Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrist B.A., Paller A.S., Leffell D.J., (Eds). Dermatology in general medicine (7th ed., pp. 608-615). USA: McGrawHill.
- Halder R.M., Taliaferro S.J. (2011) Vitiligo. Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrist B.A., Paller A.S., Leffell D.J., (Eds). Dermatology in general medicine (7th ed., pp. 616-621). USA: McGrawHill.
- Passeron T, Ortonne JP (2018). Vitiligo and Other Disorders of Hypopigmentation. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Cerroni, L.,(Eds). Dermatology (4th ed., pp. 1087-1114). Philadelphia: Elsevier.
- Nicolaidou E, Katsambas AD. Pigmentation disorders: hyperpigmentation and hypopigmentation. Clin Dermatol. 2014;32(1):66-72.
- Saleem MD, Oussedik E, Picardo M, Schoch JJ. Acquired disorders with hypopigmentation: A clinical approach to diagnosis and treatment. J Am Acad Dermatol. 2019;80(5):1233-1250.e10.
- Patel AB, Kubba R, Kubba A. Clinicopathological correlation of acquired hypopigmentary disorders. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2013 ;79(3):376-82.
- Tey HL. Approach to hypopigmentation disorders in adults. Clin Exp Dermatol. 2010;35(8):829-34.
- Tey HL A practical classification of childhood hypopigmentation disorders. Acta Derm Venereol. 2010;90(1):6-11.
- Orlow SJ. Congenital disorders of hypopigmentation. Semin Dermatol. 1995;14(1):27-32.
- Suzuki T. Genetics of hypopigmentary disorders. J Dermatol. 2013;40(5):309.
- Passeron T, Mantoux F, Ortonne JP. Genetic disorders of pigmentation. Clin Dermatol. 2005;23(1):56-67.
- Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N. Vitiligo. Lancet. 2015;386(9988):74-84.
- Rodrigues M, Ezzedine K, Hamzavi I, Pandya AG, Harris JE; Vitiligo Working Group. New discoveries in the pathogenesis and classification of vitiligo. J Am Acad Dermatol. 2017;77(1):1-13
- Rodrigues M, Ezzedine K, Hamzavi I, Pandya AG, Harris JE; Vitiligo Working Group.
- Current and emerging treatments for vitiligo. J Am Acad Dermatol. 2017;77(1):17-29.

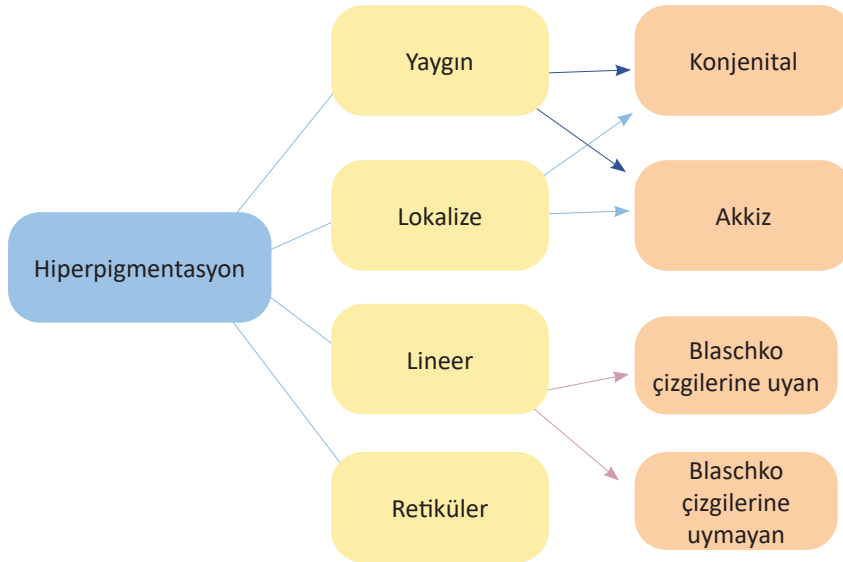
# 5 • BÖLÜM

## HİPERPİGMENTASYONLU HASTAYA YAKLAŞIM

Salih Levent ÇINAR<sup>1</sup>

Deri rengi total melanin miktarı ve melaninin dağılımının ve melanin birikiminin derinliği, ışığı emme ya da yansıtma özelliğinin bir sonucudur. Melanin dışında oksijen (oksijene ve indirgenmiş) ve karoten de derinin renginin oluşmasında önemli rol alırlar. Hiperpigmentasyon bozukluk-

ları melanin yapımında artış ya da aktif melanosit yoğunluğundaki artış sonucu oluşmaktadır (1). Hiperpigmentasyon bozukluklarını daha iyi anlamak için, bu bozuklukları yaygın (jeneralize), sınırlı (lokal), lineer ve retiküler olmak üzere alt gruplara ayırmak mümkündür (Şekil 1).



Şekil 1. Hiperpigmentasyon paternleri

<sup>1</sup> Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., sleventcinar@yahoo.com



## KAYNAKLAR

1. Barsh GS. What Controls Variation in Human Skin Color?. *PLoS Biol.* 2003; 1(1): e27
2. Fistarol SK, Itin PH. Disorders of pigmentation. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2010; 8(3): 187-201
3. A A Kasperlik-Zaluska, B Migdalska, B Czarnocka, et al. Association of Addison's disease with autoimmune disorders: a long-term observation of 180 patients. *Postgrad Med J.* 1991; 67(793): 984-7.
4. Puttanna A, Cunningham AR, Dainty P. Addison's disease and its associations. *BMJ Case Rep.* 2013; 2013: bcr2013010473.
5. Mason AS, Greenbaum D. Cushing's syndrome and skin pigmentation. *Br Med J.* 1962; 2(5302): 445-8.
6. Song X, Shen Y, Zhou Y, et al. General hyperpigmentation induced by Grave's disease: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2018; 97(49): e13279.
7. Cestari TF, Dantas LP, Boza JC. Acquired hyperpigmentations. *An Bras Dermatol.* 2014; 89(1): 11-25.
8. Nandi M, Sarkar S, Mondal R. Generalized hyperpigmentation in Wilson's disease: An unusual association. *J Neurosci Rural Pract.* 2013; 4(1): 70-2
9. Frank J, Poblete-Gutiérrez P. Porphyria cutanea tarda: when skin meets liver. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2010; 24(5): 735-45
10. Becker S, Walter S, Witzke O, et al. Edema, Hyperpigmentation, Induration: 3 Skin Signs heralding Danger in Patients on Maintenance Hemodialysis. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(12): e3121
11. Tabata H, Hara N, Otsuka S, et al. Correlation between diffuse pigmentation and keratinocyte-derived endothelin-1 in systemic sclerosis. *Int J Dermatol.* 2000; 39(12): 899-902.
12. Balint GP, Balint PV. Felty's syndrome. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004; 18(5): 631-45
13. Grimes PE, Ijaz S, Nashawati R, et al. New oral and topical approaches for the treatment of melasma. *Int J Womens Dermatol.* 2018; 20(5): 30-36
14. McKesey J, Tovar-Garza A, Pandya AG. Melasma Treatment: An Evidence-Based Review. *Am J Clin Dermatol.* 2020; 21(2): 173-225
15. Kang WH, Yoon KH, Lee ES, et al. Melasma: histopathological characteristics in 56 Korean patients. *Br J Dermatol.* 2002; 146(2): 228-37
16. Neagu N, Conforti C, Agozzino M, et al. Melasma treatment: a systematic review. *J Dermatolog Treat.* 2021; 14: 1-39
17. Khunger N, Kandhari R, Singh A, et al. A clinical, dermoscopic, histopathological and immunohistochemical study of melasma and facial pigmentary demarcation lines in the skin of color. *Dermatol Ther.* 2020; 33(6): e14515
18. Xing X, Chen L, Xu Z, et al. The efficacy and safety of topical tranexamic acid (liposomal or lotion with microneedling) versus conventional hydroquinone in the treatment of melasma. *J Cosmet Dermatol.* 2020; 19(12): 3238-3244
19. Ocampo JCV, Ocampo SV, Vélez NC, et al. New Protocol for Long-Term Results With a Multi-Pulse Nd:YAG Laser for Melasma Treatment: A Descriptive Cohort Study. *J Drugs Dermatol.* 2021; 20(2): 150-154
20. Chua S, Chan MM, Lee HY. Ashy dermatosis (erythema dyschromicum perstans) induced by omeprazole: a report of three cases. *Int J Dermatol.* 2015; 54(10): e435-6
21. Chang SE, Kim HW, Shin JM, et al. Clinical and histological aspect of erythema dyschromicum perstans in Korea: A review of 68 cases. *J Dermatol.* 2015; 42(11): 1053-7
22. Rutnin S, Udompanich S, Pratumchart N, et al. Ashy Dermatitis and Lichen Planus Pigmentosus: The Histopathological Differences. *Biomed Res Int.* 2019; 2019: 5829185
23. Rato M, Monteiro AF, Aranha J, et al. Ashy dermatosis with involvement of mucous membranes. *An Bras Dermatol.* 2017; 92(5 Suppl 1): 17-20
24. Dias MFRG, Dutra Rezende H, Furtado Cardoso de Moraes JR, et al. New insights into lichen planus pigmentosus associated with cicatricial alopecia. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021; 35(3): e200-e203
25. Patel AB, Kubba R, Kubba A. Clinicopathological correlation of acquired hyperpigmentary disorders. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013; 79(3): 367-75
26. Mashiah J, Harel A, Bodemer C, et al. Topical pimecrolimus for paediatric cutaneous mastocytosis. *Clin Exp Dermatol.* 2018; 43(5): 559-565
27. Stulberg DL, Clark N, Tovey D. Common hyperpigmentation disorders in adults: Part II. Melanoma, seborrheic keratoses, acanthosis nigricans, melasma, diabetic dermopathy, tinea versicolor, and postinflammatory hyperpigmentation. *Am Fam Physician.* 2003; 68(10): 1963-8
28. Begolli Gerqari A, Ferizi M, Gerqari I. Atrophoderma of Pasini and Pierini in a young adult: a case report. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat.* 2019; 28(1): 45-46
29. Baek JO, Park IJ, Lee KR, et al. High-fluence 1064-nm Q-Switched Nd:YAG laser: Safe and effective treatment of cafe-au-lait macules in Asian patients. *J Cosmet Dermatol.* 2018; 17(3): 380-384
30. Binmadi NO, Bawazir M, Alhindi N, et al. Medication-Induced Oral Hyperpigmentation: A Systematic Review. *Patient Prefer Adherence.* 2020; 14: 1961-1968
31. Schaefer JK, Ramnath N. Fluorouracil-Induced Hyperpigmentation. *N Engl J Med.* 2020; 382(4): e6
32. Wei KY, Wang SH, Ho CL. Bleomycin-Induced Flagellate Hyperpigmentation. *J Emerg Med.* 2016; 51(3): e59-60
33. Ünal E, Perkin P, Konca Degerterkin C, et al. Hyperpigmentation on face and arms and thyrotoxicosis induced by amiodarone treatment. *Cutan Ocul Toxicol.* 2017; 36(1): 98-100.
34. Sharma A, Vora R, Modi M, et al. Adverse effects of anti-retroviral treatment. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2008; 74(3): 234-7.
35. Bishnoi A, Chatterjee D, Narang T, et al. Image Gallery: Clofazimine induced hyperpigmentation of leprosy plaques. *Br J Dermatol.* 2019; 181(4): e88

36. Mishra SN, Dhurat RS, Deshpande DJ, et al. Diagnostic utility of dermatoscopy in hydroquinone-induced exogenous ochronosis. *Int J Dermatol.* 2013; 52(4): 413-7
37. Shute L, Walkty A, Embil JM. Minocycline-induced cutaneous hyperpigmentation. *CMAJ.* 2020; 192(34): E981
38. Gupta S, Ajith C. Tanning caused by psoralen-photoc hemotherapy in Indian skin. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2009; 75(1): 76-7
39. Shenoy A, Madan R. Post-Inflammatory Hyperpigmentation: A Review of Treatment Strategies. *J Drugs Dermatol.* 2020; 19(8): 763-768
40. Sofen B, Prado G, Emer J. Melasma and Post Inflammatory Hyperpigmentation: Management Update and Expert Opinion. *Skin Therapy Lett.* 2016; 21(1): 1-7
41. Lindgren AL, Austin AH, Welsh KM. The Use of Tranexamic Acid to Prevent and Treat Post-Inflammatory Hyperpigmentation. *J Drugs Dermatol.* 2021; 20(3): 344-345
42. Alkhowailed MS, Otafif M, Albasseet A, et al. Clinical Approach to Linear Hyperpigmentation: A Review Article. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2021; 14: 23-35.
43. Happle R, Assim A. The lines of Blaschko on the head and neck. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 44(4): 612-5
44. Lade NR, Saoji V, Singh AI. Blaschkoid lichen planus: Not a Koebner phenomenon. *Dermatol Online J.* 2013; 19(4): 17
45. Sil A, Chakraborty S, Panigrahi A, et al. Blaschkoid lichen planus occurring in childhood systemic lupus erythematosus. *Pediatr Dermatol.* 2020; 37(3): 579-581
46. Kanwar AJ, Dogra S, Handa S, et al. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. *Clin Exp Dermatol.* 2003; 28(5): 481-5
47. Ochoa BE, King LE Jr, Price VH. Lichen planopilaris: Annual incidence in four hair referral centers in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58(2): 352-3
48. Assouly P, Reygagne P. Lichen planopilaris: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg.* 2009; 28(1): 3-10
49. Villani AP, Amini-Adlé M, Wagschal D, et al. Linear atrophoderma of moulin: report of 4 cases and 20th anniversary case review. *Dermatology.* 2013; 227(1): 5-9
50. Atasoy M, Aliagaoglu C, Sahin O, et al. Linear atrophoderma of Moulin together with leuconychia: a case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006; 20(3): 337-40
51. Müller CS, Schmaltz R, Vogt T, et al. Lichen striatus and blaschkitis: reappraisal of the concept of blaschkolinear dermatoses. *Br J Dermatol.* 2011; 164(2): 257-62
52. Gutte RM. Progressive cribriform and zosteriform hyperpigmentation. *Indian Dermatol Online J.* 2014; 5(1): 38-40
53. Jeong JS, Lee JY, Yoon TY. Unilateral nevoid acanthosis nigricans with a submammary location. *Ann Dermatol.* 2011; 23(1): 95-7
54. Abbas O, Ugent S, Borirak K, et al. Linear macular amyloidosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23(12): 1446-8
55. Landa N, Oleaga JM, Ratón JA, et al. Focal dermal hypoplasia (Goltz syndrome): an adult case with multisystemic involvement. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 28(1): 86-9
56. Kanitakis J, Souillet AL, Butnaru C, et al. Melanocyte stimulation in focal dermal hypoplasia with unusual pigmented skin lesions: a histologic and immunohistochemical study. *Pediatr Dermatol.* 2003; 20(3): 249-53
57. Lu Y, Zhu WY. Linear and whorled nevoid hypermelanosis complicated with inflammatory linear verrucous epidermal nevus and ichthyosis vulgaris. *J Dermatol.* 2007; 34(11): 765-8
58. Ertam I, Turk BG, Urkmez A, et al. Linear and whorled nevoid hypermelanosis: dermatoscopic features. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 60(2): 328-31
59. Nehal KS, PeBenito R, Orlow SJ. Analysis of 54 cases of hypopigmentation and hyperpigmentation along the lines of Blaschko. *Arch Dermatol.* 1996; 132(10): 1167-70
60. Pezzani L, Brena M, Callea M, et al. X-linked reticulate pigmentary disorder with systemic manifestations: a new family and review of the literature. *Am J Med Genet A.* 2013; 161A(6): 1414-20
61. Mikkola ML. Molecular aspects of hypohidrotic ectodermal dysplasia. *Am J Med Genet A.* 2009; 149A(9): 2031-6
62. Lu PD, Schaffer JV. Hypohidrotic ectodermal dysplasia. *Dermatol Online J.* 2008; 14(10): 22
63. Lioce E, Milani P, Bistolfi A, et al. Disabil Incontinentia pigmenti: a rare pathology with complex rehabilitative aspects. *Rehabil.* 2014; 36(21): 1830-3
64. Ehrenreich M, Tarlow MM, Godlewska-Janusz E, et al. Incontinentia pigmenti (Bloch-Sulzberger syndrome): a systemic disorder. *Cutis.* 2007; 79(5): 355-62
65. Yoneda K. Inherited ichthyosis: Syndromic forms. *J Dermatol.* 2016; 43(3): 252-63
66. Hartman RD, Molho-Pessach V, Schaffer JV. Conradi-Hünemann-Happle syndrome. *Dermatol Online J.* 2010; 16(11): 4
67. Weibel L. Diagnosis and management of morphoea in children: an overview. *Clin Exp Dermatol.* 2021; 46(3): 487-494
68. Khanduri S, Singh A, Agrawal S, et al. Parry Romberg Syndrome. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019; 71(Suppl 1): 42-44
69. Dermarkarian CR, Sweeney AR, Chambers CB, et al. Ophthalmic changes in patients with hemifacial atrophy (Parry-Romberg syndrome). *Int Ophthalmol.* 2021; 41(2): 599-604
70. Tirelli LL, Label A, Luna PC, et al. Becker Nevus: 4 Cases of a Rare Syndrome. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed).* 2021; 112(3): 282-283
71. Goel K, Relhan V, Bansal S, et al. Acquired linear Becker's nevus on lower limb in blaschkoid pattern. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2015; 81(3): 328
72. Glinick SE, Alper JC, Bogaars H, et al. Becker's melanosis: associated abnormalities. *J Am Acad Dermatol.* 1983 Oct;9(4):509-14

73. Das BK, Garg VK, Chand P. Mc Cune Albright syndrome with polydactyly. *Indian Pediatr.* 1987; 24(5): 446-8
74. Bologna J, Schaffer JCL. *Dermatology.* 4th edition. Elsevier; 2018:2880
75. Oliveira AA, Morais J, Pires O, et al. Fig tree induced phytophotodermatitis. *BMJ Case Rep.* 2020; 13(3): e233392
76. Chuamanochan M, Onoufriadis A, Farnood S, et al. Blaschko-linear lichen planus: Clinicopathological and genetic analysis. *J Dermatol.* 2020; 47(11): e384-e385
77. Sigal-Nahum M, Konqui A, Gaulier A, et al. Linear fixed drug eruption. *Br J Dermatol.* 1988; 118(6): 849-51
78. Cortina P, Garrido JA, Tomas JF, et al. 'Flagellate' erythema from bleomycin. With histopathological findings suggestive of inflammatory oncotaxis. *Dermatologica.* 1990;180(2):106-9
79. Hanada K, Hashimoto I. Flagellate mushroom (Shiitake) dermatitis and photosensitivity. *Dermatology.* 1998; 197(3): 255-7
80. Pujol RM, Rocamora V, Lopez-Pousa A, et al. Persistent supragenous erythematous eruption: a rare local complication of intravenous 5-fluorouracil therapy. *J Am Acad Dermatol.* 1998; 39(5 Pt 2): 839-42
81. Zieleniewski Ł, Schwartz RA, Goldberg DJ, et al. *J Cosmet Dermatol.* 2019; 18(3): 700-702
82. Okeke LI, George AO, Ogunbiyi AO, et al. Prevalence of Linea nigra in patients with benign prostatic hyperplasia and prostate carcinoma. *Int J Dermatol.* 2012; 51 Suppl 1: 41-3
83. Dyer JA, Chamlin S. Acquired raised bands of infancy: association with amniotic bands. *Pediatr Dermatol.* 2005; 22(4): 346-9
84. Forde K, Glover M. Sock-line hyperpigmentation in infancy. *Arch Dis Child.* 2015; 100(6): 532
85. Sardana K, Goel K, Chugh S. Reticulate pigmentary disorders. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013; 79(1): 17-29
86. ALSabbagh MM. Dyskeratosis congenita: a literature review. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2020; 18(9): 943-967
87. Stoopler ET, Shanti RM. Dyskeratosis Congenita. *Mayo Clin Proc.* 2019; 94(9): 1668-1669
88. Tubaigy SM, Hassan HM. Naegeli-Franceschetti-Jadassohn syndrome in a Saudi Arabian family. *J Forensic Sci.* 2014; 59(2): 555-8
89. Sparrow GP, Samman PD, Wells RS. Hyperpigmentation and hypohidrosis. (The Naegeli-Franceschetti-Jadassohn syndrome): report of a family and review of the literature. *Clin Exp Dermatol.* 1976; 1(2): 127-40
90. Datta A, Gupta N, Pradhan S, et al. Dermatopathia Pigmentosa Reticularis. *Indian J Dermatol.* 2019; 64(2): 149-151
91. Zhang J, Li M, Yao Z. Updated review of genetic reticulate pigmentary disorders. *Br J Dermatol.* 2017; 177(4): 945-959
92. Mahajan SH, Mahajan SA, Khopkar US, et al. Follicular Dowling-Degos Disease: A Rare Pigmentary Dermatoses. *Indian Dermatol Online J.* 2017; 8(6): 487-489
93. Cabral AR, Santiago F, Reis JP. Coexistence of reticulate acropigmentation of Kitamura and Dowling-Degos disease. *Dermatol Reports.* 2011; 3(2): e33

# 6. BÖLÜM

## ÜRTİKA PLAKLARI VE ANJİOÖDEMİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Kübra KIZILTAÇ<sup>1</sup>  
Emek KOCATÜRK<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Ürtiker, tüm toplumlarda sık görülen, aniden ortaya çıkan, aynı gün içinde kendiliğinden kaybolan, 'ürtika' denilen kaşıntılı ve ödemli papül/plaklarla ve/veya derin dermis veya subkutis tutulumuna bağlı anjioödem ile kendini gösteren bir deri hastalığıdır (1).

### TANIM VE SINIFLAMA

Altı haftadan kısa süren klinik tablolar "akut ürtiker" (AÜ), altı hafta ya da daha uzun süren klinik tablolar ise kronik ürtiker (KÜ) olarak adlandırılır. Kronik ürtiker; kronik spontan ürtiker (KSÜ) ve kronik uyarılabilir ürtiker (KUÜ) olmak üzere iki alt tipe ayrılır (1). KÜ'de belirlenebilir fiziksel veya diğer uyaranlar mevcutsa ortaya çıkan ürtiker "uyarılabilir ürtiker" olarak tanımlanırken, uyaran saptanamadığında KSÜ olarak adlandırılır (Tablo 1). Altı haftadan uzun süren, ancak haftada

ikiden daha az atak gelişen durumlar için "epizodik KÜ" tanımı kullanılabilir (2).

Tablo 1. Ürtiker Sınıflaması

Akut ürtiker	Kronik ürtiker	
< 6 hafta	> 6 hafta	
	Kronik spontan ürtiker	Kronik uyarılabilir ürtiker
	Etyolojide herhangi bir neden bulunamıyor	Semptomatik dermografizm Soğuk ürtikeri Geç basınç ürtikeri Solar ürtiker Sıcak ürtikeri Titreşim anjioödem Kolinerjik ürtiker Akuajenik ürtiker Temas ürtikeri
	Kronik epizodik ürtiker Haftada ikiden daha az atak	

<sup>1</sup> Uzm.Dr., İstinye Üniversitesi, Medical Park Gaziosmanpaşa Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, kubracure@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD., dremekozgur@gmail.com

**Tablo 9.** Kronik ürtiker ve anjioödemde kullanılması önerilen hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve hastalık kontrolü ölçütlerinin klinik olarak anlamlı değerleri

	Hastalık aktivitesi	Yaşam kalitesi	Hastalık kontrolü
KSÜ	Ürtiker aktivite skoru (ÜAS), AAS ÜAS7: Yedi günlük Ürtiker aktivite skoru; toplamı (minimum 0-maksimum 42) ÜAS7≤6 iyi kontrollü, 7-15 arası olması hafif, 16-27 arası olması orta 28-42 olması ise şiddetli ürtiker Minimal önemlilik değeri; 11	Kronik ürtiker yaşam kalitesi anketi (KÜYKA), Dermatoloji yaşam kalite indeksi (DYKİ) KÜYKA değerindeki 15 ve üzeri düşüşler anlamlı kabul edilir DYKİ: 0-1; Hastanın hayatına hiç etkisi yok, 2-5; Hastanın hayatına az etkisi var, 6-10; Hastanın hayatına orta etkisi var,11-20; Hastanın hayatına çok etkisi var, 21-30; Hastanın hayatına çok fazla etkisi var Minimal önemlilik değeri;4	Ürtiker kontrol testi (ÜKT) ÜKT≥12 olması kontrolü ÜKT=16 ise tam kontrolü, ÜKT<12 ise hastalığın kontrol altında olmadığını gösterir Minimal önemlilik değeri; 3
KUÜ		Dermatoloji yaşam kalite indeksi (DYKİ)	ÜKT
Anjioödem	Anjioödem aktivite skoru (AAS) Minimal önemlilik değeri;8	Anjioödem yaşam kalite indeksi AÖYKİ Minimal önemlilik değeri;8	Anjioödem Kontrol Testi (AEKT)

## SONUÇ

Ürtiker ve anjioödem dermatoloji kliniklerinde sıkça rastladığımız ve sıklıkla kronik ürtiker olarak karşımıza çıkan bir durumdur. Kronik ürtiker, hastaların yarısından biraz fazlasında antihistaminlere yanıt verir ancak geri kalan kısmında anti-IgE tedavisi ya da diğer anti-inflamatuvar tedaviler gerekebilir. Hastalığın yönetim sürecinde tespit edilen tetikleyicilerden uzaklaşmak ve eşlik edebilen komorbiditelerin tedavisi önem taşır. Kronik ürtiker uzun süren bir hastalık olması ve zaman zaman alevlenme dönemleriyle seyretmesi nedeniyle hastaların yaşamını kötü etkilemekte ve hastalık sürecinde psikiyatrik morbiditelere neden olabilmektedir. Hastalara hastalığın iyi anlatılması ve tedaviye düzenli devam etmelerinin öneminin vurgulanması hastalığın yönetiminde önem taşır.

## KAYNAKLAR

- Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Latiff AA, Baker D, Balmer-Weber B, et al. The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy* 2018; 73(7):1393-414.
- Kocaturk Göncü E, Aktan Ş, Atakan N, Bülbül Başkan E, Erdem T, Koca R, et al. The Turkish Guideline for the Diagnosis and Management of Urticaria-2016. *Turkderm* 2016; 50(3):82-98.
- Bolognia JL JJ, Rapini RP. Urticaria and angioedema. *CEH Grattan. Dermatology. Elsevier*; 2012: 291-306.
- Fricke J, Ávila G, Keller T, Weller K, Lau S, Maurer M, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: systematic review with meta-analysis. *Allergy* 2020; 75(2):423-32.
- Maurer M, Eyerich K, Eyerich S, Ferrer M, Guterth J, Hartmann K, et al. Urticaria: Collegium Internationale Allergologicum (CIA) Update 2020. *Int Arch Allergy Immunol* 2020; 181(5):321-33.
- Kaplan AP. Chronic urticaria and angioedema. *New England Journal of Medicine* 2002; 346(3):175-79.
- Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol* 2014; 133(5):1270-7.
- Bracken SJ, Abraham S, and MacLeod AS. Autoimmune theories of chronic spontaneous urticaria. *Frontiers in immunology* 2019; 10:627.
- Sánchez-Borges M, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein J, Canonica GW, Ebisawa M, et al. The challenges of chronic urticaria part 1: Epidemiology, immunopathogenesis, comorbidities, quality of life, and management. *World Allergy Organization Journal* 2021:100533.
- Konstantinou GN and Konstantinou GN. Psychiatric comorbidity in chronic urticaria patients: a systematic review and meta-analysis. *Clinical and translational allergy* 2019; 9(1):1-12.

11. Kanani A, Schellenberg R, and Warrington R. Urticaria and angioedema. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2011; 7(1):S9.
12. Magerl M, Altrichter S, Borzova E, Giménez-Arnau A, Grattan C, Lawlor F, et al. The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias—The EAACI/GA 2 LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. *Allergy* 2016; 71(6):780-802.
13. Engin B, Oba MÇ, and Serdaroğlu S. Urticaria and Angioedema. A Comprehensive Review of Urticaria and Angioedema. InTech; 2017:
14. Baxi S and Dinakar C. Urticaria and angioedema. *Immunology and allergy clinics of North America* 2005; 25(2):353-67.
15. Sánchez-Borges M, Capriles-Hulett A, and Caballero-Fonseca F. Demographic and clinical profiles in patients with acute urticaria. *Allergologia et immunopathologia* 2015; 43(4):409-15.
16. Weller K, Zuberbier T, and Maurer M. Chronic urticaria: tools to aid the diagnosis and assessment of disease status in daily practice. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2015; 29(S3):38-44.
17. Sussman GL, Lacuesta GA, Hebert J, Kanani AS, Rihakova L, and Chiva-Razavi S. Patient demographics and real-world use of omalizumab for the treatment of chronic spontaneous/idiopathic urticaria in Canada. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2017; 139(2):AB246.
18. Zuberbier T and Maurer M. Urticarial vasculitis and Schnitzler syndrome. *Immunology and Allergy Clinics* 2014; 34(1):141-47.
19. Marzano A, Tavecchio S, Venturini M, Sala R, Calzavara-Pinton P, and Gattorno M. Urticarial vasculitis and urticarial autoinflammatory syndromes. *Giornale italiano di dermatologia e venerologia: organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia* 2015; 150(1):41-50.
20. Powell RJ, Leech SC, Till S, Huber PA, Nasser SM, Clark AT, et al. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. *Clin Exp Allergy* 2015; 45(3):547-65.
21. Giménez-Arnau AM. Omalizumab for treating chronic spontaneous urticaria: an expert review on efficacy and safety. *Expert Opinion on Biological Therapy* 2017; 17(3):375-85.
22. Simon FER and Simons KJ. H1 antihistamines: current status and future directions. *World Allergy Organization Journal* 2008; 1(9):145-55.
23. Holgate S, Casale T, Wenzel S, Bousquet J, Deniz Y, and Reisner C. The anti-inflammatory effects of omalizumab confirm the central role of IgE in allergic inflammation. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2005; 115(3):459-65.
24. Vestergaard C, Toubi E, Maurer M, Triggiani M, Ballmer-Weber B, Marsland A, et al. Treatment of chronic spontaneous urticaria with an inadequate response to H1-antihistamines: an expert opinion. *European Journal of Dermatology* 2017; 27(1):10-19.
25. Francés L, Leiva-Salinas M, and Silvestre J. Omalizumab in the treatment of chronic urticaria. *Actas Dermo-Sifilográficas (English Edition)* 2014; 105(1):45-52.
26. Cox L, Platts-Mills TA, Finegold I, Schwartz LB, Simons FER, and Wallace DV. American academy of allergy, asthma & immunology/American college of allergy, asthma and immunology joint task force report on omalizumab-associated anaphylaxis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2007; 120(6):1373-77.
27. Metz M, Ohanian T, Church MK, and Maurer M. Retreatment with omalizumab results in rapid remission in chronic spontaneous and inducible urticaria. *JAMA dermatology* 2014; 150(3):288-90.
28. Erdem T. Omalizumab. *Turkiye Klinikleri Journal of Dermatology Special Topics* 2014; 7(2):102-07.
29. Saini S, Rosen KE, Hsieh H-J, Wong DA, Conner E, Kaplan A, et al. A randomized, placebo-controlled, dose-ranging study of single-dose omalizumab in patients with H 1-antihistamine-refractory chronic idiopathic urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2011; 128(3):567-73. e1.
30. Giménez-Arnau A, Toubi E, Marsland A, and Maurer M. Clinical management of urticaria using omalizumab: the first licensed biological therapy available for chronic spontaneous urticaria. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2016; 30(S5):25-32.
31. Grattan C, O'Donnell B, Francis D, Niimi N, Barlow R, Seed P, et al. Randomized double-blind study of cyclosporin in chronic 'idiopathic'urticaria. *British Journal of Dermatology* 2000; 143(2):365-72.
32. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy* 2018; 73(7):1393-414.
33. Marchese ML, Eimer L, and Stringa O. Ciclosporin and its use in dermatology: Introduction. *Arch. Argent. Dermatol* 2014; 64(3):89-97.
34. Riccioni G, Bucciarelli T, Mancini B, Di Ilio C, and D'Orazio N. Antileukotriene drugs: clinical application, effectiveness and safety. *Current medicinal chemistry* 2007; 14(18):1966-77.
35. de Silva NL, Damayanthi H, Rajapakse AC, Rodrigo C, and Rajapakse S. Leukotriene receptor antagonists for chronic urticaria: a systematic review. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2014; 10(1):24.
36. Rosenblum JD, Nassau S, Fonacier L, and Mawhirt SL. Concomitant Treatment with Omalizumab and Cyclosporine for Chronic Spontaneous Urticaria: a case series. *Annals of allergy, asthma & immunology: official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology* 2020.
37. Holm JG, Ivyanskiy I, and Thomsen SF. Use of nonbiologic treatments in antihistamine-refractory chronic urticaria: a review of published evidence. *Journal of Dermatological Treatment* 2018; 29(1):80-97.

38. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014; 69(7):868-87.
39. Baiardini I, Pasquali M, Braido F, Fumagalli F, Guerra L, Compalati E, et al. A new tool to evaluate the impact of chronic urticaria on quality of life: chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-QoL). *Allergy* 2005; 60(8):1073-8.
40. Kocatürk E, Weller K, Martus P, Aktaş S, Kavala M, Sarıgül Ş, et al. Turkish version of the chronic urticaria quality of life questionnaire: cultural adaptation, assessment of reliability and validity. *Acta dermato-venereologica* 2012; 92(4):419-25.
41. Finlay AY and Khan G. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and experimental dermatology* 1994; 19(3):210-16.
42. Öztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, and Turhan Şahin M. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *International journal of Dermatology* 2006; 45(11):1300-07.
43. Weller K, Zuberbier T, and Maurer M. Clinically relevant outcome measures for assessing disease activity, disease control and quality of life impairment in patients with chronic spontaneous urticaria and recurrent angioedema. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2015; 15(3):220-6.
44. Kocatürk E, Kızıldağ U, Can P, Kara RÖ, Erdem T, Kızıldağ K, et al. Validation of the Turkish version of the Urticaria Control Test: Correlation with other tools and comparison between spontaneous and inducible chronic urticaria. *World Allergy Organization Journal* 2019; 12(1):100009.
45. Can PK, Değirmençtepe EN, Etikan P, Kızıldağ K, Gelinçik A, Demir S, et al. Assessment of disease activity and quality of life in patients with recurrent bradykinin-mediated versus mast cell-mediated angioedema. *World Allergy Organization Journal* 2021; 14(7):100554.

# 7 ● BÖLÜM

## HİPERHİDROZLU HASTAYA YAKLAŞIM

*Fatmanur HACİNECİPOĞLU<sup>1</sup>  
Müzeyyen GÖNÜL<sup>2</sup>*

### GİRİŞ

Terleme, vücut sıcaklığını stabil tutmayı sağlayan önemli bir fizyolojik fonksiyondur. Vücudumuzda ektrin, apokrin ve apoekrin olmak üzere üç çeşit ter bezi mevcuttur; Ektrin ter bezleri; klitoris, glans penis, labia minör, dış kulak yolu ve dudaklar dışında tüm vücutta yaygın olarak bulunur ve sayıları yaklaşık 3 milyon civarındadır (1). Kokusuz, ince yapıda hipotonik ter sekresyonu salgılayan ektrin ter bezlerinin termoregülatuar ihtiyaçlara göre ter üretme kapasiteleri değişir, emosyonel, gustatuar ve fiziksel uyaranlarla da ter sekresyonları artabilir (2). Apokrin ter bezleri; pubertede fonksiyon görmeye başlar ve aksilla, areola, anogenital bölge ve dış kulak yolunda yoğun olarak bulunurlar. Yağdan zengin kokusuz bir sekresyon oluştururlar ancak deri florasındaki bakterilerin bu sekresyonu parçalamaları sonucunda kişinin kendine özgü ter kokusu ortaya çıkar (3). Apoekrin ter bezleri; aksilla ve perianal bölgede mevcut olup ektrin ter

bezlerinden diferansiye oldukları düşünülmektedir (1). Hiperhidroz ektrin ter bezlerinin termoregüasyon ihtiyacını aşacak şekilde aşırı aktivite göstermesiyle deri yüzeyine salınan ter miktarının artmasıdır (4). Prevalansı toplumlar arasında farklılık gösterebilmekte ve %4.8- %18.5 arasında değişmektedir (5-9). Kadınlarda ve erkeklerde eşit sıklıkta görülür (3).

Hiperhidroz, hastaların günlük aktivitelerini ve sosyal ilişkilerini önemli ölçüde etkileyen ve hayat kalitesini ciddi derecede bozan bir durumdur (10,11). Bu bölümde hiperhidroz etyolojisinde rol oynayan hastalıklara kısaca değinilecek ve güncel kılavuzlar ışığında hiperhidrozlu hastaların değerlendirilmesinde önerilen algoritmik yaklaşımlar gözden geçirilecektir.

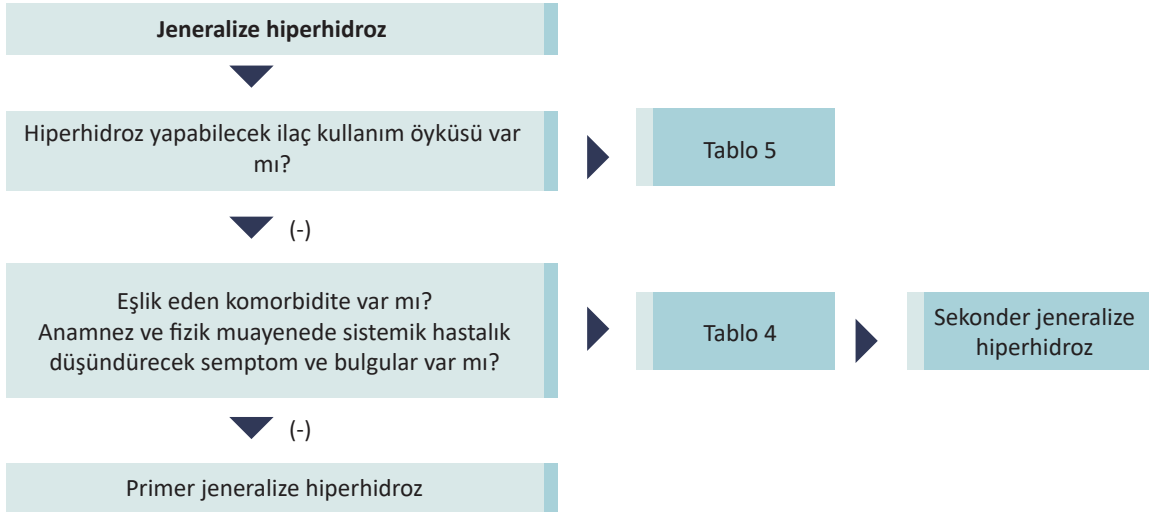
### HİPERHİDROZ SINIFLANDIRMASI

Hiperhidroz primer ve sekonder olarak iki gruba ayrılır, klinik olarak ise fokal, jeneralize, simetrik veya asimetric tutulum gösterebilir. Olguların

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Gazi Mustafa Kemal Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, fatmanurgucyilmaz@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, muzeyyengonul@gmail.com





Şekil 2. Jeneralize hiperhidroza algoritmik yaklaşım

## KAYNAKLAR

1. Sato K, Kang WH, Saga K, Sato KT. Biology of sweat glands and their disorders. I. Normal sweat gland function. J Am Acad Dermatol [Internet]. 1989 [cited 2021 May 10];20(4):537–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2654204/>
2. Cohen JL, Cohen G, Solish N, Murray CA. Diagnosis, Impact, and Management of Focal Hyperhidrosis: Treatment Review Including Botulinum Toxin Therapy [Internet]. Vol. 15, Facial Plastic Surgery Clinics of North America. Facial Plast Surg Clin North Am; 2007 [cited 2021 May 10]. p. 17–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17317552/>
3. Leung AKC, Chan PYH, Choi MCK. Hyperhidrosis [Internet]. Vol. 38, International Journal of Dermatology. Int J Dermatol; 1999 [cited 2021 May 10]. p. 561–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10487442/>
4. Nawrocki S, Cha J. The etiology, diagnosis, and management of hyperhidrosis: A comprehensive review: Etiology and clinical work-up. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2019;81(3):657–66. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.071>
5. Doolittle J, Walker P, Mills T, Thurston J. Hyperhidrosis: an update on prevalence and severity in the United States. Arch Dermatol Res [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2021 May 11];308(10):743–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27744497/>
6. Stefaniak T, Tomaszewski KA, Proczko-Markuszevska M, Idestal A, Royton A, Abi-Khalil C. Is subjective hyperhidrosis assessment sufficient enough? Prevalence of hyperhidrosis among young Polish adults. J Dermatol [Internet]. 2013 Oct [cited 2021 May 11];40(10):819–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23915355/>
7. Liu Y, Bahar R, Kalia S, Huang RY, Phillips A, Su M, et al. Hyperhidrosis prevalence and demographical characteristics in dermatology outpatients in Shanghai and Vancouver. PLoS One [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2021 May 11];11(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27105064/>
8. Fujimoto T, Kawahara K, Yokozeki H. Epidemiological study and considerations of primary focal hyperhidrosis in Japan: From questionnaire analysis. J Dermatol [Internet]. 2013 Nov [cited 2021 May 11];40(11):886–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24106874/>
9. Augustin M, Radtke MA, Herberger K, Kornek T, Heigel H, Schaefer I. Prevalence and disease burden of hyperhidrosis in the adult population. Dermatology [Internet]. 2013 [cited 2021 May 11];227(1):10–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23988406/>
10. Swartling C, Naver H, Lindberg M. Botulinum A toxin improves life quality in severe primary focal hyperhidrosis. Eur J Neurol [Internet]. 2001 [cited 2021 May 11];8(3):247–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11328333/>
11. Cinà CS, Clase CM. The Illness Intrusiveness Rating Scale: A measure of severity in individuals with hyperhidrosis. Qual Life Res [Internet]. 1999 [cited 2021 May 11];8(8):693–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10855343/>
12. Walling HW. Clinical differentiation of primary from secondary hyperhidrosis. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2011 Apr [cited 2021 May 11];64(4):690–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21334095/>
13. Miller JL. Hyperhidrosis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer J V, editors. Dermatology. 4th ed. Elsevier; 2018. p. 633–40.
14. Hexsel D, Camozzato FO. Doris Hexsel and Fernanda Oliveira Camozzato 67. 2018;

15. Shaw J, Parker R, Hollis S, Gokal R, Boulton A. Gustatory sweating in Dişabetes mellitus [Internet]. *Diabet Med*. 1996 [cited 2021 May 12]. p. 1033–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8973884/>
16. Motz KM, Kim YJ. Auriculotemporal Syndrome (Frey Syndrome) [Internet]. Vol. 49, *Otolaryngologic Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2016 [cited 2021 May 12]. p. 501–9. Available from: </pmc/articles/PMC5457802/>
17. Sen S, Chatterjee G, Mitra P, Gangopadhyay A. Eccrine angiomatous naevus revisited. *Indian J Dermatol* [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2021 May 14];57(4):313–5. Available from: <https://www.e-ijd.org/article.asp?issn=0019-5154;year=2012;volume=57;issue=4;page=313;epage=315;aulast=Sen>
18. Kaur T, Singh S. Blue rubber bleb nevus syndrome: A case report [Internet]. Vol. 59, *Indian Journal of Dermatology*. Wolters Kluwer -- Medknow Publications; 2014 [cited 2021 May 15]. p. 98–9. Available from: </pmc/articles/PMC3884943/>
19. Kristiansen BH, Lindahl KH, pallesen KU, Bygum anette. Two patients with localised hyperhidrosis of the hand based on functional and structural abnormalities of sweat glands Rare disease. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2018; Available from: <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>.
20. Barara M, Varshney M, Mendiratta V, Jabeen M. Speckled lentiginous nevus syndrome with median nerve paresis: A rare syndrome with a new association. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2013 [cited 2021 May 14];4(3):234. Available from: </pmc/articles/PMC3752487/>
21. Gitter DG, Sato K. Localized hyperhidrosis in pretibial myxedema. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1990 [cited 2021 May 14];23(2):250–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2212121/>
22. Galan A, McNiff JM. Eccrine angiomatous hamartoma with features resembling verrucous hemangioma. *J Cutan Pathol* [Internet]. 2007 Dec [cited 2021 May 14];34(SUPPL. 1):68–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17997743/>
23. Munro CS. Pachyonychia congenita: Mutations and clinical presentations [Internet]. Vol. 144, *British Journal of Dermatology*. *Br J Dermatol*; 2001 [cited 2021 May 14]. p. 929–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11359376/>
24. Dev T, Mahajan V, Sethuraman G. Hereditary palmoplantar keratoderma: A practical approach to the diagnosis. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 14];10(4):365. Available from: </pmc/articles/PMC6615398/>
25. Castori M, Sinibaldi L, Mingarelli R, Lachman RS, Rimoin DL, Dallapiccola B. Pachydermoperiostosis: An update [Internet]. Vol. 68, *Clinical Genetics*. *Clin Genet*; 2005 [cited 2021 May 14]. p. 477–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16283874/>
26. Brown R, Ginsberg L. POEMS syndrome: clinical update [Internet]. Vol. 266, *Journal of Neurology*. Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG; 2019 [cited 2021 May 14]. p. 268–77. Available from: </pmc/articles/PMC6342878/>
27. Palma JA, Norcliffe-Kaufmann L, Fuente-Mora C, Percival L, Mendoza-Santesteban C, Kaufmann H. Current treatments in familial dysautonomia [Internet]. Vol. 15, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. Informa Healthcare; 2014 [cited 2021 May 14]. p. 2653–71. Available from: </pmc/articles/PMC4236240/>
28. Bickel A, Axelrod FB, Marthol H, Schmelz M, Hilz MJ. Sudomotor function in familial dysautonomia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2004 Feb [cited 2021 May 14];75(2):275–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14742604/>
29. Tavee J, Zhou L. Small fiber neuropathy: A burning problem [Internet]. Vol. 76, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. *Cleve Clin J Med*; 2009 [cited 2021 May 14]. p. 297–305. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19414545/>
30. Moon DH, Kang D-Y, Lee HS, Lee J-W, Lee Y-J, Lee S. To avoid compensatory hyperhidrosis after sympathetic surgery for craniofacial hyperhidrosis. *J Thorac Dis* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2021 May 15];12(5):2529–35. Available from: <http://jtd.amegroups.com/article/view/37621/html>
31. Leong SY, Siew G, Tye Y. Hyperhidrosis : an Approach To Assessment in a Primary Care Setting. *Singapore Fam Physician*. :0–4.
32. Callejas MA, Grimalt R, Cladellas E. Hyperhidrosis Update. Vol. 101, *Actas Dermo-Sifiliograficas*. Elsevier Doyma; 2010. p. 110–8.
33. Strutton DR, Kowalski JW, Glaser DA, Stang PE. US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: results from a national survey. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2004 [cited 2021 May 24];51(2):241–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15280843/>
34. Solish N, Bertucci V, Dansereau A, Hong HCH, Lynde C, Lupin M, et al. A comprehensive approach to the recognition, diagnosis, and severity-based treatment of focal hyperhidrosis: Recommendations of the Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee. *Dermatologic Surg* [Internet]. 2007 [cited 2021 May 24];33(8):908–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17661933/>
35. Walling HW. Primary hyperhidrosis increases the risk of cutaneous infection: A case-control study of 387 patients. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2009 Aug [cited 2021 May 26];61(2):242–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19395123/>
36. He J, Wang T, Dong J. A close positive correlation between malodor and sweating as a marker for the treatment of axillary bromhidrosis with botulinum toxin A. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2012 Dec [cited 2021 May 26];23(6):461–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21801111/>
37. Semkova K, Gergovska M, Kazandjieva J, Tsankov N. Hyperhidrosis, bromhidrosis, and chromhidrosis: Fold (intertriginous) dermatoses. *Clin Dermatol* [Internet]. 2015 [cited 2021 May 26];33(4):483–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26051066/>
38. Swartling C, Naver H, Lindberg M. Botulinum A toxin improves life quality in severe primary focal hyperhidrosis. *Eur J Neurol* [Internet]. 2001 [cited 2021 May

- 24];8(3):247–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11328333/>
39. Hamm H, Naumann MK, Kowalski JW, Kütt S, Kozma C, Teale C. Primary focal hyperhidrosis: Disease characteristics and functional impairment. *Dermatology* [Internet]. 2006 May [cited 2021 May 26];212(4):343–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16707884/>
40. Lyra RDM, De Campos JRM, Kang DWW, Loureiro MDP, Furian MB, Costa MG, et al. Guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of compensatory hyperhidrosis [Internet]. Vol. 34, *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2008 [cited 2021 May 26]. p. 967–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19099105/>
41. Trindade de Almeida AR, Montagner S. Botulinum Toxin for Axillary Hyperhidrosis. Vol. 32, *Dermatologic Clinics*. W.B. Saunders; 2014. p. 495–504.
42. Weinberg T, Solish N, Murray C. Botulinum Neurotoxin Treatment of Palmar and Plantar Hyperhidrosis. Vol. 32, *Dermatologic Clinics*. W.B. Saunders; 2014. p. 505–15.
43. Walling HW, Swick BL. Treatment options for hyperhidrosis [Internet]. Vol. 12, *American Journal of Clinical Dermatology*. Springer International Publishing; 2011 [cited 2021 May 27]. p. 285–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21714579/>

# 8. BÖLÜM

## HİPOHİDROZ/ANHİDROZLU HASTAYA YAKLAŞIM

Seray KÜLCÜ ÇAKMAK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Anhidroz ve hipohidroz uygun termal veya farmakolojik uyarana rağmen terlemenin olmaması veya azalmasıdır. Anhidroz ve hipohidrozun tanısı önemlidir çünkü terlemenin olmaması hipertermi, sıcak çarpması ve ölüme neden olabilir (1).

Birçok hasta ısı intoleransı oluşana kadar hipohidrozun farkında olmayabilir, ısı intoleransı oluştuğunda da terleyememeyi değil, genellikle aşırı ısınmaya bağlı flushing, sersemlik, halsizlik, dispne ve konfüzyon gibi semptomları fark ederler (2). Fokal veya segmental hipo/anhidrozda başka bölgelerde kompensatuar hiperhidroz görülebilir ve hastalar bu şekilde de hastalıklarını fark edebilirler (3). Jeneralize anhidrozda ise sıcak ortamlarda fiziksel aktiviteyi tolere edememe, sıcağa maruz kalınca baş dönmesi, sersemlik hissi, tekrarlayan ateş gibi bulgular görülür (4).

Ekrin terleme nörohormonal mekanizmalarla regüle edilir, termal merkezde, santral ya da peri-

feral sinir iletiminde veya ekrin ter bezi salgılamada bozukluklar terlemeyi etkileyebilir. Ekrin ter bezleri sempatik sinir lifleri tarafınca innerve edilir; ana nörotransmitter olan asetilkolin ekrin ter bezlerindeki muskarinik reseptörlere bağlanıp terlemeye neden olur (3).

Termoregülatör olarak hipotalamusun medial preoptik bölgesinden başlar ve spinal kord intermediolateral sütundan sempatik zincir ganglionuna ve ekrin ter bezlerini innerve eden periferik sempatik sinirlere devam eder (2).

Terlemenin regülasyonu esas olarak nörohormonal mekanizmalarla olur ve preoptik hipotalamik alandaki ısıda, kor ısıdaki artışa bağlı oluşan artış ter oluşumu için en güçlü uyarandır. Ancak preoptik hipotalamik alan derinin lokalize bir bölgesinde ısı artışı sonrası da uyarılabilir (1,5).

Hipo/anhidroz anterior hipotalamustan ekrin beze nöral iletimi engelleyen santral ve nöropatik hastalıklar ve ilaçlar, ekrin ter bezinde çeşitli fiziksel ajanlar ve dermatolojik hastalıklara bağlı

<sup>1</sup> Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, seraycakmak@gmail.com

## TEDAVİ YAKLAŞIMI

Hipo/anhidroz tedavisi sınırlıdır. Primer neden tespit edilip, nedene yönelik tedavi yapılmalıdır. Antikolinergik ajanlar ve opioidler gibi durumu agreve edebilecek ilaçlardan kaçınılmalıdır. Vücut yüzey alanının %30-40'ından fazlasında anhidroz olan hastalara yoğun fiziksel aktivite ve yüksek ısılardan kaçınmaları önerilmelidir. Vücudu soğutmak için su spreyleri ve fiziksel aktivite sırasında ıslak kıyafetler giyilmesi önerilebilir. Tıkanmış ter bezlerine bağlı oluşan hipohidrozda sık ve nazıkçe eksfoliasyon yapılabilir. Lameller iktiyoz gibi kornifikasyon bozuklukları uygun şekilde tedavi edilmesi ve yakın takip edilmelidir (3,4).

Kazanılmış idiopatik jeneralize anhidrozda bazı vakalarda spontan remisyon görülebilir. Sistemik steroidler bazı vakalarda etkilidir (9).

## SONUÇ

Anhidroz ve hipohidroz konjenital veya kazanılmış olarak çeşitli nörolojik hastalıklar, ilaçlar, fiziksel ajanlar, dermatolojik hastalıklar ve idiopatik nedenlere bağlı ortaya çıkabilir (3,6). Anhidroz ve hipohidrozun hipertermi ve sıcak çarpması hatta ölüm gibi sonuçları olabileceğinden erken tanı konulması ve uygun önlemlerin alınması, tedavi edilmesi oldukça önemlidir (1).

## KAYNAKLAR

1. Chia KY, Tey HL. Approach to hypohidrosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27(7):799-804. doi: 10.1111/jdv.12014
2. Cheshire WP, Fealey RD. Drug-induced hyperhidrosis and hypohidrosis: incidence, prevention and management. *Drug Saf.* 2008;31(2):109-26. doi: 10.2165/00002018-200831020-00002
3. Kurta AO, Glaser DA. (2014). Hyperhidrosis and Anhidrosis. In Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology.* (9<sup>th</sup> ed., pp. 1459-1469). United States of America: McGraw-Hill.
- 4) Harper CD, Bermudez R. Anhidrosis. 2021 May 15. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.
5. Coon EA, Cheshire WP Jr. Sweating Disorders. *Continuum (Minneapolis Minn).* 2020;26(1):116-137. doi: 10.1212/CON.0000000000000813.
6. Minota K, Coon EA, Benarroch EE. Neurologic aspects of sweating and its disorders. *Neurology.* 2019;92(21):999-1005. doi: 10.1212/WNL.00000000000007540
7. Miller JL. (2018). Diseases of the Eccrine and Apocrine Sweat Glands In Cerroni L, Jorizzo JL, Schaffer JV (Eds). *Dermatology* (4th ed. China: Elsevier; 2018.p.633-648.
8. Leung AK, Cho HY, Choi MC, et al. Hypohidrosis in children. *J R Soc Promot Health.* 1999;119(2):101-7. doi: 10.1177/146642409911900208.
9. Tay LK, Chong WS. Acquired idiopathic anhidrosis: a diagnosis often missed. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(3):499-506. doi: 10.1177/146642409911900208
10. Ohshima Y, Tamada Y. Classification of Systemic and Localized Sweating Disorders. *Curr Probl Dermatol.* 2016;51:7-10. doi: 10.1159/000446753

# 9. BÖLÜM

## LİVEDO RETİKÜLARİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

İlkay CAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Livedo retikularis (LR), ciltte benekli renk değişiminin olduğu çeşitli durumları ifade eder. Deride kan akımında yavaşlama ve oksijen azlığına bağlı olarak gelişen, geçici, kalıcı veya dalgalı seyir gösteren lekeli, kırmızımsı maviden mora, ağ benzeri siyanotik patern ile karakterize kutanöz fiziksel bir işarettir. Bebeklik dönemindeki fizyolojik kutis marmoratada olduğu gibi fizyolojik veya Sneddon sendromunda olduğu gibi ciddi/patolojik olabilir. LR ile ilişkili hastalıkların ayırıcı tanısını yapabilmek için, ciltte belirgin ağ benzeri vasküler patern ile başvuran hastaları algoritmik/sistemik olarak değerlendirmek gerekir (1-3) (**Şekil 1**).

Livedo retikularis karşımıza farklı terminolojiler ile çıkabilir (2):

- Kutis marmorata: doğuştan, fizyolojik, değişiklik gösteren form
- Kutis marmorata telenjektazika konjenita: doğuştan, kalıcı form

- Primer LR: benign karakterde olan form, dalgalı seyir gösterir ancak ısı ile ilişkili değildir
- İdiopatik LR: benign karakterde olan ancak kalıcı olan form
- Sekonder LR: sistemik bir hastalıkla ilişkili olan form
- Livedo rasemoza: daha geniş lezyonlarla ve daha şiddetli seyreden, kalıcı form.

LR ve livedo rasemoza sıklıkla eş anlamlı olarak kullanılsa da son dönemde birbirinden farklı antiteler olduğu görüşü öne çıkmaktadır. LR, genç ve orta yaşlı kadınları etkileyen benign, primer bir hastalıktır. Renk değişimi simetrik, geri dönüşümlü ve tekdüzedir. Livedo rasemoza ise hemen her zaman altta yatan bir hastalığa eşlik eden sekonder bir değişikliktir. Livedoid renk değişimi asimetrik, kalıcı ve kesintili/parçalı görünümündedir. LR ve livedo rasemoza arasındaki farklar **Tablo 1**'de gösterilmiştir (3, 4).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, gaziilkaycan@gmail.com

- Graft versus host hastalığı: organ veya kemik iliği transplantasyon öyküsü
- Poikilodermik mikozis fungoides: Predileksiyon bölgeleri kıyafetlerin kronik sürtünme bölgeleridir; göğüs ve kalça sıklıkla etkilenir
- Dermatomiyozit: eşlik eden diğer kutanöz bulgular (Heliotrop raş, Gottron papülleri.. gibi) yardımcıdır.
- Sistemik lupus eritematozus: malar rash, alopesi, fotosensitivite.. gibi diğer bulgular eşlik edebilir (4-6).

## TEDAVİ

LR klinik bir bulgudur . Altta yatan sebeplerin belirlenmesi,bir neden saptanıyorsa nedene yönelik uygun tedavinin planlanması gerekmektedir (6).

## SONUÇ

LR' yi klinik olarak tespit etmek klinisyenler için çoğu zaman kolay olsa da altta yatan nedeni bulmak zaman ve sabır gerektirir. Bu yüzden sistematik/algoritmik değerlendirme mutlak olarak gereklidir.

## KAYNAKLAR

1. Champion RH. Livedo Reticularis: A review. Br J Dermatol. 1965;77:167-79.
2. Gibbs MB, English JC, 3rd, Zirwas MJ. Livedo reticularis: an update. J Am Acad Dermatol. 2005;52(6):1009-19.
3. Sajjan VV, Lunge S, Swamy MB, Pandit AM. Livedo reticularis: A review of the literature. Indian Dermatol Online J. 2015;6(5):315-21.
4. Dean SM. Livedo reticularis and related disorders. Curr Treat Options Cardiovasc Med. 2011;13(2):179-91.
5. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL.(2008) Dermatoloji. 3. Baskı ed. 978-80 p.
6. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L.(2017) Dermatology. 4 ed: Elsevier. 1847-50 p.
7. Gerritsen MJ, Steijlen PM, Brunner HG, Rieu P. Cutis marmorata telangiectatica congenita: report of 18 cases. Br J Dermatol. 2000;142(2):366-9.
8. Naldi L, Locati F, Marchesi L, Cortelazzo S, Finazzi G, Galli M, et al. Cutaneous manifestations associated with antiphospholipid antibodies in patients with suspected primary antiphospholipid syndrome: a case-control study. Ann Rheum Dis. 1993;52(3):219-22.
9. Kester S, McCarty DL, McCarty GA. The antiphospholipid antibody syndrome in the emergency department setting--livedo reticularis and recurrent venous thrombosis. Ann Emerg Med. 1992;21(2):207-11.
10. Fink AM, Kottas-Heldenberg A, Mayer W, Partsch H, Bayer PM, Bednar R, et al. Lupus anticoagulant and venous leg ulceration. Br J Dermatol. 2002;146(2):308-10.
11. Karassa FB, Ioannidis JP, Touloumi G, Boki KA, Moutsopoulos HM. Risk factors for central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus. Qjm. 2000;93(3):169-74.
12. Devos J, Bulcke J, Degreef H, Michielsen B. Sneddon's syndrome: generalized livedo reticularis and cerebrovascular disease. Importance of hemostatic screening. Dermatology. 1992;185(4):296-9.
13. Tietjen GE, Al-Qasbi MM, Shukairy MS. Livedo reticularis and migraine: a marker for stroke risk? Headache. 2002;42(5):352-5.
14. Tietjen GE, Gottwald L, Al-Qasbi MM, Gunda P, Khuder SA. Migraine is associated with livedo reticularis: a prospective study. Headache. 2002;42(4):263-7.
15. Speight EL, Lawrence CM. Reticulate purpura, cryoglobulinaemia and livedo reticularis. Br J Dermatol. 1993;129(3):319-23.
16. Filo V, Brezová D, Hlavcák P, Filová A. Livedo reticularis as a presenting symptom of polycythaemia vera. Clin Exp Dermatol. 1999;24(5):428.
17. Bauzá A, España A, Idoate M. Cutaneous polyarteritis nodosa. Br J Dermatol. 2002;146(4):694-9.
18. Om A, Ellahham S, DiSciascio G. Cholesterol embolism: an underdiagnosed clinical entity. Am Heart J. 1992;124(5):1321-6.
19. Donohue KG, Saap L, Falanga V. Cholesterol crystal embolization: an atherosclerotic disease with frequent and varied cutaneous manifestations. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2003;17(5):504-11.
20. Howe SC, Murray JD, Reeves RT, Hemp JR, Carlisle JH. Calciphylaxis, a poorly understood clinical syndrome: three case reports and a review of the literature. Ann Vasc Surg. 2001;15(4):470-3.
21. Marconi V, Mofid MZ, McCall C, Eckman I, Nousari HC. Primary hyperoxaluria: report of a patient with livedo reticularis and digital infarcts. J Am Acad Dermatol. 2002;46(2 Suppl Case Reports):S16-8.
22. Freeman R, Dover JS. Autonomic neurodermatology (Part I): Erythromelalgia, reflex sympathetic dystrophy, and livedo reticularis. Semin Neurol. 1992;12(4):385-93.
23. Abrahamian LM, Berke A, Van Voorhees AS. Type 1 Diabetes mellitus associated with livedo reticularis: case report and review of the literature. Pediatr Dermatol. 1991;8(1):46-50.
24. Sevastos NS, Rafailidis PI, Katoulis AC, Kolokotronis KG, Stavrianeas NG. Livedo reticularis associated with pernicious anaemia. Clin Exp Dermatol. 2003;28(4):452-3.
25. Shulman LM, Minagar A, Sharma K, Weiner WJ. Amanadine-induced peripheral neuropathy. Neurology. 1999;53(8):1862-5.

# 10. BÖLÜM

## RAYNAUD FENOMENİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Fadime KILINÇ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Raynaud fenomeni (RF); genellikle soğuk maruziyeti sonrası, el ve ayak parmaklarında vazokonstriksiyon sonucu ortaya çıkan, epizodik renk değişikliği ile karakterize, rekürren bir durumdur (1,2). İlk kez 1862 de bir tıp öğrencisi olan Maurice Raynaud tarafından tanımlanmıştır (3). Soğuk iklimlerde daha sık görülen RF nüfusun %3-5 ini etkiler (4). Kadınlar soğuğa karşı daha hassastır ve erkeklerden 4 kat daha fazla etkilenirler ancak yaşla birlikte erkeklerde görülme oranı artar (3). Coğrafik bölgelere göre de prevalans değişiklik göstermektedir (5). En sık tetikleyici etken soğuktur. Sıcaklıktaki çok küçük değişiklikler bile atakları başlatabilir (4). Emosyonel stres, ilaçlar, sigara, kafein, mesleki olarak vibrasyon aletlerinin (testere, matkap gibi) veya yazı yazmak için parmakların uzun süreli kullanımı, aseton ve tolüen gibi çözücülere maruziyet diğer tetikleyici faktörlerdir (4,6). Vücut kitle indeksindeki artış, RF için negatif risk faktörüdür. Adipoz dokunun soğuğa bağlı vazokonstriksiyona karşı koruyucu etkisinin olduğu düşünülmektedir (3).

### SINIFLANDIRMA

Etyolojiye göre primer ve sekonder olarak 2 grupta sınıflandırılır. Altta yatan bir hastalık yoksa primer Raynaud fenomeni (eski adı Raynaud hastalığı), altta yatan bir neden varsa sekonder Raynaud fenomeni (eski adı Raynaud sendromu) olarak adlandırılır (1,5,7,8). Primer ve sekonder formu birbirinden ayırt etmek prognoz ve tedavi açısından önemlidir (1). Ayrıca sekonder Raynaud fenomeni altta yatan bir konnektif doku hastalığının erken bir bulgusu olabilir (2).

Primer form Raynaud fenomenli (PRF) hastaların büyük çoğunluğunu (%80-90) oluşturur (9). PRF'li hastalar soğuk ve strese karşı abartılı bir yanıt oluştururlar. Kadınlarda 15-40 yaşları arasında sık olup, aile öyküsü vardır. Ataklar simetrik, birkaç dakika sürer. Prognozu genellikle iyi olup, iskemik değişiklikler ve doku nekrozu pek görülmez (5,6). Migren, spastik kolon ve varyant angina ile asosiye olabilir (10,11). PRF için önerilen tanı kriterleri tabloda gösterilmiştir (**Tablo 1**) (1,3,4). Sekonder Raynaud Fenomeni (SRF) daha

<sup>1</sup> Doç. Dr., Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, fykilinc@yahoo.com



RF'nin tedavisinde algoritmik yaklaşım **Şekil 2**'de gösterilmiştir.

## SONUÇ

Raynaud fenomeni idiopatik olabileceği gibi pek çok hastalık ve ilaca bağlı olarak sekonder olarak da görülebilir. Etiyolojiyi saptamak ve uygun tedavi için algoritmik yaklaşım önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Bakst R, Merola JF, Franks AG Jr, Sanchez M. Raynaud's phenomenon: pathogenesis and management. *J Am Acad Dermatol.* 2008 Oct;59(4):633-53.
2. Herrick AL, Murray A. The role of capillaroscopy and thermography in the assessment and management of Raynaud's phenomenon. *Autoimmun Rev.* 2018 May;17(5):465-472.
3. Stringer T, Femia AN. Raynaud's phenomenon: Current concepts. *Clin Dermatol.* 2018 Jul-Aug;36(4):498-507.
4. Maverakis E, Patel F, Kronenberg DG, Chung L, Fiorentino D, Allanore Y, Guiducci S, Hesselstrand R, Hummers LK, Duong C, Kahaleh B, Macgregor A, Matucci-Cerinic M, Wollheim FA, Mayes MD, Gershwin ME. International consensus criteria for the diagnosis of Raynaud's phenomenon. *J Autoimmun.* 2014 Feb-Mar;48-49:60-5.
5. Cansu DÜ, Korkmaz C. Raynaud Fenomenli Hastalara Yaklaşım. *T Klin J Immunol Rheumatol-Special Topics*2009;2(3):15-21.
6. Matucci-Cerinic C, Nagaraja V, Prignano F, Kahaleh B, Bellando-Randone S. The role of the dermatologist in Raynaud's phenomenon: a clinical challenge. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018 Jul;32(7):1120-1127.
7. Lis-Świąty A. Recent advances in the workup and management of Raynaud phenomenon. *Pol Arch Intern Med.* 2019 Nov 29;129(11):798-808.
8. Canbaz S, Ege T, Halıcı Ü, Duran E. Raynaud Fenomeni. *T Klin Kalp Damar Cerrahisi* 2004, 5:49-58.
9. Devgire V, Hughes M. Raynaud's phenomenon. *Br J Hosp Med (Lond).* 2019 Nov 2;80(11):658-664.
10. Belch J, Carlizza A, Carpentier PH, Constans J, Khan F, Wautrecht JC, Visona A, Heiss C, Brodeman M, Pécsvárad Z, Roztocil K, Colgan MP, Vasic D, Gottsäter A, Amann-Vesti B, Chraim A, Poredoš P, Olinic DM, Madaric J, Nikol S, Herrick AL, Sprynger M, Klein-Weigel P, Hafner F, Staub D, Zeman Z. ESM guidelines - the diagnosis and management of Raynaud's phenomenon. *Vasa.* 2017 Oct;46(6):413-423.
11. Yetkin U, Gürbüz A. Raynaud Fenomenine Güncel Yaklaşım. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 2002;10:56-62.
12. Ergül Y, Nişli K, Dindar A, Aydoğan Ü, Ömeroğlu RE, Ertuğrul T. Primer Raynaud Sendromunda Akut Vasküler Komplikasyonlar ve Tedavisi. *Çocuk Dergisi* 2009;9(3):131-134.
13. Pauling JD, Hughes M, Pope JE. Raynaud's phenomenon-an update on diagnosis, classification and management. *Clin Rheumatol.* 2019 Dec;38(12):3317-3330.
14. Temprano KK. A Review of Raynaud's Disease. *Mo Med.* 2016 Mar-Apr;113(2):123-6.
15. Khouri C, Blaise S, Carpentier P, Villier C, Cracowski JL, Roustit M. Drug-induced Raynaud's phenomenon: beyond  $\beta$ -adrenoceptor blockers. *Br J Clin Pharmacol.* 2016 Jul;82(1):6-16.
16. Wigley FM, Flavahan NA. Raynaud's Phenomenon. *N Engl J Med.* 2016 Aug 11;375(6):556-65.
17. Herrick AL, Wigley FM. Raynaud's phenomenon. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2020 Feb;34(1):101474.

# 11 • BÖLÜM

## HİRSUTİZMİ VE HİPERTRİKOZU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Işıl Deniz OĞUZ<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Kıl folikülü ve kıl sadece memelilerde bulunur. İnsanlarda ana görevi deriyi dış etkenlere karşı koruma (kaş, kirpik, saçlar), ısı regülasyonu ve dokunma duyusunu kolaylaştırmaktır. Bunun yanında psikolojik, kozmetik, seksüel ve sosyal iletişim açısından da önemli rolleri mevcuttur (1). Kıl ve saçların azlığı ve yokluğu bir takım fiziksel ve psikolojik problemlere yol açabildiği gibi anormal bölgelerde anormal kıl büyümesi de kozmetik açıdan sorun oluşturmaktadır.

İnsan derisinde avuç içi, ayak tabanı, dudaklar, glans ve korpus penis ve tırnak yatakları dışında tüm deri yüzeyinde kıl bulunur (1, 2). İnsan derisinde üç tip kıl bulunur:

Lanugo kıllar; sadece fetal ve neonatal dönemde gözlenir. İnce, yumuşak, pigmentasyonu az olan, medullası olmayan, birkaç santimetreye kadar uzayabilen kıllardır (2, 3). Gebelik sonunda ya da doğumdan birkaç ay sonra dökülürler (4).

Dökülmenin ardından saçlı deri ve kaşlarda terminal kıllar diğer bölgelerde ise vellüs kıllar yerini alır (3).

Vellüs kıllar; saçlı deri, kaş, kirpikler ve puberte sonrası sakal (erkeklerde), aksilla ve pubik bölge dışında kalan tüm vücudu örten kıllardır. Kısa ince ve renksiz kıllardır (2).

Terminal kıllar; saçlı deri, kaşlar, kirpikler, puberte sonrası aksilla, pubik ve erkeklerde sakal, göğüs bölgesini örten kıllardır. Kalın, uzun ve pigmentasyonu fazla kıllardır (2). Kaş ve kirpikler androjen bağımsız terminal kıllar içerirken saçlı deri, göğüs, aksilla, pubik bölgedeki terminal kıllar androjen bağımlıdır (1).

Hipertrikoz vücudun herhangi bir yerinde gözlenebilen normalden fazla kıl büyümesidir. Her iki cinsiyette de gözlenebilir (5). Normalde erkeklerde yüz, göğüs, karın sırt gibi androjen bağımlı bölgelerde terminal kıllar bulunurken kadınlarda ve çocuklarda bu bölgelerde terminal kıllar görülmez. Kadınlarda veya çocuklarda androjene du-

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., isildenizoguz@yahoo.com.tr

## SONUÇ

Hipertrikoz ve hirsutizm hastalar tarafınca öncelikle kozmetik bir sorun olarak algılandığında da altta yatabilecek genetik, metabolik ve sistemik olmak üzere birçok patolojinin belirtisi olabilmektedir. Bu nedenle kullanma şikayeti ile başvuran hasta öncelikle altta yatabilecek patolojiler araştırılıp nedene yönelik tedaviler yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Buffoli B, Rinaldi F, Labanca M, et al. The human hair: from anatomy to physiology. *Int J Dermatol.* 2014;53:331-341.
2. Paller AS, Mancini AJ.(2011). Disorders of Hair and Nails. Paller AS, Mancini AJ (Ed.) In: Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology (Fourth Edition). (s 130-166). London: W.B. Saunders.
3. Camacho F.(2017). Hypertrichosis and Hirsutism. Schaffer JV, Cerroni L (Ed.) In: Bologna JL, Dermatology. (Fourth edition). (s 1188-1202). Philadelphia: Elsevier.
4. Wendelin DS, Pope DN, Mallory SB. Hypertrichosis. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2003;48:161-182.
5. Saleh D, Yarrarapu SNS, Cook C. (2020) Hypertrichosis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
6. Mofid A, Seyyed Alinaghi SA, Zandieh S, et al. Hirsutism. *Int J Clin Pract.* 2008;62:433-443.
7. Pavone P, Praticò AD, Falsaperla R, et al. Congenital generalized hypertrichosis: the skin as a clue to complex malformation syndromes. *Ital J Pediatr.* 2015;41:55.
8. Macías-Flores MA, García-Cruz D, Rivera H, et al. A new form of hypertrichosis inherited as an X-linked dominant trait. *Hum Genet.* 1984;66:66-70.
9. Figuera LE, Pandolfo M, Dunne PW, et al. Mapping of the congenital generalized hypertrichosis locus to chromosome Xq24-q27.1. *Nat Genet.* 1995;10:202-207.
10. Beighton P. Congenital Hypertrichosis Lanuginosa. *Archives of Dermatology.* 1970;101:669-672.
11. Mendiratta V, Harjai B, Gupta T. Hypertrichosis lanuginosa congenita. *Pediatr Dermatol.* 2008;25:483-484.
12. De Raeve L, Keymolen K. Congenital hypertrichosis lanuginosa in a father and son. *Archives of dermatology.* 2011;147:746-747.
13. Baumeister FA. Differentiation of Ambras syndrome from Hypertrichosis Universalis. *Clin Genet.* 2000;57:157-158.
14. Baumeister F, Egger J, Schildhauer M, et al. Ambras syndrome: delineation of a unique hypertrichosis universalis congenita and association with a balanced pericentric inversion (8)(p11. 2; q22). *Clinical genetics.* 1993;44:121-128.
15. Cervantes A, García-Delgado C, Fernández-Ramírez F, et al. Congenital hypertrichosis universalis in Mexican female twins. *Int J Dermatol.* 2016;55:29-31.
16. Hayashi R, Yoshida K, Abe R, et al. First Japanese case of congenital generalized hypertrichosis with a copy number variation on chromosome 17q24. *Journal of Dermatological Science.* 2017;85:63-65.
17. Tadin-Strapps M, Salas-Alanis JC, Moreno L, et al. Congenital universal hypertrichosis with deafness and dental anomalies inherited as an X-linked trait. *Clin Genet.* 2003;63:418-422.
18. Bubna AK, Veeraraghavan M, Anandan S, et al. Congenital Generalized Hypertrichosis, Gingival Hyperplasia, a Coarse Facies with Constriction Bands: A Rare Association. *International journal of trichology.* 2015;7:67-71.
19. Douzgou S, Mingarelli R, Dallapiccola B. Gingival overgrowth, congenital generalized hypertrichosis, mental retardation and epilepsy: case report and overview. *Clinical dysmorphology.* 2009;18:205-208.
20. Jalili IK. Cone-rod congenital amaurosis associated with congenital hypertrichosis: an autosomal recessive condition. *J Med Genet.* 1989;26:504-510.
21. Temtamy SA, Sinbawy AH. Cataract, hypertrichosis, and mental retardation (CAHMR): a new autosomal recessive syndrome. *Am J Med Genet.* 1991;41:432-433.
22. Pivnick EK, Wilroy RS, Martens PR, et al. Hypertrichosis, pigmentary retinopathy, and facial anomalies: a new syndrome? *Am J Med Genet.* 1996;62:386-390.
23. Dilek N, Bahadır S. Çocukluk Çağında Hipertrikoz. *Turkish Journal of Dermatology/Turk Dermatoloji Dergisi.* 2018;12:1-8.
24. Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics.* 2016;138:e20154256.
25. Ozkinay F, Yenigün A, Kantar M, et al. Two siblings with fetal hydantoin syndrome. *Turk J Pediatr.* 1998;40:273-278.
26. Visser R, Beemer FA, Veenhoven RH, et al. Hypertrichosis cubiti: two new cases and a review of the literature. *Genet Couns.* 2002;13:397-403.
27. Koç A, Karaer K, Ergün MA, et al. A new case of hairy elbows syndrome (hypertrichosis cubiti). *Genet Couns.* 2007;18:325-330.
28. Herrero-Morín JD, Fernández González N, Gutiérrez Díez C, et al. [Hypertrichosis cubiti in a girl with precocious puberty: Case report]. *Arch Argent Pediatr.* 2018;116:765-768.
29. Polizzi A, Pavone P, Ciancio E, et al. Hypertrichosis cubiti (hairy elbow syndrome): a clue to a malformation syndrome. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2005;18:1019-1025.
30. Megna M, Balato N, Patruno C, et al. Anterior cervical hypertrichosis: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2015;32:252-255.
31. Lee AC, Kamalam A, Adams SM, et al. Molecular evidence for absence of Y-linkage of the Hairy Ears trait. *Eur J Hum Genet.* 2004;12:1077-1079.
32. Valerio E, Riello L, Chirico M, et al. Neonatal Hairy Ear Pinnae and Gestational Diabetes: Just a Coincidence? *Pediatr Dermatol.* 2015;32:300-302.
33. Rafaat M. Hypertrichosis pinnae in babies of diabetic mothers. *Pediatrics.* 1981;68:745-746.

34. Iftikhar W, De Jesus O.(2021) Spinal Dysraphism And Myelomeningocele. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
35. Arora S, Arora G, Totlani S, et al. Faun tail nevus: A series of 15 cases and their management with Intense Pulse Light. *Med J Armed Forces India*. 2019;75:389-394.
36. Yamini M, Sridevi KS, Babu NP, et al. Faun tail nevus. *Indian Dermatol Online J*. 2011;2:23-24.
37. Izci Y, Gonul M, Gonul E. The diagnostic value of skin lesions in split cord malformations. *J Clin Neurosci*. 2007;14:860-863.
38. Jackson CE, Callies QC, Krull EA, et al. Hairy cutaneous malformations of palms and soles. A hereditary condition. *Arch Dermatol*. 1975;111:1146-1149.
39. Vaiman M, Shilco P, Roitblat Y, et al. Screening Procedure for Hemihypertrophy: Preliminary Results of International Multicenter Prospective Study. *Cent Asian J Glob Health*. 2019;8:336.
40. Seol JE, Park SH, Kim JU, et al. A Case of Idiopathic Hemihypertrophy with Hemihypertrichosis. *Int J Trichology*. 2018;10:292-293.
41. Hurwitz S, Klaus SN. Congenital hemihypertrophy with hypertrichosis. *Arch Dermatol*. 1971;103:98-100.
42. Akarsu S, Coskun BK, Aydin AM, et al. Congenital hemihypertrophy with hemihypertrichosis. *J Dermatol*. 2005;32:478-481.
43. Daulatabad D, Grover C, Tanveer N. Nevoid Hypertrichosis in a Pre-Adolescent Girl. *Indian Dermatol Online J*. 2017;8:143-145.
44. Chang SN, Hong CE, Kim DK, et al. A case of multiple nevoid hypertrichosis. *J Dermatol*. 1997;24:337-341.
45. Gupta L, Gautam RK, Bharadwaj M. Nevoid hypertrichosis: case report with review of the literature. *Int J Trichology*. 2011;3:115-117.
46. Viana AC, Gontijo B, Bittencourt FV. Giant congenital melanocytic nevus. *An Bras Dermatol*. 2013;88:863-878.
47. Hernandez MI, Castro A, Bacallao K, et al. Hormonal profile and androgen receptor study in prepubertal girls with hypertrichosis. *Int J Pediatr Endocrinol*. 2014;2014:6.
48. Tosi A, Misciali C, Piraccini BM, et al. Drug-induced hair loss and hair growth. Incidence, management and avoidance. *Drug Saf*. 1994;10:310-317.
49. Mendez-Gallart R, García-Palacios M, Cortizo-Vazquez J, et al. Generalized hypertrichosis in an infant after treatment with propranolol for infantile hemangioma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2020;86:311-313. Doi.10.4103/ijdv.IJJDVL\_245\_18.
50. Elosua-González M, Campos-Domínguez M, Bancalari D, et al. Omeprazole-induced hypertrichosis in two children. *Pediatr Dermatol*. 2018;35:212-214.
51. Kovitwanichkanont T, Darling M. Acquired Hypertrichosis Lanuginosa. *N Engl J Med*. 2020;383:144.
52. Fariña MC, Tarín N, Grilli R, et al. Acquired hypertrichosis lanuginosa: case report and review of the literature. *J Surg Oncol*. 1998;68:199-203.
53. Saad N, Hot A, Ninet J, et al. [Acquired hypertrichosis lanuginosa and gastric adenocarcinoma]. *Ann Dermatol Venereol*. 2007;134:55-58.
54. Kaiser IH, Perry G, Yoonessi M. Acquired hypertrichosis lanuginosa associated with endometrial malignancy. *Obstet Gynecol*. 1976;47:479-482.
55. Pope DN, Strimling RB, Mallory SB. Hypertrichosis in juvenile dermatomyositis. *J Am Acad Dermatol*. 1994;31:383-387.
56. Faure Fontenla MA. Severe hypertrichosis as an uncommon feature of juvenile dermatomyositis. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33:691.
57. Lause M, Kamboj A, Fernandez Faith E. Dermatologic manifestations of endocrine disorders. *Transl Pediatr*. 2017;6:300-312.
58. Cohen PR. Becker's nevus. *Am Fam Physician*. 1988;37:221-226.
59. Dasegowda SB, Basavaraj G, Nischal K, et al. Becker's Nevus Syndrome. *Indian J Dermatol*. 2014;59:421.
60. Miyachi Y, Horio T, Yamada A, et al. Linear melorheostotic scleroderma with hypertrichosis. *Arch Dermatol*. 1979;115:1233-1234.
61. Juhn BJ, Cho YH, Lee MH. Linear scleroderma associated with hypertrichosis in the absence of melorheostosis. *Acta Derm Venereol*. 2000;80:62-63.
62. Greene R. Lymphadenoid goitre with hypothyroidism, exophthalmos, pretibial myxoedema and acropachy. *Proc R Soc Med*. 1961;54:342-343.
63. Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, et al. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:1-15; quiz 16-18.
64. Shafi F, Madge SN. Skin graft hypertrichosis associated with prostaglandin analog in the treatment of glaucoma. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2014;30:3-5.
65. Purvis CG, Bandino JP, Elston DM. Acquired hypertrichosis of the periorbital area and malar cheek. *Cutis*. 2019;103:20-21.
66. Maurelli M, Bellinato F, Gisondi P, et al. Persistent localized hypertrichosis in a Caucasian child at sites of DTPa and chickenpox vaccination. *Vaccine*. 2020;38:3808-3809.
67. Akoglu G, Emre S, Metin A, et al. High frequency of hypertrichosis after cast application. *Dermatology*. 2012;225:70-74.
68. Uslu A, Sürücü A, Korkmaz MA, et al. Acquired localized hypertrichosis following pressure garment and/or silicone therapy in burn patients. *Annals of plastic surgery*. 2019;82:158-161.
69. Camacho F. Acquired circumscribed hypertrichosis in the 'costaleros' who bear the 'pasos' during Holy Week in Seville, Spain. *Archives of dermatology*. 1995;131:361-363.
70. Baykal C, Babuna Kobaner G. Hypertrichosis of the pinnae in a patient using panitumumab. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:277-278.
71. Yildiz BO, Bolour S, Woods K, et al. Visually scoring hirsutism. *Hum Reprod Update*. 2010;16:51-64.
72. Bienenfeld A, Azarchi S, Lo Sicco K, et al. Androgens in women: Androgen-mediated skin disease and patient evaluation. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80:1497-1506.
73. Mihailidis J, Dermesropian R, Taxel P, et al. Endocrine evaluation of hirsutism. *International journal of women's dermatology*. 2015;1:90-94.

74. Wagner-Bartak NA, Baiomy A, Habra MA, et al. Cushing Syndrome: Diagnostic Workup and Imaging Features, With Clinical and Pathologic Correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2017;209:19-32.
75. Orfanos CE, Adler YD, Zouboulis CC. The SAHA syndrome. *Horm Res.* 2000;54:251-258.
76. Dalamaga M, Papadavid E, Basios G, et al. Ovarian SAHA syndrome is associated with a more insulin-resistant profile and represents an independent risk factor for glucose abnormalities in women with polycystic ovary syndrome: a prospective controlled study. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69:922-930.
77. O'Brien B, Dahiya R, Kimble R. Hyperandrogenism, insulin resistance and acanthosis nigricans (HAIR-AN syndrome): an extreme subphenotype of polycystic ovary syndrome. *BMJ Case Rep.* 2020;13: e231749.
78. Meier RK. Polycystic Ovary Syndrome. *Nurs Clin North Am.* 2018;53:407-420.
79. Ferriman D, Gallwey JD. Clinical assessment of body hair growth in women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 1961;21:1440-1447.

# 12 ● BÖLÜM

## FLUSHINGİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Burak AKŞAN<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Flushing sıklıkla yüzde meydana gelen aynı zamanda boyun, kulaklar, göğüs, epigastriyum ve kollar gibi diğer alanları da içerebilen geçici eritemin eşlik ettiği bir sıcaklık hissidir (1). Bu alanlarda flushingin daha çok görülmesinin sebebi yüzeysel kutanöz damar sisteminin doğası ve bu bölgelerdeki vasküler genişleme ile artan vasküler yüklenimdir. Stratum korneumdaki varyasyonlar, ince papiller dermis, daha düz epidermal rete sırtları, kan damarlarının çaplarındaki genişleme ve cilt yüzeyine daha yakın subpapiller pleksus bu bölgelerde artmış görünürlüğe katkıda bulunur (2). Flushing çok nadiren sistemik hastalıklarla ilişkili olduğu durumlarda tüm vücutta görülebilir (3). Sistemik lupus eritematosus ilişkili kelebek döküntüsü ya da fotosensitivite reaksiyonları ile yüz kızarıklığına yol açan diğer bozukluklardan “gerçek flushing”i ayırt etmek önemlidir (4). Bazı yazarlar tarafından yüzdeki geçici ani kızarıklık

emosyonel faktörlere bağlı olarak ortaya çıktığında “blushing” olarak adlandırılırken çoğu kez iki antite klinik olarak zor ayrılır ve genellikle aynı anlamda kullanılır. Klimakterik dönemde ise “sıcak basması” terimi kullanılabilir (5-9). Bu bölümde flushingli hastaya yaklaşım ele alınacaktır.

### PATOGENEZ

Damar düz kasındaki gevşeme ile birlikte kutanöz kan akımında bir artış görülür. Bu genellikle aktif vazodilatasyon yapan otonom sinir sistemi aracılığıyla ya da histamin veya serotonin gibi endojen vazoaktif ajanlar bazen de ekzojen ajanlar üzerinden ortaya çıkabilir (10-11). Etiyolojiye bağlı olarak kızarma geçici veya sabit olabilir (1). Uzun yıllar kızarıklık yaşayan hastalarda sabit derecede yüz kızarıklığı ve telenjektazi görülebilir (12).

Otonom sinir sisteminde yönlendirilen vazodilatasyona sıklıkla hem ter bezleri hem de kan damarları üzerindeki direkt etkiye bağlı olarak ekrin

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., aksanburak@gmail.com

**Tablo 5.** Flushingli hastaya yaklaşım

Detaylı öykü, özgeçmiş, soygeçmiş, alışkanlıklar, fizik muayene ve flushing özellikleri açısından herhangi bir özellik var mı? (Ateş,sıcağa maruziyet, topikal ajan kullanımı veya kontakt temas, menapoz, ilaç, alkol, diyet, rozase, emosyonel neden, ek nörolojik belirtiler)
Var ise altta yatan durumun giderilmesi veya semptomatik tedavi Yok ise birkaç hafta sonra tekrar sorgula ve lab. olarak değerlendir ya da ileri değerlendirmeye geç (karsinoid sendrom, sistemik mastositoz, feokromasitoma?)
Hasta karsinoid sendrom olabilir mi?İlgili semptom var mı? (Diare,brokospazm,kalp kapak hastalığı)
Var ise 24 saatlik idrarda 5 hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) bak Yok ise araştırmaya devam et
Hasta mastositoz olabilir mi? İlgili semptom var mı? (Vazodilatasyon,hipotansiyon,taşikardi,karın ağrısı,mide bulantısı,kusma,diare)
Var ise serum triptaz düzeyine bak Yoksa araştırmaya devam et
Hasta feokromasitoma olabilir mi? İlgili semptom var mı? (Baş ağrısı,taşikardi,terleme,hipertansiyon)
Var ise 24 saatlik idrarda katekolaminler veya katekolamin metabolitleri olan metanefrin, normetanefrin, vanilmandelik asit ölçümü Yok ise birkaç hafta sonra tekrar sorgula ve lab. olarak değerlendir ya da ileri değerlendirmeye devam et
Takip sonucu geçen süre sonunda flushing şikayeti var mı veya azaldı mı?
Var ise önce en sık beraber görülebilecek hastalıkları tekrar değerlendir (karsinoid sendrom, sistemik mastositoz.feokromasitoma) Yok ise (flushig bulguları ortadan kalkmışsa) araştırmayı bırak
Tüm değerlendirme sonrası hala tanıya ulaşılamamışsa ve bireyin flushing şikayeti devam ediyorsa
Endokrinoloji görüşü al Altta yatabilecek allerjik durum açısından değerlendir Ya da nadir görülen durumları araştır RCC-renal USG Panreatik Vipoma-serum VIP Medullar tiroid CA-kalsitonin

USG: ultrasonografi, RCC: renal hücreli karsinom, VIP: vazoaktif intestinal peptid, CA: karsinom

## SONUÇ

Flushing ile başvuran ve şikayetleri belli bir süredir devam eden hastaların büyük oranda kozmetik ve emosyonel kaygıları olsa da esas olan etyolojide yer alabilecek birçok faktörü göz önünde bulundurmak ve özellikle malign durumları ekarte etmektir. Böylelikle flushing ile başvuran hastalarda öncelikle varsa altta yatabilecek patolojiler ve fizyolojik durumlar araştırılarak; eğer varsa nedene yönelik tedaviler yapılabilecektir.

## KAYNAKLAR

1. Wilkin JK. The red face: flushing disorders. Clin Dermatol. 1993;11:211-223.
2. Wilkin JK. Why is flushing limited to a mostly facial cutaneous distribution? J Am Acad Dermatol. 1988;19(2 pt1):309-313.
3. Powell FC. Rosecea Diagnosis and Management. New York. Informa;2009:15-31
4. Robson KJ, Piette WW. Cutaneous manifestations of systemic diseases. Med Clin North Am. 1998;82:1359.
5. Sepp N. Flushing. Dermatology'de Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, London, Mosby; 2003:1657-1659.
6. Mohyi D, Tabassi K, Simon J. Differential diagnosis of hot flashes. Maturitas. 1997;27:203-214.
7. Wilkin JK. Flushing reactions: consequences and mechanisms. Ann Intern Med. 1981;95: 468-476.
8. Burgess TH. The Physiology or Mechanism of Blushing. London: John Churchill;1839.
9. Campbell H. Flushing and Morbid Blushing: Their Pathology and Treatment. London: H. K. Lewis;1890.
10. Fremann R, Waldorf HA, Dover JS. Autonomic neurodermatology(Part II):Disorders of sweating and flushing. Semin Neurol. 1992;11:394-407.
11. Mooney E. The flushing patient. Int J Dermatol. 1985;24:549-554.
12. Ray D, Williams G. Pathophysiological causes and clinical significance of flushing. Br J Hosp Med. 1993;50:594.
13. Fazio SB. Approach to flushing in adults Uptodate 2021.
14. Wilkin JK. Oral thermal-induced flushing in erythematotelangiectatic rosacea. J Invest Dermatol. 1981;76:15.
15. Aldrich LB, Moattari AR, Vinik AI. Distinguishing features of idiopathic flushing and carcinoid syndrome. Arch Intern Med. 1988;148:2614.
16. Sadeghian A ,Rouhana H, Oswald-stumpf B, Boh E. Etiologies and management of cutaneous flushing: nonmalignant causes. J Am Acad Dermatol. 2017;77:391.
17. Quella S, Loprinzi CL, Dose AM. A qualitative approach to defining "hot flashes" in men. Urol Nurs. 1994;14:155-158.
18. Metcalfe DD. Differential diagnosis of the patient with unexplained flushing/anaphylaxis. Allergy Asthma Proc. 2000;21:21-24.
19. Edelmann R. Coping with blushing, Sheldon Press, London 1990.

20. Elewski BE, Draelos Z, Dreno B, Jansen T, Layton A, Picardo M. Rosacea -global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2010;25:188-200.
21. Two AM, Wu W, Gallo RL, Hata TR. Rosacea: part I. Introduction, categorization, histology, pathogenesis, and risk factors. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72:749-758.
22. Weinkle AP, Doktor V, Emer J. Update on the management of rosacea. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2015;8:159-177.
23. Culp B, Scheinfeld N. Rosacea: A Review. *P T* 2009;34:38-45.
24. Scharschmidt TC, Yost JM, Truong SV, Steinhoff M, Wang KC, Berger TG. Neurogenic rosacea: a distinct clinical subtype requiring a modified approach to treatment. *Arch Dermatol.* 2011;147:123-6.
25. Drummond, PD, Su D. Blushing in rosacea sufferers. *Journal of Psychosomatic Research.* 2012; 72(2). pp. 153-158.
26. Izkson L, English JC 3rd, Zirwas MJ. The flushing patient: differential diagnosis, workup, and treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:193.
27. Vally H, Misso NL, Madan V. Clinical effects of sulphite additives. *Clin Exp Allergy.* 2009;39:1643-1651.
28. Settupane GA. The restaurant syndromes. *N Engl Reg Allergy Proc.* 1987;8:39-46.
29. Wilkin JK. Does monosodium glutamate cause flushing (ormerely "glutamania")? *J Am Acad Dermatol.* 1986;15(2 pt 1):225-230.
30. Eriksson CJ, Fukunaga T, Sarkola T, et al. Functional relevance of human adh polymorphism. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25:157S.
31. Oroszi G, Goldman D. Alcoholism: genes and mechanisms. *Pharmacogenomics.* 2004; 5:1037.
32. Eriksson CJ. The role of acetaldehyde in the actions of alcohol (update 2000). *Alcohol Clin Exp Res.* 2001;25(5 suppl ISBRA):15S-32S.
33. Sticherling M, Brasch J. Alcohol: intolerance syndromes,urticarial and anaphylactoid reactions. *Clin Dermatol.* 1999;17:417-422.
34. Miller NS, Goodwin DW, Jones FC, et al. Antihistamine blockade of alcohol-induced flushing in Orientals. *J Stud Alcohol.* 1988;49:16-20.
35. Mizoi Y, Ijiri I, Tatsuno Y, et al. Relationship between facial flushing and blood acetaldehyde levels after alcohol intake. *Pharmacol Biochem Behav.* 1979;10:303-311.
36. Jung JG, Kim JS, Oh MK. The role of the flushing response in the relationship between alcohol consumption and insulin resistance. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010;34:1699-1704.
37. Itoh T, Matsumoto M, Nakamura M, et al. Effects of daily alcohol intake on the blood pressure differ depending on an individual's sensitivity to alcohol: Oriental flushing as a sign to stop drinking for health reasons. *J Hypertens.* 1997;15:1211-1217.
38. Kim MY, Kim SS, Kim JS, Jung JG, Kwon BR, Ryou YI. Relationship between alcohol consumption and metabolic syndrome according to facial flushing in Korean males. *Korean J Fam Med.* 2012;33:211-218.
39. Jung JG, Kim JS, Yoon SJ, Oh MK. Relationships among alcohol consumption, facial flushing response, and metabolic syndrome in healthy men. *Ann Epidemiol.* 2012;22:480-486.
40. Yokoyama T, Yokoyama A, Kato H, et al. Alcohol flushing, alcohol and aldehyde dehydrogenase genotypes, and risk for esophageal squamous cell carcinoma in Japanese men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2003;12(11 pt 1):1227-1233.
41. Fellner MJ, Ledesma GN. The red face: drugs, chemicals and other causes. *Clin Dermatol.* 1993;11:315.
42. Ogunleye T, James WD. Ethanol-induced flushing with topical pimecrolimus use. *Dermatitis* 2008;19:E1.
43. Kim R. Flushing syndrome due to mahimahi (scombroid fish) poisoning. *Arch Dermatol.* 1979;115:963-965.
44. Attaran RR, Probst F. Histamine fish poisoning: a common but frequently misdiagnosed condition. *Emerg Med J.* 2002;19:474-475.
45. Feng C, Teuber S, Gershwin ME. Histamine (scombroid) fishpoisoning: a comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2016;50:64-69.
46. Sanders RP, Geiger TL, Heddle N, Pui CH, Howard SC. A revised classification scheme for acute transfusion reactions. *Transfusion.* 2007;47:621-628.
47. Sivagnanam S, Deleu D. Red man syndrome. *Crit Care.* 2003;7:119-120.
48. Doessegger L, Banholzer ML. Clinical development methodology for infusion-related reactions with monoclonal antibodies. *Clin Transl Immunol.* 2015;4:e39.
49. VanderEnde DS, Morrow JD. Release of markedly increased quantities of prostaglandin D2 from the skin in vivo in humans after the application of cinnamic aldehyde. *J AmAcad Dermatol.* 2001;45:62-67.
50. Raut CP, Kulke MH, Glickman JN, Swanson RS, Ashley SW. Carcinoid tumors. *Curr Probl Surg.* 2006;43:383-450.
51. Strosberg J. Neuroendocrine tumours of the small intestine. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2012;26:755-773.
52. Goldfinger SE, Strosberg JR, Clinical features of carcinoid syndrome. *Uptodate* 2011
53. Melmon KL, Sjoerdsma A, Mason DT. Distinctive clinical and therapeutic aspects of the syndrome associated with bronchial carcinoid tumors. *Am J Med* 1965;39:568.
54. Raut CP, Kulke MH, Glickman JN, Swanson RS, Ashley SW. Carcinoid tumors. *Curr Probl Surg.* 2006;43:383-450.
55. Horny HP, Metcalfe DD, Bennett JM, et al. Mastocytosis. In: Swerdlow S, Campo E, Harris N, et al., eds. *WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues.* 4th ed. Vol. 2. Lyon, France: IARC; 2008:55-63.
56. Soter NA. Mastocytosis and the skin. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2000;14:537.
57. Carter MC, Metcalfe DD, Komarow HD. Mastocytosis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2014;34:181-196.
58. Pappachan JM, Raskauskiene D, Sriraman R, Edavalath M, Hanna FW. Diagnosis and management of pheochromocytoma: a practical guide to clinicians. *Curr Hypertens Rep.* 2014;16:442.
59. Mittendorf EA, Evans DB, Lee JE, Perrier ND. Pheochromocytoma: advances in genetics, diagnosis, localization, and treatment. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2007;21:509-525.



60. Chen H, Sippel RS, O'Dorisio MS, et al. The North American Neuroendocrine Tumor Society consensus guideline for the diagnosis and management of neuroendocrine tumors: pheochromocytoma, paraganglioma, and medullary thyroid cancer. *Pancreas*. 2010;39:775-783.
61. Roy M, Chen H, Sippel RS. Current understanding and management of medullary thyroid cancer. *Oncologist*. 2013;18:1093-1100.
62. Alusik S, Kalatova D, Paluch Z. Serotonin syndrome. *Neuro Endocrinol Lett*. 2014;35:265-273.
63. Boyer EW, Shannon M. The serotonin syndrome. *N Engl J Med*. 2005;352:1112-1120.
64. Aaronson DW. Flushing as a symptom of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol*. 1999; 103:715.
65. Sadeghian A, Rouhana H, Oswald-stumpf B, Boh E. Etiologies and management of cutaneous flushing: malignant causes. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77:391.
66. Tüzün Y, Serdaroglu S, Erdem C, Özpoyraz M, Önder M, Öztürkcan S. *Dermatolojide Tedavi*. 2010;245-248
67. Metcalfe DD. Differential diagnosis of the patient with unexplained flushing/anaphylaxis. *Allergy Asthma Proc*. 2000;21:21-24.
68. Baum NH, Torti DC. Managing hot flashes in men being treated for prostate cancer. *Geriatrics*. 2007;62:18-21.

# 13. BÖLÜM

## TELENJEKTAZİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Sevgi KULAKLI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Telenjektazi üst dermisteki kan damarlarının genişleyerek deri veya mukoza yüzeyinde çıplak gözle görünebilir hal almasıdır. Çapları 0,1-1 mm arasında değişebilen telenjektaziler kapiller, venül veya arteriyollerdeki dilatasyon sonucu oluşmaktadır (1). Telenjektazi tek lezyon şeklinde olabileceği gibi daha sıklıkla çok sayıda lezyonun biraraya gelmesi ile klinikte telenjektatik eritem adı verilen eritemli yamalar şeklinde karşımıza çıkar. Lezyonlar diaskopi ile genellikle solar. Histopato-

lojik olarak dermal papillada genişlemiş damarlar olarak görünür. Yapılan ultrastrüktürel ve histokimyasal çalışmalar sonucu bu damarların genellikle kapillerler ve postkapiller venüller olduğu saptanmıştır (2). Telenjektaziler patofizyolojik açıdan değerlendirildiğinde primer ve sekonder olarak 2'ye ayrılabilir. Primer telenjektaziler altta yatan herhangi bir sebep olmadan kendiliğinden oluşurken, sekonder telenjektazilerde ise altta yatan bir etken veya hastalık mevcuttur. Telenjektazi sebepleri **Tablo 1**'de sıralanmıştır.

**Tablo 1.** Telenjektazi sebepleri (1,58,72)

#### Primer

- Generalize esansiyel telenjektazi
- Unilateral nevoid telenjektazi
- Anjioma serpijinozum
- Örümcek telenjektazi
- Benign herediter telenjektazi
- "Costal fringe"
- Kutanoz kollajenöz vaskülopati

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., sevgi.c@gmail.com

## SONUÇ

Günlük pratikte sık karşılaştığımız telenjektaziler tamamen iyi huylu ve izole lezyonlar olabileceği gibi altta yatabilecek birçok sistemik hastalık ve sendromun bir parçası olarak karşımıza çıkabilir. Primer telenjektazilere tipik öykü, tipik yerleşim yeri, tipik klinik görünüm ve telenjektaziye eşlik eden atrofinin olmaması ile kolayca tanı konulabilmesi mümkündür. Telenjektaziler karaciğer yetmezliği, karsinoid sendrom, B hücreli lenfoma, herediter hemorajik telenjektazi gibi ciddi sistemik tutulumlara sebep olabilen birçok hastalığın bir bulgusu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Sekonder telenjektazilerin çoğuna atrofinin eşlik etmesi önemli bir ipucu olmakla birlikte tanı için hastaların ayrıntılı öyküsünün alınması, dermatolojik ve fizik muayenesi oldukça önemlidir. Tedavi genellikle kozmetik nedenlerle uygulanır. Elektrokoter ve vasküler lazer sistemleri başlıca tedavi seçenekleridir.

## KAYNAKLAR

- Baker C, Kelly R. (2008). Other vascular disorders. In J. L. Bologna, J. L. Lorzio & R. P. Rapini (Eds.) *Dermatology* (2nd ed., pp.1615-25). Spain: Elsevier.
- Hohenleutner U. (2009). Malformations of vessels, fat, and connective tissue. In W. H. C. Burgdorf, G. Plewing, H. H. Wolff & M. Landthaler (Eds.) *Braun-Falco's Dermatology* (3rd ed., pp.795-812). Italy: Springer.
- Mcgrae JD, Winkelmann RK. Generalized Essential Telangiectasia: Report of a clinical and histochemical study of 13 patients with acquired cutaneous lesions. *JAMA*. 1963;185:909-13. doi: 10.1001/jama.1963.03060120019015.
- Blume JE. Generalized essential telangiectasia: a case report and review of the literature. *Cutis*. 2005;75(4):223-4.
- Ali MM, Teimory M, Sarhan M. Generalized essential telangiectasia with conjunctival involvement. *Clin Exp Dermatol*. 2006;31(6):781-2. doi: 10.1111/j.1365-2230.2006.02217.x.
- Checketts SR, Burton PS, Bjorkman DJ, et al. Generalized essential telangiectasia in the presence of gastrointestinal bleeding. *J Am Acad Dermatol*. 1997;37(2 Pt 2):321-5.
- Gordon Spratt EA, DeFelice T, O'Reilly K, et al. Generalized essential telangiectasia. *Dermatol Online J*. 2012;18(12):13.
- Tetart F, Lorthioir A, Girszyn N, et al. Watermelon stomach revealing generalized essential telangiectasia. *Intern Med J*. 2009;39(11):781-3. doi: 10.1111/j.1445-5994.2009.02048.x.
- Kanitakis J, Faisant M, Wagschal D, et al. Cutaneous collagenous vasculopathy: ultrastructural and immunohistochemical study of a new case. *Am J Clin Dermatol*. 2010;11(1):63-6. doi: 10.2165/11311030-000000000-00000.
- Perez A, Wain ME, Robson A, et al. Cutaneous collagenous vasculopathy with generalized telangiectasia in two female patients. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63(5):882-5. doi: 10.1016/j.jaad.2009.06.045.
- Shelley WB. Essential progressive telangiectasia. Successful treatment with tetracycline. *JAMA*. 1971 May 24;216(8):1343-4. PMID: 5108457.
- Karen JK, Mengden SJ, Kamino H, et al. Generalized essential telangiectasia. *Dermatol Online J*. 2008;14(5):9..
- Shelley WB, Shelley ED. Essential progressive telangiectasia in an autoimmune setting: successful treatment with acyclovir. *J Am Acad Dermatol*. 1989;21(5 Pt 2):1094-6. doi: 10.1016/s0190-9622(89)70303-0.
- Shelley WB, Fierer JA. Focal intravascular coagulation in progressive ascending telangiectasia: ultrastructural studies of ketoconazole-induced involution of vessels. *J Am Acad Dermatol*. 1984;10(5 Pt 2):876-87. doi: 10.1016/s0190-9622(84)80439-9.
- Pérez B, Núñez M, Boixeda P, et al. Progressive ascending telangiectasia treated with the 585 nm flashlamp-pumped pulsed dye laser. *Lasers Surg Med*. 1997;21(5):413-6. doi: 10.1002/(sici)1096-9101(1997)21:5<413::aid-lsm1>3.0.co;2-t.
- Wenson SF, Jan F, Sepehr A. Unilateral nevoid telangiectasia syndrome: a case report and review of the literature. *Dermatol Online J*. 2011;17(5):2.
- Selmanowitz VJ. Unilateral nevoid telangiectasia. *Ann Intern Med*. 1970;73(1):87-90. doi: 10.7326/0003-4819-73-1-87.
- Taşkapan O, Harmanyeri Y, Sener O, et al. Acquired unilateral nevoid telangiectasia syndrome. *Acta Derm Venereol*. 1997;77(1):62-3. doi: 10.2340/0001555577062063.
- Afsar FS, Ortac R, Diniz G. Unilateral nevoid telangiectasia with no estrogen and progesterone receptors in a pediatric patient. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(2):163-4. doi: 10.4103/0378-6323.39712.
- Hynes LR, Shenefelt PD. Unilateral nevoid telangiectasia: occurrence in two patients with hepatitis C. *J Am Acad Dermatol*. 1997;36(5 Pt 2):819-22. doi: 10.1016/s0190-9622(97)70030-6.
- Uhlin SR, McCarty KS Jr. Unilateral nevoid telangiectatic syndrome. The role of estrogen and progesterone receptors. *Arch Dermatol*. 1983;119(3):226-8. doi: 10.1001/archderm.119.3.226.
- Kreft B, Marsch WC, Wohlrab J. Unilateral nevoid telangiectasia syndrome. *Dermatology*. 2004;209(3):215-7. doi: 10.1159/000079892.
- Tok J, Berberian BJ, Sulica VI. Unilateral nevoid telangiectasia syndrome. *Cutis*. 1994;53(1):53-4.
- Hynes LR, Shenefelt PD. Unilateral nevoid telangiectasia: occurrence in two patients with hepatitis C. *J Am Acad Dermatol*. 1997;36(5 Pt 2):819-22. doi: 10.1016/s0190-9622(97)70030-6.
- Karabudak O, Dogan B, Taskapan O, et al. Acquired unilateral nevoid telangiectasia syndrome. *J Dermatol*. 2006;33(11):825-6. doi: 10.1111/j.1346-8138.2006.00171.x.

26. Karakaş M, Durdu M, Sönmezoğlu S, et al. Unilateral nevoid telangiectasia. *J Dermatol.* 2004;31(2):109-12. doi: 10.1111/j.1346-8138.2004.tb00517.x.
27. Garzon MC, Enjolras O, Frieden IJ. Vascular tumors and vascular malformations: evidence for an association. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42(2 Pt 1):275-9. doi: 10.1016/S0190-9622(00)90138-5.
28. Kumakiri M, Katoh N, Miura Y. Angioma serpiginosum. *J Cutan Pathol.* 1980;7(6):410-21. doi: 10.1111/j.1600-0560.1980.tb01215.x.
29. Sharma VK, Khandpur S. Unilateral nevoid telangiectasia--response to pulsed dye laser. *Int J Dermatol.* 2006;45(8):960-4. doi: 10.1111/j.1365-4632.2006.02862.x.
30. Diociaiuti A, Cutrone M, Rotunno R, et al. Angioma serpiginosum: a case report and review of the literature. *Ital J Pediatr.* 2019;45(1):53. doi: 10.1186/s13052-019-0644-8.
31. Savant SS, Das A, Kumar P, et al. Late-onset Segmental Angioma Serpiginosum. *Indian J Dermatol.* 2016;61(2):226-7. doi: 10.4103/0019-5154.177752.
32. Kalisiak MS, Haber RM. Angioma serpiginosum with linear distribution: case report and review of the literature. *J Cutan Med Surg.* 2008; 12:180-83.
33. Chen JH, Wang KH, Hu CH, et al. Atypical angioma serpiginosum. *Yonsei Med J.* 2008;49:509-13.
34. Duman N, Ersoy-Evans S. Angioma serpiginosum: report of two cases suggesting type 1 mosaicism and proposal of adding it to the list of mosaic skin conditions. *Int J Dermatol.* 2015;54(3):e88-9. doi: 10.1111/ijd.12710.
35. Das D, Nayak CS, Tambe SA. Blaschko-linear angioma serpiginosum. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2016;82(3):335-7. doi: 10.4103/0378-6323.175916.
36. Sancheti K, Das A, Podder I, et al. Angioma Serpiginosum in a Patchy and Blaschkoid Distribution: A Rare Condition with an Unconventional Presentation. *Indian J Dermatol.* 2016;61(5):570-2. doi: 10.4103/0019-5154.190114.
37. Gautier-Smith PC, Sanders MD, Sanderson KV. Ocular and nervous system involvement in angioma serpiginosum. *Br J Ophthalmol* 1971;55:433-43.
38. Erbagci Z, Erbagci I, Erkilic S, et al. Angioma serpiginosum with retinal involvement in a male: a possible aetiological role of continuous cold exposure. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18(2):238-9. doi: 10.1111/j.1468-3083.2004.00899.x.
39. Tsuruta D, Sameda Y, Sowa J, et al. Angioma serpiginosum with extensive lesions associated with retinal vein occlusion. *Dermatology.* 2006;213(3):256-8. doi: 10.1159/000095825.
40. Kuonen F, Gaide O. Clues in Dermoscopy: dermoscopy of angioma serpiginosum. *Eur J Dermatol.* 2016;26(1):118. doi: 10.1684/ejd.2016.2754.
41. Requena L, Sanguenza OP. Cutaneous vascular proliferation. Part II. Hyperplasias and benign neoplasms. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37(6):887-919; quiz 920-2. doi: 10.1016/s0190-9622(97)70065-3.
42. Rho NK, Kim H, Kim HS. Successful treatment of angioma serpiginosum using a novel 532 nm potassium titanyl phosphate (KTP) laser. *J Dermatol.* 2014;41(11):996-8. doi: 10.1111/1346-8138.12624.
43. Madan V, August PJ, Ferguson JE. Pulsed-dye laser treatment of angioma serpiginosum. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34(5):e186-8. doi: 10.1111/j.1365-2230.2008.03017.x.
44. Poenitz N, Koenen W, Utikal J, et al. Angioma serpiginosum following the lines of Blaschko--an effective treatment with the IPL technology. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006;4(8):650-3. doi: 10.1111/j.1610-0387.2006.06013.x.
45. Samant H, Kothadia JP. Spider Angioma. 2020. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.
46. Johnston GA, Graham Brown RAC. (2008) The skin and disorders of the alimentary tract, the hepatobiliary system, kidney, and cardiopulmonary system. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ (eds.) *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (7th ed., 1445-60) McGraw Hill: New York.
47. Khasnis A, Gokula RM. Spider nevus. *J Postgrad Med.* 2002;48(4):307-9.
48. Silvério Ade O, Guimarães DC, Elias LF, et al. Are the spider angiomas skin markers of hepatopulmonary syndrome? *Arq Gastroenterol.* 2013;50(3):175-9. doi: 10.1590/S0004-28032013000200031.
49. Li CP, Lee FY, Hwang SJ, et al. Role of substance P in the pathogenesis of spider angiomas in patients with nonalcoholic liver cirrhosis. *Am J Gastroenterol.* 1999;94(2):502-7. doi: 10.1111/j.1572-0241.1999.883\_1.x.
50. Li CP, Lee FY, Hwang SJ, et al. Spider angiomas in patients with liver cirrhosis: role of alcoholism and impaired liver function. *Scand J Gastroenterol.* 1999;34(5):520-3. doi: 10.1080/003655299750026272.
51. Wells RS, Dowling GB. Hereditary benign telangiectasia. *Br J Dermatol.* 1971;84(1):93-4. doi: 10.1111/j.1365-2133.1971.tb14205.x.
52. Takci Z, Tekin Ö, Tezer A. Two cases of hereditary benign telangiectasia in Turkey: sporadic occurrence with punctate telangiectasias surrounded by anemic halos. *Turk J Pediatr.* 2015 Jan;57(1):94-7.
53. Arévalo NY, Martínez del Sel J, Donatti L, et al. Hereditary benign telangiectasia: punctate telangiectasia surrounded by anemic halo. *JAMA Dermatol.* 2013;149(5):633-4. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.2761.
54. Purcell E, Condon C. Intense pulsed light therapy in the management of hereditary benign telangiectasia. *Br J Plast Surg.* 2004;57(5):453-5. doi: 10.1016/j.bjps.2003.11.023.
55. Grenz H, Peschen M, Wiek K, et al. Hereditary benign telangiectasia: a rare form of primary telangiectasia with successful treatment with flash-lamp-pumped pulsed dye laser. *Vasa.* 1998;27(3):192-5.
56. Sartori CR, Baker EJ, Hobbs ER. Costal fringe. *Arch Dermatol.* 1991;127(8):1201-2.
57. Bondier L, Tardieu M, Leveque P, et al. Cutaneous collagenous vasculopathy: Report of two cases presenting as disseminated telangiectasias and review of the literature. *Am J Dermatopathol.* 2017;39(9):682-88. Doi:10.1097/DAD.0000000000000613.
58. Lim HW & Hawk JL. (2008). Photodermatoses. In J. L. Bologna, J. L. Lorzio & R. P. Rapini (Eds.) *Dermatology* (2nd ed., pp.1333-51). Spain: Elsevier.

59. Aksungur V. L. , Alpsoy E., Baykal C. & Uzun S. (2007). Dermatolojide Algoritmik Tanı. İstanbul: Argos Yayınevi
60. Piazza G. Varicose veins. *Circulation*. 2014;130(7):582-87.
61. Carradice D, Leung C, Chetter I. Laser; best practice techniques and evidence. *Phelebology*. 2015;30(2):36-41.
62. Byun JW, Bang CI, Yang BH, et al. Photodistributed telangiectasia induced by amlodipine. *Ann Dermatol*. 2011;23 Suppl 1(Suppl 1):S30-2. doi: 10.5021/ad.2011.23.S1.S30.
63. Borgia F, Vaccaro M, Guarneri F, et al. Photodistributed telangiectasia following use of cefotaxime. *Br J Dermatol*. 2000;143(3):674-5. doi: 10.1111/j.1365-2133.2000.03749.x.
64. Vaccaro M, Borgia F, Barbuzza O, et al. Photodistributed eruptive telangiectasia: an uncommon adverse drug reaction to venlafaxine. *Br J Dermatol*. 2007;157(4):822-4. doi: 10.1111/j.1365-2133.2007.08082.x.
65. Choi MS, Lee JB, Kim SJ, et al. A case of poikiloderma vasculare atrophicans. *Ann Dermatol*. 2011;23 Suppl 1(Suppl 1):S48-52. doi: 10.5021/ad.2011.23.S1.S48.
66. Gupta R, Gautam RK, Bhardwaj M, et al. A clinical approach to diagnose patients with localized telangiectasia. *Int J Dermatol*. 2015;54(8):e294-301. doi: 10.1111/ijd.12629.
67. Bechet PE. Lupus erythematosus telangiectodes. *Arch Derm Syphilol*. 1948;58(2):128-33. doi: 10.1001/archderm.1948.01520210038006.
68. Severino M, Chandresris MO, Barete S, et al. Telangiectasia macularis eruptiva perstans (TMEP): A form of cutaneous mastocytosis with potential systemic involvement. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(5):885-91.e1. doi: 10.1016/j.jaad.2015.10.050.
69. Bell HK, Poston GJ, Vora J, et al. Cutaneous manifestations of the malignant carcinoid syndrome. *Br J Dermatol*. 2005;152(1):71-5. doi: 10.1111/j.1365-2133.2004.06273.x.
70. Hodak E, Amitay-Laish I. Mycosis fungoides: A great imitator. *Clin Dermatol*. 2019;37(3):255-267. doi: 10.1016/j.clindermatol.2019.01.004.
71. Vásquez J, Romero V, Vilas P, et al. Progressive edemas and generalized telangiectasia: A presentation of Intravascular B-cell Lymphoma. *Clin Case Rep*. 2019;7(12):2429-2432. doi: 10.1002/ccr3.2514.
72. Karadağ AS, Parish LC. Sarcoidosis: A great imitator. *Clin Dermatol*. 2019;37(3):240-254. doi: 10.1016/j.clindermatol.2019.01.005.
73. Kavand S, Lehman JS, Hashmi S, et al. Cutaneous manifestations of graft-versus-host disease: role of the dermatologist. *Int J Dermatol*. 2017;56(2):131-140. doi: 10.1111/ijd.13381.
74. Fallon T Jr, Abell E, Kingsley L, et al. Telangiectases [corrected] of the anterior chest in homosexual men. *Ann Intern Med*. 1986;105(5):679-82. doi: 10.7326/0003-4819-105-5-679. Erratum in: *Ann Intern Med* 1987;106(2):336.
75. Zhang X, Fang M. TEMPI syndrome: Erythrocytosis in plasma cell dyscrasia. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2018;18(11):724-30. Doi:10.1016/j.clml.2018.07.284.
76. Grand'Maison A. Hereditary hemorrhagic telangiectasia. *CMAJ*. 2009;180(8):833-5. doi: 10.1503/cmaj.081739.
77. Begbie ME, Wallace GM, Shovlin CL. Hereditary haemorrhagic telangiectasia (Osler-Weber-Rendu syndrome): a view from the 21st century. *Postgrad Med J*. 2003;79(927):18-24. doi: 10.1136/pmj.79.927.18.
78. Shovlin CL, Letarte M. Hereditary haemorrhagic telangiectasia and pulmonary arteriovenous malformations: issues in clinical management and review of pathogenic mechanisms. *Thorax*. 1999;54(8):714-29. doi: 10.1136/thx.54.8.714.
79. AAssar OS, Friedman CM, White RI Jr. The natural history of epistaxis in hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Laryngoscope*. 1991;101(9):977-80. doi: 10.1288/00005537-199109000-00008.
80. Berg J, Porteous M, Reinhardt D, et al. Hereditary haemorrhagic telangiectasia: a questionnaire based study to delineate the different phenotypes caused by endoglin and ALK1 mutations. *J Med Genet*. 2003;40(8):585-90. doi: 10.1136/jmg.40.8.585.
81. Fernández-Fernández FJ. Hereditary haemorrhagic telangiectasia: From symptomatic management to pathogenesis based treatment. *Eur J Hum Genet*. 2010;18(4):404; author reply. doi: 10.1038/ejhg.2009.188.
82. Bui TNPT, Corap A, Bygum A. Cutis marmorata telangiectatica congenita: a literature review. *Orphanet J Rare Dis*. 2019;14(1):283. doi:10.1186/s13023-019-1229-8.
83. Shareef S, Alves JL, Horowitz D. Cutis marmorata telangiectatica congenita. 2021 Mar 6. In: *StatPearls* (internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.
84. Schaffer JV & Paller AS. (2008). Primary Immunodeficiencies. In J. L. Bolognia, J. L. Lorizzo & R. P. Rapini (Eds.) *Dermatology* (2nd ed., pp.801-23). Spain: Elsevier.
85. Valenzuela I, Fernández-Alvarez P, Plaja A, et al. Further delineation of the SOX18-related Hypotrichosis, Lymphedema, Telangiectasia syndrome (HTLS). *Eur J Med Genet*. 2018;61(5):269-272. doi: 10.1016/j.ejmg.2018.01.001.
86. Schierbeck J, Vestergaard T, Bygum A. Skin Cancer Associated Genodermatoses: A Literature Review. *Acta Derm Venereol*. 2019;99(4):360-369. doi: 10.2340/00015555-3123.
87. Chang MW. (2008). Disorders of Hyperpigmentation. In J. L. Bolognia, J. L. Lorizzo & R. P. Rapini (Eds.) *Dermatology* (2nd ed., pp.939-63). Spain: Elsevier
88. Moss C. (2008). Mosaicism and linear lesions. In J. L. Bolognia, J. L. Lorizzo & R. P. Rapini (Eds.) *Dermatology* (2nd ed., pp.841-855). Spain: Elsevier
89. Koechel A, Fink C, Schäkel K. Prolidase deficiency in two sisters with recurrent ulcerations of the lower extremities. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2017;15(11):1142-1143. doi: 10.1111/ddg.13338.

# 14 • BÖLÜM

## PETEŞİ VE PURPURALI HASTAYA YAKLAŞIM

Şule GÜNGÖR<sup>1</sup>

Peteşi, purpura ve ekimoz; eritrosit ve eritrosit ürünlerinin damar dışına çıkması sonucu ortaya çıkan deri lezyonlarıdır. Bu lezyonlar, toplu iğne başı büyüklüğünde, 2 mm'den küçük olduğunda peteşi (**Resim 1**), 2-10 mm boyutlarında olduğunda purpura (**Resim 2**), 1 cm'den büyük olduğunda ekimoz (**Resim 2**) olarak adlandırılırlar (1,2).



**Resim 1.** 2mm'den küçük peteşi lezyonları

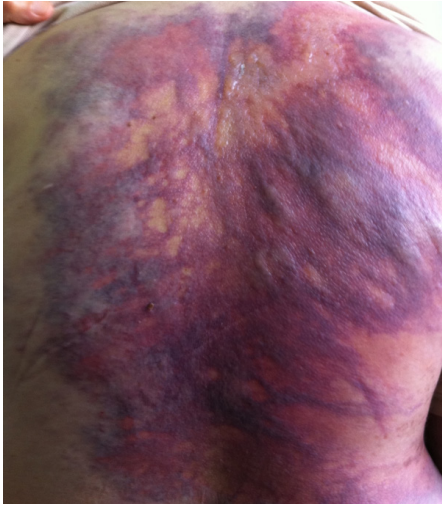


**Resim 2.** 1 cm'den küçük boyutlu purpuralar ve 1 cm'den büyük boyutlu ekimoz izlenmekte

Purpurik lezyonlar morfolojilerine göre; peteşi, maküler purpura, ekimoz, retiform purpura, palpabl purpura olarak sınıflandırılırlar. İlk 3 morfolojik lezyon kanama ve kan hücrelerinin damar dışına sızması ile ilişkilidir (**Tablo 1-3**). Kanama

<sup>1</sup> Prof. Dr., Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., drsulegungor@yahoo.com

İntravasküler basınç artışına sekonder purpura	Tedaviye gerek yoktur, kendiliğinden geriler
Antifosfolipid antikor sendromu	Heparin, DMAH, kumadin
Vaskülitler	Bakınız bölüm 15
Pıhtılaşma bozukluklarına bağlı gelişen purpurik lezyonlar	Tanı ve tedavisi hematoloji uzmanı tarafından yönetilir.
Eritrositlere bağlı vasküler oklüzyonlar	Tanı ve tedavisi hematoloji uzmanı tarafından yönetilir.



**Resim 19.** Ekimotik lezyonlar şeklinde görülen meme karsinomu kutanöz metastazı

**Tedavi:** Purpurik lezyonların tedavisi altta yatan nedene göre değişir. Kanama bozukluklarında tanı ve tedavi hematoloji uzmanları tarafından yapılır. Ateş ve şok tablosu ile başvuran hastaya enfektif nedenler için kültür sonucu beklenmeden antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Diğer nedenlere yönelik tedaviler **tablo 7**'de özetlenmiştir.

## SONUÇ

Purpurik döküntünün; dermatolojik hastalıklardan, sistemik hastalıklara ve ilaçlara kadar çok sayıda nedeni olabilir. Purpurik lezyonların tanınması, bazı temel testlerle dermatolojik mi diğer sistemlerle mi ilgili ayrımının yapılması; tedavisi için gerekli olduğu takdirde dermatoloji ve hematoloji branşlarına hasta yönlendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Piette W (2008). Purpura: Mechanisms and Differential Diagnosis. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP (Ed), *Dermatology* içinde (s. 321-330). İspanya. Elsevier.
2. Charrot SC, Sellar RS, Manson JJ. Purpura. *British Journal of Hospital Medicine*, 2017, Vol 78, No 10
3. Georgesen C, Fox LP, Harp J, Part I: Retiform Purpura: A Diagnostic Approach, *Journal of the American Academy of Dermatology* (2019), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.07.112>.
4. Lamadrid-Zertuche AC, Garza-Rodríguez V, Ocampo-Candiani JJ. Pigmented purpura and cutaneous vascular occlusion syndromes. *An Bras Dermatol*. 2018;93(3):397-404.
5. Rohatgi S, Naveen S, Udare S, Jerajani HR. Pigmented Purpuric Dermatoses. *MGM J Med Sci* 2016;3(3):131-135.
6. Malaviya AN, Kaushik P, Budhiraja S. Hypergammaglobulinemic purpura of Waldenström: report of 3 cases with a short review. *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18:518-22.
7. Vaxman I, Dispenzieri A, Muchtar E, Gertz M. New Developments in Diagnosis, Risk Assessment and Management in Systemic Amyloidosis. *Blood Rev*. 2020 March ; 40: 100636. doi:10.1016/j.blre.2019.100636.
8. Boyvat A, Akay N (2008). Purpura Fulminans. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroglu S, Oğuz O, Aksungur VL (Ed), *Dermatoloji* içinde (s1002-1005). İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi.
9. E Chalmers, P Cooper, K Forman. Purpura fulminans: recognition, diagnosis and management. *Arch Dis Child* published online January 12, 2011 doi: 10.1136/adc.2010.199919
10. Lecuyer H, Borgel D, Nassif X, Coureuil. Pathogenesis of meningococcal purpura fulminans. *Pathogens and Disease* 2017 . doi: 10.1093/femspd/ftx027
11. Ceilley RI. Treatment of Actinic Purpura. *J Clin Aesthet Dermatol* 2017; 10:44-50.
12. Hurwitz, A, Massone, R, Lopez BL. Acquired Bleeding Disorders. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 2017; 31(6): 1123–1145. doi:10.1016/j.hoc.2017.08.012

13. Yazısız V. Kriyoglobunemi. *Türkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics*. 2018;11(2):185-192.
14. Piette W. Cutaneous Manifestations of Microvascular Occlusion Syndromes. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP (Ed), *Dermatology* içinde (s. 331-345). İspanya. Elsevier.
15. Murakhovskaya I. Rituximab Use in Warm and Cold Autoimmune Hemolytic Anemia. *J Clin Med* 2020; 9 (12):4034.
16. Micielli R, Alavi A. Treatment for Livedoid Vasculopathy. A Systematic Review. *JAMA Dermatology* February 2018;154 (2) :193-202.
17. Toz B, Kamalı S. Degos Hastalığı (Malign Atrofik Papülozis). *Türkiye Klinikleri J Rheumatol-Special Topics*. 2014;7(1):33-7.
18. Wu S, Xu Z, Liang H. Sneddon's syndrome: a comprehensive review of the literature. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2014; 9:215 DOI 10.1186/s13023-014-0215-4.



# 15. BÖLÜM

## VASKÜLİTLİ HASTAYA YAKLAŞIM

*Algün Polat EKİNCİ<sup>1</sup>  
İbrahim Halil AYDOĞDU<sup>2</sup>  
Şevkiye AYDOĞDU<sup>3</sup>*

### GİRİŞ

Vaskülit, kan damarı duvarlarının inflamasyonudur. Bu inflamasyon sonucunda endotel hasarı oluşarak eritrosit ekstravazasyonuna, purpura ve hemorajiye yol açarken; damar lümeninin tıkanması, intravasküler tromboz sonucu oluşan iskemik değişiklikler ise nekroz ve ülserlere neden olur. Klinikteki tüm bulgu ve semptomlar bu süreçlerin sonucudur (1,2).

Kutanöz vaskülitli hastalarda sadece deri tutulumu olabildiği gibi %50 oranında sistemik tutulum da eşlik edebilir. Sistemik vaskülit ile başvuran hastaların da %50'sinde kutanöz vaskülit görülebilir. Yani; derideki bulgular vaskülitin tanısında ve prognozunda pencere görevi görmektedir. Deri, biyopsi için kolay ulaşılabilir bir organ olması nedeniyle de tanıda ayrıca önemlidir (1-5).

Bu bölümde vaskülitlerin sınıflaması, tanı kriterleri, ayırıcı tanıları ve tedavi yaklaşımları üzerinde durulacaktır.

### VASKÜLİT SINIFLAMASI

Vaskülit sınıflaması; tanısal açıdan daha faydalı ve pratik olabilmesi amacıyla yıllar boyunca birçok değişikliğe uğramıştır. 1990'da Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) primer vaskülitleri kliniklerine göre sınıflamıştır. 1994'te toplanan Uluslararası Chapel Hill Konsensüs Konferansı'nda (CHCC) vaskülitler ilk defa tutulan damar çapına göre üç sınıfa ayrılmıştır. 2006'da Avrupa Romatoloji Birliği (EULAR) ve Avrupa Pediatrik Romatoloji Topluluğu (PREs) çocuk yaş grubunda vaskülit sınıflamasındaki bazı farklılıklara değinmiştir. Vaskülitle ilişkili hastalıkların daha iyi anlaşılmasına paralel olarak 2012'de CHCC sınıflaması revize edilmiş, bazı vaskülitlerde isimlendirme değişiklikleri yapılmış, bazılarında yeni alt gruplar eklenmiştir (**Tablo 1**). Ancak vaskülitlerin kutanöz açıdan detaylı değerlendirilmemiş olması bu sınıflamanın eksik kalan tarafıdır. Bu

<sup>1</sup> Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., algunekinci@yahoo.com

<sup>2</sup> Dr., İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., aydogduibrahimhalil@gmail.com

<sup>3</sup> Uzm. Dr., İstanbul Eyüpsultan Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, sevkynecopur@gmail.com

**Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülitte;** sistemik steroid ile tedaviye başlanır, şiddetli olgularda mikofenolat mofetil, rituksimab, siklosporin, intravenöz immunoglobulin, siklofosfamid ve nadiren anakinra-canakinumab (IL-1 inhibitörleri) kullanılabilir. Normokomplementemik ürtikeryal vaskülitte antihistaminik, sistemik kortikosteroid, dapson, kolşisin, pentoksifilin tedavide kullanılabilir. Hidroksiklorokin ve omalizumab da önemli yer tutmaktadır (15,16,35,38).

**Eritema elevatum diutinumda** dapson etkilidir, fakat kesildiğinde relaps sıklıdır. Geç evredeki fibrotik lezyonlara ise etkisi azdır. Sistemik steroid, NSAİİ, niasinamid, tetrasiklin, klorokin, kolşisin, plazmaferez tedavileri ile bildiriler bulunsa da dirençli bir hastalık olduğu unutulmamalıdır. HIV (+) hastalarda antiretroviral tedavi dapsona göre daha etkili bulunmuştur (16).

Vaskülitlerde aktif dönemdeki yoğun inflamasyon arteriyel ve venöz trombozlara neden olabilmektedir. Özellikle Behçet hastalığı, ANCA ilişkili vaskülitler ve büyük damar tutulumlu vaskülitlerde bu durum ön plandadır. Asıl neden yoğun inflamasyon olduğundan ön planda immunsupresif tedaviler başlanmalı, tedavide tek başına antikoagülan önerilmemelidir. Lümen tıkanıklığına bağlı intimal kalınlaşmanın olduğu iyileşmiş arterit tablosu, antikoagülasyon ve vasküler dilatatör ajanlara ihtiyaç olduğunu düşündürür, patolojik olarak doğrulanmış akut ve subakut arterit ise genellikle immunosupresif kombinasyonu gerektirir (29). Behçet hastalığında düşük doz steroidle birlikte azatiyoprin ve siklosporin genellikle derin ven trombozu tedavisinde ilk seçenekken; siklofosfamid arteriyel tutulum için önerilmektedir. Dirençli durumlarda anti-TNF(özellikle üveitte) kullanılabilir (38). ANCA ilişkili vaskülitlerde antiplatelet/antikoagülan tedavisinin rolü net değildir (19,29,37,38,42).

## SONUÇ

Sonuç olarak vaskülitler sadece deriye sınırlı olabileceği gibi diğer organ sistemlerini de etkileyebilen zengin bir spektrumda karşımıza çıkabilmektedir. Deri bulguları vaskülit tanısında kritik öneme sahip olup ileri klinik, mikroskopik ve laboratuvar incelemeleri için de yol göstericidir.

## KAYNAKLAR

1. Carlson JA. The histological assessment of cutaneous vasculitis. *Histopathology*. 2010;56:3-23.
2. Fabbri P, Bonciani D, Antiga E, et al. Classification and clinical diagnosis of cutaneous vasculitides. *G Ital Dermatol Venereol*. 2015;150:169-81.
3. Frumholtz L, Laurent-Roussel S, Lipsker D, et al. Cutaneous vasculitis: Review on diagnosis and clinicopathologic correlations. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2021;61:181-93.
4. Caproni M, Verdelli A. An update on the nomenclature for cutaneous vasculitis. *Curr Opin Rheumatol*. 2019;31:46-52.
5. Sunderkötter CH, Zelger B, Chen KR, et al. Nomenclature of cutaneous vasculitis: Dermatologic Addendum to the 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheumatol*. 2018;70:171-84.
6. Ozen S, Ruperto N, Dillon MJ, et al. EULAR/PreS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:936-41
7. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum*. 2013;65:1-11.
8. İlder N, Adışen E. Cutaneous Vasculitis. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol*. 2010;44:50-60
9. Shavit E, Alavi A, Sibbald RG. Vasculitis-What Do We Have to Know? A Review of Literature. *Int J Low Extrem Wounds*. 2018;17:218-26.
10. Georgesen C, Fox LP, Harp J. Retiform purpura: A diagnostic approach. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:783-96.
11. Sajjan VV, Lunge S, Swamy MB, et al. Livedo reticularis: A review of the literature. *Indian Dermatol Online J*. 2015;6:315-21.
12. Demirkesen C. Approach to cutaneous vasculitides with special emphasis on small vessel vasculitis: histopathology and direct immunofluorescence. *Curr Opin Rheumatol*. 2017;29:39-44.
13. Alberti-Violetti S, Berti E, Marzano AV. Cutaneous and systemic vasculitides in dermatology: a histological perspective. *G Ital Dermatol Venereol*. 2018;153:185-93.
14. Lath K, Chatterjee D, Saikia UN, et al. Role of direct immunofluorescence in cutaneous small-vessel vasculitis: Experience from a tertiary center. *Am J Dermatopathol*. 2018;40:661-6.

15. Yılmaz M. Kutanöz lökositoklastik vaskülitlerde etiyojinin, immunfloresan bulgulara ve prognoza etkisinin değerlendirilmesi. *Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanlık Tezi*. Danışman: Erdoğan B. 2015;2-27.
16. Cleve C, Brajon D, Combes E, et al. Scabetic vasculitis: Report of 2 cases. *Ann Dermatol Venereol*. 2017;144:349-55.
17. Mayor-Ibarguren A, Feito-Rodriguez M, Quintana Castaneda L et al. Cutaneous small vessel vasculitis secondary to COVID-19 infection: a case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34:541-2.
18. Antiga E, Verdelli A, Bonciani D, et al. Drug-induced cutaneous vasculitides. *G Ital Dermatol Venereol*. 2015;150:203-10.
19. Atakan M. Kutanöz lökositoklastik vaskülitli hastalarda hiperkoagülasyon faktörlerinin değerlendirilmesi. *Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanlık Tezi*, Danışman: Gürel MS. 2006;3-34.
20. Businco L, Falconieri P, Bellioni-Businco B, et al. Severe food induced vasculitis in two children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2002;13:68-71.
21. Wetter DA, Dutz JP, Shinkai K, et al. (2018). Cutaneous vasculitis. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Cerroni, L., (Eds). *Dermatology* (4th ed., pp. 409-39). Philadelphia: Elsevier.
22. Chasset F, Francès C. Cutaneous Manifestations of Medium and Large-Vessel Vasculitis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2017;53:452-68.
23. Okamura K, Konno T, Onami K, et al. A case of primarily facial pyoderma gangrenosum associated with Takayasu arteritis. *JAAD Case Rep*. 2017 12;3:124-6.
24. Obermoser G, Posch L, Zelger B. Spitting out the tongue. *Br J Dermatol*. 2004;151:721-2.
25. Cuvelier C, Kremer B, Kowski H, et al. Subcutaneous nodules of the head and neck heralding giant cell arteritis. *Ann Dermatol Venereol*. 2014;141:518-22.
26. Kluger N, Pagnoux C, Guillevin L, et al.; French Vasculitis Study Group. Comparison of cutaneous manifestations in systemic polyarteritis nodosa and microscopic polyangiitis. *Br J Dermatol*. 2008;159:615-20.
27. Suwanchote S, Rachayon M, Rodsaward P, et al. Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies and their clinical significance. *Clin Rheumatol*. 2018;37:875-84.
28. Marzano AV, Raimondo MG, Berti E, et al. Cutaneous manifestations of ANCA-associated small vessels vasculitis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2017;53:428-38.
29. Younger DS, Carlson A. Dermatologic Aspects of Systemic Vasculitis. *Neurol Clin*. 2019;37:465-73.
30. Chen KR. Skin involvement in ANCA-associated vasculitis. *Clin Exp Nephrol*. 2013;17:676-82.
31. Ratzinger G, Zelger BG, Carlson JA, et al. Vasculitic wheel: an algorithmic approach to cutaneous vasculitides. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015;13:1092-117.
32. Pendergraft WF III, Niles JL. Trojanhorses: drug culprits associated with antineutrophil cytoplasmic autoantibody (ANCA) vasculitis. *Curr Opin Rheumatol*. 2014;26:42-9.
33. Chen KR, Carlson JA. Clinical approach to cutaneous vasculitis. *Am J Clin Dermatol*. 2008;9:71-92.
34. Russell JP, Gibson LE. Primary cutaneous small vessel vasculitis: approach to diagnosis and treatment. *Int J Dermatol*. 2006;45:3-13.
35. Micheletti RG, Pagnoux C. Management of cutaneous vasculitis. *Presse Med*. 2020;49:104033.
36. Carlson JA, Ng BT, Chen KR. Cutaneous vasculitis update: diagnostic criteria, classification, epidemiology, etiology, pathogenesis, evaluation and prognosis. *Am J Dermatopathol*. 2005;27:504-28.
37. Kawakami T. New algorithm (KAWAKAMI algorithm) to diagnose primary cutaneous vasculitis. *J Dermatol*. 2010;37:113-24.
38. Goeser MR, Laniosz V, Wetter DA. A practical approach to the diagnosis, evaluation, and management of cutaneous small-vessel vasculitis. *Am J Clin Dermatol*. 2014;15:299-306.
39. Mukhtyar C, Guillevin L, Cid MC, et al.; European Vasculitis Study Group. EULAR recommendations for the management of primary small and medium vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:310-7.
40. Yates M, Watts RA, Bajema IM, et al. C. EULAR/ERA-EDTA recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis. *Ann Rheum Dis*. 2016;75:1583-94.
41. Ozen S, Marks SD, Brogan P, et al. European consensus-based recommendations for diagnosis and treatment of immunoglobulin A vasculitis-the SHARE initiative. *Rheumatology (Oxford)*. 2019;58:1607-16.
42. Emmi G, Silvestri E, Squatrito D, et al. Thrombosis in vasculitis: from pathogenesis to treatment. *Thromb J*. 2015;16:13:5.

# 16. BÖLÜM

## NEKROZU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Didem Didar BALCI<sup>1</sup>  
Meltem TÜRKMEN<sup>2</sup>  
Melis GÖNÜLAL<sup>3</sup>

### SEBEPLER

Deriyi ilgilendiren çeşitli patolojiler, cerrahi debridmanlar ve amputasyonlar sonucu deride nekroz oluşabilmektedir (**Resim 1, 2 ve 3**). Erken tanı ve tedavi önemlidir çünkü böylece hem morbidite hafifletilebilir hem de olası mortalitenin önüne geçilebilir. Bu bölümde deride nekroza neden olan durumlar ve nekrozlu hastada yaklaşım esasları ele alınacaktır.

Nekroza yol açabilecek nedenler arasında romatolojik hastalıklardan sistemik lupus eritematozus, ilaçla indüklenmiş sistemik lupus eritematozus, Sjögren sendromu, skleroderma, miks konnektif doku hastalığı, polimiyozit, dermatomiyozit, ANCA pozitif vaskülitler (Wegener granülomatozisi, mikroskobik polianjit, *idiopatik kresentik* glomerülonefrit, polianjit ile birlikte *eozinofilik granülomatozis*, *poliarteritis nodoza*), ANCA negatif vaskülitler (*sarkoidoz*, *kronik aktif hepatit*, *romatoid vaskülit*, *hepatit C vaskülit*,

*Behçet vaskülit*, *kriyoglobulinemi*, *hipersensitivite vaskülit*, *hipokomplementemik vaskülit*, *ürtikeryal vaskülit*, *nekrotizan vaskülit*, *plazma hücreli diskrazi*, *multiple miyelom*, *nekrotizan fasiit*, *purpura fulminans*) yer alır (**Tablo 1**). İş yaşamında ise bazı meslek grupları daha risklidir. Kaya deliciler, ağaç kesenler, perçinleyiciler, öğütücüler, pnömomatik çekiç operatörleri bu meslek gruplarına örnek olarak verilebilir. İlaçlardan; beta blokerler, vinblastin, varfarin, vinil klorid, sisplatin, siklosporin, bromokriptin, imipramin, ergo alkaloidleri, metiserjid, heparin, kokain, interferon alfa, klonidin, bleomisin, iyodin nekroza neden olabilir (**Tablo 2**). Postembolik/trombotik arteriyel oklüzyon, torasik outlet sendromu, karpal tünel sendromu, polisitemi, paraproteinemi, trombositozis, kriyoglobulinemi, lösemi, hiperkoagülopatiler, bakteriyel endokardit, Lyme hastalığı, viral hepatit, infeksiyöz mononükleoz, lepra, periferik arteriyel fistül, piyoderma gangrenozum, kalsiflaksi, paraneoplastik sendromlar, refleks sempatetik distro-

<sup>1</sup> Doç. Dr., İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, didemaltiner@yahoo.com

<sup>2</sup> Doç. Dr., İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, meltemturkmen@hotmail.com

<sup>3</sup> Doç. Dr., İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, drmelis@gmail.com

## SONUÇ

Kutanöz nekrozun tanınması ve erken tedavi yaklaşımlarının uygulanması esastır. Deri nekrozu yapan etyolojik nedenlere ulaşırken anamnez, kültür, otoimmün hastalıklar için serolojik belirteçler ve deri biyopsisi yaklaşımın temelini oluşturur.



*Resim 1. Gluteal bölgede ortası nekroze ülser*



*Resim 2. Ortası krutlu ülser*



*Resim 3. Skar ve erode alanlar içeren ülserler*

## KAYNAKLAR

1. Karimi K, Odhav A, Kollipara R, et al. Acute cutaneous necrosis: a guide to early diagnosis and treatment. J Cutan Med Surg. 2017;21(5):425-437.
2. Eker E, Sarı E, Tetik G, ve ark.. Skin necrosis after Vespidiae bite. KÜ Tıp Fak Derg 2012;14(2):57-59.
3. Coşkun E, Turan SA. Arteriyovenöz fistül sonrası gelişen cilt nekrozu. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2015;2(3):6-11.
4. Sümer F, Gözeneli O, Pişkin T, ve ark. Memede metilen mavisi enjeksiyonuna bağlı gelişen cilt nekrozu. The Journal of Breast Health 2012;8(3):150-151.
5. Bulcun E, Ekici A, Ekici M, ve ark. Warfarinle ilişkili lökositoklastik vaskülit ve cilt nekrozu olgu. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2016;30(2):133-136.
6. Eren A, Bilgin H, Kara S, ve ark. Yenidoğanda kalsiyum ekstrasvazasyonuna bağlı cilt nekrozu ve otolitik yara debridmanı: olgu sunumu. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2016;23(2):1-3.
7. Iglesias Julián E, Badía Aranda E, Bernad Cabredo B, et al. Cutaneous necrosis secondary to terlipressin therapy. A rare but serious side effect. Case report and literature review. Rev Esp Enferm Dig 2017;109(5):380-382.
8. Uva L, Miguel D, Pinheiro C, et al. Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. Autoimmune Dis. 2012;2012:834291. Doi: 10.1155/2012/834291.
9. Yılmaz S. İlaça bağlı lupus. Deü tıp fakültesi dergisi 2008;22(2):107 - 112.
10. Tınazlı M, Aytekin O, Şişik R, ve ark. Antifosfolipid anti-kor sendromu. Göztepe tıp dergisi 2001;16:162-165.
11. Xu LY, Esparza EM, Anadkat MJ, et al. Cutaneous manifestations of vasculitis. Semin Arthritis Rheum. 2009;38(5):348-60. Doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.01.007.

12. Llamas-Velasco M, Alegría V, Santos-Briz Á, et al. Occlusive Nonvasculitic Vasculopathy. *Am J Dermatopathol.* 2017;39(9):637-662. Doi: 10.1097/DAD.0000000000000766.
13. Ahn C, Negus D, Huang W. Pyoderma gangrenosum: a review of pathogenesis and treatment. *Expert Rev Clin Immunol.* 2018;14(3):225-233. Doi: 10.1080/1744666X.2018.1438269.
14. Bulur I, Onder M. Behcet disease: New aspects. *Clin Dermatol.* 2017;35(5):421-434. Doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.06.004.
15. Askın O, Altunkalem RN, Altınışık DD, et al. Cutaneous manifestations in hospitalized patients diagnosed as COVID-19. *Dermatol Ther* 2020;33(6):e13896. Doi: 10.1111/dth.13896.
16. Köse R, Söğüt Ö, Kamaz A, ve ark. Geniş tutulumlu nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları: literatürün gözden geçirilmesi ve iki olgunun sunumu. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;5(3):30-36.
17. Vayvada H, Demirdöver C, Menderes A, ve ark. Nekrotizan fasit: tanı, tedavi ve literatürün gözden geçirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2012;18(6):507-513.
18. Mihalj M, Pasic M, Carrel T. Extensive cutaneous necrosis in infective endocarditis: do not forget rare causes. *Eur Heart J.* 2020;21;41(24):2337.
19. Haddad V, Lopes-Ferreira M, Mendes AL. Hemorrhagic Blisters, Necrosis, and Cutaneous Ulcer after Envenomation by the Niquim Toadfish. *Am J Trop Med Hyg.* 2019 Sep;101(3):476-477.
20. Cohen JL, Biesman BS, Dayan SH, et al. Treatment of Hyaluronic Acid Filler-Induced Impending Necrosis With Hyaluronidase: Consensus Recommendations. *Aesthet Surg J.* 2015 Sep;35(7):844-9.
21. Yara iyileşme süreci ve etkileyen faktörler 2019. (06.06.2021 tarihinde <http://hmyo.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/438/2019/03/Yara-iyile-C5%9Fme-s%C3%BCreci-ve-iyile-C5%9Fmey-i-etkileyen-fakt%C3%B6rler.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
22. Wutschert R, Piletta P, Bounameaux H. Adverse skin reactions to low molecular weight heparins: frequency, management and prevention. *Drug Saf.* 1999;20(6):515-525.
23. Wu XR, Shen B. Diagnosis and management of parastomal pyoderma gangrenosum. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2013;1(1):1-8.
24. Khalil BA, Baillie CT, Kenny SE, et al. Surgical strategies in the management of ecthyma gangrenosum in paediatric oncology patients. *Pediatr Surg Int.* 2008;24(7):793-797.

# 17 ● BÖLÜM

## TÜM VÜCUT KURULUĞU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

İrem GENÇ IŞIK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Deri kuruluğu her yaş grubu, her deri tipindeki insanı ve vücudun her alanını etkileyebilen, sık görülen bir dermatozdur (1). Dünya genelinde deri kuruluğu prevalansının %29-85 arasında olduğu tahmin edilmektedir, bu da kabaca her iki kişiden birinin bu durumdan etkilendiği anlamına gelmektedir (2). Bu bölümde deri kuruluğu etyolojisinde rol oynayan faktörler ve iktiyozlara değinilecek ve bu hastaların değerlendirilmesinde önerilen algoritmik yaklaşımlar gözden geçirilecektir.

### KSEROZİS KUTİS

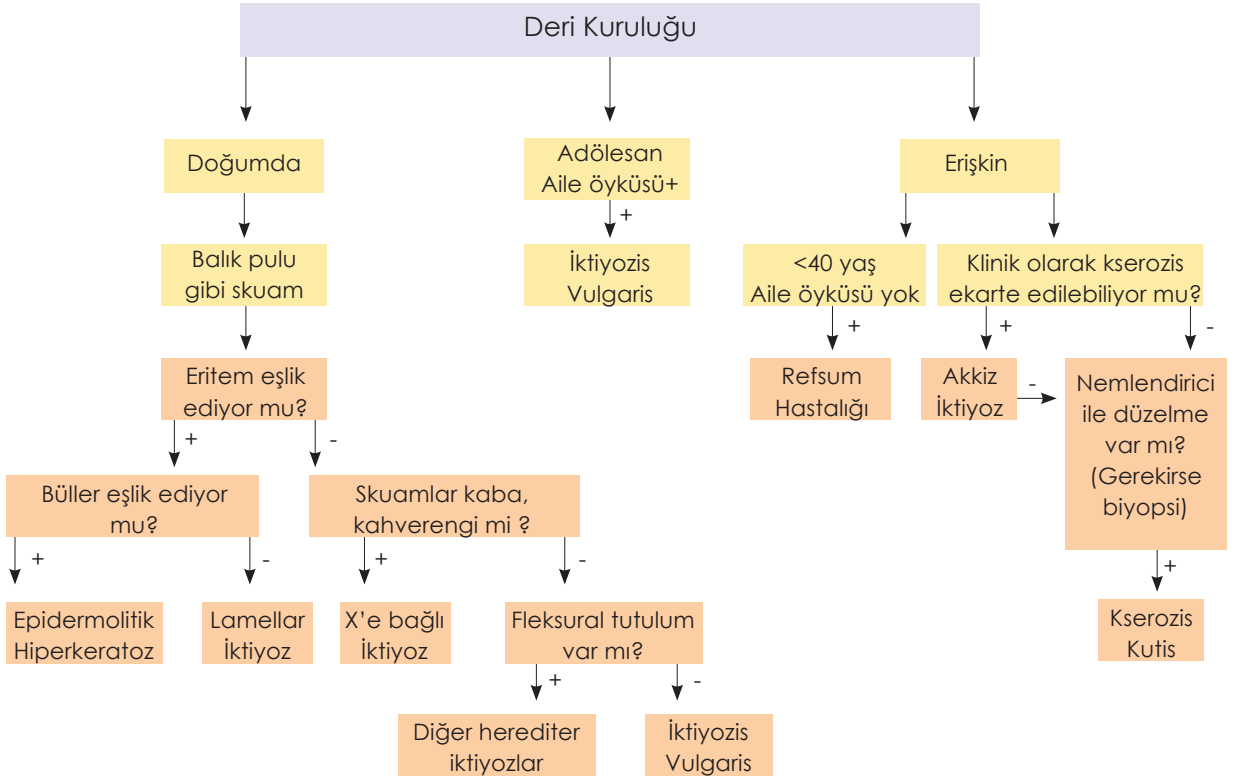
Kserotik deri, yumuşak ve esnek görünümünü kaybetmiş olup, mat, gergin, kuru ve kabalaşmış görünümündedir ve skuam şeklinde pul pul dökülmeler görülebilmektedir (1). Deri, elastikiyetini kaybetmiş ve kırışık olup, bazen eritem ve fissürler de eşlik edebilir (2). Genellikle vücudun her alanı etkilenebilmekte; ancak bacağın alt kısımları, ön kollar, eller, ayaklar gibi sebace bezlerin az olduğu

bölgelerde daha sık görülmektedir. Hastalar en sık kaşıntı olmak üzere gerilme hissi, ağrı ve yanma tariflemektedirler (2) (**Resim 1**).



**Resim 1.** Kserozis kutis

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Kastamonu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., igenc89@gmail.com



Şekil 1. Tüm vücutta kuruluk şikayetiyle başvuran hastaya yaklaşım algoritması (11,14)

## SONUÇ

Deri kuruluğu, oldukça sık görülen, her yaş grubu, her deri tipindeki insanı ve vücudun her alanını etkileyebilen bir hastalıktır. Ekzojen faktörlerle tetiklenen kserozis (fizyolojik/konstitüsyonel kserozis), dermatozlara bağlı kserozis (patolojik kserozis), sistemik hastalıklara ikincil kserozis ve farmasötik ilaçlara bağlı kserozis olarak görülebilmektedir. Tüm vücutta kuruluk, belirgin skuam ve hiperkeratoz ile seyreden diğer bir klinik durum da iktiyozlardır. İktiyozlar, herediter veya akkiz olabilmektedir. Herediter iktiyozlar, deri bariyer oluşumunda rol alan genlerin mutasyonlarına bağlı olarak oluşmaktadır. Akkiz iktiyozlu hastalar altta yatan sebepler açısından araştırılmalıdır. Bu bölümde, tüm vücutta kuruluğu olan hastaya yaklaşım ve önerilen tetkikler anlatılmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Pons-Guiraud A. Dry skin in dermatology: a complex physiopathology. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2007;21:1-4.
2. Mekić S, Jacobs LC, Gunn DA, et al. Prevalence and determinants for xerosis cutis in the middle-aged and elderly population: A cross-sectional study. *J Am Acad Dermatol* 2019;81:963-969.e962. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.12.038.
3. Augustin M, Wilsmann-Theis D, Körber A, et al. Diagnosis and treatment of xerosis cutis—a position paper. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 2019;17:3-33.
4. Luebberding S, Krueger N, Kerscher M. Skin physiology in men and women: in vivo evaluation of 300 people including TEWL, SC hydration, sebum content and skin surface pH. *Int J Cosmet Sci* 2013;35:477-483. DOI: 10.1111/ics.12068.
5. Augustin M, Kirsten N, Körber A, et al. Prevalence, predictors and comorbidity of dry skin in the general population. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019;33:147-150. DOI: 10.1111/jdv.15157.
6. Takeichi T, Akiyama M. Inherited ichthyosis: Non-syndromic forms. *J Dermatol* 2016;43:242-251. DOI: 10.1111/1346-8138.13243.



7. Oji V, Tadini G, Akiyama M, et al. Revised nomenclature and classification of inherited ichthyoses: results of the First Ichthyosis Consensus Conference in Soreze 2009. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2010;63:607-641.
8. Williams ML, Elias PM. Genetically Transmitted, Generalized Disorders of Cornification: The ichthyoses. *Dermatologic Clinics* 1987;5:155-178. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0733-8635\(18\)30772-1](https://doi.org/10.1016/S0733-8635(18)30772-1).
9. Akiyama M, Sawamura D, Shimizu H. The clinical spectrum of nonbullous congenital ichthyosiform erythroderma and lamellar ichthyosis. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:235-240. DOI: 10.1046/j.1365-2230.2003.01295.x.
10. Richard G, Ringpfeil F.(2012). Ichthyoses, Erythrodermas, and Related Disorders olognia JL, Schaffer JV, Jorizzo JL. (Eds). *Dermatology* (4th ed., pp. 743-76). California: Elsevier Ltd.
11. Patel N, Spencer LA, English JC, 3rd, et al. Acquired ichthyosis. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:647-656. DOI: 10.1016/j.jaad.2006.04.047.
12. Okulicz JF, Schwartz RA. Hereditary and acquired ichthyosis vulgaris. *Int J Dermatol* 2003;42:95-98. DOI: 10.1046/j.1365-4362.2003.01308.x.
13. DiGiovanna JJ, Robinson-Bostom L. Ichthyosis: etiology, diagnosis, and management. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:81-95. DOI: 10.2165/00128071-200304020-00002.
14. Aksungur V, Alpsoy E, Baykal C, Uzun S. (2007). *Dermatolojide Algoritmik Tanı*. (s:210-213). İstanbul: Yelken Matbaası

# 18. BÖLÜM

## TÜM VÜCUTTA ERİTEMLİ, SKUAMLI DÖKÜNTÜLERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Dilek DAŞGIN<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Tüm vücutta eritemli, skuamli döküntüler başlığı 2 adımda ele alınacaktır. Bunlardan ilki eritemli, skuamli yama, papül ve plaklar ile seyreden deri hastalıkları olarak, ikincisi de eritroderma başlığı altında incelenecektir. Konu tüm vücutta eritemli, skuamli döküntüler olduğu için eritemli, skuamli yama, papül ve plak yapan deri hastalıkları olarak burada, çok sayıda lezyondan oluşan ve vücudun geniş yüzeylerini tutabilen deri hastalıkları ele alınmıştır. Belirli bir lokalizasyona yönelinmemiştir.

### ERİTEMLİ, SKUAMLI YAMA, PAPÜL VE PLAKLAR İLE SEYREDEN DERİ HASTALIKLARI

Eritemli, skuamli papüller döküntü ile gelen hastada öncelikle **sfilizi** dışlamak gereklidir. Hastada papüloskuamöz döküntüye jeneralize lenfadenopati, oral mukozada beyaz plaklar, anogenital bölgede son birkaç ay içinde geçirilmiş ülser öyküsü eşlik ediyorsa, genital akıntı ya da diğer cinsel yolla bu-

laşan hastalık bulguları varlığında sekonder sfiliz açısından serolojik testler yapılmalıdır. Sekonder sfilizde en yaygın klinik bulgu kaşıntısız, jeneralize papüloskuamöz erüpsiyondur (1). Sfiliz papülleri serttir ve bakır kırmızısı rengindedir (2). Bazı hastalarda avuç içi ve ayak tabanında, üzerinde anuler skuam bulunabilen, bakırımsı renkte, yuvarlak papüller ya da maküller gözlenir (3). Sekonder sfilizde oral mukoza lezyonları ‘muköz yamalar’ denilen hafif eleve plaklar ve gri-beyaz psödomembranla kaplı ülserler şeklinde olabilir. Lökoplaki benzeri, verrüköz görünümlü beyaz plaklar da görülebilir (4). Sekonder sfilizde anogenital bölgede “kondiloma lata” denilen deri renginde, nemli, masere özellikte, hipertrofik ve vejetan papüller görülebilir (2). Saçlı deride ise ‘güve yeniği’ olarak tariflenen küçük, dağınık yamalar halinde alopesi görülebilmektedir (5). Klinik bulgular yol gösterici olmakla birlikte tanı için serolojik testler kullanılır (1).

Sfiliz dışlandıktan sonra sırada yüzeysel mantar enfeksiyonlarını ayırt etmek vardır. Bunun için

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr., Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., dr.dilekgungor@hotmail.com

**KAYNAKLAR**

1. Sary, A. (2008). Sexually Transmitted Infections. In J. L. Bologna, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), *Dermatology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1239-1261). Spain: Mosby Elsevier.
2. Serdaroglu, S., Tuzun, Y. (2008). Cinsel İlişki ile Bulaşan Hastalıklar. Y. Tuzun, M. A. Güner, S. Serdaroglu, O. Oğuz, V. L. Aksungur (Eds.), *Dermatoloji* (3. Baskı, s. 459-553). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
3. Tuddenham, S. A., Zenilman, J. M. (2019). Syphilis. In S. Kang, M. Amagai, A. L. Bruckner, A. H. Enk, D. J. Margolis, A. J. McMichael, J. S. Orringer (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 3145-3172). New York: McGraw-Hill Education.
4. de Paulo LFB, Servato JPS, Oliveira MTF, et al. Oral Manifestations of Secondary Syphilis. *Int J Infect Dis*. 2015;35:40-2. doi: 10.1016/j.ijid.2015.04.007.
5. Morton, R. S., Kinghorn, G. R., Kerdel-Vegas, F. (2004). The Treponematoses. In T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffiths (Eds.), *Rook's Textbook of Dermatology* (7<sup>th</sup> ed., pp. 30.1-30.36). Oxford: Blackwell Science.
6. Ahronowitz, I., Leslie, K. (2019). Yeast Infections. In S. Kang, M. Amagai, A. L. Bruckner, A. H. Enk, D. J. Margolis, A. J. McMichael, J. S. Orringer (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 2952-2964). New York: McGraw-Hill Education.
7. Hay, R. J., Moore, M. K. (2004). Mycology. In T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffiths (Eds.), *Rook's Textbook of Dermatology* (7<sup>th</sup> ed., pp. 31.1-31.101). Oxford: Blackwell Science.
8. Tuzun, Y., Serdaroglu, S. (2008). Derinin Mantar hastalıkları. Y. Tuzun, M. A. Güner, S. Serdaroglu, O. Oğuz, V. L. Aksungur (Eds.), *Dermatoloji* (3. Baskı, s. 341-382). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
9. Leung AK, Lam JM, Leong KF, et al. Tinea corporis: an updated review. *Drugs Context*. 2020;9:2020-5-6. doi: 10.7573/dic.2020-5-6.
10. Sontheimer, C. J., Costner, M. I., Sontheimer, R. D. (2019). Lupus Erythematosus. In S. Kang, M. Amagai, A. L. Bruckner, A. H. Enk, D. J. Margolis, A. J. McMichael, J. S. Orringer (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 1037-1060). New York: McGraw-Hill Education.
11. İltar, N. (2008). Bağ Dokusu Hastalıkları. Y. Tuzun, M. A. Güner, S. Serdaroglu, O. Oğuz, V. L. Aksungur (Eds.), *Dermatoloji* (3. Baskı, s. 1021-1092). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
12. Chu, A. C. (2004). Histiocytoses. In T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffiths (Eds.), *Rook's Textbook of Dermatology* (7<sup>th</sup> ed., pp. 52.1-52.33). Oxford: Blackwell Science.
13. Şentürk, N. (2008). Histiyoitozlar. Y. Tuzun, M. A. Güner, S. Serdaroglu, O. Oğuz, V. L. Aksungur (Eds.), *Dermatoloji* (3. Baskı, s. 2015-2042). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
14. Gisoni P, Bellinato F, Girolomoni G. Topographic Differential Diagnosis of Chronic Plaque Psoriasis: Challenges and Tricks. *J Clin Med*. 2020;9(11):3594. doi: 10.3390/jcm9113594.
15. Gülekon, A. (2008). Psoriasis ve Benzeri Dermatozlar. Y. Tuzun, M. A. Güner, S. Serdaroglu, O. Oğuz, V. L. Aksungur (Eds.), *Dermatoloji* (3. Baskı, s. 745-764). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
16. Griffiths, C. E. M., Camp, R. D. R., Barker, J. N. W. N. (2004). Psoriasis. In T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffiths (Eds.), *Rook's Textbook of Dermatology* (7<sup>th</sup> ed., pp. 35.1-35.69). Oxford: Blackwell Science.
17. Sterling, J. C. (2004). Virus Infections. In T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffiths (Eds.), *Rook's Textbook of Dermatology* (7<sup>th</sup> ed., pp. 25.1-25.83). Oxford: Blackwell Science.
18. Wood, G. S., Reizner, G. (2008). Other Papulosquamous Disorders. In J. L. Bologna, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), *Dermatology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 137-148). Spain: Mosby Elsevier.
19. Fritsch, P. O., Reider, N. (2008). Other Eczematous Eruptions. In J. L. Bologna, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), *Dermatology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 197-207). Spain: Mosby Elsevier.
20. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. *J Clin Investig Dermatol*. 2015;3(2):10.13188/2373-1044.1000019. doi: 10.13188/2373-1044.1000019.
21. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2020;396(10247):345-360. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31286-1.
22. Simpson, E. L., Leung D. Y. M., Eichenfield, L. F., Boguniewicz, M. (2019). Atopic Dermatitis. In S. Kang, M. Amagai, A. L. Bruckner, A. H. Enk, D. J. Margolis, A. J. McMichael, J. S. Orringer (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 363-384). New York: McGraw-Hill Education.
23. Kang, K., Polster, A. M., Nedorost, S. T., Stevens, S. R., Cooper, K. D. (2008). Atopic Dermatitis. In J. L. Bologna, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), *Dermatology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 181-195). Spain: Mosby Elsevier.
24. Silverberg, J. I. (2019). Nummular Eczema, Lichen Simplex Chronicus, and Prurigo Nodularis. In S. Kang, M. Amagai, A. L. Bruckner, A. H. Enk, D. J. Margolis, A. J. McMichael, J. S. Orringer (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 385-394). New York: McGraw-Hill Education.
25. Mowad, C. M., Marks, J. G. Jr. (2008). Allergic Contact Dermatitis. In J. L. Bologna, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), *Dermatology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 209-222). Spain: Mosby Elsevier.
26. Cohen, D. E. (2008). Irritant Contact Dermatitis. In J. L. Bologna, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), *Dermatology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 223-230). Spain: Mosby Elsevier.
27. Barham, K. L., Jorizzo, J. L., Grattan, B., Cox, N. H. (2004). Vasculitis and Neutrophilic Vascular Reactions. In T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffiths (Eds.), *Rook's Textbook of Dermatology* (7<sup>th</sup> ed., pp. 49.1-49.46). Oxford: Blackwell Science.
28. Schieke, S. M., Wood, G. S. (2019). Parapsoriasis and Pityriasis Lichenoides. In S. Kang, M. Amagai, A. L. Bruckner, A. H. Enk, D. J. Margolis, A. J. McMichael, J. S. Orringer (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 505-517). New York: McGraw-Hill Education.
29. Bagot, M., Stadler, R. (2019). Cutaneous Lymphoma. In S. Kang, M. Amagai, A. L. Bruckner, A. H. Enk, D. J.

- Margolis, A. J. McMichael, J. S. Orringer (Eds.), Fitzpatrick's Dermatology (9<sup>th</sup> ed., pp. 2072-2107). New York: McGraw-Hill Education.
30. Whittaker, S. J., MacKie, R. M. (2004). Cutaneous Lymphomas and Lymphocytic Infiltrates. In T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffiths (Eds.), Rook's Textbook of Dermatology (7<sup>th</sup> ed., pp. 54.1-54.53). Oxford: Blackwell Science.
  31. Shiohara, T., Kano, Y. (2008). Lichen planus and Lichenoid Dermatoses. In J. L. Bolognia, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), Dermatology (2<sup>nd</sup> ed., pp. 159-180). Spain: Mosby Elsevier.
  32. İnalöz, S. (2008). Liken Planus ve Likenoid Erüpsiyonlar. Y. Tüzün, M. A. Gürer, S. Serdaroğlu, O. Oğuz, V. L. Aksungur (Eds.), Dermatoloji (3. Baskı, s. 765-798). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
  33. Schäkel, K. (2019). Pityriasis Rubra Pilaris. In S. Kang, M. Amagai, A. L. Bruckner, A. H. Enk, D. J. Margolis, A. J. McMichael, J. S. Orringer (Eds.), Fitzpatrick's Dermatology (9<sup>th</sup> ed., pp. 498-504). New York: McGraw-Hill Education.
  34. Wang D, Chong VC, Chong WS, et al. A Review on Pityriasis Rubra Pilaris. *Am J Clin Dermatol*. 2018;19(3):377-390. doi: 10.1007/s40257-017-0338-1.
  35. Hodak E, Amitay-Laish I. Mycosis fungoides: A great imitator. *Clin Dermatol*. 2019;37(3):255-267. doi: 10.1016/j.clindermatol.2019.01.004.
  36. Jawed SI, Myskowski PL, Horwitz S, et al. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sézary syndrome): part I. Diagnosis: clinical and histopathologic features and new molecular and biologic markers. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(2):205.e1-16; quiz 221-2. doi: 10.1016/j.jaad.2013.07.049.
  37. Yamashita T, Abbade LPF, Marques MEA, et al. Mycosis fungoides and Sézary syndrome: clinical, histopathological and immunohistochemical review and update. *An Bras Dermatol*. 2012;87(6): 817-28; quiz 829-30. doi: 10.1590/s0365-05962012000600001.
  38. Erkek, E. (2008). Kutanöz İlaç Reaksiyonları. Y. Tüzün, M. A. Gürer, S. Serdaroğlu, O. Oğuz, V. L. Aksungur (Eds.), Dermatoloji (3. Baskı, s. 269-316). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
  39. Aksungur, V. L. (2008). Eritroderma. Y. Tüzün, M. A. Gürer, S. Serdaroğlu, O. Oğuz, V. L. Aksungur (Eds.), Dermatoloji (3. Baskı, s. 799-804). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
  40. Cuellar-Barboza A, Ocampo-Candiani J, Herz-Ruelas ME. A Practical Approach to the Diagnosis and Treatment of Adult Erythroderma. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018;109(9):777-790. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2018.05.011.
  41. Mistry N, Gupta A, Alavi A, et al. A review of the diagnosis and management of erythroderma (generalized red skin). *Adv Skin Wound Care*. 2015;28(5):228-36; quiz 237-8. doi: 10.1097/01.ASW.0000463573.40637.73.
  42. Sterry, W., Assaf, C. (2008). Erythroderma. In J. L. Bolognia, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), Dermatology (2<sup>nd</sup> ed., pp. 149-158). Spain: Mosby Elsevier.
  43. Holden, C. A., Berth-Jones, J. (2004). Eczema, Lichenification, Prurigo and Erythroderma. In T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffiths (Eds.), Rook's Textbook of Dermatology (7<sup>th</sup> ed., pp. 17.1-17.55). Oxford: Blackwell Science.
  44. Halpern, A. V., Heymann, W.R. (2008). Bacterial Diseases. In J. L. Bolognia, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), Dermatology (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1075-1106). Spain: Mosby Elsevier.
  45. Sarkar R, Garg VK. Erythroderma in children. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76(4):341-7. doi: 10.4103/0378-6323.66576.
  46. Tharp, M. D. (2008). Mastocytosis. In J. L. Bolognia, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), Dermatology (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1845-1853). Spain: Mosby Elsevier.
  47. Gupta R, Khera V. Erythroderma due to dermatophyte. *Acta Derm Venereol*. 2001;81(1):70. doi: 10.1080/000155501750208335.
  48. Richard, G., Ringpfeil, F. (2008). Ichthyoses, Erythrodermas and Related Disorders. In J. L. Bolognia, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), Dermatology (2<sup>nd</sup> ed., pp. 743-776). Spain: Mosby Elsevier.
  49. Schaffer, J. V., Paller, A. S. (2008). Primary Immunodeficiencies. In J. L. Bolognia, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), Dermatology (2<sup>nd</sup> ed., pp. 801-823). Spain: Mosby Elsevier.
  50. Ruiz-Maldonado, R., Orozco-Covarrubias, L. (2008). Nutritional Diseases. In J. L. Bolognia, J. L. Jorizzo, R. P. Rapini, et al. (Eds.), Dermatology (2<sup>nd</sup> ed., pp. 661-673). Spain: Mosby Elsevier.

# 19. BÖLÜM

## TÜM VÜCUTTA ERİTEMLİ MAKÜL VE PAPÜL-PLAKLARI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Kamer GÜNDÜZ<sup>1</sup>  
Kağan CİNGÖZ<sup>2</sup>*

### GİRİŞ

Makül deri ile aynı seviyede, palpe edilemeyen, 1 cm' den küçük renk değişikliğidir. 1 cm'den büyük maküller yama olarak isimlendirilir. Deriden kabarık, palpe edilebilen 1 cm'den küçük lezyonlar papül, 1 cm'den büyük lezyonlar ise plak olarak isimlendirilir. Papül ve plakların yüzeyi düz, kubbe şeklinde, verrüköz veya umblike olabilir. Bazen üzerlerinde skuam veya krut bulunabilir (1).

Eritemli kelimesi kırmızı rene karşılık gelir. Ancak dermatolojide kırmızı renk pembeden mor rene, kızıla ve kahverengiye değişen farklı tonlarda karşımıza çıkabilir. Bazı eritemler üzerine basmakla solarken, bazılarında solma gözlenmez. Palpasyonla papül ve plakların yumuşak/sert, ağrılı-hassas olup olmadığı, sıcaklığı, derinliği, alttaki dokulara fikse olup olmadığı değerlendirilir (1).

Hastalıkların tanısını koymada lezyonların dağılım özellikleri ve konfigürasyonları yardımcı olur. Dağılım özelliklerine göre lokalize/dissemine, simetrik/asimetrik, fleksural/ekstansör, dermatomal, segmental, intertriginöz, akral, palmoplantar, periorifisyal olabilir. Lezyonların konfigürasyonu anuler, serpijinöz, grube, lineer veya retiküler olabilir (2).

Tanıyı kesinleştirmede laboratuvar tetkiklerinden yararlanır. Enfeksiyonlarda direkt mikroskopik inceleme, kültür ve antikor testleri yardımcıdır. Pek çok dermatolojik hastalığın tanısı deriden alınan biyopsi örneğinin histolojik incelemesi ile kesinleştirilir.

Bu bölümde tüm vücutta eritemli makül, papül/plaklarla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar ele alınacaktır.

<sup>1</sup> Prof. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., kamergunduz@gmail.com

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, kagan26@gmail.com



**Resim 31.** Kaposi sarkomu



**Resim 32.** Sekonder sfiliz

## SONUÇ

Tüm vücutta eritemli makül, papül/plaklarla seyreden pek çok farklı klinik tablo vardır; ilaçlara veya enfeksiyöz ajanlara bağlı olarak gelişebileceği gibi, kronik inflamatuvar dermatozlar, bağ doku hastalıkları, sklerozan hastalıklar, metabolik hastalıklar, vaskülitler veya maligniteler gibi çok farklı spektrumda bu lezyonlarla karşılaşabiliriz. Doğru tanıya ulaşmada ayrıntılı bir anamnez, tüm deri ve deri eklerinin muayenesi, sistemik bulguların değerlendirilmesi, laboratuvar tetkikleri ve histopatolojik inceleme yardımcıdır.

## KAYNAKLAR

1. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Cerroni, L. (2018) *Dermatology*. (4<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: Elsevier.
2. Jackson, S.M., Nesbitt, L.T. (2008). *Differential Diagnosis for the Dermatologist* (1<sup>st</sup> ed.). Berlin: Springer-Verlag.
3. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ*, 1999, 319 (7206), 358-361.
4. Fleischer AB Jr, Feldman SR, McConnell RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. *Fam Med*, 1997, 29 (9), 648-652.
5. Fleischer AB Jr, Feldman SR, Bullard CN. Patients can accurately identify when they have a dermatologic condition. *J Am Acad Dermatol*, 1999, 41 (5 pt 1), 784-786.
6. Pariser RJ, Pariser DM. Primary care physicians' errors in handling cutaneous disorders. A prospective survey. *J Am Acad Dermatol*, 1987, 17 (2 pt 1), 239-245.
7. Drago F, Paolino S, Rebora A, et al. The challenge of diagnosing atypical exanthems: a clinico-laboratory study. *J Am Acad Dermatol*, 2012, 67 (6), 1282-1288.
8. Keighley C.T., Saunderson R.B., Kok J., et al. Viral exanthems. *Curr Opin Infect Dis*, 2015, 28, 139-150.

# 20. BÖLÜM

## ANULER / POLİSİKLIK ERİTEMLİ DÖKÜNTÜLÜ HASTAYA YAKLAŞIM

Nalan AYDIN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

*Eritem*; deride pembe, kırmızı, morumsu renk değişikliğini tanımlar. *Figüre eritemler* ise anuler (halka), arkuat (yarım halka), polisiklik (yarım halkaların birleşimi), jeografik (harita gibi kıvrımlı), serpijinöz (yılanvari kıvrımlı) şekilli klinik lezyonlardan oluşur. Bazısı geçici ve gezici (migratuar) iken bazıları sabittir.

Anuler deri lezyonları primer döküntünün halka şeklinde dizilimi ile oluşabileceği gibi; döküntünün periferde doğru genişlerken merkezden iyileşmesiyle de oluşabilir. Anuler lezyonlar; yalnızca eritemden oluşabilir ya da skuam, vezikül, bül, püstül, erozyon, krut gibi yüzey değişikliği içerebilir.

### ERİTEM (YÜZEY DEĞİŞİKLİĞİ OLMADAN ) (ŞEKİL 1)

#### A. 24 Saatten Kısa Sürede Kaybolan Eritem

#### Ürtiker

Soluk pembe renkli, ödemli, basmakla solan, anuler eritemli lezyonlar, her biri 24 saatten kısa süre-

de kaybolur, aynı yerde ya da farklı bölgelerde tekrar çıkar (batıp çıkma özelliği). Oldukça kaşıntılı olmasına rağmen kaşımaya bağlı izler gözlenmez (**Resim 1**). Beraberinde anjioödem eşlik edebilir. Histopatolojide üst dermiste ödem ve perivasküler lenfositik- eozinofilik ve daha az olarak nötrofilik infiltrat gözlenir (1) .



Resim 1. Ürtikeryan lezyonlar

#### Eritema Marginatum Romatikum (EMR)

EMR, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası oluşan akut romatizmal ateşin (ARA) majör kriterlerindedir. ARA'nın diğer

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Veziroköprü Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, nalandemiratar@hotmail.com

ödemle başlar, ardından purpurik lezyonlar, büyük anuler hedef tarzı lezyonlar ortaya çıkar. Deri bulgularının dramatik görünümüne rağmen be-beklerin genel durumları iyidir. Sistemik tutulum nadirdir. 1-3 haftada spontan geriler. Histopatolojide lökositoklastik vaskülit gözlenir (36).

Şekil 5, 6, 7, 8, 9 ile Tablo 3 ve 4'te eritemli anuler lezyonlarda tanısal ipuçları, histopatolojik özellikleri ve genetik geçişli olanların kalıtım şekilleri verilmiştir.

## SONUÇ

Anuler eritemle kendini gösteren çok sayıda hastalık tablosu vardır. Pek çok hastalık ayrıntılı bir anamnez, iyi bir dermatolojik ve sistematik muayene ile ekarte edilebilir. Gerekli durumlarda yapılacak olan laboratuvar, histopatolojik ve immünfloresan incelemeleri tanıya yardımcı olur.

## KAYNAKLAR

1. Soter NA, Kaplan AP. (2003). Urticaria and Angioedema. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 1129-1139). NY: McGraw- Hill
2. Evans SE, Karaduman A. Eritemli Dermatozlar. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2009;3: 55-62.
3. Espana A. (2012). Figurate Erythemas. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds). *Dermatology* (Third Ed., pp. 320-331). Philadelphia:Elsevier.
4. DiGiovanna JJ. (2003)..Ichthyosiform Dermatoses. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 481-505). NY: McGraw- Hill
5. Richard G, Ringpfeil F. (2012). Ichthyoses, Erythrokeratodermas, and Related Disorders. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds). *Dermatology* (Third Ed., pp. 888-923). Philadelphia: Elsevier.
6. Burgdorf WHC. (2003). Erythema Annulare Centrifugum and Other Figurate erythemas. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 977-979). NY: McGraw-Hill
7. Albayrak H, Yanık ME, Güvenç SC ve ark. Eozinofilik Sellülit (Wells Sendromu): Olgu sunumu. *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;11(3):42-44
8. James WD, Berger TG, Elston DM, Neuhaus IM (2016). Erythema and Urticaria. *Andrews' Diseases of The Skin*, (Twelfth ed. pp. 136-152), Elsevier
9. James WD, Berger TG, Elston DM, Neuhaus IM (2016). Cutaneous Vascular Diseases. *Andrews' Diseases of The Skin*, (Twelfth ed. pp. 807-855), Elsevier
10. Massone C, Winfield HL, Smoller BR. (2012). Other Lymphoproliferative and Myeloproliferative Diseases. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds), *Dermatology* (Third Ed., pp. 2148-2149). Philadelphia: Elsevier.
11. Lee LA, Werth VP. (2012). Lupus Erythematosus. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds). *Dermatology* (Third Ed., pp. 662-680). Philadelphia: Elsevier.
12. Lipsker D, Gattorno M. (2012). Other Rheumatologic Disorders and Autoinflammatory Diseases. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds), *Dermatology* (Third Ed., pp. 728-730). Philadelphia: Elsevier.
13. James WD, Berger TG, Elston DM, Neuhaus IM (2016). Lichen Planus and Related Conditions. *Andrews' Diseases of The Skin*, (Twelfth ed. pp. 209-224), Elsevier
14. Rosenbach MA, Wanat KA, Reisenauer A, et al. (2012). Non- infectious Granulomas, Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds), *Dermatology* (Third Ed., pp. 644-655). Philadelphia: Elsevier.
15. Dahl MV. (2003). Granuloma Annulare. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 980-984). NY: McGraw- Hill
16. Kundakçı N, Erdem C. (2008). Lepra ve Diğer Mikobakteriyel Deri Enfeksiyonları. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji* (3.baskı, s.433-458 ). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
17. Tüzün Y, Serdaroğlu S. (2008). Derinin mantar enfeksiyonları. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji* (3.baskı, s.341-382). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
18. Christophers E, Mrowietz U. (2003). Psoriasis. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al.(Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 407-427). NY: McGraw- Hill
19. Björnberg A, Tegner E. (2003).Pityriasis Rosea. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed, pp. 445-450). NY: McGraw- Hill
20. Daoud MS, Pittelkow MR. (2003). Lichen Planus. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 463-477). NY: McGraw- Hill



21. Wolff-Schereiner E. (2003). Porokeratosis. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 532-537). NY: McGraw- Hill
22. Oğuz O, Engin B. Derinin Lenfoproliferatif Hastalıkları. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji* (3.baskı, s.1963-2000). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
23. Serdaroğlu S, Tüzün Y. Cinsel İlişki ile Bulaşan Hastalıklar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji* (3.baskı, s.459-553). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
24. Tüzün B, Tunalı Ş, Harmaneri Y, Taşkapan O, Birol A, Sarıcaoğlu H, Mevlitoğlu İ, Akdeniz S. Ekzemalar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji* (3.baskı, s.183-254). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
25. Gülekon A. Psoriasis ve Benzeri Dermatozlar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji* (3.baskı, s.745-764). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
26. Rapini RP. (2012). Perforating Diseases. . Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds). ). *Dermatology* (Third Ed., pp. 691-692). Philadelphia: Elsevier.
27. Fritsch PO, Ruiz-Maldonado R. (2003). Erythema Multiforme, Stevens Johnson Syndrome, and Toxic epidermal Necrolysis. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 543-557). NY: McGraw- Hill
28. Hötzenecker W, Prins C, French LE. (2012). Erythema Multiforme, Stevens-Johnson Syndrome, and Toxic Epidermal Necrolysis. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds). *Dermatology* (Third Ed., pp. 332-347). Philadelphia: Elsevier.
29. Stanley JR. (2003). Bullous Pemphigoid. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 574-581). NY: McGraw- Hill
30. Rao CL, Hall RP. (2003). Linear IgA Dermatitis and Chronic Bullous Disease of Childhood. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds), *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 587-592). NY: McGraw- Hill
31. Marinkovich MP, Khavari PA, Herron GS, et al. (2003). Inherited Epidermolysis Bullosa. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 598). NY: McGraw- Hill
32. Hönigsmann H, Trautinger F, Wolff K. (2003). Subcorneal Pustular Dermatitis (Sneddon Wilkinson Disease). Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds), *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp. 625-627). NY: McGraw- Hill
33. Amagai M. (2012). Pemphigus.. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds), *Dermatology* (Third Ed., pp. 502-503). Philadelphia: Elsevier.
34. Hsiao JL, Leslie KS, McMichael AJ et al. (2012). Folliculitis and other Follicular Disorders. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds), *Dermatology* (Third Ed., pp. 615-617). Philadelphia: Elsevier.
35. Schroeder T. (2003). Pigmented Purpuric Dermatoses. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Sixth Ed., pp.1735-1739). NY: McGraw- Hill
36. Wetter DA, Dutz JP, Shinkai K et al. (2012). Cutaneous Vasculitis. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. (Eds), *Dermatology* (Third Ed., pp. 419-421). Philadelphia: Elsevier.

# 21. BÖLÜM

## TÜM VÜCUTTA VEZİKÜL VE BÜLLERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Leyla BAYKAL SELÇUK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Veziküller ve büller; epidermis içinde hücreler arasında bir adezyon kaybı (akantoliz), epidermal hücreler arasında ödem (spongiöz) veya epidermis ve dermisin ayrılması ile bölgeye sıvı toplanması sonucu oluşur. Klasik bilgi olarak çapı 1 cm'den küçük lezyonlar vezikül, 1 cm'den büyük lezyonlar büll olarak adlandırılır. Otoimmün bozukluklar, ilaç reaksiyonları, enfeksiyonlar, genetik bozukluklar ve fiziksel yaralanma dahil çok çeşitli klinik durumlar vezikülobüllöz lezyonları tetikleyebilir.

Bu bölümde veziküller ve büllerin görüldüğü hastalıklara kısaca değinilecek ve güncel kılavuzlar ışığında vezikülobüllöz lezyonların değerlendirilmesinde önerilen algoritmik yaklaşımlar gözden geçirilecektir.

### KLİNİK ÖZELLİKLER VE TANI

Büller, histopatolojik olarak subkorneal (intrakorneal), intraepidermal, suprabaziler ve subepidermal olarak sınıflandırılır. Subkorneal yerleşimli büller hızla erozyonlara ve deskuamasyona dönüşür, son derece gevşektir, suprabazal büller ise genellikle daha az gevşektir. Subepidermal büller ise büll boşluğunu örten epidermisin nispeten daha büyük bir oranda olmasına bağlı olarak gergindir ve daha dayanıklıdır (1-3). **Tablo 1**'de büllün histopatolojik yerleşim yerine göre ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar özetlenmiştir.

İntraepidermal büllerde epidermal hücreler arasında yapışma olmadığı için hafif bası veya sürtünme sonrası üst tabaka lateral olarak kolayca sıyrılır, bu durum Nikolsky belirtisi olarak adlandırılır ve büllün intraepidermal veya subepidermal ayrımı için klinik pratikte sık kullanılır (1,4).

<sup>1</sup> Doç.Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., drleylabaykal@gmail.com



**Resim 2a.** Dissemine zonalı hastada nekrotik krutlar



**Resim 2b.** Dissemine zonalı hastada gövdede yaygın veziküller



**Resim 3.** Pemfigus vulgarisli hastada gevşek büll ve büll artıkları/erozyonlar



**Resim 4.** Büllöz pemfigoidli hastada gergin büller

## SONUÇ

Vücutta yaygın vezikül ve büllerin görüldüğü hastalarda mortalite riski taşıyan ciddi ilaç reaksiyonları olan toksik epidermal nekroliz ve Stevens Johnson sendromu mevcutsa hasta yoğun bakım ünitesinde takip edilmelidir. Yaygın bülleri olan hastalarda otoimmün büllöz hastalık düşünülmüyorsa hastaya ileri incelemeler yapılmalıdır. Yenidoğanda yaygın vezikül ve büller daha çok enfeksiyon kaynaklıdır; ancak genetik sendromlar ve otoimmün hastalıklar da mutlaka akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Schmidt E, Zillikens D. Pemphigoid diseases. Lancet 2013;381:320-32.
2. Amagi M. (2018) Pemphigus. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Cerroni, L., (Eds). Dermatology (4th ed., pp. 494-509). Philadelphia: Elsevier.
3. Baum S, Sakka N, Artsi O, et al. Diagnosis and classification of autoimmune bullous diseases. Autoimmun Rev 2014;12:482-9.
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. Gupta LK, Singhi MK. Tzanck smear: a useful diagnostic tool. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2005;71:295-9.
6. Durdu M. (2018) Otoimmün büllü hastalıklarda sitolojik bulgular. Uzun S., Durdu M., Kaya T.İ., Aktan S., (eds) Otoimmün Büllü Hastalıklar. (1th ed., pp 31-41). İstanbul: TDD
7. Uzun S. Otoimmün Bulloz Hastalıkların Tanısında immunofloresan bulgular. Turkderm 2011;45:31-5.
8. Pohl-Gubo G, Hintner H. Direct and indirect immunofluorescence for the diagnosis of bullous autoimmune diseases. Dermatol Clin 2011; 29:365.
9. Gerull R, Nelle M, Schaible T. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome: a review. Crit Care Med 2011; 39:1521.

10. Leung AKC, Barankin B, Leong KF. Staphylococcal-scalded skin syndrome: evaluation, diagnosis, and management. *World J Pediatr* 2018; 14:116.
11. Lewis DJ, Schlichte MJ, Dao HJ. Atypical disseminated herpes zoster: management guidelines in immunocompromised patients. *Cutis*. 2017 Nov;100(5):321;324;330.
12. Bystryn JC, Rudolph JL. Pemphigus. *Lancet* 2005;366:61-73.
13. Costa LMC, Cappel MA, Keeling JH. Clinical, pathologic, and immunologic features of pemphigus herpetiformis: a literature review and proposed diagnostic criteria. *Int J Dermatol*. 2019 Sep;58(9):997-1007.
14. Czernik A, Camilleri M, Pittelkow MR, Grando SA. Paraneoplastic autoimmune multiorgan syndrome: 20 years after. *Int J Dermatol* 2011; 50:905.
15. Schmidt E, della Torre R, Borradori L. Clinical features and practical diagnosis of bullous pemphigoid. *Immunol Allergy Clin N Am* 2012;32:217-32.
16. Semkova K, Black M. Pemphigoid gestationis: Current insights into pathogenesis and treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;145:138-44.
17. Chan LS, Ahmed AR, Anhalt GJ, et al. The first international consensus on mucous membrane pemphigoid: definition, diagnostic criteria, pathogenic factors, medical treatment, and prognostic indicators. *Arch Dermatol* 2002;138:370-9.
18. Venning VA. Linear IgA disease: clinical presentation, diagnosis, and pathogenesis. *Dermatol Clin* 2011; 29:453.
19. Bolotin D, Petronic-Rosic V. Dermatitis herpetiformis. Part I. Epidemiology, pathogenesis, and clinical presentation. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64:1017.
20. Bernard P, Borradori L. (2018) Pemphigoid. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Cerroni, L., (Eds). *Dermatology* (4th ed., pp. 510-526). Philadelphia: Elsevier.
21. Contestable JJ, Edhegard KD, Meyerle JH. Bullous systemic lupus erythematosus: a review and update to diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2014 Dec;15(6):517-24.

# 22. BÖLÜM

## PÜSTÜLER DÖKÜNTÜLÜ HASTAYA YAKLAŞIM

Berkay TEMEL<sup>1</sup>  
Esra ADIŞEN<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Püstül epidermis veya infindibulumda yerleşen içeriği pürülan eksuda ile dolu olan kabarcıklardır. Pürülan eksuda hücreli debrisi olsun olmasın lökositlerden oluşur. Püstüllerde bazen organizmalar bulunur, bazen de sterildirler. Eksuda beyaz, sarı veya yeşilimsi sarı renkte olabilir (1,2). Kıl folikülü ve folikül çevresini içeren pilosebace ünitesinin sınırlı, yüzeysel püstüler inflamasyonu folikülit şeklinde adlandırılır (2). Folikülitteki püstül konik şeklindedir ve ortasında kıl vardır. Püstüller epidermis içinde subkorneal, intraepidermal ve bazal membran seviyelerinde yerleşebilirler (1).

Deride elementer lezyon olarak püstül gördüğümüz hastalık spektrumu oldukça geniştir ve aralarında enfeksiyonlar, ilaçlar, inflamatuvar dermatozların da yer aldığı bir grup hastalığı kapsamaktadır. Püstüler hastalıklar, hastaların yaşına göre *yenidoğan/çocukluk döneminin veya adolesan/*

*erişkin döneminin püstüler hastalıkları* şeklinde (Tablo 1), lezyonların predileksiyonuna göre *yüz veya gövde/ekstremiteler yerleşimli püstüler hastalıklar* şeklinde (Tablo 2) ya da *eşlik eden ateş ve sistemik belirtileri bulunan püstüler hastalıklar* (Tablo 3) şeklinde gruplanabilmektedir. Dermatoloji pratiğinde püstüler hastalıklarda tanı ve ayırıcı tanı yapabilmek ve uygun tedavi yöntemini belirlemek için püstüllerin morfolojik özelliklerinin yanında hastanın yaşı, hastalık süresi, lezyonların yerleşim yerleri ve eşlik eden sistemik belirtiler dikkate alınmalıdır. Bu değerlendirmelerle birlikte gerekli görülen olgularda kültür, gram boyama, Giemsa/Wright boyama, Tzanck yayma, potasyum hidroksit (KOH) incelemesi ve biyopsi de tanıya yardımcı olur (1). Bu bölümde püstüler döküntü yapan hastalıklar ve tanıları algoritmik yaklaşım ile sunulmaktadır (Şekil 1,2).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, berkaytemel42@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., eozsoy@gazi.edu.tr

## SONUÇ

Dermatoloji pratiğinde püstüler döküntüyle seyreden hastalıkların tanısı oldukça zordur. Püstüler lezyonlar hem yenidoğan/çocukluk hem de yetişkin dönem hastalıkları şeklinde karşımıza çıkabilirler. Püstüler lezyonlar hafif seyirli miliariadan, hayati önem arz eden jeneralize püstüler psoriasise kadar uzanan geniş spektrumdaki bir grup hastalığa işaret edebilir. Bu nedenle de klinik bulgular, laboratuvar tetkikleri ve histopatolojik bulgular ışığında hazırlanan algoritmalar tanı ve ayırıcı tanıda yararlı olabilirler ve tedavi yönetimini kolaylaştırabilirler.

## KAYNAKLAR

- Mengesha YM, Bennett ML. Pustular skin disorders: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3(6):389-400.
- Amerson EH, Burgin S, Shinkai K. (2019) Fundamentals of Clinical Dermatology: Morphology and Special Clinical Considerations. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS (Eds). *Fitzpatrick's Dermatology* (9th ed., pp. 5). New York: McGraw-Hill.
- Berg FJ, Solomon LM. Erythema neonatorum toxicum. *Arch Dis Child* 1987;62:327-8.
- Ramamurthy RS, Reveri M, Esterly NB, et al. Transient neonatal pustular melanosis. *J Pediatr* 1976;88: 831-5.
- Rapelanoro R, Mortureux P, Couprie B, et al. Neonatal malassezia furfur pustulosis. *Arch Dermatol* 1996;132:190-3.
- Howard RM, Frieden IJ. (2015) Vesicles, pustules, bullae, erosions and ulcerations. In: Eichenfield LF, Frieden IJ, Zaenglein AL, Mathes EF-D (Eds). *Neonatal Dermatology and Infant Dermatology*. (3rd ed., pp. 111-39). London: Saunders.
- Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C, et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics.* 2013; 131(suppl 3):163-186.
- Hirschmann JV. Impetigo: etiology and therapy. *Curr Clin Top Infect Dis.* 2002. 22:42-51.
- Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician.* 2014;90(4):229-35.
- Mancini AJ, Frieden IJ, Paller AS. 1998 Infantile acropustulosis revisited: history of scabies and response to topical corticosteroids. *Pediatr Dermatol* 1998;15:337-41.
- Ferreira S, Machado S, Selores M. Infantile acropustulosis. *J Paediatr Child Health.* 2020;56(7):1165-1166.
- Wenzel FG, Horn TD. Nonneoplastic disorders of the eccrine glands. *J Am Acad Dermatol.* 1998;38(1):1-17.
- Lubowe II, Perlman HH. Perioritis staphylogenes and other complications of miliaria in infants and children. *AMA Arch Derm Syphilol.* 1954;69(5):543-53.
- Gopinath H, Karthiga R, Karthikeyan K. A cross-sectional study of sweat-induced dermatitis during a South Indian summer: a glimpse of sweat gland-mediated cutaneous inflammation. *Int J Dermatol.* 2019;58(1):86-90.
- Kirk JF, Wilson BB, Chun W, Cooper PH. Miliaria profunda. *J Am Acad Dermatol.* 1996 ;35(52):854-6.
- Meinking TL, Burkhart CG, Burkhart CN. (1999) Ectoparasitic diseases in dermatology: reassessment of scabies and pediculosis. In: James W (Eds.). *Advances in Dermatology* (pp. 67-108.). St Louis: Mosby.
- Hicks M, Elston D. Scabies. *Dermatol Ther* 2009;22:279-92.
- Meinking TL, Taplin D, Hermida JL, et al. The treatment of scabies with ivermectin. *N Engl J Med* 1995;333:26-30.
- Arendorf TM, Walker DM. The prevalence and intraoral distribution of *Candida albicans* in man. *Arch Oral Biol.* 1980;25:1-10.
- Howard RM, Frieden IJ. (2015) Vesicles, pustules, bullae, erosions and ulcerations. In: Eichenfield LF, Frieden IJ, Zaenglein AL, Mathes EF-D (Eds). *Neonatal Dermatology and Infant Dermatology* (3rd ed. ; pp. 111-39.) London: Saunders.
- Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C, et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics* 2013;131(Suppl. 3):S163-86.
- Tanghetti EA. The role of inflammation in the pathology of acne. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2013;6(9):27-35.
- Baldwin H. Oral Antibiotic Treatment Options for Acne Vulgaris. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2020;13(9):26-32.
- Gamil HD, Khater EM, Khatlab FM, Khalil MA. Successful treatment of acne keloidalis nuchae with erbium:YAG laser: a comparative study. *J Cosmet Laser Ther.* 2018;20(7-8):419-423.
- Adotama P, Tinker D, Mitchell K, Glass DA, Allen P. Barber Knowledge and Recommendations Regarding Pseudofolliculitis Barbae and Acne Keloidalis Nuchae in an Urban Setting. *JAMA Dermatol.* 2017;153(12):1325-1326.
- Gupta M, Aggarwal M, Bhari N. Acneiform eruptions: An unusual dermatological side effect of ribavirin. *Dermatol Ther.* 2018 Sep;31(5):e12679.
- Du-Thanh, A., Kluger, N., Bensalleh, H. et al. Drug-Induced Acneiform Eruption. *Am J Clin Dermatol.* 2011;12: 233-245.
- Del Rosso JQ. Who Is Accountable When Patients Do Not Achieve Successful Treatment for Their Acne? *J Drugs Dermatol.* 2018;17(6):599-600.
- Chiller K, Selkin BA, Murakawa GJ. Skin microflora and bacterial infections of the skin. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2001;6(3):170-4.
- Bhatia A, Brodell RT. 'Hot tub folliculitis'. Test the waters--and the patient--for *Pseudomonas*. *Postgrad Med.* 1999;106(4):43-6.
- Neubert U, Jansen T, Plewig G. Bacteriologic and immunologic aspects of gram-negative folliculitis: a study of 46 patients. *Int J Dermatol.* 1999;38(4):270-4.

32. Hsiao JL, Leslie KS, McMichael AJ, Curtis AR, Guzman-Sanchez D. (2018) Folliculitis and other follicular disorders. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L (Eds). *Dermatology*. (4th ed., pp.618). Philadelphia, PA: Elsevier.
33. Suzuki C, Hase M, Shimoyama H, Sei Y. Treatment Outcomes for Malassezia Folliculitis in the Dermatology Department of a University Hospital in Japan. *Med Mycol J*. 2016;57(3):E63-6.
34. Jang KA, Kim SH, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Viral folliculitis on the face. *Br J Dermatol*. 2000;142(3):555-9.
35. Ozcan A, Senol M, Saglam H, Seyhan M, Durmaz R, Aktas E, et al. Comparison of the Tzanck test and polymerase chain reaction in the diagnosis of cutaneous herpes simplex and varicella zoster virus infections. *Int J Dermatol*. 2007;46(11):1177-9.
36. Rusiecka-Ziółkowska J, Nokiel M, Fleischer M. Demodex - an old pathogen or a new one? *Adv Clin Exp Med*. 2014;23(2):295-8.
37. Ise S, Ofuji S. Subcorneal pustular dermatosis; a follicular variant? *Arch Dermatol* 1965; 92: 169-171.
38. Nomura T, Katoh M, Yamamoto Y, Miyachi Y, Kabashima K. Eosinophilic pustular folliculitis: A proposal of diagnostic and therapeutic algorithms. *J Dermatol*. 2016;43(11):1301-1306.
39. Rajendran PM, Dolev JC, Heaphy MR, Maurer T. Eosinophilic folliculitis: before and after the introduction of antiretroviral therapy. *Arch Dermatol*. 2005;141(10):1227-31.
40. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:584-7.
41. McAleer MA, Fitzpatrick P, Powell FC. Papulopustular rosacea: prevalence and relationship to photodamage. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:33-9.
42. Tolaymat L, Hall MR. Perioral Dermatitis. 2020 Sep 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 30247843.
43. Woodruff CM, Charlie AM, Leslie KS. Hidradenitis Suppurativa: A Guide for the Practicing Physician. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(12):1679-93.
44. van der Zee HH, Laman JD, Boer J, Prens EP. Hidradenitis suppurativa: viewpoint on clinical phenotyping, pathogenesis and novel treatments. *Exp Dermatol*. 2012;21(10):735-9.
45. Bonifaz A, Ramírez-Tamayo T, Saúl A. Tinea barbae (tinea sycosis): experience with nine cases. *J Dermatol*. 2003;30(12):898-903.
46. Rutecki GW, Wurtz R, Thomson RB. From Animal to Man: Tinea Barbae. *Curr Infect Dis Rep*. 2000 2(5):433-437.
47. Starace M, Alessandrini A, Baraldi C, Piraccini BM. Erosive pustular dermatosis of the scalp: challenges and solutions. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019;12:691-698.
48. Ogunbiyi A. Pseudofolliculitis barbae; current treatment options. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019;12:241-247.
49. Satyaprakash AK, Tremaine AM, Stelter AA, et al. Viremia in acute herpes zoster. *J Infect Dis* 2009;200:26-32.
50. Colin J, Prisant O, Cochener B, Lescale O, Rolland B, Hoang-Xuan T. Comparison of the efficacy and safety of valaciclovir and acyclovir for the treatment of herpes zoster ophthalmicus. *Ophthalmology*. 2000 Aug;107(8):1507-11.
51. Thompson R, Westbury S, Slape D. Paediatrics: how to manage scabies. *Drugs Context*. 2021;10:2020-12-3.
52. Negrotto L, Correale J. Palmar pustular psoriasis associated with teriflunomide treatment. *Mult Scler Relat Disord*. 2019;27:400-402.
53. Boehner A, Navarini AA, Eyerich K. Generalized pustular psoriasis - a model disease for specific targeted immunotherapy, systematic review. *Exp Dermatol*. 2018;27(10):1067-1077.
54. Benjegerdes KE, Hyde K, Kivelevitch D, Mansouri B. Pustular psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives. *Psoriasis (Auckl)*. 2016;6:131-144.
55. Baker H, Ryan TJ. Generalized pustular psoriasis. A clinical and epidemiological study of 104 cases. *Br J Dermatol*. 1968;80:771-93.
56. Clark EG, Danbolt N. The Oslo study of the natural course of untreated syphilis: an epidemiologic investigation based on re-study of the Boeck Bruusgaard material. *Med Clin North Am*. 1964;48:613-23.
57. Miller RL. Pustular secondary syphilis. *Br J Vener Dis*. 1974;50(6):459-462.
58. Baughn RE, Musher DM. Secondary syphilitic lesions. *Clin Microbiol Rev*. 2005;18(1):205-216.
59. Hand RM, Senarathna SMDKG, Page-Sharp M, Gray K, Sika-Paotonu D, Sheel M, et al. Quality of benzathine penicillin G: A multinational cross-sectional study. *Pharmacol Res Perspect*. 2020;8(6):e00668.
60. Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and management of pyoderma gangrenosum: a comprehensive review. *Am J Clin Dermatol*. 2012;13:191-211.
61. Halevy S. Acute generalized exanthematous pustulosis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2009;9:322-8.
62. Sousa AS, Lara OA, Papaiordanou F, Marchioro GS, Tebcherani AJ. Acute generalized exanthematous pustulosis x Von Zumbusch's pustular psoriasis: a diagnostic challenge in a psoriatic patient. *An Bras Dermatol*. 2015;90(4):557-560.
63. Watts P, Khachemoune A. Subcorneal pustular dermatosis: a review of 30 years of progress. *Am J Clin Dermatol*. 2016;17(6):653-671.
64. Bhargava S, Kumar U, Kroumpouzou G. Subcorneal pustular dermatosis: Comprehensive review and report of a case presenting during pregnancy. *Int J Womens Dermatol*. 2020;6(3):131-136.
65. Goldstein BG, Goldstein OA. Approach to the patient with pustular skin lesions. In: UpToDate, Dellavalle RP, Levy ML (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on June 01, 2020.)

# 23. BÖLÜM

## KRONİK PRURİGO PAPÜLLERİ VE NODÜLLERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Emel BÜLBÜL BAŞKAN<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Kronik kaşıntı ile ortaya çıkan kronik prurigo çoğunlukla ekstremitelerin ve gövdenin ekstansör yüzeylerinde simetrik olarak dağılmış çok sayıda hiperkeratotik nodül ile karakterize, kronik, kaşıntılı inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Tabloyu ilk kez 1909'da Hyde tanımlayarak bu kronik dermatozlu hastalara ait hiperkeratotik nodülleri ve inatçı kaşıntıyı detaylandırmıştır. 2018 yılında Avrupa prurigo projesi kapsamında uzmanlar arasında Delphi konsensusu yapılarak kronik prurigonun (KPG) tanımı ve sınıflandırılması yapılmıştır (1,2) (**Tablo 1**). Akut ve subakut prurigo simpleks bu tanımın dışında kalmaktadır.

Kronik kaşıntıdan farklı olarak altta yatan etyolojinin KPG klinik şiddeti ve seyrine etkisi olduğuna dair kanıt yoktur. Klinik tablo sebep ne olursa olsun benzer morfolojide ve dağılımdadır. Kaşıma-kaşıntı döngüsü KPG lezyonlarına yol açan nöronal duyarlanmada kritik basamaktır. Tablo ortaya çıktıktan sonra KPG'ye özgü tedavi yaklaşımı gerekir, diğer bir deyişle altta yatan sebep tedavi edilse de tablo gerilemez. Bu bölümde KPG kliniği, KPG ile gelen hastada eşlik eden komorbiditeler ve KPG'li hastada algoritmik yaklaşım üzerinde durulacaktır.

<sup>1</sup> Prof. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ve Translasyonel Tıp AD., emelbulbulbaskan@gmail.com



## SONUÇ

KPG altı haftadan uzun süren kronik kaşıntı ile birlikte çok sayıda lokalize veya yaygın pruriginöz lezyonların varlığı olarak tanımlanır. Nöronal duyarlanma ve kaşıntı-kaşıma döngüsünün gelişimi ile ortaya çıkar. Dermatolojik, sistemik, nörolojik, psikiyatrik/psikosomatik hastalıklarla ilişkili, multifaktöryel nedenlere bağlı veya bilinmeyen sebeplerle olabilir. Ruh sağlığı, endokrin, kardiyovasküler ve böbrek bozukluklarının yanı sıra HIV ve malignite oranlarının artmasıyla ilişkilidir. KPG'deki sistemik komorbiditelerin yükü genellikle diğer inflamatuvar deri hastalıklarının (yani atopik dermatit, psoriasis gibi) yükünü aşmaktadır.

Tanısal yaklaşımda lüzüm halinde biyopsi ve immunfloresan incelemeler ile anamneze dayalı laboratuvar araştırmalar yapılır. Tedavi basamakları; topikal ve sistemik tedavileri uzun soluklu ve bazen kombinasyonlar halinde içermektedir.

## KAYNAKLAR

- Pereira MP, Stander S. How to define chronic prurigo? *Exp Dermatol.* 2019; 28:1455-1460.
- Pereira MP, Steinke S, Zeidler C, et al. European Academy of Dermatology and Venereology European prurigo Project: expert consensus on the definition, classification and terminology of chronic prurigo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018; 32: 1059-1065.
- Huang AH, Canner JK, Khanna R, et al. Real-world prevalence of prurigo nodularis and burden of associated diseases. *J Invest Dermatol.* 2020;140:480-483.e4.
- Payne CMER, Wilkinson JD, Mckeef PH, et al. Nodular prurigo: a clinicopathological study of 46 patients. *Br J Dermatol.* 1985;113:431-439.
- Boozalis E, Tang O, Patel S, et al. Ethnic differences and comorbidities of 909 prurigo nodularis patients. *J Am Acad Dermatol.* 2018;79:714-719.
- Singam V, Patel KR, Silverberg JI. Association of prurigo nodularis and lichen simplex chronicus with hospitalization for mental health disorders in US adults. *Arch Dermatol Res.* 2020;312:587-593.
- Kaushi SB, Cerci FB, Miracle J, et al. Chronic pruritus in HIV- positive patients in the southeastern United States: its prevalence and effect on quality of life. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:659-664.
- Kanazawa K, Hideo Y, Tsuda F, Murata K, Okamoto H. Association of prurigo with hepatitis C virus infection. *Arch Dermatol.* 1995;131:852-853.
- Goodwin P. Nodular prurigo associated with gluten enteropathy. *Proc Roy Soc Med.* 1977;70:140-141.
- Roenigk RK, Dahl MV. Bullous pemphigoid and prurigo nodularis. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14:944-947.
- Torchia D, Caproni M, Del Bianco E, et al. Linear IgA disease presenting as prurigo nodularis. *Br J Dermatol.* 2006;155:479-480.
- Larson VA, Tang O, Stander S, et al. Association between prurigo nodularis and malignancy in middle-aged adults. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81:1198-1201.
- Gulin SJ, Ceovic R, Loncaric D, et al. Nodular prurigo associated with mycosis fungoides a case report. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2015;23:203-207.
- Funaki M, Ohno T, Dekio S, et al. Prurigo nodularis associated with advanced gastric cancer: report of a case. *J Dermatol.* 1996; 23:703-707.
- Winhoven S, Gawkrödger D. Nodular prurigo: metabolic disease are a common association. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32:201-226
- Swarna SS, Aziz K, Zubair T, Qadir N, Khan M. Pruritus associated with chronic kidney disease: a comprehensive literature review. *Cureus.* 2019;11:e5256.
- Huang AH, Williams KA, Kwatra SG. Prurigo nodularis: epidemiology and clinical features. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83:1559-65
- Stander HF, Elmariah S, Zeidler C, et al. Diagnostic and treatment algorithm for chronic nodular prurigo. *J Am Acad Dermatol.* 2020; 82 460-8
- Weigelt N, Metz D, Ständer S. Prurigo nodularis: Systematic analysis of 58 histological criteria in 136 patients. *J Cutan Pathol.* 2010, 37, 578-586.
- Schuhknecht B, Marziniak M, Wissel A, et al. Reduced intraepidermal nerve fibre density in lesional and non-lesional prurigo nodularis skin as a potential sign of subclinical cutaneous neuropathy. *Br J Dermatol.* 2011, 165, 85-91.
- Kwon CD, Khanna R, Williams KA, Kwatra MM, Kwatra SG. Diagnostic work up and evaluation of patients with prurigo nodularis. *Medicines* 2019; 6:97
- Williams KA, Roh YS, Brown I, et al. Pathophysiology, diagnosis, and pharmacological treatment of prurigo nodularis. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2021;14(1):67-77.

# 24. BÖLÜM

## VÜCUTTA HİPERKERATOTİK/ VEJETATİF LEZYONLARA YAKLAŞIM

Ömer KUTLU<sup>1</sup>

### HİPERKERATOTİK LEZYONLARA YAKLAŞIM

Hiperkeratoz, derinin stratum korneum tabakasının kalınlaşması ile karakterize bir tablodur. Stratum korneum kalınlığı histopatolojik olarak incelenirken biyopsinin alındığı bölge önemlidir. El ve ayak tabanlarında stratum korneum çok kalın iken göz kapağında ve mukozal yapılarda oldukça inceldir.

Hiperkeratoz; akkiz iktiyoz, iktiyozis vulgaris, diskoid lupus eritematozus, psoriasis, stuko keratoz, kallus, keratinosit kökenli maligniteler gibi çok farklı spektrumdaki deri hastalıklarında ortaya çıkabilir (1-3) (Resim 1-2-3-4-5-6).



Resim 1. Akkiz iktiyoz

<sup>1</sup> Doç. Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., omerkutlu22@gmail.com

*Subkorneal püstüler dermatoz*, intertriginöz alanları tutmaya eğilimli anuler, sirsinat eritemli zeminde püstüler lezyonların ortaya çıkması ile karakterize olup bazen vejetasyonlar oluşturabilmektedir (39). *Eroziv püstüler dermatoz* da saçlı deride görülen vejetatif lezyonlarla karakterize bir diğer tablodur (40). *Enfeksiyöz hastalıklar* içerisinde özellikle atipik mikobakteriyel enfeksiyonlar ve derin fungal enfeksiyonlar da vejetatif lezyonlarla seyredilmektedir (41, 42). Rupoid terminolojisi, deniz minaresi olarak bilinen Yunanca *rhupos* kelimesinden türeyen yapıya benzerlik için kullanılmaktadır. Bu bağlamda, rupoid psoriasisde koni şeklinde, hiperkeratotik, vejetatif lezyonlar görülebilmektedir (43).

## SONUÇ

“Morfolojik tanımlama” dermatolojinin alfabeti olup dermatolojik hastalıkların tanısını koymada temel noktayı teşkil etmektedir. Bu bağlamda, hiperkeratoz ve vejetasyonla seyreden başlıca deri hastalıkları bu bölümde ele alınmıştır. Hiperkeratozla seyreden dermatozlarda özel lokalizasyonların varlığı ve lezyon karakteristiğinin kitlesel olup olmadığı tanısallaşmada yol gösterirken vejetatif dermatozlarda ise altta yatabilen ikincil hastalıkların tespit edilmesi tanısallaşmada yol göstericidir. Sonuç olarak; dermatolojide morfolojik tanımlama, hastalıklara algoritmik yaklaşımın önemli bir komponenti olup hastalıkların ayırıcı tanı sınıflandırmasında önemli rol oynamaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Elwell R. The management and treatment of hyperkeratosis. *Br J Nurs*. 2017;26:468-470.
2. Bortoluzzi P, Cusini M, Veraldi S, Nazzaro G. Hyperkeratosis lenticularis perstans (Flegel's disease): our experience and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2021;60:33-8.
3. Freeman DB. Corns and calluses resulting from mechanical hyperkeratosis. *Am Fam Physician*. 2002;65:2277.
4. Ratnavel R, Griffiths W. The inherited palmoplantar keratoderma. *Br J Dermatol*. 1997;137:485-90.
5. Has C, Technau-Hafsi K. Palmoplantar keratoderma: clinical and genetic aspects. *JDDG*. 2016;14:123-40.
6. Dev T, Mahajan VK, Sethuraman G. Hereditary palmoplantar keratoderma: A practical approach to the diagnosis. *Indian Dermatol Online J* 2019;10:365-79.
7. Itin PH, Fistarol SK. Palmoplantar keratoderma. *Clin Dermatol*. 2005;23:15-22.
8. Patel S, Zirwas M, English JC. Acquired palmoplantar keratoderma. *Am J Clin Dermatol*. 2007;8:1-11.
9. Pérez-Belmonte LM, Gómez-Moyano E, Herrero-Lifona L, Jimenez-Onate F. Verrocous mass on the tongue: oral florid papillomatosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:135-6.
10. Moretti A, Vitullo F, Augurio A, Pacella A, Croce A. Surgical management of lip cancer. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2011;31:5-10.
11. Yaghoobi R, Ranjbari N, Pazyar N, Foroozan M, Feily A. Basal cell carcinoma of vermilion mucosa of upper lip: A rare case report. *Acta Med Indones*. 2017;49:255-8.
12. Wollina U, Verma SB, Ali FM, Patil K. Oral submucous fibrosis: an update. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015;8:193.
13. Pisani V. Plantar wart/Callus-corn. *Eur J Pediatric Dermatol*. 2015;25:68-9.
14. Baykal C, Büyükbabani N, Kavak A, Alper M. Nevroid hyperkeratosis of the nipple and areola: a distinct entity. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:414-18.
15. Metin SA, Lee BW, Lambert WC, Parish LC. Dermatitis papulosa nigra: a clinically and histopathologically distinct entity. *Clin Dermatol*. 2017;35:491-96.
16. Imperial R, Helwig EB. Angiokeratoma: a clinicopathological study. *Arch Dermatol*. 1967;95:166-75.
17. Schamroth J, Zlotogorski A, Gilead L. Porokeratosis of Mibelli. Overview and review of the literature. *Acta Derm Venereol*. 1997;77:207-13.

18. Panja RK. Acrokeratosis verruciformis (Hopf)—a clinical entity? *Br J Dermatol.* 1977;96:643-52.
19. Bailey MS, Lockwood DN. Cutaneous leishmaniasis. *Clin Dermatol.* 2007;25:203-11.
20. Pennycook KM, McCreedy TA. Clavus. 2019.
21. Moy RL. Clinical presentation of actinic keratoses and squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42:S8-S10.
22. Yanagihara S, Yoshida Y, Tsuruta D, Yamamoto O. Basal cell carcinoma showing surface hyperkeratosis clinically mimicking seborrheic keratosis. *J Dermatol.* 2015;42:1195-6.
23. Hwang S, Schwartz RA. Keratosis pilaris: a common follicular hyperkeratosis. *Cutis.* 2008;82:177-80.
24. Caccetta TP, Dessauvagine B, McCallum D, Kumarasinghe SP. Multiple minute digitate hyperkeratosis: a proposed algorithm for the digitate keratoses. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:e49-e55.
25. Wang D, Chong VC-L, Chong W-S, Oon HH. A review on pityriasis rubra pilaris. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19:377-90.
26. Mehregan AH, Coskey RJ. Perforating folliculitis. *Arch Dermatol.* 1968;97(4):394-9.
27. Rekha S, Kumar V, Rao P, Kachhawa D. Disseminate and recurrent infundibulofolliculitis. *Indian J Dermatol.* 2019;64:404.
28. Mégarbané H, Mégarbané A. Ichthyosis follicularis, alopecia, and photophobia (IFAP) syndrome. *Orphanet J Rare Dis.* 2011;6:1-5.
29. Annessi G, Lombardo G, Gobello T, Puddu P. A clinicopathologic study of scarring alopecia due to lichen planus: comparison with scarring alopecia in discoid lupus erythematosus and pseudopelade. *Am J Dermatopath.* 1999;21:324-31.
30. Brody I. The ultrastructure of the epidermis in psoriasis vulgaris as revealed by electron microscopy: 5. The noncornified layers in hyperkeratosis. *J Ultrastruct Res.* 1963;8:566-79.
31. Valdivielso M, Longo I, Suarez R, Huerta M, Lazaro P. Acrokeratosis paraneoplastica (Bazex syndrome). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:340-44.
32. Ishida-Yamamoto A. Erythrokeratoderma variabilis et progressiva. *J Dermatol.* 2016;43(3):280-5.
33. Burge SM, Wilkinson JD. Darier-White disease: a review of the clinical features in 163 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27:40-50.
34. González JMF, Olivares AMO, Ychaso GF, García AHC. Mother-daughter Incontinentia pigmenti. *Revista Cubana de Pediatría.* 2020;92:1-9.
35. Goldenring J. Secondary syphilis in a prepubertal child: differentiating condylomata lata from condylomata acuminata. *N Y State J Med.* 1989;89:180-1.
36. Alagheband M, Engineer L. Lithium and halogenoderma. *Arch Dermatol.* 2000;136:126-7.
37. Nico MM, Hussein TP, Aoki V, Lourenço SV. Pyostomatitis vegetans and its relation to inflammatory bowel disease, pyoderma gangrenosum, pyodermatitis vegetans, and pemphigus. *J Oral Pathol Med.* 2012;41:584-8.
38. Almeida Jr HLD, Neugebauer MGP, Guarenti IM, Aoki V. Pemphigus vegetans associated with verrucous lesions: expanding a phenotype. *Clinics.* 2006;61:279-82.
39. Stone OJ, Simpson MH, Mullins JF. Vegetative lesions in subcorneal pustular dermatosis. *Int J Dermatol.* 1968;7(3):132-3.
40. Broussard KC, Berger TG, Rosenblum M, Murase JE. Erosive pustular dermatosis of the scalp: a review with a focus on dapsone therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:680-6.
41. Van der Werf TS, Van der Graaf WT, Tappero JW, Asiedu K. Mycobacterium ulcerans infection. *Lancet.* 1999;354:1013-8.
42. Fernandez-Flores A, Saeb-Lima M, Arenas-Guzman R. Morphological findings of deep cutaneous fungal infections. *Am J Dermatopathol.* 2014;36:531-56.
43. Gómez-Arias PJ, García-Nieto AJV. Rupoid psoriasis on the hands. *CMAJ.* 2020;192:E1407-E.

# 25. BÖLÜM

## VÜCUTTA ATROFİK VE SKLEROTİK LEZYONLARA YAKLAŞIM

Sinan ÖZÇELİK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Atrofi ve skleroz, derinin yapısında birbirinden farklı değişiklikleri ifade eden elementer lezyonlardır. Bu terimler bazen yanlışlıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. **Atrofi (Resim 1)**, epidermis, dermis veya subkutan dokunun tek tek veya hep birlikte incilmesi olarak tanımlanırken, **skleroz (Resim 2)** deride sınırlı ya da yaygın sertleşme veya endürasyon olarak tarif edilir. Bununla birlikte, atrofik deri gevşek veya sert olabilir. Gevşek atrofik deri; ince, kırışık olup sigara kağıdına benzemektedir. Öyle ki bu derinin altındaki damarlar görülebilir. Bu tip atrofinin en tipik örneklerinden biri “akrodermatitis kronika atrofikans”tır. Sert atrofik deri ise gergin, parlak ve genellikle alttaki dokulara sıkıca yapışıktır. Palpasyonda deride sertlik hissedilir. Deri güçlüğüle çekilir, deri çiz-

gileri ve foliküller kaybolmuştur. Örneğin, liken sklerozis sert atrofik derinin görüldüğü hastalıklardandır (**Resim 2**). Bu bakımdan atrofi ve skleroz, bazı hastalıklarda ayrı olarak tek başına, bazı hastalıklarda ise birlikte görülebilmektedir. Birlikte görüldüğü durumlarda lezyonların bazen atrofi bazen skleroz özelliği ön planda olabilmekte ve bu durum hastalığın klinik seyrinde değişebilmektedir. Morfeanın farklı evrelerinde görülebilen atrofik ve sklerotik lezyonlar buna örnek olabilir (**Resim 3**). Her ne kadar bu artifisyel ayırımın tanıda her zaman yardımcı olmayacağını bilsek de bu bölümde atrofik ve/veya sklerotik lezyonlara yol açan hastalıklardan farklı başlıklar altında bahsedilecek ve güncel bilgiler ışığında atrofik/sklerotik lezyonu olan hastaların değerlendirilmesinde algoritmik yaklaşımlar gözden geçirilecektir.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., sinozc@gmail.com

Dermiste musin birikimi	Sklerödem, skleromiksödem, mikozis fungoides, dermatomiyozit, GVHH, lupus eritematozus, sarkoidoz
Astreroid cisimcikler	Sarkoidoz
CD30+ lenfositler	Mikozis fungoides
Klonal T hücre popülasyonu	Liken sklerozis, liken planus
Diskeratosis	Liken sklerozis, liken planus, lupus eritematozus
Elastik doku kaybı	Anotoderma, kutis laksa, mid-dermal elastoliz
Eozinofil	Eozinofili-Myalji sendromu, toksik yağ sendromu, eozinofilik fasiit, mikozis fungoides
Plazma hücreleri	HIV enfeksiyonu, mikozis fungoides
Eozinofilik amorf madde birikimi	Liken sklerozis, amiloidoz
Epidermotropizm	Mikozis fungoides
Eritrosit ekstravazasyonu	Diskoid lupus eritematozus, liken sklerozis, porfiria kutanea tarda
Dermiste yağ doku	Piezojenik papül
Dev hücre	Sarkoidoz
Granülom	Sarkoidoz
Grenz alanı	Mikozis fungoides
Likenoid patern/Bant tarzı infiltrasyon	Liken planus, liken sklerozis, mikozis fungoides, lupus eritematozus, dermatomiyozit, GVHH
Perivasküler inflamasyon	Lupus eritematozus, Mikozis fungoides
Lenfositik vaskulit	Lupus eritematozus, Sjögren sendromu
Transepidermal eliminasyon	Psödoksantoma elastikum

ACE: Anjiotensin-konverting enzim GVHH: Graft-versus-Host Hastalığı, HIV: Human Immunodeficiency Virus, VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

## SONUÇ

Atrofi ve skleroz çok sayıda hastalıkta görülmektedir. Atrofi ve sklerozun karakteristik özellikleri ile vücuttaki tutulum yerleri; tanısal anlamda görüldükleri hastalıkların bir kısmında yeterli, bir kısmında yetersiz olabilmektedir. Farklı hastalıklarda benzer görünümelerde atrofik veya sklerotik deri lezyonlarının ortaya çıkması tanısal güçlükler nedeniyle olabilmektedir. Tam da bu noktada atrofi veya skleroz ile başvuran olgularda detaylı anamnez, eşlik eden klinik özellikler, uygun laboratuvar tetkikleri ve radyolojik incelemeler yol gösterici olacaktır. Bu incelemelerle elde edilecek ipuçlarının algoritmik yaklaşım ile izinin sürülmesi tanı için yeterli olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Tan SH, Tang MBY, Tey HL. (2018). Lipodystrophies. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L (editors). Dermatology (Volume 2, 4th edn, p. 1758-74). Philadelphia: Elsevier.
2. Knobler R, Moinzadeh P, Hunzelmann N et al. European Dermatology Forum S1-guideline on the diagnosis and treatment of sclerosing diseases of the skin, Part 1: localized scleroderma, systemic sclerosis and overlap syndromes. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31:1401-24.
3. Knobler R, Moinzadeh P, Hunzelmann N et al. European dermatology forum S1-guideline on the diagnosis and treatment of sclerosing diseases of the skin, Part 2: Scleromyxedema, scleredema and nephrogenic systemic fibrosis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31:1581-94.
4. Lewis M, Fiorentino D. (2019). Dermatomyositis. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS (editors). Fitzpatrick's Dermatology (eBook) (Volume 1, 9th edn, p. 1061-85): McGraw-Hill.

5. Moinzadeh P, Denton CP, Black CM, Krieg T. (2019). Systemic Sclerosis. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS (editors). Fitzpatrick's Dermatology (eBook) (Volume 1, 9th edn, p. 1086-105): McGraw-Hill
6. Sontheimer CJ, Costner MI, Sontheimer RD. (2019). Lupus Erythematosus. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS (editors). Fitzpatrick's Dermatology (eBook) (Volume 1, 9th edn, p. 1037-60): McGraw-Hill.
7. Tanikawa A. (2019). Sjögren Syndrome. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS (editors). Fitzpatrick's Dermatology (eBook) (Volume 1, 9th edn, p. 1070-85): McGraw-Hill
8. Weenig RH, Pittelkow MR. (2019). Scleredema and Scleromyxedema. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS (editors). Fitzpatrick's Dermatology (eBook) (Volume 1, 9th edn, p. 1063-169): McGraw-Hill.
9. Connolly MK. (2018). Systemic Sclerosis (Scleroderma) and Related Disorders. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L (editors). Dermatology (Volume 1, 4th edn, p. 693-706). Philadelphia: Elsevier.
10. Fabri M, Hunzelmann N. Differential diagnosis of scleroderma and pseudoscleroderma. J Dtsch Dermatol Ges. 2007;5:977-84.
11. Maari C, Powell J. (2018). Atrophies of Connective Tissue. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L (editors). Dermatology (Volume 2, 4th edn, p. 1723-32). Philadelphia: Elsevier.
12. Röcken M, Ghoreschi K. (2018). Morphea and Lichen Sclerosus. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L (editors). Dermatology (Volume 1, 4th edn, p. 707-21). Philadelphia: Elsevier.

# 26. BÖLÜM

## BLASCHKO ÇİZGİLERİNİ İZLEYEN DERMATOZLAR

Ayda ACAR<sup>1</sup>  
İlgen ERTAM SAĞDUYU<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Mozaizm bir zigottan oluşan hücrelerde farklı genotipik özelliklerin görülmesidir. Mozaizme bağlı olarak gelişen deri lezyonları genellikle epidermal ve dermal hücrelerin embriyonik dönemdeki migrasyon yollarını gösteren Blaschko çizgilerini izlemektedir (1). Mozaizm X'e bağlı bozukluklarda lyonizasyon, somatik mutasyonlar, epigenetik değişiklikler, kromozomal ayrılmama veya heterozigotluk kaybı gibi birçok farklı yolla oluşur (2).

Blaschko çizgileri ilk olarak 1901 yılında Alman dermatolog Alfred Blaschko tarafından tanımlanmıştır (1). Bu çizgiler gövde arka orta hatında V şeklinde, abdomende S şeklinde, gövde alt kısmında ve ekstremitelerde lineer paternde, skalpte spiral şeklinde görülmektedir (**Resim 1**) (3,4,5). Blaschko çizgilerini izleyen dermatozlar; X'e bağlı, konjenital veya edinsel hastalıklar olabilir. Blaschko çizgilerini izleyen kazanılmış, histopatolojik olarak inflamatuvar dermatozlar, bla-

kit ya da edinilmiş blaşkolineer inflamatuvar deri erüpsiyonu olarak adlandırılır. Etyopatogeneizde keratinositleri hedef alan T hücre reaksiyonu olduğu düşünülmektedir (6). Blaşkoid dağılım gösteren inflamatuvar dermatozlar; liken planus, liken nitidus, psoriasis, kutanöz lupus eritematozus (LE), liken planopilaris, morfea, liken sklerozis et atrofikus, lineer likenoid graft versus host hastalığı, lineer fiks ilaç erüpsiyonu ve atopik dermatittir (7,8). Literatürde lineer dağılımı olduğu bildirilen kutanöz LE formları; diskoid LE, LE profundus, subakut kutanöz LE, büllöz LE'dir (7). **Tablo 1**'de Blaschko çizgilerinde görülen deri lezyonları klinik özelliklerine göre sınıflandırılmıştır (3,9).

### Liken striatus

Liken striatus; en sık görülen Blaschko çizgilerini izleyen dermatozdur. Genellikle ekstremitelerde yerleşen eritemli ya da hipopigmente, skuamlı likenoid papüller şeklinde görülür (**Resim 2 a,b**). Tırnak tutulumuna neden olabilir. Tırnak tutulumu olduğunda genellikle tek bir tırnakta ve tırna-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., aydaerbas@yahoo.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., ilgenertam@gmail.com





**Resim 8.** Alt ekstremitede lineer poligonik papüller (Blaşkoid liken planus)



**Resim 9a.** Sol memeden sırta doğru yayılım gösteren blaşkoid paternde hiperpigmente yamalar (Liken planus pigmentozus)



**Resim 9b.** Sol memeden sırta doğru yayılım gösteren blaşkoid paternde hiperpigmente yamalar (Liken planus pigmentozus)



**Resim 10.** Gövdede helezonik şekilli hipopigmente maküller (İto'nun hipomelanozisi)

## SONUÇ

Blaschko çizgileri embriyonik dönemde epidermal ve dermal hücrelerin göç yollarını gösterir. Bu çizgilerde oluşan dermatozlar farklı şekiller oluşurması nedeniyle ilgi çekici klinik bulgular gösterir. Özellikle konjenital ve çocukluk döneminde görülen Blaschko çizgilerini izleyen dermatozlar sendromik olabilmektedir ve hastalarda eşlik edebilecek diğer sistem tutulumları açısından ileri incelemeler gerektirmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Moss C, Browne F. Mosaicism and Linear Lesions. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L editors. In: Dermatology fourth edition. Elsevier, 2018, p1004-24.
2. Aravind M, Do TT, Cha HC, Fullen DR, Cha KB. Blaschkolinear acquired inflammatory skin eruption, or blaschkitis, with features of lichen nitidus. JAAD Case Rep. 2016;2(2):102-4.
3. Alkhowailed MS, Otayf M, Albasseet A, Almousa A, Alajlan Z, Altalhab S. Clinical Approach to Linear Hyperpigmentation: A Review Article. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2021;14:23-35.
4. Criscito MC, Brinster NK, Skopicki DL, Seidenberg R, Cohen JM. Blaschkoid lichen planus: Throwing a "curve" in the nomenclature of linear lichen planus. JAAD Case Rep. 2020;6(3):237-239.
5. Litvinov IV, Jafarian F. Images in clinical medicine. Lichen striatus and lines of Blaschko. N Engl J Med. 2012;367(25):2427.
6. Darsha AK, Cohen PR. Blaschkolinear Acquired Inflammatory Skin Eruption (BLAISE): Case Report of a Young Man Whose Dermatitis had Features of Lichen Striatus and Blaschkitis. Cureus. 2020;12(10):e10785.

7. Liu W, Vano-Galvan S, Liu JW, Qian YT, Fang K, Ma DL. Pigmented linear discoid lupus erythematosus following the lines of Blaschko: A retrospective study of a Chinese series. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2020;86(4):359-365
8. Keegan BR, Kamino H, Fangman W, Shin HT, Orlow SJ, Schaffer JV. "Pediatric blaschkitis": expanding the spectrum of childhood acquired Blaschko-linear dermatoses. *Pediatr Dermatol.* 2007;24(6):621-7.
9. Chang MW. Disorders of hyperpigmentation. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L editors. In: *Dermatology fourth edition.* Elsevier, 2018, p1115-42.
10. Senner S, Eicher L, Nasifoglu S, Wollenberg A. Linear patterns of the skin and their dermatoses. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2020;18(4):341-364.
11. Müller CS, Schmaltz R, Vogt T, Pföhler C. Lichen striatus and blaschkitis: reappraisal of the concept of blaschkolinear dermatoses. *Br J Dermatol.* 2011;164(2):257-62.
12. Cammarata-Scalisi F, Fusco F, Ursini MV. Incontinentia Pigmenti. *Actas Dermosifiliogr.* 2019 May;110(4):273-278.
13. Berlin AL, Paller AS, Chan LS. Incontinentia pigmenti: a review and update on the molecular basis of pathophysiology. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47(2):169-87.
14. Swinney CC, Han DP, Karth PA. Incontinentia Pigmenti: A Comprehensive Review and Update. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina.* 2015;46(6):650-7.
15. Bodemer C, Diociaiuti A, Hadj-Rabia S, Robert MP, Desguerre I, Manière MC, de la Dure-Molla M, De Liso P, Federici M, Galeotti A, Fusco F, Fraïtag S, Demily C, Taieb C, Valeria Ursini M, El Hachem M, Steffann J. Multidisciplinary consensus recommendations from a European network for the diagnosis and practical management of patients with incontinentia pigmenti. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(7):1415-1424.
16. Greene-Roethke C. Incontinentia Pigmenti: A Summary Review of This Rare Ectodermal Dysplasia With Neurologic Manifestations, Including Treatment Protocols. *J Pediatr Health Care.* 2017;31(6):e45-e52.
17. Wang L, Jin X, Zhao X, Liu D, Hu T, Li W, Jiang L, Dan H, Zeng X, Chen Q. Focal dermal hypoplasia: updates. *Oral Dis.* 2014;20(1):17-24.
18. Murakami C, de Oliveira Lira Ortega A, Guimarães AS, Gonçalves-Bittar D, Bönecker M, Ciamponi AL. Focal dermal hypoplasia: a case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(2):e11-8.
19. Requena L, Requena C, Cockerell CJ. Benign Epidermal Tumors and Proliferations. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L editors. In: *Dermatology fourth edition.* Elsevier, 2018, p1894-916.
20. Garcias-Ladaria J, Cuadrado Rosón M, Pascual-López M. Epidermal Nevi and Related Syndromes -- Part 1: Keratinocytic Nevi. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(8):677-686.
21. Cuda JD, Rangwala S, Taube JM. Benign Epithelial Tumors, Hamartomas and Hyperplasias. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Mangolis DJ, Mc Michael AJ, Orringer JS editors. In: *Fitzpatrick's Dermatology.* McGraw-Hill Education, 2019, p1799-1819.
22. James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhau IM. Epidermal Nevi, Neoplasms and Cysts. In: *Andrews' Diseases of the Skin.* Elsevier, 2020, p636-85.
23. Asch S, Sugarman JL. Epidermal nevus syndromes: New insights into whorls and swirls. *Pediatr Dermatol.* 2018;35(1):21-29.
24. Dwiyana RF, Hazari MN, Diana IA, Gondokaryono SP, Effendi RMRA, Gunawan H. Schimmelpenning Syndrome with Large Nevus Sebaceous and Multiple Epidermal Nevi. *Case Rep Dermatol.* 2020;12(3):186-191.
25. Moody MN, Landau JM, Goldberg LH. Nevus sebaceous revisited. *Pediatr Dermatol.* 2012;29(1):15-23.
26. McCalmont TH, Pincus LB. Adnexal neoplasms. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L editors. In: *Dermatology fourth edition.* Elsevier, 2018, p1930-52. .
27. Garcias-Ladaria J, Cuadrado Rosón M, Pascual-López M. Epidermal Nevi and Related Syndromes - Part 2: Nevi Derived from Adnexal Structures. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(8):687-698.
28. Hwang LY, Lee JB, Richard G, Uitto JJ, Hsu S. Type 1 segmental manifestation of Hailey-Hailey disease. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Oct;49(4):712-4
29. Bidoia FDP, Massanares BM, Roncada EVM, Schaefer LV. Case for diagnosis. Linear Darier's disease. *An Bras Dermatol.* 2018;93(5):749-751.
30. Lavorato FG, Azulay-Abulafia L, Ramos V, Obadia DL, Rocha DS, Souza VF. Case for diagnosis: Linear Darier. *An Bras Dermatol.* 2013 Jul-Aug;88(4):656-8.
31. Eicher L, Flaig MJ, Senner S, Betke M. Lineare Porokeratose [Linear porokeratosis]. *Hautarzt.* 2020;71(Suppl 1):54-56.
32. James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhau IM. Genodermatoses and Congenital Anomalies. In: *Andrews' Diseases of the Skin.* Elsevier, 2020, p547-86.
33. Hartman RD, Molho-Pessach V, Schaffer JV. Conradi-Hünermann-Happle syndrome. *Dermatol Online J.* 2010;16(11):4.
34. Cañueto J, Girós M, Ciria S, Pi-Castán G, Artigas M, García-Dorado J, et al. Clinical, molecular and biochemical characterization of nine Spanish families with Conradi-Hünermann-Happle syndrome: new insights into X-linked dominant chondrodysplasia punctata with a comprehensive review of the literature. *Br J Dermatol.* 2012;166(4):830-8.
35. Passeron T, Ortonne JP. Vitiligo and other disorders of hypopigmentation. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L editors. In: *Dermatology fourth edition.* Elsevier, 2018, p1096-114.
36. Chamli A, Litaïem N. Hypomelanosis of Ito. 2020 Jun 27. In: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.
37. Khera D, Singh S, Gupta P. Hypomelanosis of Ito: streaks and whorls. *BMJ Case Rep.* 2019;12(4):e227693.
38. Ream M. Hypomelanosis of Ito. *Handb Clin Neurol.* 2015;132:281-9.

# 27 ● BÖLÜM

## ALOPESESİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Deren ÖZCAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Alopesi, her yaştaki kadın ve erkekte ortaya çıkabilen, etkilenen bireylerde psikososyal rahatsızlıklara yol açarak hayat kalitesini düşüren geniş bir hastalık grubudur. Pek çok lokal veya sistemik hastalığa bağlı olarak oluşan, bazen kalıcı saç kaybına neden olabilen alopesi alt tiplerine doğru tanının konması, uygun tedaviye erken dönemde başlanabilmesi açısından son derece önemlidir.

Alopesi, klasik olarak “sikatrisyel olmayan” ve “sikatrisyel” tip olmak üzere iki gruba ayrılır:

**Sikatrisyel olmayan alopesiler:** Foliküler epitel sağlamdır ve yeni saç çıkması mümkündür. (Tablo 1).

**Tablo 1.** Sikatrisyel olmayan alopesiler

Androgenetik alopesi
Telogen efluvium (akut/kronik)
Alopesi areata
Trikotillomani
Traksiyonel alopesi
Anagen efluvium
Basınç ile ilişkili alopesi
Temporal triangüler alopesi
Sfilitik alopesi
Psöriyatik alopesi
Gevşek (kısa) anagen sendromu
Tinea kapitis (erken dönem)
Sistemik lupus eritematozusta görülen yama tarzı alopesi

<sup>1</sup> Prof. Dr., Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., derenozcan@yahoo.com.tr

mesi, saçın mikroskopik incelemesi ve “Tug” testi gibi özel testler yapılmalıdır. Alopesilerin ayırıcı tanısında oldukça yardımcı olan ve son yıllarda yaygın olarak kullanılan trikoskopik inceleme mutlaka uygulanmalıdır. Ayrıntılı öykü, klinik inceleme ve trikoskopi ile tanı konulamayan durumlarda saçlı deri biyopsisi alınmalıdır. Alopesi alt tiplerine doğru tanının konması, uygun tedavinin erken dönemde başlanabilmesi açısından oldukça önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Olsen EA, Bergfeld WF, Cotsarelis G, et al: Summary of North American Hair Research Society (NAHRS)-sponsored workshop on cicatricial alopecia, Duke University Medical Center, February 10 and 11, 2001. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 103-110.
2. Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M, et al. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part I. History and clinical examination. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(3):415.e1-415.e15. doi: 10.1016/j.jaad.2014.04.070.
3. Blume-Peytavi U, Vogt A. Current standards in the diagnostics and therapy of hair diseases - hair consultation. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2011;9(5):394-410. doi: 10.1111/j.1610-0387.2011.07609.x.
4. Shapiro J, Wiseman M, Lui H. Practical management of hair loss. *Can Fam Physician*. 2000;46:1469-77.
5. Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M, et al. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part II. Trichoscopic and laboratory evaluations. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(3):431.e1-431.e11. doi: 10.1016/j.jaad.2014.05.008.
6. Rudnicka, L., Olszewska, M., Rakowska, A. (2012). *Atlas of trichoscopy*. (First edit). London: Springer
7. Sperling, L.C., Cowper, S.E., Knopp, E.A. (2012). *An atlas of hair pathology with clinical correlations*. (Second edit). London and NY: Informa Healthcare
8. Özcan D, Özen Ö, Seçkin D. Vertical vs. transverse sections of scalp biopsy specimens: a pilot study on the comparison of the diagnostic value of two techniques in alopecia. *Clin Exp Dermatol*. 2011;36(8):855-63. doi: 10.1111/j.1365-2230.2011.04154.x.
9. Qi J, Garza LA. An overview of alopecias. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2014;4(3):a013615. doi: 10.1101/cshperspect.a013615.
10. Kanti V, Röwert-Huber J, Vogt A, et al. Cicatricial alopecia. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2018;16(4):435-461. doi: 10.1111/ddg.13498.
11. Caputo, R., Tadini, G. (2006). *Atlas of genodermatoses*. (First edit). London and NY: Taylor & Francis Group
12. Blume-Peytavi, U, Tosti, A., Whiting, D.A., Trüeb, R.M (2008). *Hair growth and disorders*. (First edit). Verlag Berlin Heidelberg: Springer

# 28. BÖLÜM

## SAÇLI DERİDE KAŞINTI VE YANMALI HASTAYA YAKLAŞIM

*Olca KURNAZ<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Saçlı deri, sıklıkla kaşıntı ile kendini gösteren anatomik alanlardan biridir ve saçlı deri kaşıntısı dermatoloji kliniğine başvuran hastalarda oldukça sık karşılaşılan bir şikayettir. Yanma şikayeti ise kaşıntıya neden olan bazı hastalıklarla birlikte olabileceği gibi, primer deri lezyonu olmaksızın batma, karıncalanma, uyuşma ile birlikte görülebilen, saçlı deri dizestezi olarak adlandırılan bir tablo ile de karşımıza çıkabilir (1).

Saçlı deri kaşıntı ve yanması ile ilgili bilgiler oldukça sınırlı ve karmaşıktır. Bu şikayetler ile başvuran hastalarda etyolojinin belirlenebilmesi ve tedavinin etkin bir şekilde yapılabilmesi için kapsamlı bir değerlendirme gerekir. Bu bölümde, saçlı deri kaşıntısının yaygın nedenleri, klinik ipuçlarıyla ele alınacak ve saçlı deri dizestezisine değinilecektir.

Hasta açısından yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen saçlı deri kaşıntısı, sadece o alana lokalize olabileceği gibi vücudun diğer alanlarını tutan hastalıklarla birlikte de olabilir (2). Literatürde prevalansına ilişkin epidemiyolojik çalışmalar % 13 ile 45 arasında değişmektedir (3,4).

Genel olarak altta yatan etyolojiye göre iki geniş kategoriye ayrılabilir (5,6):

1. Primer deri hastalığı ile ilişkili kaşıntı (dermatolojik),
2. Primer deri hastalığı ile ilişkili olmayan kaşıntı (non-dermatolojik).

İlk kategori inflamatuvar dermatozlar, kollajen doku hastalıkları, enfeksiyöz hastalıklar, enfestasyonlar, neoplaziler şeklinde gruplandırılabilirken; ikinci kategori sistemik, nörolojik ve psikiyatrik bozukluklar nedeniyle gelişen saçlı deri kaşıntısı olarak alt gruplara ayrılabilir (6,7).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, olcayer88@gmail.com

**KAYNAKLAR**

1. Sinclair,R., Tai,Y.J., (2003). Disorders of the scalp. Blume-Peytavi U., Tosti,A., Whiting,D.A., Trüeb,R.,(Eds). Hair growth and disorders. (1st ed.,pp.402-3). Berlin:Springer.
2. Bernhard,J.D. The itchy scalp and other pruritic curiosities. *Semin Cutan Med Surg*.1995;14(4):326-9.
3. Goon,A.T.J., Yosipovitch,G., Chan,Y.H., et al. Clinical characteristics of generalized idiopathic pruritus in patients from a tertiary referral center in Singapore. *Int J Dermatol*. 2007 Oct; 46(10):1023-6.
4. Matterne,U., Apfelbacher,C.J., Loerbroks, A., et al. Prevalence, correlates and characteristics of chronic pruritus: A population-based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol*. 2011;91(6):674-9.
5. Vázquez-Herrera,N.E., Sharma,D., Aleid,N.M., et al. Scalp Itch: A Systematic Review. *Ski Appendage Disord*. 2018;4(3):187-99.
6. Lee,N., Yosipovitch, G., (2019). The Itchy Scalp. Mariya Miteva (Ed.), Alopecia. (1st ed.,pp.219-228). United States of America: Elsevier Ltd.
7. Rattanakaemakorn,P., Suchonwanit,P. Scalp pruritus: Review of the pathogenesis, diagnosis, and management. *Biomed Res Int*. 2019;2019.
8. Soutor,C., Hordinsky, M., (2018). Klinik Dermatoloji. (Mehmet Salih Gürer, Çev.Ed.). İstanbul:İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Ltd.
9. Helm,K.F., Foulke,G.T., Marks, J.G., (2017). Dermatolojide Ayırıcı Tanı. (Aslı Tatlıparmak, Çev.Ed.). İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Ltd.
10. Serveroğlu,S., (2008). Sikatriyel ve travmatik alopesiler. Tüzün,Y., Gürer,M.A., Serdaroğlu,S., Oğuz,O., Aksungur, V.L., (Eds.). Dermatoloji. (3'üncü Baskı,ss.1324-34), İstanbul:Nobel tıp kitabevleri.
11. Otberg,N., Shapiro, J., (2019). Cicatricial alopecias. Wolff, K., Jonhson, R., Saavedra, A.,Roh, E., (Eds). Fitzpatrick` s Dermatology. (9th.ed.,pp1524-36). United States C: McGraw-Hill Education.
12. Sperling,L., (2018). Alopecias. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Jorizzo, J.L., (Eds). *Dermatology* (4th ed., pp. 1162-87). California: Elsevier Ltd.
13. Berg, R.E., Kantor, G.R., Bergfeld, W.F. Urticarial Vasculitis. *Int J Dermatol*.1988;27(7):468-72.
14. Önder, M., (2008). Pruritus. Tüzün, Y., Gürer, M., Serdaroğlu, S., Oğuz, O., Aksungur, V.L., (Eds.), Dermatoloji. (3'üncü Baskı, ss.161-82.) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi .
15. Aksungur, V., Alpsoy, E., Baykal, C., Uzun, S., (2007). Dermatolojide Algoritmik Tanı. (1'inci Baskı,ss:232-235). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
16. Legat, F.J., Weishaar, E., Fleischer, A.B., et al (2018). Pruritus and dysesthesia. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Cerroni, L., (Eds). *Dermatology* (4th ed., pp. 111-27). Philadelphia: Elsevier.
17. Bin Saif, G.A., Ericson, M.E., Yosipovitch, G. The itchy scalp - scratching for an explanation. Vol. 20, *Experimental Dermatology*. NIH Public Access; 2011.pp:959-68.
18. Aydoğan,K., Haşal,E. (2019). Pruritusta tanısal testler. Şavk, E., (ed). Pruritus. (1'inci Baskı,ss21-6.). Ankara-Türkiye Klinikleri;
19. Rosen, J.D., Fostini,A.C., Yosipovitch, G. Diagnosis and Management of Neuropathic Itch.Vol. 36, *Dermatologic Clinics*. W.B. Saunders; 2018. p.213-24.
20. Trüeb, R.M., Gieler, U. (2003). Scalp Dysesthesise. Blume-Peytavi, U., Tosti, A., Whiting, D.A., Trüeb, R., (Eds.). Hair growth and disorders. (1st ed.,pp 422-3). Berlin:Springer.

# 29. BÖLÜM

## SAÇLI DERİDE KEPEKLENMESİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Esra ARI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Kepek (skuam), stratum korneumun ince yapraklar halinde anormal atılımı ile oluşan, korneosit kümeleridir. Farklı şekil ve büyüklüklerde görülebilir. Saçlı deride kepeklenme, herhangi bir yaş, cinsiyet ve ırktan insanı etkileyebilen, oldukça sık görülen bir durumdur. Saçlı deri kepeklenmesi ile başvuran bir olguda, aklımıza gelen ilk tanı seboreik dermatit olsa da, birçok dermatolojik hastalık saçlı deride kepeklenmeye neden olabilir. Bu bölümde saçlı deri kepeklenmesi etyolojisinde yer alan hastalıklara kısaca değinilecek ve bu olgulara yaklaşımda dikkat edilecek noktalar ele alınacaktır. Böyle bir olguya yaklaşımda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar **Tablo 1**'de gösterilmiştir (1).

**Tablo 1.** Saçlı deri kepeklenmesi olan bir olguya yaklaşımda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar

İnflamatuvar Hastalıklar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seboreik Dermatit</li><li>• Psoriasis</li><li>• Atopik Dermatit</li><li>• Kontakt Dermatit</li><li>• Diskoid Lupus Eritematozus</li><li>• Liken planopilaris</li><li>• Dermatomiyozit</li><li>• Pitriazis Rubra Pilaris</li><li>• Pemfigus Foliasus</li></ul>
Enfestasyonlar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pedikülozis Kapitis</li></ul>
Dermatofit Enfeksiyonları	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tinea Kapitis</li></ul>
Genodermatozlar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Darier Hastalığı (Keratozis Foliküleris)</li></ul>
Histiyositozlar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Langerhans Hücreli Histiyositozlar</li></ul>

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Akşehir Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, esra88ari@hotmail.com

## SONUÇ

Bu bölümde saçlı deride kepeklenmesi olan bir hastaya yaklaşımı, algoritmalar ve ipuçları ile özetlemeye çalıştık. Saçlı deride kepeklenme ile başvuran olgularda, en sık görülen hastalık sebo-reik dermatit olsa da, ayırıcı tanıda düşünmemiz gereken çok sayıda dermatolojik hastalık vardır (**Tablo 1**). Dikkatle yapılan muayene ve anamnez, doğru tanıya ulaşmamızda oldukça önemlidir. Hastanın yaşı, hastalığın başlangıç zamanı, süresi, eşlik eden yakınma ve bulgular, aile öyküsü sorgulanmalı, kepeğin rengi, büyüklüğü, lezyonun sınırları, yerleşim yeri, diğer tutulum bölgeleri değerlendirilmeli ve gerekirse sistematik bir muayene yapılmalıdır. Dermatoskop, ışık mikroskobu, Wood ışığı hızlı ve kolay bir şekilde tanıya ulaşmamızda yardımcı olacaktır. Doğru tanı, tedavide başarıya ulaşmamızı sağlayan ilk basamaktır.

## KAYNAKLAR

- Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. *J Clin Investig Dermatol.* 2015;3(2). Doi: 10.13188/2373-1044.1000019.
- Vázquez-Herrera NE, Sharma D, Aleid NM, Tosti A. Scalp Itch: A Systematic Review. *Skin Appendage Disord.* 2018;4(3):187-199. Doi: 10.1159/000484354.
- Aksungur V, Alpsoy E, Baykal C, Uzun S. (2007). *Dermatolojide Algoritmik Tanı*. İstanbul: Yelken Matbaası
- Tüzün Y, Parlak AH. (2008). Uyuz, Bitlenme ve Diğer Paraziter Hastalıklar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V (Eds.), *Dermatoloji*. (3<sup>th</sup>ed. s.683-728) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
- Grimalt R. A practical guide to scalp disorders. *J Investig Dermatology Symp Proc.* 2007;12(2):10-14. Doi: dx.doi.org/10.1038/sj.jidsymp.5650048
- Elewski BE. Clinical Diagnosis of Common Scalp Disorders. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2005;10:190-193. Doi: 10.1111/j.1087-0024.2005.10103.x
- Reider N, Fritsch PO. (2018). Other Eczematous Eruptions. In Bologna JL, Schaffer J V, Cerroni L. (Eds.), *Dermatology* (4<sup>th</sup> ed., pp. 228-241). California: Elsevier Ltd.
- Gülekon A. (2008). Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Tüzün Y, Gürer M, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V (Eds.), *Dermatoloji içinde* (3<sup>th</sup>ed.,s.745-756). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
- Van de Kerkhof P, Nestle F. (2018). Psoriasis. In Bologna JL, Schaffer J V, Cerroni L (Eds.), *Dermatology* (4<sup>th</sup> ed., pp.138-160) California: Elsevier Ltd.
- Van De Kerkhof P, Franssen ME. Psoriasis of the scalp: Diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol.* 2001;2(3):159-65. Doi: 10.2165/00128071-200102030-00005
- Piérard-Franchimont C, Xhaufaire-Uhoda E, Piérard GE. Revisiting dandruff. *Int J Cosmet Sci.* 2006;28(5):311-318. Doi: 10.1111/j.1467-2494.2006.00326.x
- Elewski BE. Tinea capitis: A current perspective. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42(1 I):1-20. Doi: 10.1016/s0190-9622(00)90001-x
- Dicle Ö, Özkesici B. Tinea kapitis. *Turk Dermatoloji Derg.* 2013;7(1):1-8.
- Aqil N, Baybay H, Moustaide K, Douhi Z, Elloudi S, Mer-nissi FZ. A prospective study of tinea capitis in children: Making the diagnosis easier with a dermoscope. *J Med Case Rep.* 2018;12(1):383. Doi: 10.1186/s13256-018-1914-6
- Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(2):338-351. Doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.010
- Silverberg JI, Margolis DJ, Boguniewicz M, Fonacier L, Grayson MH, Ong PY, et al. Distribution of atopic dermatitis lesions in United States adults. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2019;33(7):1341-1348. Doi: 10.1111/jdv.15574
- Bolduc C, Sperling LC, Shapiro J. Primary cicatricial alopecia: Lymphocytic primary cicatricial alopecias, including chronic cutaneous lupus erythematosus, lichen planopilaris, frontal fibrosing alopecia, and Graham-Little syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(6):1081-1099. Doi:10.1016/j.jaad.2014.09.058
- Babahosseini H, Tavakolpour S, Mahmoudi HR, Balighi K, Teimourpour A, Ghodsi SZ, et al. Lichen planopilaris: retrospective study on the characteristics and treatment of 291 patients. *J Dermatolog Treat.* 2019;30(6):598-604. Doi: 10.1080/09546634.2018.1542480
- Uzun S. (2008). Büllü Hastalıklar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V, editörler. *Dermatoloji içinde* (3<sup>th</sup>ed.,s.805-913). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi
- Kasteler JS. Scalp Involvement in Dermatomyositis. *JAMA.* 1994;272(24):1939-1941.
- DeWane ME, Waldman R, Lu J. Dermatomyositis: Clinical features and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(2): 267-281. Doi: 10.1016/j.jaad.2019.06.1309
- Kamarachev J, Grozdev I, Darlenski R, Tsankov N. Pityriasis rubra pilaris as a systemic disease. *Clin Dermatol.* 2019;37(6):657-662. Doi: 10.1016/j.clindermatol.2019.07.030
- Hohl D. (2018). Darier Disease and Hailey - Hailey Disease. In Bologna JL, Jorizzo JL RR. (Eds.), *Dermatology* (4<sup>th</sup> ed., pp. 944-954) California: Elsevier Ltd.
- Krooks J, Minkov M, Weatherall AG. Langerhans cell histiocytosis in children: History, classification, pathobiology, clinical manifestations, and prognosis. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(6):1035-1044. Doi: 10.1016/j.jaad.2019.06.1309



# 30. BÖLÜM

## SAÇLI DERİDE SÜPÜRATİF LEZYONLARI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Göknur KALKAN<sup>1</sup>

Saçlı deride süpüratif lezyonlar enfeksiyöz veya non-enfeksiyöz inflamatuvar hastalıklar nedeniyle oluşur (**Tablo 1**). Eşlik eden klinik özelliklerin tanınması ayırıcı tanıyı daraltmak için önemlidir.

### ENFEKSİYÖZ NEDENLER

Saçlı deri foliküliti mikroorganizmaların folikül içine girmesi sonucu ortaya çıkan kıl köklerinin iltihaplanma sürecidir. Kıl folikülü içinde başlayan bir piyodermadır (**Tablo 2**). Hastalarda iltihaplı foliküller papüller ve püstüller gelişir. Enfeksiyöz nedenlerle oluşan folikülit; mikrobiyal etyolojiye göre bakteriler, virüsler ve mantar kaynaklı oluşur. Enfeksiyöz folikülitlerin çoğunluğuna bakteri ve mantarlar (pityrosporum, demodex veya diğer ajanlar gibi) neden olur. Herpes simplex hominis ve varicella-zoster'e bağlı viral folikülit daha nadirdir. Folikülit klinik olarak eritemli papülovezikül veya göbekli vezikül olarak kendini gösterir. Saçlı derinin en sık görülen foliküliti Staphylococcus aureus [S. aureus] folikülitidir (1,2).

### Bakteriyel Folikülit

Bakteriyel folikülit yüzeysel veya derin olabilir, çoğunlukla etken Staphylococcus aureus, streptococcus, proteus, psödomonas veya koliform basilidir. Bakteriyel folikülitlerde en sık etken stafilokok türleri, özellikle S.aureus'tur. Ana neden, genellikle nazal veya perianal bölge olmak üzere bir taşıyıcı odağından bulaşma veya otoinokülasyonudur. Koagülaz negatif stafilokoklar, S.epidermidis ve S. pyogenes de folikülite neden olabilir. Predispozan faktörler arasında hiperhidroz, oklüzyon/saçlı derinin kapalı kalması, maserasyon, saçların çekilmesi, topikal kortikosteroid kullanımı, hidrokarbon, katran, yağlar veya diğer kimyasal maddelere maruziyet yer alır. Folikülitin tipik lezyonu kendiliğinden drene edilebilen küçük iltihaplı, kubbe şeklinde bir papül veya püstüldür. Hem kaşıntı hem de ağrı görülebilir. Tutulum yaygın olduğunda ateş veya lenfadenopati gibi sistemik semptomlar ortaya çıkabilir (1-3).

<sup>1</sup> Prof. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, goknurkalkan@yahoo.com

## KAYNAKLAR

- Lugović-Mihić L, Barisić F, Bulat V, Buljan M, Situm M, Bradić L, Mihić J. Differential diagnosis of the scalp hair folliculitis. *Acta Clin Croat*. 2011 Sep;50(3):395-402.
- Luelmo-Aguilar J, Santandreu MS. Folliculitis: recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2004; 5:301.
- Canpolat F. Infections, Infestations and Neoplasms of the Scalp. DOI: 10.5772/67278. IntechOpen 2017.
- Durdu M, Ilkit M. First step in the differential diagnosis of folliculitis: cytology. *Critical Reviews in Microbiology*. 2013 Feb;39(1):9-25.
- Böni R, Nehrhoff B. Treatment of gram-negative folliculitis in patients with acne. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(4):273-6.
- Prindaville B, Belazarian L, Levin NA, Wiss K. Pityrosporum folliculitis: A retrospective review of 110 cases. *J Am Acad Dermatol* 2018; 78:511.
- Leung AKC, Hon KL, Leong KF, Barankin B, Lam JM. Tinea Capitis: An Updated Review. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2020;14(1):58-68.
- Hay RJ. Tinea Capitis: Current Status. *Mycopathologia*. 2017 Feb;182(1-2):87-93.
- John AM, Schwartz RA, Janniger CK. The kerion: an angry tinea capitis. *Int J Dermatol*. 2018 Jan;57(1):3-9. doi: 10.1111/ijd.13423.
- Otberg N, Kang H, Alzolibani AA, Shapiro J. Folliculitis decalvans. *Dermatol Ther*. 2008 Jul-Aug;21(4):238-44.
- Olsen EA, Bergfeld WF, Cotsarelis G, et al. Summary of North American Hair Research Society (NAHRS)-sponsored Workshop on Cicatricial Alopecia, Duke University Medical Center, February 10 and 11, 2001. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48:103.
- Chiarini C, Torchia D, Bianchi B, et al. Immunopathogenesis of folliculitis decalvans: clues in early lesions. *Am J Clin Pathol* 2008; 130:526.
- Ross EK, Tan E, Shapiro J. Update on primary cicatricial alopecias. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:1
- Powell J, Dawber RP. Folliculitis decalvans and tufted folliculitis are specific infective diseases that may lead to scarring, but are not a subset of central centrifugal scarring alopecia. *Arch Dermatol* 2001; 137:373.
- Stefanato CM. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. *Histopathology* 2010; 56:24.
- Fernández-Crehuet P, Vañó-Galván S, Molina-Ruiz AM, et al. Trichoscopic Features of Folliculitis Decalvans: Results in 58 Patients. *Int J Trichology* 2017; 9:140.
- Rambhia PH, Conic RRZ, Murad A, et al. Updates in therapeutics for folliculitis decalvans: A systematic review with evidence-based analysis. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80:794.
- Miguel-Gómez L, Rodrigues-Barata AR, Molina-Ruiz A, et al. Folliculitis decalvans: Effectiveness of therapies and prognostic factors in a multicenter series of 60 patients with long-term follow-up. *J Am Acad Dermatol* 2018; 79:878.
- Scheinfeld N. Dissecting cellulitis (Perifolliculitis Capitis Abscedens et Suffodiens): a comprehensive review focusing on new treatments and findings of the last decade with commentary comparing the therapies and causes of dissecting cellulitis to hidradenitis suppurativa. *Dermatol Online J* 2014; 20:22692.
- Segurado-Miravalles G, Camacho-Martínez FM, Arias-Santiago S, et al. Epidemiology, clinical presentation and therapeutic approach in a multicentre series of dissecting cellulitis of the scalp. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2017; 31:e199.
- Mundi JP, Marmon S, Fischer M, et al. Dissecting cellulitis of the scalp. *Dermatol Online J* 2012; 18:8.
- Brănișteanu DE, Molodoi A, Ciobanu D, et al. The importance of histopathologic aspects in the diagnosis of dissecting cellulitis of the scalp. *Rom J Morphol Embryol* 2009; 50:719.
- Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M, Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part II. Trichoscopic and laboratory evaluations. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71:431.e1.
- Thomas J, Aguh C. Approach to treatment of refractory dissecting cellulitis of the scalp: a systematic review. *J Dermatolog Treat*. 2021 Mar;32(2):144-149.
- Karanfilian KM, Wassef C. Erosive pustular dermatosis of the scalp: causes and treatments. *Int J Dermatol*. 2021 Jan;60(1):25-32. doi: 10.1111/ijd.14955.
- Wilk M, Zelger BG, Hauser U, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp: reappraisal of an underrecognized entity. *J Dtsch Dermatol Ges* 2018; 16:15.
- Starace M, Alessandrini A, Baraldi C, Piraccini BM. Erosive pustular dermatosis of the scalp: challenges and solutions. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019 Sep 12;12:691-698.
- Starace M, Loi C, Bruni F, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp: Clinical, trichoscopic, and histopathologic features of 20 cases. *J Am Acad Dermatol* 2017; 76:1109.
- Lee KH, Carley SK, Kraus CN, Mesinkovska NA. Treatment of erosive pustular dermatosis: a systematic review of the literature. *Int J Dermatol*. 2020 Jul;59(7):770-786.
- Ogunbiyi A. Acne keloidalis nuchae: prevalence, impact, and management challenges. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016 Dec 14;9:483-489. doi: 10.2147/CCID.S99225. ECollection 2016.
- Quarles FN, Brody H, Badreshia S, et al. Acne keloidalis nuchae. *Dermatol Ther* 2007; 20:128.
- Maranda EL, Simmons BJ, Nguyen AH, et al. Treatment of Acne Keloidalis Nuchae: A Systematic Review of the Literature. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2016; 6:363.
- Alexis A, Heath CR, Halder RM. Folliculitis keloidalis nuchae and pseudofolliculitis barbae: are prevention and effective treatment within reach? *Dermatol Clin*. 2014 Apr;32(2):183-91.

# 31 BÖLÜM

## KIRMIZI YÜZLÜ HASTAYA YAKLAŞIM

*Murat BORLU<sup>1</sup>  
Eda ÖKSÜM SOLAK<sup>2</sup>*

### GİRİŞ

Kırmızı yüz tarih öncesi çağlardan beri ilgi çeken bir antite olmaya devam etmektedir. Dermatolojide oldukça sık karşılaşılan bir semptom olmakla birlikte ayırıcı tanısı her zaman çok kolay değildir (1). Fizik muayene ile tecrübesiz bir göz tarafından bile rahatça ayırt edilebilir fakat nedeni araştırıldığında oldukça geniş ayırıcı tanı yelpazesine sahiptir. Hastalar için kızarıklık bir yüze sahip olmak toplum içerisinde utanma, sosyalleşmede zorluklar gibi psikolojik yükler getirebilmektedir. Bu bölümde kırmızı yüz ayırıcı tanısında yer alan hastalıklara kısaca değinilecek ve kırmızı yüz ile başvuran hastaların değerlendirilmesinde önerilen algoritmik yaklaşımlar gözden geçirilecektir.

### KIRMIZI YÜZDE AYIRICI TANI

Kırmızı yüz terimi, birçok farklı etyolojik faktörün tetiklediği kutanöz kan akışındaki değişikliklerden kaynaklanan, yalnızca yüzü tutan veya ağırlıklı olarak yüzde yerleşmiş lezyonlar için kullanılan bir terimdir. Yüzde görülen eritem bazen izole bir şekilde görülürken, bazı durumlarda sistemik hastalıkların bir işareti de olabilir. Kırmızı yüzü olan hastalar, klinisyenleri geniş bir ayırıcı tanıyı düşünmeye zorlar (2). Hastayı değerlendirirken ilk aşamada kızarıklığın geçici mi, kalıcı mı olduğu sorgulanmalıdır. Son 3 ay içerisinde sebat eden kızarıklık kalıcı olarak kabul edilmelidir (3). Geçici eritem “flushing” olarak tanımlanmaktadır ve en sık görülen nedenlerden biridir.

<sup>1</sup> Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., muratborlu@erciyes.edu.tr

<sup>2</sup> Dr.Öğr. Üyesi., Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., eoksum@hotmail.com

## SONUÇ

Kırmızı yüz oldukça sık görülen ve etyolojisi geniş bir yelpazeye sahip olan bir antitedir. İyi bir anamnez hem gereksiz tahlillerin yapılmasının önüne geçer hem de tanı koymayı kolaylaştırır. Tanı koymak için basamaklı bir yol izlenmeli ve hastanın tedavisi buna göre belirlenmelidir.

## KAYNAKLAR

- Izickson L, English JC 3rd, Zirwas MJ. The flushing patient: differential diagnosis, workup, and treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2006 Aug;55(2):193-208. doi: 10.1016/j.jaad.2005.07.057.
- İkizoğlu G. Red face revisited: Flushing. *Clin Dermatol.* 2014 Nov- Dec;32(6):800-8. doi: 10.1016/j.clindermatol.2014.02.019.
- Olazagasti J, Lynch P, Fazel N. The great mimickers of rosacea. *Cutis.* 2014 Jul;94(1):39-45. Erratum in: *Cutis.* 2014 Oct;94(4):194.
- Ray D, Williams G. Pathophysiological causes and clinical significance of flushing. *Br J Hosp Med.* 1993 Nov 17-Dec 14;50(10):594-8.
- Metcalfe DD. Differential diagnosis of the patient with unexplained flushing/anaphylaxis. *Allergy Asthma Proc.* 2000 Jan-Feb;21(1):21-4. doi: 10.2500/108854100778249006.
- Wilkin JK. The red face: flushing disorders. *Clin Dermatol.* 1993 Apr- Jun;11(2):211-23. doi: 10.1016/0738-081x(93)90057-j.
- Sadeghian A, Rouhana H, Oswald-Stumpf B, Boh E. Etiologies and management of cutaneous flushing: Nonmalignant causes. *J Am Acad Dermatol.* 2017 Sep;77(3):391-402. doi: 10.1016/j.jaad.2016.12.031.
- Brown TT, Choi EY, Thomas DG, Hristov AC, Chan MP. Comparative analysis of rosacea and cutaneous lupus erythematosus: histopathologic features, T-cell subsets, and plasmacytoid dendritic cells. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Jul;71(1):100-7. doi: 10.1016/j.jaad.2014.01.892.
- Lenders JW, Eisenhofer G, Mannelli M, Pacak K. Pheochromocytoma. *Lancet.* 2005 Aug 20-26;366(9486):665-75. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67139-5.
- Pacak K, Linehan WM, Eisenhofer G, Walther MM, Goldstein DS. Recent advances in genetics, diagnosis, localization, and treatment of pheochromocytoma. *Ann Intern Med.* 2001 Feb 20;134(4):315-29. doi: 10.7326/0003-4819-134-4-200102200-00016.
- Hannah-Shmouni F, Stratakis CA, Koch CA. Flushing in (neuro)endocrinology. *Rev Endocr Metab Disord.* 2016 Sep;17(3):373-380. doi: 10.1007/s11154-016-9394-8.
- Singh S, Asa SL, Dey C, et al. Diagnosis and management of gastrointestinal neuroendocrine tumors: An evidence-based Canadian consensus. *Cancer Treat Rev.* 2016 Jun;47:32-45. doi: 10.1016/j.ctrv.2016.05.003.
- Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol.* 2004 Sep;51(3):327-41; quiz 342-4. doi: 10.1016/j.jaad.2004.03.030.
- Tanghetti EA, Jackson JM, Belasco KT, et al. Optimizing the use of topical brimonidine in rosacea management: panel recommendations. *J Drugs Dermatol.* 2015 Jan;14(1):33-40.
- Dessinioti C, Antoniou C. The "red face": Not always rosacea. *Clin Dermatol.* 2017 Mar-Apr;35(2):201-206. doi: 10.1016/j.clindermatol.2016.10.015.
- Draelos ZD. Facial skin care products and cosmetics. *Clin Dermatol.* 2014 Nov- Dec;32(6):809-12. doi: 10.1016/j.clindermatol.2014.02.020.
- Doutre MS, Beylot-Barry M. About some red faces. *Ann Dermatol Venereol.* 2011 Nov;138 Suppl 3:S201-6. doi: 10.1016/S0151-9638(11)70090-4.
- Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2013 Jul-Aug;31(4):343-351. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.01.001.
- Ma L, Chen Y, Jin G, Yang Y, Ga Q, Ge RL. Vascular Endothelial Growth Factor as a Prognostic Parameter in Subjects with "Plateau Red Face". *High Alt Med Biol.* 2015 Jun;16(2):147-53. doi: 10.1089/ham.2014.1091.
- Schaffer JV. Facial involvement in genodermatoses. *Clin Dermatol.* 2014 Nov- Dec;32(6):772-83. doi: 10.1016/j.clindermatol.2014.02.017.
- Civaş E. Nd:YAG Lazerlerin Dermatokozmetolojide Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics.* 2016;9(3):7-10
- Gökler G, Tarıkçı N. Pulsed Dye Lazerlerin Dermatokozmetolojide Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics.* 2016;9(3):20-8.
- Borlu M, Çınar SL, Kartal D. IPL'lerin Dermatokozmetolojide Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics.* 2016;9(3):38-43.
- Nam CH, Kim MH, Hong SP, Park BC. Fractional 532-nm KTP diode laser and 595-nm pulsed dye laser in treatment of facial telangiectatic erythema. *J Cosmet Dermatol.* 2019 Jun;18(3):783-787. doi: 10.1111/jocd.12692.

# 32. BÖLÜM

## GÖZ KAPAKLARINDA ERİTEM VE ÖDEMİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Rozerin Neval ALTUNKALEM<sup>1</sup>  
Zekayi KUTLUBAY<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Göz kapağı; kirpikler, gözyaşı bezleri (lakrimal bez), yağ bezleri ve ter bezlerinden (Moll, Zeiss, Meibomian bezleri) oluşan bir deri dokusudur. Bu yapılardaki inflamatuvar reaksiyonlar eritem ve ödeme neden olabilir. Bu inflamatuvar süreçlerin dışında alerjik hastalıklar, deri-mukoza hastalıkları, kollajen doku hastalıkları, enfeksiyonlar ve ilaçlar göz kapağında eritem ve ödeme neden olabilir (**Tablo 1**) (1).

**Tablo 1.** Göz kapağında eritem ve ödeme neden olan hastalıklar

#### Alerjik hastalıklar

Atopik dermatit  
Kontakt dermatit  
Ürtiker ve anjioödem

#### Deri-mukoza hastalıkları

Akne rozase  
Psoriasis vulgaris  
Pemfigus  
Stevens-Johnson sendromu

#### Kollajen doku hastalıkları

Dermatomyozit  
Lupus eritematozus  
Skleromiksödem

#### Enfeksiyonlar

Paraziter infestasyonlar (onkoserkiyazis, leishmaniasis)  
Viral enfeksiyonlar (herpes zoster, herpes simpleks)  
Bakteriyel enfeksiyonlar (preseptal / orbital selülit)

#### İlaç erüpsiyonları

Topikal iritanlar (hardal gazı, biber gazı)  
Botulinum toksin enjeksiyonu  
DRESS sendromu

DRESS sendromu: Eozinofili ve sistemik semptomların eşlik ettiği ilaç döküntüsü

### ALERJİK HASTALIKLAR

Oküler alerjik hastalıklar sadece konjonktivayı değil, göz kapakları dahil çevre yapıları da etkiler. Göz kapağının alerjik hastalıkları arasında atopik dermatit, kontakt dermatit ve ürtiker / anjioödem bulunur (**Tablo 2**) (2-12).

<sup>1</sup> Ass Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD., drnevaltunkalem@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD., zekayikutlubay@hotmail.com



## SONUÇ

Perioküler bölge tutulumu birçok dermatolojik hastalıkta görülebilir. Bu bölgede eritemle ödemle seyreden hastalıkların ayırıcı tanısında fizik muayene bulguları oldukça önemlidir. Bu hastalıkların ayırıcı tanısında perioküler bölge dışında vücudun diğer bölümlerinin fizik muayene bulguları ve laboratuvar bulguları da önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Klotz SA, Penn CC, Negvesky GJ, Butrus SI. Fungal and parasitic infections of the eye. *Clin Microbiol Rev*. 2000;13(4):662-685.
2. Torres T. Atopic dermatitis: the new therapeutic revolution in dermatology. *Acta Med Port*. 2017;30:669-70
3. Bieber T. How to define atopic dermatitis? *Dermatol Clin*. 2017;35:275-81.
4. Weidinger S, Novak N: Atopic dermatitis. *Lancet* 2016;387:1109-22
5. Bielory B, Bielory L. Atopic dermatitis and keratoconjunctivitis. *Immunol Allergy Clin N Am*. 2010;30(3):323-36.
6. Mowad CM, Anderson B, Scheinman P, et al. Allergic contact dermatitis: patient diagnosis and evaluation. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74:10291040.
7. Johansen JD, Werfel T. Highlights in allergic contact dermatitis 2018/2019. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2019; 19:334340.
8. Smets K, Werbrout J, Goossens A, et al. Sensitization from ketotifen fumarate in eye drops presenting as chronic conjunctivitis. *Contact Dermatitis* 2017; 76:124126.
9. Chisholm SA, Couch SM, Custer PL. Etiology and management of allergic eyelid dermatitis. *Ophthal Plast Reconstruct Surg* 2017; 33:248250.
10. Radonjic-Hoesli S, Hofmeier KS, Micaletto S, Schmid-Grendelmeier P, Bircher A, Simon D. Urticaria and Angioedema: an Update on Classification and Pathogenesis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2018 Feb;54(1):88-101.
11. Fonacier L, Luchs J, Udell I. Ocular allergies. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2001 Jul;1(4):389-96.
12. Hahn J, Hoffmann TK, Bock B, Nordmann-Kleiner M, Trainotti S, Greve J. Angioedema. *Dtsch Arztebl Int*. 2017 Jul 24;114(29-30):489-496.
13. Two AM, Wu W, Gallo RL, et al. Continuing medical education. Rosacea Part I. Introduction, categorization, histology, pathogenesis, and risk factors. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72:749-758.

14. Thiboutot D, Anderson R, Cook-Bolden F, et al. Standard management options for rosacea: the 2019 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol* 2020; 82:1501–1510.
15. Stone DU, Chodosh J. Ocular rosacea: an update on pathogenesis and therapy. *Curr Opin Ophthalmol* 2004; 15:499–502.
16. Redd TK, Seitzman GD. Ocular rosacea. *Curr Opin Ophthalmol*. 2020 Nov;31(6):503-507.
17. Demerdjieva Z, Mazhdrakova I, Tsankov N. Ocular changes in patients with psoriasis. *Clin Dermatol*. 2019 Nov-Dec;37(6):663-667.
18. Rehal B, Modjtahedi BS, Morse LS, Schwab IR, Maibach HI. Ocular psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Dec;65(6):1202-12.
19. Cruz NFSD, Brandão LS, Cruz SFS, Cruz SASD, Pires CAA, Carneiro FRO. Ocular manifestations of psoriasis. *Arq Bras Oftalmol*. 2018 Jun;81(3):219-225.
20. Daoud YJ, Cervantes R, Foster CS, Ahmed AR. Ocular pemphigus. *J Am Acad Dermatol*. 2005 Oct;53(4):585-90.
21. Akhyani M, Keshtkar-Jafari A, Chams-Davatchi C, Lajvardi V, Beigi S, Aghazadeh N, Rayati Damavandi M, Arami S. Ocular involvement in pemphigus vulgaris. *J Dermatol*. 2014 Jul;41(7):618-21.
22. Palleschi GM, Giomi B, Fabbri P. Ocular involvement in pemphigus. *Am J Ophthalmol*. 2007 Jul;144(1):149-52.
23. Dodiuk-Gad RP, Chung WH, Valeyrie-Allanore L, Shear NH. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: An Update. *Am J Clin Dermatol*. 2015 Dec;16(6):475-93.
24. Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, et al. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiforme majus, Stevens–Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis: results of an international prospective study. *Arch Dermatol*. 2002;138(8):1019–24.
25. Saeed HN, Chodosh J. Ocular manifestations of Stevens-Johnson syndrome and their management. *Curr Opin Ophthalmol*. 2016 Nov;27(6):522-529.
26. Santoro FA, Huang J. Ocular involvement in cutaneous connective tissue disease. *Clin Dermatol*. 2016 Mar-Apr;34(2):138-45.
27. Turk MA, Hayworth JL, Nevskaya T, Pope JE. Ocular Manifestations in Rheumatoid Arthritis, Connective Tissue Disease, and Vasculitis: A Systematic Review and Metaanalysis. *J Rheumatol*. 2021 Jan 1;48(1):25-34.
28. Migliaresi S, Ambrosone L, Tirri G. Eye involvement in dermatomyositis/polymyositis. *J Rheumatol*. 1996 Nov;23(11):2006-7.
29. Dammacco R. Systemic lupus erythematosus and ocular involvement: an overview. *Clin Exp Med*. 2018 May;18(2):135-149.
30. Silpa-archa S, Lee JJ, Foster CS. Ocular manifestations in systemic lupus erythematosus. *Br J Ophthalmol*. 2016 Jan;100(1):135-41.
31. Davis ML, Bartley GB, Gibson LE, Maguire LJ. Ophthalmic findings in scleromyxedema. *Ophthalmology*. 1994 Feb;101(2):252-5.
32. Qureshi F, Dharmasena A, Leatherbarrow B. Periocular Scleromyxedema. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2015 Sep-Oct;31(5):e119-20.
33. Lakwo T, Oguttu D, Ukety T, Post R, Bakajika D. Onchocerciasis Elimination: Progress and Challenges. *Res Rep Trop Med*. 2020;11:81-95.
34. Zarfoss MK, Dubielzig RR, Eberhard ML, Schmidt KS. Canine ocular onchocerciasis in the United States: two new cases and a review of the literature. *Vet Ophthalmol*. 2005 Jan-Feb;8(1):51-7.
35. Doroodgar M, Doroodgar M, Doroodgar A. Unusual Presentation of Cutaneous Leishmaniasis: Ocular Leishmaniasis. *Case Rep Infect Dis*. 2017;2017:3198547.
36. Mittal A, Ray Y, Soneja M, Chatterjee M, Kumar P. Concurrent ocular and cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania tropica*. *QJM*. 2020 Apr 1;113(4):286-287.
37. Valerio GS, Lin CC. Ocular manifestations of herpes simplex virus. *Curr Opin Ophthalmol*. 2019 Nov;30(6):525-531.
38. Damour A, Garcia M, Seneschal J, Lévêque N, Bodet C. Eczema Herpeticum: Clinical and Pathophysiological Aspects. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2020 Aug;59(1):1-18.
39. Johnson JL, Amzat R, Martin N. Herpes Zoster Ophthalmicus. *Prim Care*. 2015 Sep;42(3):285-303.
40. Bernardes TF, Bonfioli AA. Blepharitis. *Semin Ophthalmol*. 2010 May;25(3):79-83.
41. Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2014 Aug 15;90(4):229-35.
42. Steinritz D, Striepling E, Rudolf KD, Schröder-Kraft C, Püschel K, HullardPulstinger A, et al. Medical documentation, bioanalytical evidence of an accidental human exposure to sulfur mustard and general therapy recommendations. *Toxicol Lett*. 2016;244:112-20.
43. Kniestedt C, Fleischhauer J, Stürmer J, Thiel MA. Pepper spray injuries of the anterior segment of the eye. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2005;222:267-70.
44. Nigam PK, Nigam A. Botulinum toxin. *Indian J Dermatol*. 2010;55(1):8–14.
45. CacoubP, MusetteP, DescampsV, et al. The DRESS syndrome: a literature review. *Am J Med*. 2011;124(7):588–597.
46. SanoriaA, AroraR, DokaniaP. Bilateral acute angle closure as presenting feature of drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS). *Indian J Ophthalmol*. 2019;67(10):1711–1713.

# 33. BÖLÜM

## DUDAK LEZYONLARINA ALGORİTMİK TANISAL YAKLAŞIM

Sema AYTEKİN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Dudaklar; hareketliliği, dişler ile teması, gıdalar, tütün veya ultraviyole (UV) gibi çeşitli dış etkenlere maruziyetle bir çok inflamatuvar, enfeksiyöz veya benign/malign lezyonun görülebileceği, aynı zamanda yüzün kozmetik açıdan önemli bir bölgesidir. Burada oluşan küçük bir lezyon bile hastalar tarafından genellikle oldukça erken fark edilir. Oral lezyonların yaklaşık 1/4'ü bu bölgede görülür. Dudak lezyonlarını tanımak, morbidite / mortalite açısından önemli olduğu kadar, kozmetik olarak önemli bir bölge olması nedeniyle sosyal açıdan da önemlidir. Dudak lezyonlarını sistematik olarak anlatabilmek için keilit, pigmentasyon değişiklikleri, ülserasyonlar, egzofitik lezyonlar ve kırmızı-beyaz lezyonlar olarak sınıflandırılabiliriz (1-8). Bu yazıda dudak lezyonlarına tanısıl yaklaşım anlatılacaktır.

### KEİLİT

Keilit terimi dudak inflamasyonunu gösterir; ve anguler, kontakt, eksfoliatif, simpleks vb. bir çok durumu içerir. Pratikte keilit tipini tanımak zor olabilir. Örneğin, anguler keilit spontan olarak oluşabilir veya bazı tetikleyiciler (sistemik immun supresyon, lokal irritasyon, nem, fungal bakteriyel enfeksiyonlar vb.) sonucunda meydana gelebilir. Kontakt keilit; irritan ve alerjenler ile ilişkili olabilir. Kronik aktinik keilit, granümatöz keilit ve plazma hücreli keilit gibi bazı alt tipleri uzun ve kronik seyirlidir. Lupus eritematozus, liken planus, atopik dermatit gibi çeşitli deri veya sistemik hastalıkların seyrinde de keilit görülür (1,2,9,10). Keilitler, ayrıca geri dönüşümlü ve dönüşümsüz olarak iki grupta incelenebilir (**Şekil 1**).

<sup>1</sup> Prof. Dr., Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., semaaytekin@yahoo.com



görüleni *piyojenik granülom*, *irritasyon fibromu*-dur. *Piyojenik granülom*, parlak kırmızı/pembe/mor, yumuşak/sert kolay kanayabilen lezyonlardır. Hızlı büyür ve maksimum büyüklüğüne haftalar veya aylar içinde ulaşır. Kadınlarda, çocuk ve adölesanlarda sıktır. Konservatif veya cerrahi tedavi yapılabilir. Nüksler görülebilir.

### Tükürük bezi lezyonları

Pleomorfik adenom, mukoepidermoid karsinom, adenoid kistik karsinom, kaniliküler adenom gibi tümöral lezyonlar görülebilir.

**Mukosel:** Tükürük bezinde zedelenme sonucu oluşan, en sık görülen tükürük bezi lezyonudur. Asemptomatik, fluktüan veya sert, mavimsi pembe, nodüler veya kubbe şeklinde yüzeyi düz bir lezyondur. Büyüklüğü 1-2 mm'den 1,5 cm'ye kadar değişir. Lezyon kendiliğinden rüptüre olup iyileşebilir veya basit cerrahi müdahaleler gerektirebilir (23). *Venöz göllenme* de benzer görünümde, mor renkli, çoğunlukla alt dudakta görülen lezyonlardır.

### Mezenkimal lezyonlar

Çok nadir görülen, klinik olarak asemptomatik, yavaş büyüyen, nodüler veya kubbe şeklinde, düz yüzeyli ve sert lezyonlardır. Lezyonlar travmatize olmadıkça normal mukoza ile kaplıdır. En sık görülenleri nörofibrom, schwannom, lipom, lenfoma, benign fibröz histiyositoma, granüler hücreli tümör, oral fokal müsinozis, hemanjiyom, lenfanjiyom olarak sıralanabilir. Hemanjiyom ve lenfanjiyomlar damarsal lezyonlar olup üzeri lobüle olabilir.

### Yüzeyi pürüzlü lezyonlar

Skuamöz hücreli papilloma, verruka vulgaris ve multifokal epitelyal hiperplazi (Heck hastalığı) gibi HPV ilişkili veya neoplastik lezyonlardır. Verrüköz karsinom ve skuamöz hücreli karsinom

(SHK) erkeklerde daha sık görülen malign lezyonlardır. Oral kanserlerin %90'ını SHK oluşturur. Kırmızı/beyaz lezyonlarda, 3 haftadan uzun süren ülserlerde veya ağrı varlığında mutlaka biyopsi alınmalıdır (5,13).

Dudaklar, sebumun olmayışı ve tükürüğün irritan etkisi nedeniyle UV başta olmak üzere çevresel etkenlerden kolayca etkilenir. Alerjik hastalıklar, fotodermatozlar ve deri kanserleri gibi hastalıklar başta olmak üzere çok çeşitli hastalıklar dudak lezyonlarıyla karşımıza gelebilir. Dudak lezyonlarının lupus eritematozus gibi sistemik tutulumlu bir hastalığın, çeşitli deri hastalıklarının veya bir sendromun parçası olabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca, aktinik keilit ve SHK gibi premalign ve malign hastalıkların erken tanısı açısından da dikkatli olunmalıdır.

### SONUÇ

Dudak bölgesinde görülen lezyonlar tek başına bir deri hastalığına ait veya sistemik bir hastalığın göstergesi olabilir. Dudak lezyonlarının tanınması, hastalıkta erken tanı ve tedavi için önemli olduğu gibi dudakların kozmetik olarak dikkat çeken bir bölge olması nedeniyle sosyal açıdan da önem arz eder.

### KAYNAKLAR

1. Vachiramon V, McMichael AJ. Approaches to the evaluation of lip hyperpigmentation. *Int J Dermatol.* 2012;51:761-70.
2. Lugović-Mihić L, Pilipović K, Crnarić I, Šitum M, Duvančić T. Differential Diagnosis of Cheilitis - How to Classify Cheilitis? *Acta Clin Croat.* 2018;57:342-351.
3. Kibbi N, Christensen SR, Ko CJ, Suozzi KC. An Algorithm for Evaluating Challenging Lip Cases: Neoplastic Versus Inflammatory. *Dermatol Surg.* 2020;46:700-702.
4. Osterne RL, Costa FW, Mota MR, Vidal Patrocínio RM, Alves AP, Soares EC, Sousa FB. Lip lesions in a Brazilian population. *J Craniofac Surg.* 2011;22:2421-5.
5. Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, Rahmani S, Jafari S. Peripheral Exophytic Oral Lesions: A Clinical Decision Tree. *Int J Dent.* 2017;2017:9193831.

6. Fitzpatrick SG, Cohen DM, Clark AN. Ulcerated Lesions of the Oral Mucosa: Clinical and Histologic Review. *Head Neck Pathol.* 2019;13:91-102.
7. Villa A, Woo SB. Leukoplakia-A Diagnostic and Management Algorithm. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017;75:723-734
8. Arslan S, Çobanoğlu B, Ural A, Saygın I, Işık AÜ. A 15-year retrospective study of 160 cases of benign lip lesions. *J Laryngol Otol.* 2015;129:1224-7.
9. Samimi M. [Cheilitis: Diagnosis and treatment]. *Presse Med.* 2016;45:240-50.
10. Mello FW, Melo G, Modolo F, Rivero ER. Actinic cheilitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from Brazil. *J Clin Exp Dent.* 2019;11:62-69.
11. Oza N, Doshi JJ. Angular cheilitis: A clinical and microbial study. *Indian J Dent Res.* 2017;28:661-665.
12. Cheng HS, Konya J, Lobel E, Fernandez-Penas P. Patch Testing for Cheilitis: A 10-Year Series. *Dermatitis.* 2019;30:347-351
13. Trager MH, Farmer K, Ulrich C, Basset-Seguín N, Herms F, Geskin LJ, Bouaziz JD, Lebbé C, de Masson A, Bagot M, Dobos G. Actinic cheilitis: a systematic review of treatment options. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35:815-823.
14. Uzun S, Gürel MS, Durdu M, Akyol M, Fettahlıoğlu Karaman B, Aksoy M, Aytekin S, Borlu M, İnan Doğan E, Doğramacı ÇA, Kapıcıoğlu Y, Akman-Karakaş A, Kaya TI, Mülayim MK, Özbel Y, Özensoy Töz S, Özgöztaşı O, Yeşilova Y, Harman M. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous leishmaniasis in Turkey. *Int J Dermatol.* 2018 ;57:973-982.
15. Nico MM, Bologna SB, Lourenço SV. The lip in lupus erythematosus. *Clin Exp Dermatol.* 2014;39:563-9.
16. Rosebush MS, Briody AN, Cordell KG. Black and Brown: Non-neoplastic Pigmentation of the Oral Mucosa. *Head Neck Pathol.* 2019;13:47-55.
17. Sreeja C, Ramakrishnan K, Vijayalakshmi D, Devi M, Aesha I, Vijayabanu B. Oral pigmentation: A review. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015;7:403-8.
18. Duan N, Zhang YH, Wang WM, Wang X. Mystery behind labial and oral melanotic macules: Clinical, dermoscopic and pathological aspects of Laugier-Hunziker syndrome. *World J Clin Cases* 2018; 6:322-334.
19. S Aytekin,S Alp. Laugier-Hunziker syndrome associated with actinic lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18:221-3.
20. Venkat Ratnam Attili, Sasi Kiran Attili. Lichen sclerosus of lips: a clinical and histopathologic study of 27 cases. *Int J Dermatol.* 2010;49:520-5.
21. Giannetti L, Murri Dello Diago A, Lo Muzio L. Recurrent aphtous stomatitis. *Minerva Stomatol.* 2018;67:125-128.
22. Bhandarkar GP, Shetty KV. Differential diagnoses of elevated lesions of the upper lip: An overview. *J Cancer Res Ther.* 2017;13:170-174.
23. Essaket S, Hakkou F, Chbicheb S. [Mucocoele of the oral mucous membrane]. *Pan Afr Med J.* 2020;35:140.

# 34. BÖLÜM

## YÜZDE PAPÜL VE NODÜLLERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Özge ZORLU<sup>1</sup>  
Serkan YAZICI<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Papül; metabolik birikim, hücrel elemanların lokal hiperplazisi veya hücrel infiltrasyon ile oluşabilen 1 cm'den küçük primer elementer lezyondur. Verrülerde epidermal; ürtiker ve amiloidozda dermal papül görülür. Nodül; sıklıkla dermis veya deri altı tabakalara yerleşen, belirgin sınırlı, sert, 1 cm'den büyük lezyondur. Birçok primer dermatolojik ve/veya sistemik hastalık yüz bölgesinde papül ve/veya nodül şeklinde bulgu verebilir (**Tablo 1**).

Lezyonların derinliği, rengi, kıvamı, yüzey özellikleri ve eşlik eden semptomlar ayırıcı tanıda yardımcıdır. Yüzele lezyonlar kolaylıkla hareket ettirilebilirken dermal ve subkutan yerleşimli lezyonlar çoğunlukla sabittir. Renk, lezyonların içer-

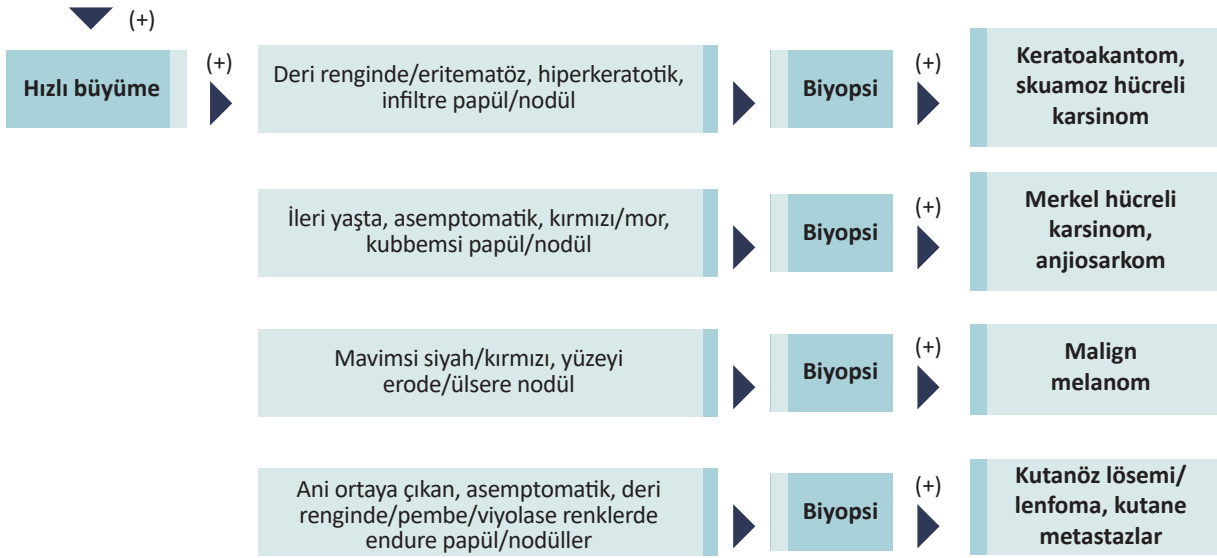
diği spesifik hücre tipleri hakkında fikir verebilir. Sarımsı lezyonlar, lipomlarda büyük miktarda yağ içeriğini, ksantom veya ksantogranulomlarda ise lipid yüklü histiositleri göstermektedir. Vasküler tümörler, vaskülaritenin derinliğine bağlı olarak kırmızı, mor ya da mavimsi renktedirler. Klinik bulgular, lezyonların bir kısmında tanı için yeterli olsa da olguların çoğunda kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir. Bu bölümde yüz yerleşimli papül ve nodüllere neden olan faktörler ve ayırıcı tanıya yardımcı algoritmik yaklaşım gözden geçirilecektir.

### ENFEKSİYONLAR

Yüzde papül ve/veya nodüllere neden olabilen enfeksiyonlar **Tablo 2**'de belirtilmiştir.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., zorlug@gmail.com

<sup>2</sup> Doç. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., serkanyazici@uludag.edu.tr



Şekil 1. Yüzde papül ve nodülleri olan hastaya algoritmik yaklaşım (devamı)

## SONUÇ

Yüzde papül veya nodüllerle başvuran bir hastanın ayırıcı tanısında, lezyonların başlangıç yaşı, süresi, rengi, kıvamı, yüzey özellikleri ve dağılımı ile eşlik eden diğer kutanöz ve sistemik bulguların değerlendirilmesi önemlidir (Şekil 1).

İnflamatuvar lezyonlarda, klinik şüphe varsa öncelikle enfeksiyöz nedenler dışlanmalıdır. Lezyonların bir kısmında klinik olarak tanı konulabilir; ancak, tanı konulamayan olgularda veya klinik bulgular yeterli olmadığında histopatolojik incelemeye başvurulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Harman, M. Kutanöz Leishmaniasis. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*, 10 (2), 125-132.
2. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2014). Manual for case management of cutaneous leishmaniasis in the WHO Eastern Mediterranean Region. (25/07/2021 tarihinde <https://apps.who.int/iris/handle/10665/120002> adresinden ulaşılmıştır).
3. Tuddenham, S. A., Zenilman, J. M. (2019). Syphilis. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 3145-3172). New York: McGraw-Hill Education.
4. Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (2017). Bacterial colonizations and infections of skin and soft tissues. In Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (Eds.), *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology* (8<sup>th</sup> ed., pp. 563-634). New York: McGraw-Hill Education.
5. Hay, R.J. (2019). Deep Fungal Infections. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 2965-2987). New York: McGraw-Hill Education.
6. Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (2017). Viral diseases of skin and mucosa. In Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (Eds.), *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology* (8<sup>th</sup> ed., pp. 690-760). New York: McGraw-Hill Education.
7. Cohen, B.A. (2013). Nodules and Tumors. In Cohen, B. A. (Ed.), *Pediatric Dermatology* (4<sup>th</sup> ed., pp. 126-147). London: W.B. Saunders.
8. Marks, J. G., Miller, J. J. (2019). Inflammatory Papules. In Marks, J.G., Miller, J.J. (Eds.), *Lookingbill and Marks' Principles of Dermatology* (6<sup>th</sup> ed., pp. 151-165). London: Elsevier.
9. Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (2017). Disorders of sebaceous, eccrine and apocrine glands. In Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (Eds.), *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology* (8<sup>th</sup> ed., pp. 2-19). New York: McGraw-Hill Education.

10. Marchell, R. (2019). Sarcoidosis. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 572-586). New York: McGraw-Hill Education.
11. Cohen, P. R., Kurzrock, R. (2019). Sweet Syndrome. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 587-604). New York: McGraw-Hill Education.
12. Ujiie, H., Shimizu, H. (2019). Eosinophilic Diseases. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 649-683). New York: McGraw-Hill Education.
13. Ersoy Evans, S. Infantile Hemangioma. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol*, 45(0), 133-137. Doi: 10.4274/turkderm.45.s23
14. North, P.E. (2018). Vascular Neoplasms and Neoplastic-Like Proliferations. In Bologna, J.L., JJ, Schaffer, J.V. (Eds.), *Dermatology* (4<sup>th</sup> ed., pp. 2020-2049). London: Elsevier.
15. Marks, J.G., Miller, J.J. (2019). Dermal and Subcutaneous Growths. In Marks, J.G., Miller, J.J. (Eds.), *Lookingbill and Marks' Principles of Dermatology* (6<sup>th</sup> ed., pp. 75-94). London: Elsevier.
16. Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (2017). The skin in immune, autoimmune, autoinflammatory, and rheumatic disorders. In Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (Eds.), *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology* (8<sup>th</sup> ed., pp. 298-373). New York: McGraw-Hill Education.
17. Weenig, R. H., Pittelkow, M. R. (2019). Scleredema and Scleromyxedema. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 1163-1169). New York: McGraw-Hill Education.
18. Mittal, H. C., Yadav, S., Malik, S., et al. Lipoid Proteinosis. *Int J Clin Pediatr Dent*, 9(2), 149-151. Doi: 10.5005/jp-journals-10005-1353
19. Voicu, C., Lisievici, C., Coman, C., et al. Juvenile Colloid Milium: Case Report and Literature Review. *Maedica (Bucur)*, 14(2), 173-178. Doi: 10.26574/maedica.2019.14.2.173
20. Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (2017). Endocrine, metabolic, and nutritional diseases. In Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (Eds.), *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology* (8<sup>th</sup> ed., pp. 374-398). New York: McGraw-Hill Education.
21. Tharp, M. D. (2019). Mastocytosis. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 710-720). New York: McGraw-Hill Education.
22. Schmieder, A., Goerdts, S., Utikal, J. (2019). Histiocytosis. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 2018-2041). New York: McGraw-Hill Education.
23. Cuda, J. D., Moore, R. F., Busam, K. J. (2019). Melanocytic Nevi. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 1944-1981). New York: McGraw-Hill Education.
24. Kempf, W., Stadler, R., Bagot, M. (2019). Cutaneous Pseudolymphoma. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 2108-2129). New York: McGraw-Hill Education.
25. Cuda, J. D., Rangwala, S., Taube, J. M. (2019). Benign Epithelial Tumors, Hamartomas, and Hyperplasias. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 1799-1819). New York: McGraw-Hill Education.
26. Binjadeed, H., Aljomah, N., Alsubait, N., et al. Lichenoid keratosis successfully treated with topical imiquimod. *JAAD Case Rep*, 6(12), 1353-1355. Doi: 10.1016/j.jdc.2020.10.002
27. Bruckner, A. L. (2019). Keratosis Pilaris and Other Follicular Keratotic Disorders. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 867-900). New York: McGraw-Hill Education.
28. Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (2017). Benign neoplasms and hyperplasias. In Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (Eds.), *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology* (8<sup>th</sup> ed., pp. 141-188). New York: McGraw-Hill Education.
29. Deshpande, N.S., Sen, A., Vasudevan, B., et al. Acanthoma Fissuratum: Lest we Forget. *Indian Dermatol Online J*, 8(2), 141-143. Doi: 10.4103/2229-5178.202267
30. Karadag, A.S., Ozlu, E., Uzuncakmak, T. K., et al. Inverted follicular keratosis successfully treated with imiquimod. *Indian Dermatol Online J*, 7(3), 177-179. Doi: 10.4103/2229-5178.182354
31. Kaddu, S. (2018). Smooth Muscle, Adipose and Cartilage Neoplasms. In Bologna, J.L., JJ, Schaffer, J.V. (Eds.), *Dermatology* (4<sup>th</sup> ed., pp. 2086-2101). London: Elsevier.
32. Caballero, L. R., Yus, E. S. Pigmented follicular cyst. *J Am Acad Dermatol*, 21, 1073-1075. Doi: 10.1016/s0190-9622(89)70298-x
33. Durmuş, F. N., Sönmez, A., Erbarut, İ., et al. Trikoblastom: Nadir Görülen Benign Bir Tümör. *Türk Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi Dergisi*, 16, 33-35.
34. Karabulut, Y. Y., Şenel, E., Karabulut, H. H., et al. Three different clinical faces of the same histopathological entity: hair follicle nevus, trichofolliculoma and accessory tragus. *An Bras Dermatol*, 90(4), 519-522. Doi: 10.1590/abd1806-4841.20153785
35. Saricaoglu, H., Zorlu, O., Balaban Adim, S., et al. A challenging case: Multiple and Blaschkoid hair follicle naevi or supernumerary accessory tragi? *Australas J Dermatol*, 60(2), e169-e171. Doi: 10.1111/ajd.12926
36. Argenyi, Z. B. (2018). Neural and Neuroendocrine Neoplasms (Other than Neurofibromatosis). In Bologna, J.L., JJ, Schaffer, J.V. (Eds.), *Dermatology* (4<sup>th</sup> ed., pp. 2050-2067). London: Elsevier.

37. Berman, B., Maderal, A., Raphael, B. Keloids and Hypertrophic Scars: Pathophysiology, Classification, and Treatment. *Dermatol Surg*, 43 Suppl 1:3-18. Doi: 10.1097/DSS.0000000000000819
38. Shaw, J.C. (2006). Bumps. In Frankel, D.H., (Ed.), *Field Guide to Clinical Dermatology* (2<sup>nd</sup> ed. pp. ) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
39. Alqusayer, M., Alqusayer, M., Alkeraye, S. Unusual presentation of dermatofibroma on the face: Case report. *Clin Case Rep*, 7(4), 672-674. Doi: 10.1002/ccr3.2066
40. Mentzel, T., Kutzner, H., Rütten, A., et al. Benign Fibrous Histiocytoma (Dermatofibroma) of the Face: Clinicopathologic and Immunohistochemical Study of 34 Cases Associated with an Aggressive Clinical Course. *Am J Dermatopathol*, 23(5), 419-426. Doi: 10.1097/00000372-200110000-00006
41. Pérez, G. C., Arias, C., Luna, P., et al. A Challenging Giant Dermatofibrosarcoma Protuberans on the Face. *Case Rep Dermatol Med*, 2016, 1-4. Doi: 10.1155/2016/5926307
42. Jacyk, W. K., Rütten, A., Requena, L. Fibrous Papule of the Face with Granular Cells. *Dermatology*, 216(1), 56-59. Doi: 10.1159/000109359
43. Baltacıoğlu, E., Guzeldemir, E., Sukuroğlu, E., et al. Juvenile Hyaline Fibromatosis: A 10-year Follow-up. *Indian J Dermatol*, 62(2), 210-212. Doi: 10.4103/ij.d.IJD\_166\_16
44. Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (2017). Precancerous lesions and cutaneous carcinomas. In Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (Eds.), *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology* (8<sup>th</sup> ed., pp. 262-288). New York: McGraw-Hill Education.
45. Yazici, S., Irmak Yazici, E., Balaban Adim, S., et al. A Report of 13 Cases of Merkel Cell Carcinoma: Single-Center Experience and Review of the Literature. *Ann Dermatol*, 31(3), 272-278. Doi: 10.5021/ad.2019.31.3.272
46. Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (2017). Cutaneous lymphomas and sarcoma. In Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., Roh, E. K. (Eds.), *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology* (8<sup>th</sup> ed., pp. 502-522). New York: McGraw-Hill Education.
47. Hassel, J. C., Enk, A. H. (2019). Melanoma. In Sewon, K., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., Orringer, J. S. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology* (9<sup>th</sup> ed., pp. 1982-2051). New York: McGraw-Hill Education.

# 35. BÖLÜM

## FASİYAL HİPERPİGMENTASYONU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Nilgün ŞENTÜRK<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Hiperpigmentasyon; epidermis ve / veya dermiste melanin veya melanotik olmayan pigmentlerin (örn. hemosiderin, demir, ağır metaller) birikimi sonucu ortaya çıkan, cildin doğal renginin koyulaşması veya artmasıdır (1,2). Bu durum; cilt renginin normal varyasyonlarından, edinilmiş ve kalıtsal sendromlara kadar değişen çok sayıda klinik durumun bir özelliğidir ve özellikle koyu cilt tipleri olan hastalarda daha sık rastlanır (1,3,4). Deri

rengi esas olarak eumelanin (siyah-kahverengi) ve feomelanin (sarı-kırmızı) tarafından belirlenir. Bunun dışında kılcak kan akışı, karoten veya likopen gibi kromoforlar ve dermisin kollajen içeriği de deri renginin belirlenmesinde önemlidir.

### TANI

Yüzde hiperpigmentasyonla seyreden hastalıkların tanısında öykü ve klinik bulgulara dayalı algoritmik bir yaklaşım önemlidir (Şekil 1).

<sup>1</sup> Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., senturk.nilgun@gmail.com

LPP, alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden kronik, nükseden bir hastalıktır. Birinci basamak tedavi, daha fazla koyulaşmayı önlemek için güneşten koruyucu önlemlerin kullanılmasını içerir. Diğer tedavi seçenekleri arasında topikal kortikosteroidler, topikal kalsinörin inhibitörleri, leke açıcı ajanlar, oral retinoidler, UV ışık tedavisi, antimalaryaller ve lazer tedavisi yer alır (65).

## Aktinik Liken Planus

Liken planus tropikus olarak da bilinen aktinik liken planus (ALP), liken planusun fotodağılım gösteren nadir bir varyantıdır. ALP en yaygın olarak Orta Doğu, Doğu Afrika veya Hindistan'da çocuklarda ve genç yetişkinlerde görülür (66). Patogenezi bilinmemektedir, ancak UV radyasyonuna maruz kalmanın hızlandırıcı bir etkisi olduğu görülmektedir.

ALP genellikle halka şeklinde kırmızı-kahverengi plaklar olarak başlar, ancak melazma benzeri hiperpigmente yamalar da gözlenmiştir. Lezyonlar tipik olarak alın, yüz, boyun ve üst ekstremitelerin dorsal yüzlerinde yerleşir. Lezyonlar yaz aylarında ortaya çıkar ve şiddetlenir ve kışın kendiliğinden düzelebilir. Tedavisinde UV ışınlarından korunma, topikal ve intralezyonel kortikosteroidler, antimalaryaller, asitretin ve siklosporin kullanılabilir (66).

## TEDAVİ PRENSİPLERİ

Kutanöz hiperpigmentasyonun tedavisi, kronik, kalıcı ve tekrarlayan doğası nedeniyle zordur. Tedavi yaklaşımı provoke edici faktörlerin uzaklaştırılması, güneşten korunma, kozmetik kamufraj, topikal leke açıcılar ve lazer tedavilerini içermektedir. (67).

**Güneşten korunma;** Artan melanin üretimi ve birikimi ile ilişkili hiperpigmentasyon bozukluğu olan tüm hastalar, güneş ışığından kaçınmayı (11:00 ile 16:00 arasında), gölgede kalmayı, koruyucu giysiler (örneğin, geniş kenarlı şapkalar ve uzun kollu gömlekler) giymeyi içeren güneşten korunma kurallarına uymalıdır ve en az 30 faktörlü bir güneş kremi kullanılmalıdır.

**Kozmetik kamufraj;** Fiziksel olarak bloke edici opak güneş kremleri ve özellikle demir oksit içerenerler, hiperpigmentasyonu kamufle etme ve ışıkla indüklenen pigment artışını önleme gibi iki avantaja sahiptir.

**Topikal tedaviler;** Epidermiste melanin birikimi ile ilişkili bozukluklar (örneğin, melazma, postinflamatuvar hiperpigmentasyon) genellikle topikal leke açıcılar ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. Bunlar arasında hidrokinon, azelaik asit, mequinol, kojik asit, tretinoin ve çeşitli topikal ajan kombinasyonları bulunur.

**Kimyasal peeling;** Kimyasal peeling için genellikle alfa-hidroksi asitler (ör., Glikolik asit), beta-hidroksi asitler (ör., Salisilik asit), trikloroasetik asit, Jessner çözeltisi ve retinoidler kullanılmaktadır.

**Lazer tedavisi -** Dermiste melanin birikimi ile ilişkili hiperpigmentasyon bozuklukları (örn. Ota nevüsü, Hori nevüsü) topikal tedavilere yanıt vermez, ancak lazer ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilir (22). Özellikle, Q-anahtarlı lazerler (örneğin, 1064 nm QS:NDYAG) ve pikosaniye lazerler, daha uzun dalga boyları ve güvenli tedaviye izin veren kısa atım süreleri nedeniyle daha koyu cilt tiplerinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Lapeere H, Boone B, De Schepper S, et al. Hypomelanoses and hypermelanoses. In: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 8th ed, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, et al (Eds), McGraw-Hill, 2012. Vol 1, p.804.
2. Alexis AF, Sergay AB, Taylor SC. Common dermatologic disorders in skin of color: a comparative practice survey. *Cutis* 2007; 80:387.
3. Kang SJ, Davis SA, Feldman SR, McMichael AJ. Dyschromia in skin of color. *J Drugs Dermatol* 2014; 13:401.
4. Ito S, Wakamatsu K. Chemistry of melanins. In: The Pigmentary System: Physiology and Pathophysiology, 2nd ed, Nordlund JJ, Boissy RE, Hearing VJ, et al (Eds), Blackwell Publishing Ltd, 2006. p.282.
5. Ortonne JP, Nordlund JJ. Mechanisms that cause abnormal skin color. In: The Pigmentary System: Physiology and Pathophysiology, 2nd ed, Nordlund JJ, Boissy RE, Hearing VJ, et al (Eds), Blackwell Publishing Ltd, 2006. p.521.



6. Grimes PE, Yamada N, Bhawan J. Light microscopic, immunohistochemical, and ultrastructural alterations in patients with melasma. *Am J Dermatopathol* 2005; 27:96.
7. Gilchrist BA, Fitzpatrick TB, Anderson RR, Parrish JA. Localization of melanin pigmentation in the skin with Wood's lamp. *Br J Dermatol* 1977; 96:245.
8. Hori Y, Takayama O. Circumscribed dermal melanoses. Classification and histologic features. *Dermatol Clin*. 1988;6(2):315.
9. Polder KD, Landau JM, Vergilis-Kalner IJ, et al. Laser eradication of pigmented lesions: a review. *Dermatol Surg* 2011; 37:572.
10. Hogeling M, Frieden IJ. Segmental pigmentation disorder. *Br J Dermatol* 2010; 162:1337.
11. Nordlund JJ, Ortonne JP. The normal color of human skin. In: *The Pigmentary System: Physiology and Pathophysiology*, 2nd ed, Nordlund JJ, Boissy RE, Hearing VJ, et al (Eds), Blackwell Publishing Ltd, 2006.
12. Zhang R, Zhu W. Coexistence of pigmentary demarcation lines types C and E in one subject. *Int J Dermatol* 2011; 50:863.
13. Zanardo L, Stolz W, Schmitz G, et al. Progressive hyperpigmentation and generalized lentiginosis without associated systemic symptoms: a rare hereditary pigmentation disorder in south-east Germany. *Acta Derm Venereol* 2004; 84:57.
14. Zhang C, Deng Y, Chen X, et al. Linkage of a locus determining familial progressive hyperpigmentation (FPH) to chromosome 19p13.1-pter in a Chinese family. *Eur J Dermatol* 2006; 16:246.
15. Amyere M, Vogt T, Hoo J, et al. KITLG mutations cause familial progressive hyper- and hypopigmentation. *J Invest Dermatol* 2011; 131:1234.
16. Ghosh SK, Ghoshal L, Bhunia D, Ghoshal AM. Acquired universal melanosis (carbon baby syndrome). *Pediatr Dermatol* 2014; 31:620.
17. Ruiz-Maldonado R, Tamayo L, Fernández-Diez J. Universal acquired melanosis. The carbon baby. *Arch Dermatol* 1978; 114:775.
18. Yamaguchi K, Watanabe C, Kawaguchi A, et al. Association of melanocortin 1 receptor gene (MC1R) polymorphisms with skin reflectance and freckles in Japanese. *J Hum Genet* 2012; 57:700.
19. Bastiaens M, ter Huurne J, Gruis N, et al. The melanocortin-1-receptor gene is the major freckle gene. *Hum Mol Genet*. 2001;10(16):1701.
20. Bliss JM, Ford D, Swerdlow AJ, et al. Risk of cutaneous melanoma associated with pigmentation characteristics and freckling: systematic overview of 10 case-control studies. The International Melanoma Analysis Group (IMAGE). *Int J Cancer* 1995; 62:367.
21. Polder KD, Landau JM, Vergilis-Kalner IJ, et al. Laser eradication of pigmented lesions: a review. *Dermatol Surg* 2011; 37:572.
22. Ortonne JP, Pandya AG, Lui H, Hexsel D. Treatment of solar lentiginosis. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54:S262.
23. Rhodes AR, Harrist TJ, Momtaz-T K. The PUVA-induced pigmented macule: a lentiginous proliferation of large, sometimes cytologically atypical, melanocytes. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9:47.
24. Yaşar Ş, Ersanli A, Göktaş F, et al. Partial unilateral lentiginosis is mosaic neurofibromatosis type 1 or not? *J Dermatol* 2017; 44:29.
25. González-Sixto B, De la Torre C, Posada C, Sevillano C. Partial unilateral lentiginosis associated with nevus of Ota. *J Am Acad Dermatol* 2010; 63:353.
26. Chen W, Fan PC, Happle R. Partial unilateral lentiginosis with ipsilateral Lisch nodules and axillary freckling. *Dermatology* 2004; 209:321.
27. Nayak RS, Kotrashetti VS, Hosmani JV. Laugier-Hunziker syndrome. *J Oral Maxillofac Pathol* 2012; 16:245.
28. Shah KR, Boland CR, Patel M, et al. Cutaneous manifestations of gastrointestinal disease: part I. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68:189.e1.
29. Devulder F, Bouché O, Diebold MD, et al. Cronkhite-Canada syndrome: a new French case. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; 23:407.
30. Veraitch O, Rickaby W, Robson A, et al. Early-onset dermatosis papulosa nigra. *Br J Dermatol* 2016; 174:1148.
31. Babapour R, Leach J, Levy H. Dermatitis papulosa nigra in a young child. *Pediatr Dermatol* 1993; 10:356.
32. Lupo MP. Dermatitis papulosa nigra: treatment options. *J Drugs Dermatol* 2007; 6:29.
33. Alexander AM. Maturational hyperpigmentation. In: *Dermatology for Skin of Color*, Kelly AP, Taylor SC (Eds), McGraw-Hill, New York 2009.
34. Roh MR, Chung KY. Infraorbital dark circles: definition, causes, and treatment options. *Dermatol Surg* 2009; 35:1163.
35. Sarkar R. Idiopathic cutaneous hyperchromia at the orbital region or periorbital hyperpigmentation. *J Cutan Aesthet Surg* 2012; 5:183.
36. Rajaratnam R, Halpern J, Salim A, et al. Interventions for melasma. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD003583.
37. Passeron T. Melasma pathogenesis and influencing factors - an overview of the latest research. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27 Suppl 1:5.
38. Tamega Ade A, Miot LD, Bonfietti C, et al. Clinical patterns and epidemiological characteristics of facial melasma in Brazilian women. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27:151.
39. Rostami Mogaddam M, Safavi Ardabili N, Iranparvar Alamdari M, et al. Evaluation of the serum zinc level in adult patients with melasma: Is there a relationship with serum zinc deficiency and melasma? *J Cosmet Dermatol* 2018; 17:417.
40. Duarte I, Campos Lage AC. Frequency of dermatoses associated with cosmetics. *Contact Dermatitis* 2007; 56:211.
41. Noh TK, Choi SJ, Chung BY, et al. Inflammatory features of melasma lesions in Asian skin. *J Dermatol* 2014; 41:788.
42. Cestari TF, Dantas LP, Boza JC. Acquired hyperpigmentations. *An Bras Dermatol* 2014; 89:11.
43. Rusciani A, Motta A, Fino P, Menichini G. Treatment of poikiloderma of Civatte using intense pulsed light source: 7 years of experience. *Dermatol Surg* 2008; 34:314.
44. Park JM, Tsao H, Tsao S. Acquired bilateral nevus of Ota-like macules (Hori nevus): etiologic and therapeutic considerations. *J Am Acad Dermatol* 2009; 61:88.

45. Ee HL, Goh CL, Khoo LS, et al. Treatment of acquired bilateral nevus of ota-like macules (Hori's nevus) with a combination of the 532 nm Q-Switched Nd:YAG laser followed by the 1,064 nm Q-switched Nd:YAG is more effective: prospective study. *Dermatol Surg* 2006; 32:34.
46. Callender VD, St Surin-Lord S, Davis EC, Maclin M. Postinflammatory hyperpigmentation: etiologic and therapeutic considerations. *Am J Clin Dermatol* 2011; 12:87.
47. Bangert S, Levine N. Riehl's Melanosis. In: *The Pigmentary System: Physiology and Pathophysiology*, 2nd ed, Nordlund JJ, Boissy RE, Hearing VJ, et al (Eds), Blackwell Publishing, Malden, MA 2006. p.961.
48. Khanna N, Rasool S. Facial melanoses: Indian perspective. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77:552.
49. Pérez-Bernal A, Muñoz-Pérez MA, Camacho F. Management of facial hyperpigmentation. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1:261.
50. Sardana K, Relhan V, Garg V, Khurana N. An observational analysis of erythromelanosis follicularis faciei et colli. *Clin Exp Dermatol* 2008; 33:333.
51. McGillis ST, Tuthill RJ, Ratz JL, Richards SW.. Unilateral erythromelanosis follicularis faciei et colli in a young girl *J Am Acad Dermatol*. 1991 Aug;25(2 Pt 2):430-2. doi: 10.1016/0190-9622(91)70222-n.
52. Li YH, Zhu X, Chen JZ, et al. Treatment of erythromelanosis follicularis faciei et colli using a dual-wavelength laser system: a split-face treatment. *Dermatol Surg* 2010; 36:1344.
53. Hardwick N, Van Gelder LW, Van der Merwe CA, Van der Merwe MP. Exogenous ochronosis: an epidemiological study. *Br J Dermatol* 1989; 120:229.
54. Olumide YM, Akinkugbe AO, Altraide D, et al. Complications of chronic use of skin lightening cosmetics. *Int J Dermatol* 2008; 47:344.
55. Simmons BJ, Griffith RD, Bray FN, et al. Exogenous ochronosis: a comprehensive review of the diagnosis, epidemiology, causes, and treatments. *Am J Clin Dermatol* 2015; 16:205.
56. Dai J, Belum VR, Wu S, et al. Pigmentary changes in patients treated with targeted anticancer agents: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77:902.
57. Dedhia A, Someshwar S, Jerajani HR. Idiopathic eruptive macular pigmentation: What is it actually? *Int J Dermatol* 2015; 54:1462.
58. Brandão Neto RA, de Carvalho JF. Diagnosis and classification of Addison's disease (autoimmune adrenalitis). *Autoimmun Rev* 2014; 13:408.
59. Barton JC. Hemochromatosis and iron overload: from bench to clinic. *Am J Med Sci* 2013; 346:403.
60. Piana S, Longo C. Diffuse Melanosis and Melanuria. *N Engl J Med* 2019; 380:1166.
61. Rieder E, Kaplan J, Kamino H, et al. Lichen planus pigmentosus. *Dermatol Online J* 2013; 19:20713.
62. Kanwar AJ, Dogra S, Handa S, et al. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28:481.
63. Dlova NC. Frontal fibrosing alopecia and lichen planus pigmentosus: is there a link? *Br J Dermatol* 2013; 168:439.
64. Pirmez R, Duque-Estrada B, Donati A, et al. Clinical and dermoscopic features of lichen planus pigmentosus in 37 patients with frontal fibrosing alopecia. *Br J Dermatol* 2016; 175:1387.
65. Han XD, Goh CL. A case of lichen planus pigmentosus that was recalcitrant to topical treatment responding to pigment laser treatment. *Dermatol Ther* 2014; 27:264.
66. Dammak A, Masmoudi A, Boudaya S, et al. Childhood actinic lichen planus (6 cases). *Arch Pediatr* 2008; 15:111.
67. Halder RM, Nordlund JJ. Topical treatment of pigmentary disorders. In: *The Pigmentary System: Physiology and Pathophysiology*, 2nd ed, Nordlund JJ, Boissy RE, Hearing VJ, et al (Eds), Blackwell Publishing Ltd, Malden, MA 2006.

# 36. BÖLÜM

## ORAL MUKOZADA EROZYON VE ÜLSERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Birgül ÖZKESİCİ KURT<sup>1</sup>  
Ayşe AKMAN KARAKAŞ<sup>2</sup>*

### GİRİŞ

Oral mukozada erozyon (epitelde yüzeysel kayıp) ve ülser (epitelde lamina propriyaya kadar tüm katlar boyunca kayıp) klinik pratikte çok sık karşılaşılan bir bulgudur. Oral mukozadaki erozif ve ülseratif lezyonların enfeksiyöz, otoimmün, inflamatuvar hastalıklar ve malignite dahil geniş bir ayırıcı tanı yelpazesi vardır. Hastalar lezyonun süresi, oluşum sıklığı ve semptomlar (örn. ağrı, yanma, hassasiyet) açısından sorgulanmalıdır. İlaç kullanımına ikincil olarak ortaya çıkabileceğinden ilaç kullanımının iyi sorgulanması önemlidir. Bazı hastalıklarda lezyonun değerlendirme zamanına bağlı olarak lezyonlar farklı görünebilir; bu nedenle özellikle klinikteki değişim önemlidir ve iyi

sorgulanmalıdır. Akut oral ülserler 4-6 haftadan kısa süren ülserlerdir. Tek atak veya tekrarlayan ataklar şeklinde (rekürren) seyredebilir. Kronik oral ülserler ise 4-6 haftadan uzun süren ülserlerdir. (1,2). Akut ve kronik oral ülserin tanı algoritması **Şekil 1**, **Şekil 2** ve **Şekil 3**'te verilmiştir. Vezikülobüllöz hastalıklar oral kavitede sekonder olarak erozyon veya ülserlere neden olabilirler (**Tablo 1**). Bu hastalıklara bağlı oral ülserlerin tanısında ülser kenarında bül artığının saptanması önemli bir ipucudur. Diğer yandan oral mukozadaki erozif ve ülseratif lezyonlar bir bülün rüptürüne bağlı olmaksızın doğrudan primer ülseratif lezyonlar olarak da karşımıza çıkabilirler (**Tablo 2**) (2,3).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, birgulozkesici@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., İstanbul Aydın Üniversitesi, VM Medical Park Florya Dermatoloji Kliniği, drayseakman96@gmail.com

## SONUÇ

Klinik pratikte çok sık karşılaşılan oral mukozadaki erozif ve ülseratif lezyonların ayırıcı tanısında enfeksiyöz, otoimmün, inflamatuvar hastalıklar ve malignite dahil birçok hastalık yer alır. Hastaları değerlendirirken lezyonun süresi ve ilaç kullanım öyküsü mutlaka sorgulanmalı, oral mukozaya muayenesi yanı sıra tüm vücut muayenesi de yapılmalıdır. Akut oral erozyon ve ülserler çoğu zaman kendini sınırlayan, ileri tetkik ve tedavinin gerekmediği, semptomatik tedavinin yeterli olduğu hastalıklardır. Kronik oral erozyon ve ülserlerin tanısında ise çoğu zaman biyopsi gerekir. Travmatik ülser düşünülen hastalarda potansiyel nedenlerin ortadan kaldırılmasına rağmen ülserin 2-3 hafta içinde geçmemesi durumunda klinik olarak taklit ettiği oral SHK açısından biyopsi yapılmalıdır. Oral erozyon ve ülserler değerlendirilirken tanı algoritması kullanmak doğru tanıya ulaşmada yardımcı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Bruce AJ, Dabade TS, Burkemper NM. Diagnosing oral ulcers. *JAAPA*. 2015;28:1-10. Doi: 10.1097/01.JAA.0000459826.63026.67
- Uzun S. Oral mukozanın erozif, ülseratif, veziküler ve büllöz lezyonları. *Türkderm*. 2012;46:77-85. Doi: 10.4274/turkderm.46.s2.15
- Laskaris, G. (2006) *Pocket atlas of oral diseases*. (2nd ed.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Edgar NR, Saleh D, Miller RA. Recurrent aphthous stomatitis: A review. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2017;10:26-36.
- France K, Villa A. Acute oral lesions. *Dermatol clin*. 2020;38:441-450.
- Allen, C.M., Camisa, C., McNamara, K.K. (2018). Oral Disease. In J.L. Bologna, J.V. Schaffer, L. Cerroni (Eds.), *Dermatology* (4<sup>th</sup> ed., pp. 1220-1240). Philadelphia: Elsevier.
- Siu A, Landon K, Ramos DM. Differential diagnosis and management of oral ulcers. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. 2015;34:171-177. Doi: 10.12788/j.sder.2015.0170
- Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, et al. Diagnostic features of common oral ulcerative lesions: An updated decision tree. *International Journal of Dentistry*. 2016; 1-14. Doi:/10.1155/2016/7278925
- Alpsoy, E. (2021). Behçet's Disease. In C. Salavastru, D. Murrell, J. Otton (Eds.), *Skin and the Heart*. (pp. 165-177). Switzerland: Springer.
- International Study Group for Behçet's Disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet*. 1990;335:1078-1080.
- Alpsoy E, Akman A. Behçet's disease: an algorithmic approach to its treatment. *Arch Dermatol Res*. 2009;301:693-702. Doi 10.1007/s00403-009-0990-2
- Luker, J., Scully, C. Diseases of the oral mucosa and tongue. In A. Irvine, P. Hoeger, A (Eds.), *Harper's textbook of pediatric dermatology* (3<sup>th</sup> ed., pp. 147.1-147.25). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Leão JC, Gueiros LA, Porter SR. Oral manifestations of syphilis. *Clinics*. 2006;61:161-166.
- Chidzonga MM. Noma (Cancrum Oris) in Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome patients: Report of eight cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 1996;54:1056-1060.
- Oba MÇ, Engin B, Kutlubay Z, Serdaroglu S. Oral Liken Planus. *Dermatoz*. 2017;4:1-7. Doi: 10.15624.dermatoz17084d1
- Khudhur AS, Di Zenzo G, Carrozzo M. Oral lichenoid tissue reactions: diagnosis and classification. *Expert Rev Mol Diagn*. 2014;14:169-184. Doi: 10.1586/14737159.2014.888953
- Bukhari AF, Farag AM, Treister NS. Chronic Oral Lesions. *Dermatol Clin*. 2020;38:451-466. Doi: 10.1016/j.det.2020.05.006
- Amagai M. (2018). Pemphigus, Vesiculobullous Diseases. In J.L. Bologna, J.V. Schaffer, L. Cerroni (Eds.), *Dermatology* (4<sup>th</sup> ed., pp. 494-509). Philadelphia: Elsevier.
- Bernard, P., Borradori, L. (2018). Pemphigoid Group, Vesiculobullous Diseases. In J.L. Bologna, J.V. Schaffer, L. Cerroni (Eds.), *Dermatology* (4<sup>th</sup> ed., pp. 510-526). Philadelphia: Elsevier.
- Ritter SE, Meffert J. A refractory fixed drug reaction to a dye used in an oral contraceptive. *Cutis*. 2004;74(4):243-4.
- Alpsoy E, Dicle Ö, Akman Karakaş A. Steven-Johnson Sendromu ve Toksik Epidermal Nekroliz. *Türkderm*. 2010; 44: 180-6. Doi: 10.4274/turkderm.44.180

# 37 • BÖLÜM

## ORAL MUKOZANIN BEYAZ LEZYONLARINA YAKLAŞIM

*Ayşegül YALÇINKAYA İYİDAL<sup>1</sup>*

Oral mukozanın beyaz lezyonları (OMBL) dermatoloji, kulak burun boğaz, aile hekimliği ve diş hekimliği polikliniklerinde sık olarak karşılaşılan patolojiler arasındadır. Hasta tarafından farkedilip ana şikayet olarak başvuru sebebi olabileceği gibi, başka bir nedenle gelen hastanın oral mukozasının muayenesiyle hastanın farketmediği lezyonlar tespit edilebilir.

Normal rengi gül kurusu pembe renkte olan oral mukozada beyaz renk değişikliğine kalın keratin tabakası, epitelyal hiperplazi, intrasellüler ve/veya ekstrasellüler epitelyal ödem, epitelde nekroz, lamina propiada fibrozis ve vasküleritede azalma gibi faktörler sebep olmaktadır (1-5).

OMBL oral patolojilerin %5' ini oluşturmaktadır (6). Benign reaktif lezyonlardan karsinomlara kadar geniş bir spektrumda yer alan bu lezyonla-

rın tanısına detaylı anamnez ve muayeneyle çoğunlukla ulaşılabilmektedir. Tanının doğru konulması premalign ya da malign hastalıkların erken teşhisi, tedavi edilmesi ve takibi açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle OMBL'yi değerlendirirken boyutu ( küçük, büyük), sayısı ( tek, multipl), kenar şekli (düzenli, düzensiz), yüzeyi ( düz, pürüzlü), klinik görünümü (makül, papül, nodül, yama, plak, papiller, retiküler, verrüköz, erozif, fissüre, vezikül, bül, ülser), yerleşimi ( mukozal, submukozal), dokusu ( yumuşak, sert) ve orjini ( genetik, gelişimsel, lokal, inflamatuvar, prenoplastik, neoplastik) gibi özelliklerinin de dikkate alınması gerekmektedir (7-9) (Tablo 1-7) (Şekil 1-5).

OMBL nedenleri orjinine göre **Tablo 1**'de sınıflandırılmıştır (1-7,10-12).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, draysegulyalcinkayaiyidal@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Jontell M, Holmstrup P. Red and White Lesions of the Oral Mucosa. In: M Glick, ed. *Burket's Oral Medicine* . 12th ed. PMPH-USA; 2015:91-121.
2. Scully C, Felix DH. Oral medicine - Update for the dental practitioner Oral cancer. *Br Dent J*. 2006;200(1):13-17. doi:10.1038/sj.bdj.4813117
3. Felix DH, Luker J, Scully C. Oral medicine: 6. White lesions. *Dent Update*. 2013;40(2):146-148. doi:10.12968/denu.2013.40.2.146
4. Kutluay AH, Çankal DU. Oral Mukozanın Premalign Beyaz Lezyonları. *EÜ Dışhek Fak Derg* . 2009;30:75-86.
5. Villa A, Woo S bin. Leukoplakia—A Diagnostic and Management Algorithm. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75(4):723-734. doi:10.1016/j.joms.2016.10.012
6. Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, Jafari S, Anbari F, Rahmani S. Oral white lesions: An updated clinical diagnostic decision tree. *Dent J*. 2019;7(1). doi:10.3390/dj7010015
7. Subramanyam R. Oral Pathology in Clinical Dentistry: A systematic approach. *J Int Clin Dent Res Organ*. 2014;6(2):72-76. doi:10.4103/2231-0754.143476
8. Lee KH, Polonowita AD. Oral white lesions: Pitfalls of diagnosis. *Med J Aust*. 2009;190(5):274-277. doi:10.5694/j.1326-5377.2009.tb02395.x
9. Lavanya A, Sowmya S v., Rao RS, Augustine D, Haragannavar VC. Oral verrucopapillary lesions: A diagnostic conundrum. *World J Dent*. 2019;10(2):158-164. doi:10.5005/jp-journals-10015-1624
10. Pinna R, Cocco F, Campus G, et al. Genetic and developmental disorders of the oral mucosa: Epidemiology; molecular mechanisms; diagnostic criteria; management. *Periodontol 2000*. 2019;80(1):12-27. doi:10.1111/prd.12261
11. Madani FM, Kuperstein AS. Normal Variations of Oral Anatomy and Common Oral Soft Tissue Lesions: Evaluation and Management. *Med Clin North Am*. 2014;98(6):1281-1298. doi:10.1016/j.mcna.2014.08.004
12. Nico MMS, Hammerschmidt M, Lourenço SV. Oral mucosal manifestations in some genodermatoses: Correlation with cutaneous lesions. *Eur J Dermatol*. 2013;23(5):581-591. doi:10.1684/ejd.2013.2073
13. Ferrel C, Giannetti L, Robustelli Test E, Atzori L, Rongioletti F. Linear white lesion in the oral mucosa. *JAAD Case Rep*. 2019;5(8):694-696. doi:10.1016/j.jdc.2019.05.009
14. Huang BW, Lin C wei, Lee YP, Chiang CP. Differential diagnosis between leukoedema and white spongy nevus. *J Dent Sci*. 2020;15(4):554-555. doi:10.1016/j.jds.2020.05.018
15. Sobhan M, Alirezaei P, Farshchian M, et al. White Spongy Nevus: Report of a Case and Review of the Literature. *Acta Med Iran* . 2017;55:533-535.
16. Köse O. Oral Mukozanın Kalıtsal Hastalıkları (Genetic Inherited Diseases of Oral Mucosa). *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*. 2015;8:100-103.
17. Sharma RK, Gupta M, Sood S, Gupta A. Dyskeratosis congenita: Presentation of cutaneous triad in a sporadic case. *BMJ Case Rep*. 2018;11(1):e226736-undefined. doi:10.1136/bcr-2018-226736
18. Bui T, Young JW, Frausto RF, Markello TC, Glasgow BJ, Aldave AJ. Hereditary Benign Intraepithelial Dyskeratosis: Report of a Case and Re-examination of the Evidence for Locus Heterogeneity. *Ophthalmic Genet*. 2016;37(1):76-80. doi:10.3109/13816810.2014.889169
19. Dharman S, Arvind M. Darier's disease - Oral, general and histopathological features in a 7 year old child. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2016;34(2):177-179. doi:10.4103/0970-4388.180449
20. Cardoso CL FPTL et al. Darier disease: case report with oral manifestations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* . 2006;11:E404-406.
21. Gönül M, Gül Ü, Kiliç A, Soylu S, Koçak O, Demiriz M. A case of pachyonychia congenita with unusual manifestations: An unusual type or a new syndrome? *Int J Dermatol*. 2015;54(3):334-337. doi:10.1111/j.1365-4632.2012.05851.x
22. Goldberg I, Mashiah J, Kutz A, et al. Symptomatic mucosal involvement in pachyonychia congenita: challenges in infants and young children. *Br J Dermatol*. 2020;182(3):708-713. doi:10.1111/bjd.18742
23. Hammerschmidt M, Lourenço SV, Nico MMS. A clinicopathological study of the oral lesions of Cowden disease. *J Oral Pathol Med*. 2017;46(8):637-643. doi:10.1111/jop.12519
24. Warnakulasuriya S. White, red, and mixed lesions of oral mucosa: A clinicopathologic approach to diagnosis. *Periodontol 2000*. 2019;80(1):89-104. doi:10.1111/prd.12276
25. J. L. Martin. Leukoedema: a review of the literature. *J Natl Med Assoc* . 1992;84:938-940.
26. Lee JH, Lee JH, Kwon NH, et al. Clinicopathologic manifestations of patients with Fordyce's spots. *Ann Dermatol*. 2012;24(1):103-106. doi:10.5021/ad.2012.24.1.103
27. Jakhar D, Kaur I. Mucoscopy of fordyce's spots on lips. *Indian Dermatol Online J*. 2019;10(4):498-499. doi:10.4103/idoj.idoj\_185\_18
28. Schafer DR, Glass SH. A Guide to Yellow Oral Mucosal Entities: Etiology and Pathology. *Head Neck Pathol*. 2019;13(1):33-46. doi:10.1007/s12105-018-0977-4
29. Demiral U, Ünür Meral. Common Oral Lesions and Their Treatment in Newborns. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*. 2019;28(3). doi:10.5336/pediatr.2019-66189
30. Taybos G. Oral Changes Associated with Tobacco Use. *Am J Med Sciences*. 2003; 326 (4):179-82. doi:10.1097/00000441-200310000-00005
31. Md Anisuzzaman M, Khan MTI, Hasan S, Adnan N, Afrin A. Prevalence of Linea Alba Buccalis in Bangladeshi Population. *Update Dent Coll J*. 2019;9(2):17-19. doi:10.3329/updcj.v9i2.43734
32. Müller S. Frictional Keratosis, Contact Keratosis and Smokeless Tobacco Keratosis: Features of Reactive White Lesions of the Oral Mucosa. *Head Neck Pathol*. 2019;13(1):16-24. doi:10.1007/s12105-018-0986-3
33. Vila T, Sultan AS, Montelongo-Jauregui D, Jabra-Rizk MA. Oral candidiasis: A disease of opportunity. *J Fungi*. 2020;6(1):15-undefined. doi:10.3390/jof6010015
34. Stojanov IJ, Woo S bin. Human papillomavirus and Epstein-Barr virus associated conditions of the oral mucosa. *Semin Diagn Pathol*. 2015;32(1):3-11. doi:10.1053/j.semdp.2014.12.003

35. Mattoo A, Bhatia M. Verruca vulgaris of the buccal mucosa: A case report. *J Cancer Res Ther.* 2018;14(2):454-456. doi:10.4103/jcrt.JCRT\_47\_17
36. de Paulo LFB, Servato JPS, Oliveira MTF, Durighetto AF, Zanetta-Barbosa D. Oral Manifestations of Secondary Syphilis. *Int J Infect Dis.* 2015;35:40-42. doi:10.1016/j.ijid.2015.04.007
37. Siqueira CS, Saturno JL, M.de Sousa SCO, da Silveira FRX. Diagnostic approaches in unsuspected oral lesions of syphilis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2014;43(12):1436-1440. doi:10.1016/j.ijom.2014.09.014
38. Herrero-gonzález JE, Amer MEP, Farrés MF, Abeló AT, Barranco C, Pujol RM. Syphilitic mucous patches: The resurgence of an old classic. *Int J Dermatol.* 2008;47(12):1281-1283. doi:10.1111/j.1365-4632.2008.03862.x
39. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res.* 2016;308(8):539-551. doi:10.1007/s00403-016-1667-2
40. Gupta S, Jawanda MK. Oral lichen planus: An update on etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and management. *Indian J Dermatol.* 2015;60(3):222-229. doi:10.4103/0019-5154.156315
41. Kamath VV, Setlur K, Yerlagudda K. Oral lichenoid lesions - A review and update. *Indian J Dermatol.* 2015;60(1):102-undefined. doi:10.4103/0019-5154.147830
42. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: A comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal.* 2014;2014. doi:10.1155/2014/742826
43. Müller S. Oral Manifestations of Dermatologic Disease: A Focus on Lichenoid Lesions. *Head Neck Pathol.* 2011;5(1):36-40. doi:10.1007/s12105-010-0237-8
44. Yardimci Gurkan, Kutlubay Z, Engin B, et al. Precancerous lesions of oral mucosa. *World J Clin Cases.* 2014;2(12):866-872. doi:10.12998/wjcc.v2.i12.866
45. Fortuna G, Aria M, Schiavo JH. Drug-induced oral lichenoid reactions: a real clinical entity? A systematic review. *Eur J Clin Pharmacol.* 2017;73(12):1523-1537. doi:10.1007/s00228-017-2325-0
46. Ramachandran V, Kolli SS, Strowd LC. Review of Graft-Versus-Host Disease. *Dermatol Clin.* 2019;37(4):569-582. doi:10.1016/j.det.2019.05.014
47. Brennan MT, Valerin MA, Napeñas JJ, Lockhart PB. Oral manifestations of patients with lupus erythematosus. *Dent Clin North Am.* 2005;49(1 SPEC.ISS.):127-141. doi:10.1016/j.cden.2004.07.006
48. Ranganwala AM, Chalishazar MM, Panja P, Buddhdev KP, Kale HM. Oral discoid lupus erythematosus: A study of twenty-one cases. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2012;16(3):368-373. doi:10.4103/0973-029X.102487
49. Bevans SL, Keeley JM, Sami N. Oral lichen sclerosis—a review of clinical presentation, treatment, and clinical outcomes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017;124(4):e243-e248. doi:10.1016/j.oooo.2017.07.005
50. Parlatescu I, Gheorghe C, Coculescu E, et al. Oral leukoplakia - an update. *Maedica (Bucur).* 2014;9:88-93.
51. Staines K, Rogers H. Oral leukoplakia and proliferative verrucous leukoplakia: A review for dental practitioners. *Br Dent J.* 2017;223(9):655-661. doi:10.1038/sj.bdj.2017.881

# 38. BÖLÜM

## ORAL MUKOZADA KIRMIZI PLAKLARI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Selda IŞIK MERMUTLU<sup>1</sup>*

Oral mukozal lezyonlara izole veya sistemik bir hastalığın bulgusu olarak sık rastlanmaktadır. Lezyonların morfoloji, etyoloji, lokalizasyon ve renklerine göre çeşitli sınıflandırmalar mevcuttur. Renklerine göre oral mukoza lezyonları beyaz, kırmızı ve pigmente olarak başlıca üç gruba ayrılmaktadır(1,2). Bu bölümde oral mukozada kırmızı lezyonların ayırıcı tanısı, klinik özellikleri ve kırmızı lezyonlara yaklaşım ele alınacak, mukoza bütünlüğünün bozulduğu oral erozyon ve ülser nedenleri kapsam dışı bırakılacaktır.

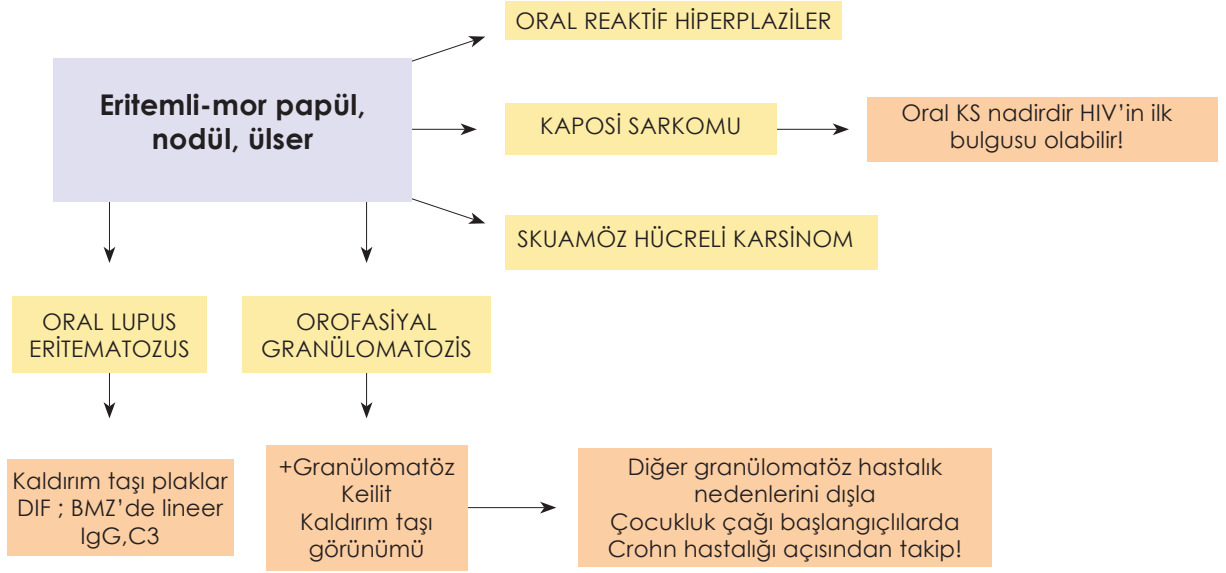
Oral mukozada kırmızı lezyonlar inflamasyon, eritrosit ekstravazasyonu, atrofi veya yüzey epitel keratinizasyonunda azalma gibi değişikliklerden

kaynaklanır. Klinik bulgu olarak dudaklar, dil, bukkal mukoza, damak gibi çeşitli alanlarda peteşi, ekimoz, hematoma, eritem, eritemli plaklar veya atrofik kırmızı alanlar görülebilir (3). **Tablo 1**'de oral mukozal kırmızı lezyonların sınıflandırılması, **Tablo 2**'de oral mukozada kırmızı yama ve plakların ayırıcı tanısı ve **Tablo 3**'te oral mukozada eritemli lezyonların özellikleri izlenmektedir.

Oral mukozada görülen kırmızı yama ve plakların etyolojisinde travma, enfeksiyonlar, vasküler anomaliler, reaktif hiperplaziler, inflamatuvar ve immunolojik hastalıklar, hematolojik hastalıklar, prekanseröz ve malign epitelyal lezyonlar yer alır (3) (**Tablo 2**).

<sup>1</sup> Dr. Öğr.Üyesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., dr.seldaisik@gmail.com





### Algoritma 2. Oral mukozada eritemli-mor papül, nodül ve ülser yaklaşım

BMZ: Bazal membran zon, C3: Kompleman, DIF: Direkt immunofloresan, Ig: İmmunoglobulin, KS: Kaposi sarkomu

## SONUÇ

Oral mukozada kırmızı lezyonlar etyolojilerine göre enfeksiyöz, inflamatuvar, immunolojik, vasküler, prekanseröz, malign veya reaktif hiperplaziler gibi çeşitlilik göstermektedir (**Algoritma 1** ve **2**). Bu lezyonlar izole olabildiği gibi sistemik hastalıkların bulgusu da olabilmektedir. Bu nedenle klinisyenler fizik muayenelerinde oral mukozaya muayenesini ihmal etmemeli, dikkatli oral mukozaya muayenesi ve gerekirse histopatolojik değerlendirme ile kesin tanıya ulaşmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Warnakulasuriya S. White, red and mixed lesions of oral mucosa: A clinico-pathological Approach to diagnosis. Periodontol 2000. 2019; 80:89–104.1.
- Yeşiltepe S, Ağırman KT, Çakur B. Klinik bulgulardan tanıya oral mukozal lezyonlar. Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2018;24(2):131-8.
- McNamara K, Kalmar JL. Erythematous and Vascular Oral Mucosal Lesions: A Clinicopathologic Review of Red Entities. Head and Neck Pathology. 2019;13:4–15.
- Maymone MBC, et al. Premalignant and malignant oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. J Am Acad Dermatol. 2019 Jul;81(1):59-71.
- Maymone MBC, et al. Benign oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. J Am Acad Dermatol. 2019 Jul;81(1):43-56.
- Mangold AR, Torgerson RR, Rogers RS 3rd. Diseases of the tongue. Clin Dermatol. 2016 Jul-Aug;34(4):458-69.
- Wetzel SL, Wollenberg J. Oral Potentially Malignant Disorders. Dent Clin N Am 64 2020 Jan;64(1):25–37.
- Holmstrup P. Oral erythroplakia-What is it? Oral Dis. 2018 Mar;24(1-2):138-143.
- Wang MZ, Jordan RC. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: A report of 27 cases. J Cutan Pathol. 2019 Nov;46(11):839-843.
- Miest R, Bruce A, Rogers RS 3rd. Orofacial granulomatosis. Clin Dermatol. 2016 Jul-Aug;34(4):505-13.
- Nico MMS, Pinto NT, Lourenço SV. From strawberry gingivitis to palatal perforation: The clinicopathological spectrum of oral mucosal lesions in granulomatosis with polyangiitis J Oral Pathol Med. 2020 May;49(5):443-449.
- Au J, Patel D, Campbell JH. Oral Lichen Planus. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2013 Feb;25(1):93-100.
- Feller L., et al. Review: allergic contact stomatitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2017;123:559-565.
- Del Barrio-Díaz P et al. Association between oral lesions and disease activity in lupus erythematosus J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020 Feb;34(2):349-356.
- Elad S, Aljitiawi O, Zadik Y. Oral Graft-Versus-Host Disease: A Pictorial Review and a Guide for Dental Practitioners. Int Dent J. 2020 Jun 28. doi: 10.1111/idj.12584
- Rajguru JP, et al. Update on psoriasis: A review. J Family Med Prim Care. 2020 Jan 28;9(1):20-24
- Belknap AN, et al. Oral Verruciform Xanthoma: A Series of 212 Cases and Review of the Literature. Head Neck Pathol. 2020 Sep;14(3):742-748.

# 39. BÖLÜM

## ORAL MUKOZADA HİPERPİGMENTASYONU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Andaç SALMAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Oral mukozadaki melanosit yoğunluğu deri ile aynı olmakla birlikte lokal kronik durumlar, genetik ve sistemik hastalıklara bağlı olarak melanin birikimi fokal artış gösterebilir. Oral mukozal hiperpigmentasyon, yaklaşık 500 erişkinden birinde görülür ve biyopsi yapılan oral lezyonların %2'sini oluşturmaktadır (1). Oral mukozal hiperpigmentasyonun en sık nedeni koyu ten rengine sahip bireylerde görülen fizyolojik pigmentasyondur. Patolojik nedenler arasında ise travma sonrası ya da dental girişimler sırasında farklı yabancı cisimlerin submukozal yerleşimi, bazı metallerle siste-

mik intoksikasyon, sistemik ilaç kullanımı, birçok sistemik ve genetik hastalık yanında benign ve malign neoplaziler sayılabilir (2). Bu bölümde oral mukozal hiperpigmentasyonun fizyolojik ve patolojik nedenleri ve ayırıcı tanıda yardımcı algoritmik yaklaşımlar gözden geçirilecektir.

### SINIFLANDIRMA

Oral mukozal hiperpigmentasyon nedenleri kabaca fizyolojik ve patolojik olarak sınıflandırılabilir. Patolojik nedenler ise ekzojen kaynaklı ve endojen kaynaklı olmak üzere iki grup altında incelenebilir (Tablo 1).

<sup>1</sup> Doç. Dr., Acıbadem Sağlık Grubu, Altunizade Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü, asalmanitf@gmail.com, andac.salman@acibadem.com

## Malign Melanositik Lezyonlar

### Oral mukozal melanom

Primer melanomların %1'inden azı oral kavite yerleşimlidir. Kutanöz ve oküler melanomlarda görülen çevresel risk faktörleri oral melanom gelişiminde rol oynamaz. Oral melanomlar en sık damak ve maksiller alveolar mukozayı tutar. 40-70 yaş arası hastalar daha sık etkilenir. Klinik olarak en sık pigmente nodüller lezyonlar şeklinde ortaya çıkar. Hemen her zaman *de novo* olarak gelişir. Erken tanı alan lezyonlarda cerrahi eksizyon etkilidir (45,46).

### SONUÇ

Oral mukozada pigmentasyonla başvuran bir hastanın ayırıcı tanısında, lezyonların başlangıç yaşı, lezyonların süresi, kullanılan ilaçlar, lezyon dağılımı (fokal, multifokal, difüz), eşlik eden deri ve diğer sistem bulgularının değerlendirilmesi önem taşımaktadır (Şekil 1).

Benign ve malign melanositik lezyonlar ve bunları taklit edebilen durumların ayırımında dermatoskopik inceleme yardımcı olabilir (Tablo 4). Ancak melanom ekartasyonu ve kesin tanı için çoğu zaman altın standart olan histopatolojik incelemenin yapılması gerekmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Tavares TS, Meirelles DP, de Aguiar MCF, et al. Pigmented lesions of the oral mucosa: A cross-sectional study of 458 histopathological specimens. *Oral Dis*, 24 (8), 1484–1491. Doi: 10.1111/odi.12924.
2. Sreeja C, Ramakrishnan K, Vijayalakshmi D, et al. Oral pigmentation: A review. *J Pharm Bioallied Sci*, 7 (Suppl 2), S403–408. Doi: 10.4103/0975-7406.163471.
3. Amir E, Gorsky M, Buchner A, et al. Physiologic pigmentation of the oral mucosa in Israeli children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 71 (3), 396–398. Doi: 10.1016/0030-4220(91)90325-7.
4. Gul M, Hameed MH, Nazeer MR, et al. Most effective method for the management of physiologic gingival hyperpigmentation: A systematic review and meta-analysis. *J Indian Soc Periodontol*, 23 (3), 203–215. Doi: 10.4103/jisp.jisp\_555\_18.
5. NO Binmadi, M Bawazir, N Alhindi, et al. Medication-Induced Oral Hyperpigmentation: A Systematic Review. *Patient Prefer Adherence*, 14, 1961–1968. Doi: 10.2147/PPA.S275783.
6. Eisen D. Disorders of pigmentation in the oral cavity. *Clin Dermatol*, 18 (5), 579–587. Doi: 10.1016/s0738-081x(00)00148-6.
7. Meyerson MA, Cohen PR, Hymes SR. Lingual hyperpigmentation associated with minocycline therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 79 (2), 180–184. Doi: 10.1016/s1079-2104(05)80279-3.
8. Ficarra G, Shillitoe EJ, Adler-Storthz K, et al. Oral melanotic macules in patients infected with human immunodeficiency virus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 70 (6), 748–755. Doi: 10.1016/0030-4220(90)90014-j.
9. Vasconcelos GG, Lima Medeiros PAL, Patrícia Alves AGE, et al. Extensive hard palate hyperpigmentation associated with chloroquine use. *Br J Clin Pharmacol*, 86 (11), 2325–2327. Doi: 10.1111/bcp.14313.
10. Friederike H, Guntram L. Burton's Line from Chronic Lead Intoxication. *N Engl J Med*, 379 (19), e35. Doi: 10.1056/NEJMicm1801693.
11. Pearce JMS. Burton's line in lead poisoning. *Eur Neurol*, 57 (2), 118–119. Doi: 10.1159/000098100.
12. Rosebush MS, Briody AN, Cordell KG. Black and Brown: Non-neoplastic Pigmentation of the Oral Mucosa. *Head Neck Pathol*, 13 (1), 47–55. Doi: 10.1007/s12105-018-0980-9.
13. Vera-Kellet C, Del Barrio-Díaz P. Oral Amalgam Tattoo Mimicking Melanoma. *N Engl J Med*, 374 (17), e21. Doi: 10.1056/NEJMicm1510216.
14. Buchner A, Hansen LS. Amalgam pigmentation (amalgam tattoo) of the oral mucosa. A clinicopathologic study of 268 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 49 (2), 139–147. Doi: 10.1016/0030-4220(80)90306-0.
15. Galletta VC, Artico G, Dal Vecchio AMC, et al. Extensive amalgam tattoo on the alveolar-gingival mucosa. *An Bras Dermatol*, 86 (5), 1019–1021. Doi: 10.1590/s0365-05962011000500026.
16. Lau JC, Jackson-Boeters L, Daley T D, et al. Metallothionein in human gingival amalgam tattoos. *Arch Oral Biol*, 46 (11), 1015–1020. Doi: 10.1016/s0003-9969(01)00069-3.
17. Hedin CA, Pindborg JJ, Axéll T. Disappearance of smoker's melanosis after reducing smoking. *J Oral Pathol Med*, 22 (5), 228–230. Doi: 10.1111/j.1600-0714.1993.tb01061.x.
18. Patel LM, Lambert PJ, Gagna CE, et al. Cutaneous signs of systemic disease. *Clin Dermatol*, 29 (5), 511–522. Doi: 10.1016/j.clindermatol.2011.01.019.
19. Takagi D, Ben-Ari J, Nemet D, et al. The interpretation of color - an endocrine cause of skin discoloration mimicking cyanosis. *J Pediatr Endocrinol Metab*, 26 (5–6), 579–581. Doi: 10.1515/jpem-2012-0339.
20. Lee K, Lian C, Vaidya A, et al. Oral mucosal hyperpigmentation. *JAAD Case Reports*, 6 (10), 993–995. Doi: 10.1016/j.jdc.2020.08.013.
21. Newell-Price J, Bertagna X, Grossman AB, et al. Cushing's syndrome. *Lancet*, 367 (9522), 1605–1617. Doi: 10.1016/S0140-6736(06)68699-6.
22. Bacon BR, Adams PC, Kowdley KV, et al. Diagnosis and management of hemochromatosis: 2011 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, 54 (1), 328–343. Doi: 10.1002/hep.24330.

23. El Howati A, Tappuni A. Systematic review of the changing pattern of the oral manifestations of HIV. *J Investig Clin Dent*, 9 (4), e12351. Doi: 10.1111/jicd.12351.
24. Smith KJ, Skelton HG, Yeager J, et al. Cutaneous findings in HIV-1-positive patients: a 42-month prospective study. Military Medical Consortium for the Advancement of Retroviral Research (MMCARR). *J Am Acad Dermatol*, 31 (5 Pt 1), 746–754. Doi: 10.1016/s0190-9622(94)70236-5.
25. Lindor NM, Greene MH. The concise handbook of family cancer syndromes. Mayo Familial Cancer Program. *J Natl Cancer Inst*, 90 (14), 1039–1071. Doi: 10.1093/jnci/90.14.1039.
26. Lampe AK, Hampton PJ, Woodford-Richens K, et al. Laugier-Hunziker syndrome: an important differential diagnosis for Peutz-Jeghers syndrome. *J Med Genet*, 40 (6), e77. Doi: 10.1136/jmg.40.6.e77.
27. Higham P, Alawi F, Stoopler ET. Medical management update: Peutz Jeghers syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 109 (1), 5–11. Doi: 10.1016/j.tripleo.2009.08.022.
28. Ayoub N, Barete S, Bouaziz JD, et al. Additional conjunctival and penile pigmentation in Laugier-Hunziker syndrome: a report of two cases. *Int J Dermatol*, 43 (8), 571–574. Doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.02173.x.
29. Ma LD, Vano-Galvan S. Hyperpigmentation in Laugier-Hunziker syndrome. *CMAJ*, 183 (12), 1402. Doi: 10.1503/cmaj.110211.
30. Bauer AJ, Stratakis CA. The lentiginoses: cutaneous markers of systemic disease and a window to new aspects of tumorigenesis. *J Med Genet*, 42 (11), 801–810. Doi: 10.1136/jmg.2003.017806.
31. Barman PD, Das A, Mondal AK, et al. Laugier-Hunziker Syndrome Revisited. *Indian J Dermatol*, 61 (3), 338–339. Doi: 10.4103/0019-5154.182429.
32. Vachiramon V, McMichael AJ. Approaches to the evaluation of lip hyperpigmentation. *Int J Dermatol*, 51 (7), 761–770. Doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.05272.x.
33. Pichard DC, Boyce AM, Collins MT, et al. Oral pigmentation in McCune-Albright syndrome. *JAMA Dermatol*, 150 (7), 760–763. Doi: 10.1001/jamadermatol.2014.184.
34. Alawi F. Pigmented lesions of the oral cavity: an update. *Dent Clin North Am*, 57 (4), 699–710. Doi: 10.1016/j.cden.2013.07.006.
35. Chitturi RT, Sindhuja P, Parameswar RA, et al. A clinical study on oral lichen planus with special emphasis on hyperpigmentation. *J Pharm Bioallied Sci*, 7 (Suppl 2), S495–498. Doi: 10.4103/0975-7406.163513.
36. Callender VD, St Surin-Lord S, Davis EC, et al. Postinflammatory hyperpigmentation: etiologic and therapeutic considerations. *Am J Clin Dermatol*, 12 (2), 87–99. Doi: 10.2165/11536930-000000000-00000.
37. Taylor S, Grimes P, Lim J, et al. Postinflammatory hyperpigmentation. *J Cutan Med Surg*, 13 (4), 183–191. Doi: 10.2310/7750.2009.08077.
38. Ferreira L, Jham B, Assi R, et al. Oral melanocytic nevi: a clinicopathologic study of 100 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 120 (3), 358–367. Doi: 10.1016/j.oooo.2015.05.008.
39. Merchant HW, Hayes LE, Ellison LT. Soft-palate pigmentation in lung disease, including cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 41 (6), 726–733. Doi: 10.1016/0030-4220(76)90185-7.
40. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of solitary melanocytic lesions of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 33 (9), 550–557. Doi: 10.1111/j.1600-0714.2004.00238.x.
41. Hanna A, Rawal SY, Anderson KM, et al. The epithelioid blue nevus: A rare intraoral nevocmelanocytic tumor. *J Oral Maxillofac Pathol*, 15 (1), 88–90. Doi: 10.4103/0973-029X.80018.
42. Marangon JH, Souza PEA, Soares RV, et al. Oral Congenital Melanocytic Nevus: A Rare Case Report and Review of the Literature. *Head Neck Pathol*, (4), 481–487. Doi: 10.1007/s12105-015-0639-8.
43. Buchner A, Hansen LS. Pigmented nevi of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 32 new cases and review of 75 cases from the literature. Part II. Analysis of 107 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 49 (1), 55–62. Doi: 10.1016/0030-4220(80)90031-6.
44. Fistarol SK, Itin PH. Plaque-type blue nevus of the oral cavity. *Dermatology*, 211 (3), 224–233. Doi: 10.1159/000087016.
45. Maymone MBC, Greer RO, Kesecker J, et al. Premalignant and malignant oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *J Am Acad Dermatol*, 81 (1), 59–71. Doi: 10.1016/j.jaad.2018.09.060.
46. McLaughlin CC, Wu XC, Jemal A, et al. Incidence of noncutaneous melanomas in the U.S. *Cancer*, 103 (5), 1000–1007. Doi: 10.1002/cncr.20866.
47. Lambertini M, Patrizi A, Fanti PA, et al. Oral melanoma and other pigmentations: when to biopsy? *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 32 (2), 209–214. Doi: 10.1111/jdv.14574.
48. Dermoscopedia (2021). Mucosa, Simionescu O, Blum A. (25/05/2021 tarihinde <https://dermoscopedia.org/w/index.php?title=Mucosa&oldid=17588> adresinden ulaşılmıştır)

# 40. BÖLÜM

## KSEROSTOMİ VE GLOSSODİNİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Zeynep ALTAN FERHATOĞLU<sup>1</sup>

### KSEROSTOMİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

#### GİRİŞ

Kserostomi (ağız kuruluğu) ağız içinde gelişen kuruluktan ve tükürük azlığından yakınma durumudur. Genelde tükürük üretimi normalin yarısına düştüğünde ağızda kuruluk hissi başlamaktadır (1). Bununla birlikte sıklıkla kserostomisi olan hastalarda hiposalivasyonun (azalmış tükürük sekresyonunun) objektif bulguları saptanmaz (2). Normal tükürük akımı olan kişiler kserostomi tarifleyebileceği gibi objektif hiposalivasyonu olan bazı kişiler de ağız kuruluğundan yakınmayabilir. Bu nedenle hiposalivasyon ve kserostomi terimlerinin birbirleri yerine kullanılmaları önerilmez (3). Bazı yayınlarda bu ayrımın yapılabilmesi adına tükürük volümünde azalma olup olmamasına göre kserostominin 'gerçek' ve 'psödo' olarak iki gruba ayrılması önerilmiştir (4).

Hiposalivasyon saptanmayan hastalarda tükürüğün bileşimindeki kalitatif veya kantitatif değişimler kserostomiye neden oluyor olabilir (2). Bu nedenle kserostominin patofizyolojisini tükürük bezi hipofonksiyonu yerine disfonksiyonuyla açıklamak daha doğru olacaktır.

Kserostominin çoğu yaşlılar olmak üzere yetişkinlerin % 5.5 ile % 46'sını etkilediği bildirilmektedir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (5). Ön planda geriatric popülasyonun hastalığı olarak ele alınsa da 18-34 yaş aralığındaki bireylerin yaklaşık %20'sini etkilediği bildirilmiştir (4).

Hafif kserostomisi olan hastalarda ağız içinde köpüklü veya yoğun tükürük ve dilin yanlarında hafif papilla kaybı görülebilirken şiddetli kserostomide dil dorsumunda eritem, fissür veya papilla kaybı, mukozalarda atrofi ve rezidüel gıda artıkları saptanabilir (6) (**Resim 1**). Kserostomiyle birlikte hastalarda yutma, çiğneme ve/veya konuşma

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., zeynepaltanferhatoglu@gmail.com

**Tablo 8.** Primer Yanan ağız sendromunun tedavisi

Farmakolojik tedaviler		Farmakolojik olmayan tedaviler
Topikal	Sistemik	
Klonazepam	Trisiklik antidepresanlar	Bilişsel-davranışçı terapi
Kapsaisin	Selektif serotonin reuptake inhibitörleri	Akupunktur
Doksepin	Serotonin-adrenalin reuptake inhibitörleri	Farkındalık meditasyonu
Siklosporin	Antikonvülzanlar (gabapentin, pregabalin)	Gevşeme teknikleri
Lidokain	Opioidler	
	Benzodiazepinler	
	Alfa-lipoik asit	

## KAYNAKLAR

- Dawes C. Physiological factors affecting salivary flow rate, oral sugar clearance, and the sensation of dry mouth in man. *J Dent Res.* 1987;66 Spec No:648-53.
- Villa A, Connell CL, Abati S. Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. *Ther Clin Risk Manag.* 2015;11:45-51.
- Glore RJ, Spiteri-Staines K, Paleri V. A patient with dry mouth. *Clin Otolaryngol.* 2009;34(4):358-63.
- Tanasiewicz M, Hildebrandt T, Obersztyn I. Xerostomia of Various Etiologies: A Review of the Literature. *Adv Clin Exp Med.* 2016;25(1):199-206.
- Millsop JW, Wang EA, Fazel N. Etiology, evaluation, and management of xerostomia. *Clin Dermatol.* 2017;35(5):468-76.
- Pai S, Ghezzi EM, Ship JA. Development of a Visual Analogue Scale questionnaire for subjective assessment of salivary dysfunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001;91(3):311-6.
- Löfgren CD, Wickström C, Sonesson M, et al. A systematic review of methods to diagnose oral dryness and salivary gland function. *BMC Oral Health.* 2012;12(1):29.
- Moutsopoulos HM, Klippel JH, Pavlidis N, et al. Correlative histologic and serologic findings of sicca syndrome in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1980;23(1):36-40.
- Fox PC, Busch KA, Baum BJ. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. *J Am Dent Assoc.* 1987;115(4):581-4.
- Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, et al. The Xerostomia Inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. *Community Dent Health.* 1999;16(1):12-7.
- van der Putten GJ, Brand HS, Schols JM, et al. The diagnostic suitability of a xerostomia questionnaire and the association between xerostomia, hyposalivation and medication use in a group of nursing home residents. *Clin Oral Investig.* 2011;15(2):185-92.
- de Carvalho HN, dos Santos YL, Bernardino ÍdM et al. Accuracy of a questionnaire on xerostomia as a screening tool for hyposalivation. *International Dental Journal.* 2020;70(6):427-34.
- Donaldson M, Goodchild JH. A Systematic Approach to Xerostomia Diagnosis and Management. *Compend Contin Educ Dent.* 2018;39(suppl 5):1-9; quiz 10.
- Das P, Challacombe SJ. Dry Mouth and Clinical Oral Dryness Scoring Systems. *Prim Dent J.* 2016;5(1):77-9.
- Osailan SM, Pramanik R, Shirlaw P, et al. Clinical assessment of oral dryness: development of a scoring system related to salivary flow and mucosal wetness. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;114(5):597-603.
- Mortazavi H, Baharvand M, Movahhedian A, et al. Xerostomia due to systemic disease: a review of 20 conditions and mechanisms. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4(4):503-10.
- Wolff A, Joshi RK, Ekström J, et al. A Guide to Medications Inducing Salivary Gland Dysfunction, Xerostomia, and Subjective Sialorrhea: A Systematic Review Sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. *Drugs R D.* 2017;17(1):1-28.

18. Vasconcelos ACU, Soares MSM, Almeida PC, et al. Comparative study of the concentration of salivary and blood glucose in type 2 diabetic patients. *J Oral Sci*. 2010;52(2):293-8.
19. Verhulst MJL, Loos BG, Gerdes VEA, et al. Evaluating All Potential Oral Complications of Diabetes Mellitus. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019;10:56.
20. D'Arbonneau F, Ansart S, Le Berre R, et al. Thyroid dysfunction in primary Sjögren's syndrome: a long-term followup study. *Arthritis Rheum*. 2003;49(6):804-9.
21. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, et al. 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome: A Consensus and Data-Driven Methodology Involving Three International Patient Cohorts. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69(1):35-45.
22. Jensen JL, Bergem HO, Gilboe IM, et al. Oral and ocular sicca symptoms and findings are prevalent in systemic lupus erythematosus. *J Oral Pathol Med*. 1999;28(7):317-22.
23. Albilia JB, Lam DK, Blanas N, et al. Small mouths ... Big problems? A review of scleroderma and its oral health implications. *J Can Dent Assoc*. 2007;73(9):831-6.
24. Liu Y, Han K, Liu C, et al. Clinical Characteristics and Prognosis of Concomitant Primary Biliary Cholangitis and Autoimmune Diseases: A Retrospective Study. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2021;2021:5557814.
25. Kaya D DŞ, Beksaç MS. Actinomycosis: An Overview: Medical Education. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2009;29(2):510-9.
26. Reznik DA. Oral manifestations of HIV disease. *Top HIV Med*. 2005;13(5):143-8.
27. Nittayananta W, Chanowanna N, Jealae S, et al. Hyposalivation, xerostomia and oral health status of HIV-infected subjects in Thailand before HAART era. *J Oral Pathol Med*. 2010;39(1):28-34.
28. Nakamura H, Takahashi Y, Yamamoto-Fukuda T, et al. Direct infection of primary salivary gland epithelial cells by human T lymphotropic virus type I in patients with Sjögren's syndrome. *Arthritis Rheumatol*. 2015;67(4):1096-106.
29. de Mattos Camargo Grossmann S, Teixeira R, de Oliveira GC, et al. Detection of HCV RNA in saliva does not correlate with salivary flow or xerostomia in patients with chronic hepatitis C. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010;109(6):851-6.
30. Carrozzo M, Gandolfo S. Oral diseases possibly associated with hepatitis C virus. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2003;14(2):115-27.
31. Lossius A, Johansen JN, Torkildsen Ø, et al. Epstein-Barr virus in systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis—association and causation. *Viruses*. 2012;4(12):3701-30.
32. Fox RI, Chilton T, Scott S, et al. Potential role of Epstein-Barr virus in Sjögren's syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*. 1987;13(2):275-92.
33. Gomes Pde S, Juodzbalys G, Fernandes MH, et al. Advances in the Aetiopathogenesis of Sjögren's Syndrome: a Literature Review. *J Oral Maxillofac Res*. 2012;3(1):e2.
34. Scully C. Sjögren's syndrome: no demonstrable association by serology of secondary Sjögren's syndrome with cytomegalovirus. *J Oral Pathol Med*. 1990;19(1):43-4.
35. Greenberg MS, Glick M, Nghiem L, et al. Relationship of cytomegalovirus to salivary gland dysfunction in HIV-infected patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997;83(3):334-9.
36. Katz J. Prevalence of dry mouth in COVID-19 patients with and without Sicca syndrome in a large hospital center. *Ir J Med Sci*. 2021:1-3.
37. Fantozzi PJ, Pampena E, Di Vanna D, et al. Xerostomia, gustatory and olfactory dysfunctions in patients with COVID-19. *Am J Otolaryngol*. 2020;41(6):102721.
38. Giotaki H, Constantopoulos SH, Papadimitriou CS, et al. Labial minor salivary gland biopsy: a highly discriminatory diagnostic method between sarcoidosis and Sjögren's syndrome. *Respiration*. 1986;50(2):102-7.
39. Poate TW, Sharma R, Moutasim KA, et al. Orofacial presentations of sarcoidosis—a case series and review of the literature. *Br Dent J*. 2008;205(8):437-42.
40. Radochová V, Radocha J, Laco J, et al. Oral manifestation of sarcoidosis: A case report and review of the literature. *J Indian Soc Periodontol*. 2016;20(6):627-9.
41. Jain P, Jain I. Oral Manifestations of Tuberculosis: Step towards Early Diagnosis. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(12):Ze18-21.
42. Babazade F, Mortazavi H, Jalalian H. Parotid tuberculosis: a forgotten suspicion (a case report and literature review). *Int J Dermatol*. 2012;51(5):588-91.
43. Sánchez-Pablo MA, González-García V, del Castillo-Rueda A. Study of total stimulated saliva flow and hyperpigmentation in the oral mucosa of patients diagnosed with hereditary hemochromatosis. Series of 25 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(1):e45-9.
44. Yoon SH, Cho JH, Jung HY, et al. Exceptional mucocutaneous manifestations with amyloid nephropathy: a case report. *J Med Case Rep*. 2018;12(1):241.
45. Hull KM, Kerridge I, Schifter M. Long-term oral complications of allogeneic haematopoietic SCT. *Bone Marrow Transplant*. 2012;47(2):265-70.
46. de la Rosa García E, Bologna Molina R, Vega González Tde J. Graft-versus-host disease, an eight case report and literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11(6):E486-92.
47. Noce CW, Gomes A, Copello A, et al. Oral involvement of chronic graft-versus-host disease in hematopoietic stem cell transplant recipients. *Gen Dent*. 2011;59(6):458-62; quiz 63-4.
48. Postorino M, Catalano C, Martorano C, et al. Salivary and lacrimal secretion is reduced in patients with ESRD. *Am J Kidney Dis*. 2003;42(4):722-8.
49. Dirschnabel AJ, Martins Ade S, Dantas SA, et al. Clinical oral findings in dialysis and kidney-transplant patients. *Quintessence Int*. 2011;42(2):127-33.
50. Nordgarden H, Jensen JL, Storhaug K. Oligodontia is associated with extra-oral ectodermal symptoms and low whole salivary flow rates. *Oral Dis*. 2001;7(4):226-32.

51. Tylanda CA, Ship JA, Fox PC, et al. Evaluation of sub-mandibular salivary flow rate in different age groups. *J Dent Res.* 1988;67(9):1225-8.
52. Smith CH, Boland B, Daureeawoo Y, et al. Effect of aging on stimulated salivary flow in adults. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(5):805-8.
53. Guchelaar HJ, Vermes A, Meerwaldt JH. Radiation-induced xerostomia: pathophysiology, clinical course and supportive treatment. *Support Care Cancer.* 1997;5(4):281-8.
54. Malallah OS, Garcia CMA, Proctor GB, et al. Buccal drug delivery technologies for patient-centred treatment of radiation-induced xerostomia (dry mouth). *Int J Pharm.* 2018;541(1-2):157-66.
55. Al-Dwairi Z, Lynch E. Xerostomia in complete denture wearers: prevalence, clinical findings and impact on oral functions. *Gerodontology.* 2014;31(1):49-55.
56. Brennan MT, Shariff G, Lockhart PB, et al. Treatment of xerostomia: a systematic review of therapeutic trials. *Dent Clin North Am.* 2002;46(4):847-56.
57. Saleh J, Figueiredo MA, Cherubini K, et al. Salivary hypofunction: an update on aetiology, diagnosis and therapeutics. *Arch Oral Biol.* 2015;60(2):242-55.
58. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia.* 2013;33(9):629-808.
59. Feller L, Fourie J, Bouckaert M, et al. Burning Mouth Syndrome: Aetiopathogenesis and Principles of Management. *Pain Res Manag.* 2017;2017:1926269.
60. Patton LL, Siegel MA, Benoliel R, et al. Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103 Suppl:S39.e1-13.
61. Vellappally S. Burning Mouth Syndrome: A Review of the Etiopathologic Factors and Management. *J Contemp Dent Pract.* 2016;17(2):171-6.
62. Bogetto F, Maina G, Ferro G, et al. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. *Psychosom Med.* 1998;60(3):378-85.
63. Puhakka A, Forssell H, Soynila S, et al. Peripheral nervous system involvement in primary burning mouth syndrome--results of a pilot study. *Oral Dis.* 2016;22(4):338-44.
64. Ni Riordain R, Moloney E, O'Sullivan K, et al. Burning mouth syndrome and oral health-related quality of life: is there a change over time? *Oral Diseases.* 2010;16(7):643-7.
65. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, et al. Burning mouth syndrome: an update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;15(4):e562-8.
66. Sun A, Wu KM, Wang YP, et al. Burning mouth syndrome: a review and update. *J Oral Pathol Med.* 2013;42(9):649-55.
67. Netto FO, Diniz IM, Grossmann SM, et al. Risk factors in burning mouth syndrome: a case-control study based on patient records. *Clin Oral Investig.* 2011;15(4):571-5.
68. Gao J, Chen L, Zhou J, et al. A case-control study on etiological factors involved in patients with burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med.* 2009;38(1):24-8.
69. Wardrop RW, Hailes J, Burger H, et al. Oral discomfort at menopause. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989;67(5):535-40.
70. Lin HP, Wang YP, Chen HM, et al. Significant association of hematinic deficiencies and high blood homocysteine levels with burning mouth syndrome. *J Formos Med Assoc.* 2013;112(6):319-25.
71. Maragou P, Ivanyi L. Serum zinc levels in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991;71(4):447-50.
72. Amenábar JM, Pawlowski J, Hilgert JB, et al. Anxiety and salivary cortisol levels in patients with burning mouth syndrome: case-control study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;105(4):460-5.
73. Amasyalı SY, Gürses AA, Aydın ON, et al. Effectiveness of Pregabalin for Treatment of Burning Mouth Syndrome. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2019;17(1):139-42.
74. Saraceno R, Lorè B, Pavlidis A, et al. Cyclosporine: a novel therapeutic approach for Burning Mouth Syndrome. *G Ital Dermatol Venereol.* 2016;151(5):480-4.
75. Sardella A, Lodi G, Tarozzi M, et al. Acupuncture and burning mouth syndrome: a pilot study. *Pain Pract.* 2013;13(8):627-32.



# 41 ● BÖLÜM

## İNTERTRİGİNÖZ BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Merve Hatun ERKAYMAN<sup>1</sup>  
Mehmet MELİKOĞLU<sup>2</sup>

### GİRİŞ

İntertriginöz (kıvrım) bölgeleri deri katlantılarının birbirine temas ettiği bölgelerdir. Koltuk altı, meme altı, inguinal kıvrımlar, perineal, perianal bölgeler ve parmak araları başlıca kıvrım bölgelerini oluşturur. Ek olarak, obezite veya duruş bozukluğuna bağlı olarak kişiye özgü yeni katlantı bölgeleri de ortaya çıkabilir. Bu bölgelerde sürtünme ile ortam nemi ve sıcaklığı artar aynı zamanda folikül ve ter bezi açıklıkları da kolayca tıkanabilir. Bu özellikleri nedeniyle bazı hastalıklar (örn. fungal enfeksiyonlar) özellikle bu bölgeleri seçebildiği gibi, psoriasis gibi bazı hastalıklar ise kıvrım bölgelerinde yerleştiğinde klasik görüntü-

sünden farklı bir morfoloji ile kendini gösterir. İntertriginöz bölgelerde birçok farklı hastalık benzer klinik bulgulara neden olabilir. Bu nedenle bütün intertriginöz bölgelerin dikkatli bir şekilde incelenmesine ek olarak saçlı deri, tırnak ve mukozayı da kapsayan tüm vücut muayenesi önemlidir.

Bu bölümde, intertriginöz bölgelerde yerleşen dermatozlara yaklaşım, lezyon morfolojisine ve görülme sıklığına göre ele alınacaktır. **Tablo 1**'de intertriginöz bölgelerde görülebilecek dermatolojik hastalıklar özetlenmiştir (**Tablo 1**).

### ERİTEMLİ YAMA/PLAKLAR

İntertriginöz bölgedeki eritemli yama ve plaklara yaklaşım **Şekil 1**'de görülebilir (**Şekil 1**).

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi., Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., mervehatun@yahoo.com

<sup>2</sup> Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., mmelikoglu@gmail.com

## SONUÇ

İntertriginöz bölgelere yerleşme eğilimi gösteren farklı morfolojik görünümelerde, birçok enfeksiyöz, inflamatuvar ve genetik hastalık mevcuttur. Çoğu durumda iyi bir anamnez ve detaylı bir fizik muayene tanı koymak için yeterlidir. Anamnez sırasında belirtiler, hastalığın başlangıç zamanı, aile öyküsü, yeni başlanan ilaç, kullanılan tedaviler ve yanıtları sorgulanmalı ve tanıya ait ipuçları aranmalıdır. Örneğin, yeni başlanan ilaç öyküsü ilaç reaksiyonları, aile öyküsü ise Hailey-Hailey hastalığı veya Dowling-Degos hastalığı gibi herediter hastalıklar için yönlendiricidir (6). Ayrıca hastalığın seyrine (akut/kronik) göre ayırıcı tanılar da raltılabilir (**Tablo 3**).

Fizik muayene sırasında, tüm deri, mukoza, saçlı deri ve tırnaklar detaylı bir şekilde incelenerek tanıya ait diğer bulgular saptanabilir. Örneğin; saçlı deride eritemli, sedefi skuamli plak veya tırnakta psoriasis bulguları (yüksük tırnak, salmon lekesi, subungal hiperkeratoz vb. ) gözlenen bir hastada invers psoriasis tanısı biyopsiye gerek kalmaksızın koyulabilir. Öykü ve fizik muayenenin tanı için yeterli olmadığı durumlarda KOH ile direkt mikroskopik inceleme, Wood ışığı muayenesi ve bakteriyel kültür ile enfeksiyöz hastalıkların birçoğuna tanı koyulabilir. Nadir durumlarda tanıyı doğrulamak için biyopsi gerekir. İntertriginöz bölgelerde lezyon morfolojisine göre tanısal yaklaşımlar **Şekil 1-6**'da özetlenmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Everink IHJ, Kottner J, Van Haastregt JCM, et al. Skin areas, clinical severity, duration and risk factors of intertrigo: A secondary data analysis. *J Tissue Viability*. 2021;30: 102-107.10.1016/j.jtv.2020.12.005
2. Janniger CK, Schwartz RA, Szepietowski JC, et al. Intertigo and common secondary skin infections. *Am Fam Physician*. 2005;72: 833-8.

3. Metin A, Dilek N, Demirseven DD. Fungal infections of the folds (intertriginous areas). *Clin Dermatol*. 2015;33: 437-47.10.1016/j.clindermatol.2015.04.005
4. James WD, Berger TG, Elston DM, (2008). *Andrews's deri hastalıkları: Klinik Dermatoloji*. (Ertuğrul H. Aydemir, Çev. Ed.) İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık
5. Bologna JL SJ, Lorenzo C., (2018). *Dermatology*, (4th ed.), Elsevier
6. UpToDate, (2020). ([https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-intertriginous-skin-disorder?search=intertriginous&source=search\\_result&selectedTitle=1~130&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-intertriginous-skin-disorder?search=intertriginous&source=search_result&selectedTitle=1~130&usage_type=default&display_rank=1)) 08.06.2021 2021 tarihinde ulaşılmıştır.)
7. Brophy MC, Dunagin WG. Intertriginous dermatoses. Common puzzling problems. *Postgrad Med*. 1985;78: 105-12, 115-7.10.1080/00325481.1985.11699211
8. Tüzün Y, Wolf R, Engin B, et al. Bacterial infections of the folds (intertriginous areas). *Clin Dermatol*. 2015;33: 420-8.10.1016/j.clindermatol.2015.04.003
9. Kohn SR, Pochi PE, Strauss JS, et al. Sebaceous gland secretion in Parkinson's disease during L-dopa treatment. *J Invest Dermatol*. 1973;60: 134-6.10.1111/1523-1747.ep12682040
10. Kalb RE, Bagel J, Korman NJ, et al. Treatment of intertriginous psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60: 120-4.10.1016/j.jaad.2008.06.041
11. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2013;31: 343-351.10.1016/j.clindermatol.2013.01.001
12. Coulson IH, Benton EC, Ogden S, Diagnosis of Skin Disease, *Rook's Textbook of Dermatology, Ninth Edition*, pp. 1-28.
13. Grois N, Pötschger U, Prosch H, et al. Risk factors for Diabetes insipidus in langerhans cell histiocytosis. *Pediatr Blood Cancer*. 2006;46: 228-33.10.1002/pbc.20425
14. Winnicki M, Shear NH. A systematic approach to systemic contact dermatitis and symmetric drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE): a closer look at these conditions and an approach to intertriginous eruptions. *Am J Clin Dermatol*. 2011;12: 171-80.10.2165/11539080-000000000-00000
15. Pock L, Jelínková L, Drlík L, et al. Lichen planus pigmentosus-inversus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15: 452-454.<https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2001.00347.x>
16. Robles-Méndez JC, Rizo-Frías P, Herz-Ruelas ME, et al. Lichen planus pigmentosus and its variants: review and update. *Int J Dermatol*. 2018;57: 505-514.10.1111/ijd.13806
17. Karadağ AS, You Y, Danarti R, et al. Acanthosis nigricans and the metabolic syndrome. *Clin Dermatol*. 2018;36: 48-53.10.1016/j.clindermatol.2017.09.008

18. Scheinfeld N. Confluent and reticulated papillomatosis : a review of the literature. *Am J Clin Dermatol.* 2006;7: 305-13.10.2165/00128071-200607050-00004
19. Stephan C, Kurban M, Abbas O. Dowling-Degos disease: a review. *Int J Dermatol.* 2020.10.1111/ijd.15385
20. Schmieder A, Pasternack SM, Krahl D, et al. Galli-Galli disease is an acantholytic variant of Dowling-Degos disease: additional genetic evidence in a German family. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66: e250-1.10.1016/j.jaad.2011.07.038
21. Korf BR. Diagnostic outcome in children with multiple café au lait spots. *Pediatrics.* 1992;90: 924-7.
22. Cheng S, Edmonds E, Ben-Gashir M, et al. Subcorneal pustular dermatosis: 50 years on. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33: 229-33.10.1111/j.1365-2230.2008.02706.x
23. Watts PJ, Khachemoune A. Subcorneal Pustular Dermatitis: A Review of 30 Years of Progress. *Am J Clin Dermatol.* 2016;17: 653-671.10.1007/s40257-016-0202-8
24. Hadavand MA, Kaffenberger B, Cartron AM, et al. Clinical Presentation and Management of Atypical and Recalcitrant Acute Generalized Exanthematous Pustulosis (AGEP). *J Am Acad Dermatol.* 2020.10.1016/j.jaad.2020.09.024
25. Crickx B, Diego M, Guillevin L, et al. Pustulose amicrobienne et lupus érythémateux systémique. *Journées Dermatol Paris.* 1991; 6-9.
26. Schissler C, Velter C, Lipsker D. Amicrobial pustulosis of the folds: Where have we gone 25years after its original description? *Ann Dermatol Venereol.* 2017;144: 169-175.10.1016/j.annder.2016.10.018
27. Al-Ghamdi KM. A retrospective study of some clinical and epidemiological features of impetigo patients seen in dermatology clinic in the eastern province of saudi arabia. *J Family Community Med.* 2006;13: 31-4.
28. Ian H. Coulsan ECB, Stephanie Ogden, in: J.B. Christopher Griffiths, Tanya Bleiker, roabert chalmers, Daniel Creamer (Ed.), *Rook's Textbook of Dermatology*, Wiley, West Sussex, 2016, p. 144.
29. Ben Lagha I, Ashack K, Khachemoune A. Hailey-Hailey Disease: An Update Review with a Focus on Treatment Data. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21: 49-68.10.1007/s40257-019-00477-z
30. Kempf W, Hantschke M, Kutzner H, et al., (2008). *Dermatopathology*, Springer Science & Business Media
31. Kurtzman DJ, Jones T, Lian F, et al. Metastatic Crohn's disease: a review and approach to therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71: 804-13.10.1016/j.jaad.2014.04.002
32. Schneider SL, Foster K, Patel D, et al. Cutaneous manifestations of metastatic Crohn's disease. *Pediatr Dermatol.* 2018;35: 566-574.10.1111/pde.13565
33. Demir S, Demir Y. Acrochordon and impaired carbohydrate metabolism. *Acta Diabetol.* 2002;39: 57-9.10.1007/s005920200014
34. Senel E, Salmanoğlu M, Solmazgül E, et al. Acrochordons as a cutaneous sign of impaired carbohydrate metabolism, hyperlipidemia, liver enzyme abnormalities and hypertension: a case-control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011.10.1111/j.1468-3083.2011.04396.x
35. Salloum A, Bouferraa Y, Bazzi N, et al. Pathophysiology, clinical findings, and management of Fox-Fordyce disease: A systematic review. *J Cosmet Dermatol.* 2021.10.1111/jocd.14135
36. Luo H, Faghankhani M, Cao Y, et al. Molecular Genetics and Modifier Genes in Pseudoxanthoma Elasticum, a Heritable Multisystem Ectopic Mineralization Disorder. *J Invest Dermatol.* 2021;141: 1148-1156.10.1016/j.jid.2020.10.013
37. Bruins FG, Van Deudekom FJ, De Vries HJ. Syphilitic condylomata lata mimicking anogenital warts. *BMJ.* 2015;350: h1259.10.1136/bmj.h1259
38. Ding CY, Liu H, Khachemoune A. Granular Parakeratosis: A Comprehensive Review and a Critical Reappraisal. *Am J Clin Dermatol.* 2015;16: 495-500.10.1007/s40257-015-0148-2
39. Ahmed AR, Blose DA. Pemphigus vegetans. Neumann type and Hallopeau type. *Int J Dermatol.* 1984;23: 135-41.10.1111/j.1365-4362.1984.tb05688.x
40. Montagnon CM, Tolkachjov SN, Murrell DF, et al. Intraepithelial Autoimmune Blistering Dermatoses: Clinical Features and Diagnosis. *J Am Acad Dermatol.* 2021.10.1016/j.jaad.2020.11.075
41. Demos M, Mcleod MP, Nouri K. Recurrent furunculosis: a review of the literature. *Br J Dermatol.* 2012;167: 725-32.10.1111/j.1365-2133.2012.11151.x
42. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen DB. Hidradenitis suppurativa: a comprehensive review. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60: 539-61; quiz 562-3.10.1016/j.jaad.2008.11.911

# 42. BÖLÜM

## SEBOREİK BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Gürsoy DOĞAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Sebase bezler kıl folikülünden gelişen holokrin bezlerdir. Sebum denen salgıları, yağ asitleri, yağ esterleri, skualen ve kolesterolden oluşur. Sebase bezlerin çoğu, kıl folikülü bulunan yerlerde kıl folikülleri ile ilişkili iken, az bir kısmı folikülden bağımsız olarak bulunur. Kıl folikülü ile birlikte sebase bezler pilosebase üniteyi oluşturur. Sebase bezler palmoplantar bölge dışında tüm deri yüzeyinde bulunurlar. Yüz, saçlı deri presternal bölge ve sırt orta hatta daha yoğun olarak bulunurlar. Sebase bezlerin daha yoğun olarak bulunduğu bu bölgeler seboreik bölgeler olarak adlandırılır. Bu bölgeler içerisinde yüzde ise kulak arkası, kaşlar, nazolabial sulkus, alın ve çenede daha çoktur (1).

Seboreik bölgelere yaklaşım; anatomik lokalizasyonlarına ve lezyonların şekline göre çok farklılıklar gösterebilir. Bölgelere göre hastalıklara yaklaşımda seboreik bölgelerden olan saçlı deri, yüz, intertiginöz bölgelerde döküntüsü olan has-

talıklar ayrı başlıklar olarak diğer bölümlerde ele alınacaktır.

Seboreik bölgelerde görülen hastalıklar; steato-kistoma simpleks, sebase bez hiperplazisi, sebase adenoma gibi tümöral lezyonlarda sebase bezler primer olarak rol oynarken, akne vulgaris ve seboreik dermatit patogenezinde sekonder olarak yer alırlar. Bu nedenle özellikle bu bölgelerde seboreik dermatite benzer şekilde eritemli skuamlı, papüller lezyonlar karakterize hastalıklar ve akneiform erupsiyonlardan bahsedilecektir (2).

### SEBOREİK BÖLGEDE AKNEİFORM ERUPSİYONLU HASTAYA YAKLAŞIM

Akne vulgarisin patogenezi pilosebase ünitedeki multifaktöryel bir süreç sonucunda olur ve belirgin androjen aktivitesiyle sebum üretiminde artış patogenezindeki temel mekanizmalardan biridir.

Akne vulgaris en sık görülen deri hastalıklarından birisidir. Yüz, göğüs ve sırt gibi sebumdan

<sup>1</sup> Prof. Dr., Başkent Üniversitesi, İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü

## KAYNAKLAR

1. Shamloul G, Khachemoune A. An updated review of the sebaceous gland and its role in health and diseases Part 1: Embryology, evolution, structure, and function of sebaceous glands. *Dermatol Ther.* 2021 Jan;34(1):e14695.
2. Shamloul G, Khachemoune A. An updated review of the sebaceous gland and its role in health and diseases Part 2: Pathophysiological clinical disorders of sebaceous glands. *Dermatol Ther.* 2021 Mar;34(2):e14862.
3. Dessinioti C, Antoniou C, Katsambas A. Acneiform eruptions. *Clin Dermatol.* 2014 Jan-Feb;32(1):24-34.
4. Gündüz K. (2018) Akneiform erupisyonlar. Sarıcaoğlu H, Ünal İ, Karaman G, Kesikoğlu AF, Karadağ AS, Ektürk AŞ, Kalkan G (eds.) *Akne ve Rozasetanı ve Tedavi* içinde. (s. 129-147) İstanbul: Galenos Yayınevi.
5. Güngör E. Akne. *Turk J Dermatol* 2012; 6: 138-49 .
6. Aytekin S, Göktay F. Demodikosis. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2015;8(3):35-41.
7. Rubenstein RM, Malerich SA. Malassezia (pityrosporum) folliculitis. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2014;7(3):37-41.
8. Gür Aksoy G. Rozase. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2015;8(3):28-34.
9. Pruitt LG, Fowler CO, Page RN, Coleman NM, King R. Extrafacial nuchal lupus miliaris disseminatus faciei. *JAAD Case Rep.* 2017;3(4):319-321.
10. Nguyen V, Eichenfield LF. Periorificial dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:781-785.
11. Bulur I, Onder M. Behçet disease: New aspects. *Clinics in Dermatology* 2017; 35: 421-434.
12. Nervi SJ, Schwartz RA, Dmochowski M. Eosinophilic pustular folliculitis: a 40 year retrospect. *J Am Acad Dermatol.* 2006 Aug;55(2):285-9.
13. Geller S, Pulitzer M, Myskowski PL. Acneiform follicular mucinosis: an indolent follicular mucinosis variant unrelated to mycosis fungoides?. *Clin Exp Dermatol.* 2018;43(8):921-924.
14. Aksoy M, Aksu Arıca D. Seboreik Dermatit. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2016;26(2):90-100.
15. Taşkın B. Atopik dermatitte klinik bulgular, tanı kriterleri ve komorbiditeler. Su Küçük Ö, editör. *Atopik Dermatit. 1. Baskı.* Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.8-12.
16. Rozas-Muñoz E, Gamé D, Serra-Baldrich E. Allergic Contact Dermatitis by Anatomical Regions: Diagnostic Clues. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(6):485-507.
17. Kerr A, Ferguson J. Photoallergic contact dermatitis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2010 Apr;26(2):56-65.
18. Coşkun N, Can İ. Çocukluk Çağı Viral Ekzantemleri. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2013;6(2):58-63.
19. Akarsu S, Özbağcıvan Ö. Lupus eritematozus Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2014;7(3):10-23.
20. Boyvat A. Dermatomyositis. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics.* 2014;7(3):24-32.
21. Mahajan K, Relhan V, Relhan AK, Garg VK. Pityriasis Rosea: An Update on Etiopathogenesis and Management of Difficult Aspects. *Indian J Dermatol.* 2016;61(4):375-384.
22. Irajı F, Poostiyan N, Dehnavi PR, Soghrati M. Langerhans Cell Histiocytosis: A Case Report with Unusual Cutaneous Manifestation. *Adv Biomed Res.* 2018;7:102.
23. Thareja S., Paghdal K., Lien M.H., Fenske N.A. Reticular erythematous mucinosis-a review. *Int J Dermatol.* 2012;51(8):903-909.
24. Günaştı S, Uzun S. Pemfigus Foliaseus, Pemfigus Eritematozus, Pemfigus Herpetiformis: Klinik ve Tedavi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics.* 2008;1(4):25-9.

# 43. BÖLÜM

## GENİTAL BÖLGEDE ÜLSER VE/ VEYA EROZYONLARI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Eda HAŞAL<sup>1</sup>  
Kenan AYDOĞAN<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Genital ülser ve erozyonlar; vajina, penis, perineal ve anorektal bölgelerde karşımıza çıkabilir ve tanı-tedavi açısından tüm klinisyenler için zorluk teşkil etmektedirler. Derin kırmızı yamalar olarak karşımıza çıkan erozyonlar epitel kaybıyla karakterizedir. Ülserler ise daha derindir, dermise doğru uzanır ve çoğunlukla beyaz-sarımsı bir fibrin tabanına sahiptir. İmmunsupresyon, sekonder enfeksiyon ve kaşıma sonucunda erozyonla seyreden lezyonlar da ülsere hale dönebilir (1). Dört haftadan uzun süren ve/veya tekrarlayan genital ülserler kronik olarak sınıflandırılır. Genital ülserler aksi ispatlanmadıkça enfeksiyöz kabul edilir. Non-enfeksiyöz etyolojiler ise cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) dışlandıktan sonra göz önüne alınmalıdır(2).

Genital ülser ve erozyonların tanı ve tedavisi lezyonların geçmişi ve morfolojisinin dikkatli

bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir. Hizmet verilen popülasyonun demografik yapısı, karşılaşılabilecek etyolojik faktörlerin göreceli sıklıklarını belirleyecek ve sonuçta hastaya yaklaşımı etkileyecektir. Gelişmekte olan ülkelerde genital ülserin en yaygın nedeni şankroid iken, gelişmiş ülkelerde herpes simpleks virüsü tip 1 ve 2 (HSV-1 ve HSV-2)'dir (3). Özellikle erkeklerle seks yapan erkek popülasyonlarında (MSM) lenfogradüloz venereum (LGV) salgınları da rapor edilmiştir (4-6). Genital ülser varlığı, HIV bulaşı için de bir risk faktörüdür ve genital ülserli tüm hastalarda HIV serolojisi çalışılmalıdır (3,7).

Bu bölümde genital ülser ve erozyon etyolojisinde rol oynayan hastalıklara kısaca değinilecek ve güncel kılavuzlar ışığında hastaların değerlendirilmesinde önerilen algoritmik yaklaşımlar gözden geçirilecektir.

<sup>1</sup> Uzm.Dr., Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, edahasal@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., aydogank@uludag.edu.tr



**Resim G:** Fiks ilaç erüpsiyonu, genital bül ve erozyon



**Resim J:** Vulvovajinal kandidiyazis



**Resim H:** Fiks ilaç erüpsiyonu, kolda yuvarlak, keskin sınırlı livid yama



**Resim I:** Lipschütz ülseri

## KAYNAKLAR

1. Bohl TG. Vulvar ulcers and erosions — a dermatologist's viewpoint. *Dermatol Ther*. 2004;17:55–67.
2. TDD Veneroloji Çalışma Grubu. Algoritmik yaklaşımlarla venereolojik hastalıklar. 2014.
3. Workowski KA, Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(3):1–137.
4. Schmid GP. Approach to the patient with genital ulcer disease. *Med Clin North Am* [Internet]. 1990;74(6):1559–72. doi.org/10.1016/S0025-7125(16)30495-3
5. de Voux A, Kent JB, Macomber K, et al. Notes from the field: cluster of lymphogranuloma venereum cases among men who have sex with men—Michigan. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(34):920-1. doi: 10.15585/mmwr.mm6534a6.
6. Powers KA, Poole C, Pettifor AE, et al. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2008;8(9):553–63.
7. Roett MA. Genital Ulcers: Differential Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2020 ;101(6):355-361.
8. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al. Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;324(7):674–81.
9. Fife KH, Mugwanya K, Thomas KK, et al. Transient Increase in Herpes Simplex Virus Type 2 (HSV-2)-Associated Genital Ulcers Following Initiation of Antiretroviral Therapy in HIV/HSV-2-Coinfected Individuals. *J Infect Dis*. 2016;213(10):1573–8.
10. Roett MA, Mayor MT, Uduhiri KA. Diagnosis and management of genital ulcers. *Am Fam Physician*. 2012;85(3):254–62.
11. Eduardo P, Ferreira N, Souza EM De, et al. Donovanosis. *An. Bras. Dermatol*. 2008;12:521–5.

13. Schiffer JT, Corey L. (2009). Herpes simplex virus. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (Eds.), *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. (7th ed., pp.1943-1962). Philadelphia, Pa.: Churchill Livingstone.
14. Gu WM, Yang Y, Wang Q zhong, et al. Comparing the performance of traditional non-treponemal tests on syphilis and non-syphilis serum samples. *Int J STD AIDS*. 2013;24(12):919–25.
15. Ashley RL. Sorting out the new HSV type specific antibody tests. *Sex Transm Infect*. 2001;77(4):232–7.
16. Wald A, Huang ML, Carrell D, et al. Polymerase Chain Reaction for Detection of Herpes Simplex Virus (HSV) DNA on Mucosal Surfaces: Comparison with HSV Isolation in Cell Culture. *J Infect Dis*. 2003;188(9):1345–51.
17. Kimberlin D, Rouse D. Clinical practice. Genital herpes. *N Engl J Med*. 2004;350(19):1970–7.
18. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, et al. Global control of sexually transmitted infections. *Lancet*. 2006;368(9551):2001–16.
19. Corey L, Wald A, Patel R. Valacyclovir HSV Transmission Study Group. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. *N Engl J Med*. 2004;350(1):11–20.
20. Şahn G, Şentürk N, Şahin SK. Successful Treatment of Hailey-Hailey Disease with Systemic Cyclosporine: Case Report. *Turkiye Klin Dermatoloji*. 2017;27(2):101–5.
21. Joly P, Horvath B, Patsatsi, et al. Updated S2K guidelines on the management of pemphigus vulgaris and foliaceus initiated by the european academy of dermatology and venereology (EADV). *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2020;34(9):1900–13.
22. Santi CG, Gripp AC, Roselino AM, et al. Consensus on the treatment of autoimmune bullous dermatoses: Bullous pemphigoid, mucous membrane pemphigoid and epidermolysis bullosa acquisita – Brazilian society of dermatology. *An Bras Dermatol*. 2019;94(2):33–47.
23. Hatemi G, Christensen R, Bang D, et al. 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(6):808–18.
24. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. International Study Group for Behçet's Disease. *Lancet*. 1990;5(335):1078–80.
25. Sehgal VN, Pandhi D, Khurana A. Nonspecific genital ulcers. *Clin Dermatol*. 2014;32(2):259–74. doi.org/10.1016/j.clindermatol.2013.08.024
26. Finch JJ, Wald J, Ferenczi K, et al. Disseminated lyme disease presenting with nonsexual acute genital ulcers. *JAMA Dermatology*. 2014;150(11):1202–4.
27. Ahmed EF. Nonsexually acquired acute genital ulceration : A commonly misdiagnosed condition. *Gulf J Dermatology Venereol*. 2018;25(1):1–12.
28. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Beires J, et al. Lipschütz ulcers: Should we rethink this? An analysis of 33 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;198:149–52.
29. Vettraino I, Merritt D. Crohn's disease of the vulva. *Am J Dermatopathol*. 1995;17:410–3.
30. O'Meara SM, Cullum NA, Majid M, et al. Systematic review of antimicrobial agents used for chronic wounds. *Br J Surg*. 2001;88(1):4–21.
31. Tuddenham S, Ghanem KG. (2021) Approach to the patient with genital ulcers. In Marrazzo J (Ed), *UpToDate*. Retrieved May 2021, from <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-genital-ulcers#H3032278570>



# 44 ● BÖLÜM

## VULVADA DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Birgül ÖZKESİCİ KURT<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Vulva, kadın genital organlarının dışardan bakıldığında görünen kısmına verilen isimdir. Yetişkin bir kadındaki normal vulva; mons pubis, klitoris, labia majör, labia minör, vulvar vestibülü içerir. Vulvada şikayeti olan hastalar genellikle dermatologlar, jinekologlar ve aile hekimleri tarafından değerlendirilmektedir. Bu bölgenin muayenesinde hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir (1). Vulvar dermatozlar genellikle multifaktöryeldir ve teşhisi zor olabilir. Bunun nedenleri; lokal faktörlerin (nem, sürtünme) etkisi, hastalıkların bu bölgede genital bölge dışındaki deri tutulumundan farklı klinik belirtilerle karşımıza çıkması ve birden fazla teşhisin sıklıkla eş zamanlı varlığıdır (2,3). Tanı ve tedavide özellikle jinekolog, dermatolog, patolog ve ürologdan oluşan multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Bu nedenle bazı ülkelerde vulva klinikleri oluşturulmuştur (4). Genital bölgenin topikal tedavisinde pomad bazı tercih

edilmelidir. Böylece, daha az koruyucu içerdiği için, sekonder kontakt alerji riski azaltılmış olur. Ayrıca, mevcut lezyonlara düzenli olarak bariyer nemlendirici uygulamak, lokal iritanlara (idrar ve menstrüel kanama gibi) karşı koruyucu etki gösterir. Tüm hastalar sabun, şampuan ve köpük banyosundan, irritasyon yapabileceğinden dar giysilerden ve yağlı spermisit kondomlardan sakınması konusunda uyarılmalıdır (1). Vulvadaki hastalıklar, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Hastalar genellikle anksiyete ve utanç nedeniyle tıbbi tedaviye başvurmayı geciktirirler ve kendi kendilerini tedavi etme eğilimindedirler. Hastaların kullandığı ürünler ayrıntılı sorgulanmalıdır.

Bu bölümde vulvada döküntüye yol açabilen çok sayıda hastalık içerisinde günlük pratikte en sık karşılaşılanlar aktarılmaya çalışılmıştır. Vulvar lezyonların tanısında klinik ipuçları **Tablo 1**'de verilmiştir. Vulvada erozyon ve ülsere neden olan

<sup>1</sup> Uzm. Dr., S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, birgulozkesici@gmail.com

**Tablo 2.** Diaper dermatit ayırıcı tanısı (Kaynak 6'dan modifiye edilmiştir)

<b>Bez kullanımına bağlı gelişen dermatozlar</b> İrritan kontakt dermatit Alerjik kontakt dermatit Friksiyonel dermatit Kandidal diaper dermatit Miliyarya	<b>Bez kullanımı ile ilişkiz bez bölgesinde görülen dermatozlar</b> Akrodermatitis enteropatika Langerhans hücreli histiyositoz İmpetigo Skabiyez Kondiloma aküminata Konjenital sfiliz
<b>Bez kullanımı ile şiddetlenen dermatozlar</b> Psoriasis Seboreik dermatit Atopik dermatit	El-ayak-ağız hastalığı Molluskum contagiozum

Erişkinde, LHH'nin vulvar tutulumu oldukça nadirdir. Labium majör ve minörde eritemli papüller, nodül, ülser, eritematöz plak ya da kondilomatöz döküntü tarzında lezyonlarla karşımıza çıkabilir. Pruritus, ağrı, akıntı gibi semptomlar eşlik edebilir. Tanı deri biyopsisi ile konur (11). Tedavi sistemik tutulumu göre değişir. Vulvaya lokalize hastalıkta topikal steroid, rezeksiyon (kısmi ya da geniş vulvar eksizyon), topikal nitrojen mustard, PUVA, radyoterapi, talidomid ya da sistemik kemoterapi uygulanabilir.

## SONUÇ

Vulvar dermatozlar birçok hastalığı içermektedir. Sadece bu alana lokalize olabilecekleri gibi jeneralize bir dermatozun vulvar tutulumu da olabilirler. Ayrıntılı anamnez ve klinik bulgular sık görülen vulvar dermatozların tanısında önemli ve yeterlidir. Vulva muayenesi yanı sıra tüm vücut muayenesi de yapılmalıdır. Vulvar dermatozlar genellikle multifaktöryeldir ve birden fazla teşhis bir arada bulunabilir. Kontakt dermatitin tüm vulvar antiteleri karmaşıktırabileceği akılda tutulmalıdır. Uygun tedavi ile beklenen sürede iyileşme gözlenmeyen lezyonlardan biyopsi alınmalıdır. Vulvadaki hastalıklar, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Vulvar dermatozlara doğru yaklaşım için bazı ülkelerde vulva klinikleri oluşturulmuştur. Vulvada döküntü değerlendirilirken tanı algoritması kullanmak doğru tanıya ulaşmada yardımcı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- van der Meijden WI, Boffa MJ, Ter Harmsel WA, et al. 2016 European guideline for the management of vulval conditions. JEADV. 2017;31;925-941. Doi: 10.1111/jdv.14096
- Schlosser BJ, Contact dermatitis of the vulva. Dermatol Clin. 2010;28;697-706. Doi:10.1016/j.det.2010.08.006
- Morrison LH, Leclair CM. Red rashes of the vulva. Obstet Gynecol Clin N Am. 2017;44:353-370. Doi: 10.1016/j.ogc.2017.05.002
- Sand FL, Thomsen SF. Skin diseases of the vulva: eczematous diseases and contact urticaria, Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2018;38(3):295-300. Doi: 10.1080/01443615.2017.1329283
- Oba MÇ, Engin B, Kutlubay Z, et al. Aksilla ve inguinal kıvrım hastalıklarında tanı ve ayırıcı tanı. Dermatol. 2018;9(4):1-6. Doi:10.15624.dermatoz18094d1
- Gilson R, Nugent D, Werner RN, et al. 2019 IUSTI-Europe guideline for the management of anogenital warts. JEADV. 2020;34:1644-1653. Doi: 10.1111/jdv.16522
- Chattopadhyay M, Sterling J. Skin diseases affecting the vulva. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. 2011;21(6):169-175.
- Salim A, Wojnarowska F. Skin diseases affecting the vulva. Current Obstetrics & Gynaecology. 2005;15:97-107. Doi:10.1016/j.curobgyn.2005.01.002
- Simonetta C, Burns EK, Guo MA. Vulvar Dermatoses: A Review and Update. Missouri Medicine. 2015;112(4): 301-307.
- Stewart KMA. Clinical care of vulvar pruritus, with emphasis on one common cause, lichen simplex chronicus. Dermatol Clin. 2010;28:669-680. Doi:10.1016/j.det.2010.08.004
- Singalavanija S, Frieden IJ. Diaper Dermatitis. Pediatr Rev. 1995;16:142-147.
- Barchino-Ortiz L, Suárez-Fernández R, Lázaro-Ochaita P. Vulvar Inflammatory Dermatoses. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(4):260-275.
- Sand FL, Thomsen SF. Skin diseases of the vulva: inflammatory, erosive-ulcerating and apocrine gland diseases, zinc and vitamin deficiency, vulvodynia and vestibulodynia. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2018; 38(2):149-160. Doi: 10.1080/01443615.2017.1328590

# 45. BÖLÜM

## PENİL VE SKROTAL BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Rafet KOCA<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Çok sayıda malign ve benign dermatolojik hastalık erkek genital bölgesini etkileyebilir. Lezyonlar yaygınlığına göre jeneralize veya lokalize olabilirler. Lezyonlar genital bölgeye özel olan ve olmayan olarak iki grupta incelenebilir. Penil ve skrotal bölgeye özel olmayan hastalıkların çoğunda tanıyı kolaylaştıran ekstragenital bulgular da eşlik etmektedir. Bu bölümde penil ve skrotal bölgede ülser ve erozyon dışı döküntüye neden olan hastalıklar kısaca gözden geçirilecek ve bu hastalıkların değerlendirilmesini kolaylaştıracak algoritmik yaklaşımlar sunulacaktır. **Tablo 1**'de penil ve skrotal bölgede döküntülerin eşlik ettiği bazı dermatolojik hastalıklar gösterilmiştir. Yazının sonundaki **Tablo 2**'de penil ve skrotal bölgede döküntüsü olan hastaya algoritmik yaklaşım sunulmuştur.

**Tablo 1.** Penil ve skrotal bölgede döküntülerin eşlik ettiği bazı dermatolojik hastalıklar

Neden	Hastalık adı
İnflamatuvar deri hastalıkları	Kontakt dermatit
	Seboreik dermatit
	Psoriasis
	Liken planus
	Liken sklerozis
	Liken simpleks kronikus
	Eritema multiforme
	Balanitis sirsinata
	Fiks ilaç döküntüsü
	Vitiligo
	Porokeratozis
	Pemfigus

<sup>1</sup> Prof. Dr., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., rafkoca@yahoo.com

## SONUÇ

Erkek genital bölgede yerleşen papül, nodül ve/veya plak ile seyreden pek çok enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz inflamatuvar ve malign hastalık yer almaktadır. Bu hastalıklara yaklaşımda detaylı anamnez ve biyopsiyi de içeren tanısal testler önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Yale K, Awosika O, Rengifo-Pardo M, Ehrlich A. Genital Allergic Contact Dermatitis. *Dermatitis*. 2018;29(3):112-119.
2. Conforti C, Giuffrida R, Di Meo N, et al. Benign dermatoses of the male genital areas: A review of the literature. *Dermatol Ther*. 2020;33(3):e13355.
3. Beck KM, Yang EJ, Sanchez IM, Liao W. Treatment of Genital Psoriasis: A Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2018;8(4):509-525.
4. Kelly A, Ryan C. Genital Psoriasis: Impact on Quality of Life and Treatment Options. *Am J Clin Dermatol*. 2019;20(5):639-646.
5. Zendell K. Genital lichen planus: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg*. 2015;34(4):182-186.
6. Charlton OA, Smith SD. Balanitis xerotica obliterans: a review of diagnosis and management. *Int J Dermatol*. 2019;58(7):777-781.
7. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther*. 2004;17(1):8-19.
8. Zanwar A, Gupta L, Misra R. Balanitis circinata. *Eur J Rheumatol*. 2018;5(4):285-286.
9. Cheraghlou S, Levy LL. Fixed drug eruptions, bullous drug eruptions, and lichenoid drug eruptions. *Clin Dermatol*. 2020;38(6):679-692.
10. Searle T, Al-Niaimi F, Ali FR. Vitiligo: an update on systemic treatments. *Clin Exp Dermatol*. 2021;46(2):248-258.
11. Sahoo AK, Mahajan R. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. *Indian Dermatol Online J*. 2016;7(2):77-86.
12. Forouzan P, Cohen PR. Erythrasma Revisited: Diagnosis, Differential Diagnoses, and Comprehensive Review of Treatment. *Cureus*. 2020;12(9):e10733.
13. Yura E, Flury S. Cutaneous Lesions of the External Genitalia. *Med Clin North Am*. 2018;102(2):279-300.
14. Kohn FM, Schultheiss D, Kramer-Schultheiss K. [Dermatological diseases of the external male genitalia : Part 2: Infectious and malignant dermatological]. *Urologe A*. 2016;55(7):981-996.
15. Arora P, Rudnicka L, Sar-Pomian M, et al. Scabies: A comprehensive review and current perspectives. *Dermatol Ther*. 2020;33(4):e13746.
16. Do-Pham G, Monsel G, Chosidow O. Lice. *Semin Cutan Med Surg*. 2014;33(3):116-118.
17. Singhal RR, Patel TM, Pariath KA, Vora RV. Premalignant male genital dermatoses. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2019;40(2):97-104.
18. Nayak SU, Sheno SD, Bhat ST, Shivamurthy A. Bowenoid papulosis. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2015;36(2):223-225.
19. Kohn FM, Schultheiss D, Kramer-Schultheiss K. [Dermatological diseases of the external male genitalia : Part 1]. *Urologe A*. 2016;55(6):829-842.
20. Bunker CB. Zoon balanitis-does it exist? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34(3):e116-e117.
21. Heller DS. Lesions and Neoplasms of the Penis: A Review. *J Low Genit Tract Dis*. 2016;20(1):107-111.
22. Rahman MH, Islam MS, Ansari NP. Atypical steatocystoma multiplex with calcification. *ISRN Dermatol*. 2011;2011:381901.
23. Karray O, Dhaoui A, Boulma R, Bellil K, Khouni H. Scrotal calcinosis: two case reports. *J Med Case Rep*. 2017;11(1):312.

# 46. BÖLÜM

## PERİANAL BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Sevil SAVAŞ ERDOĞAN<sup>1</sup>  
Filiz CEBECİ KAHRAMAN<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Perianal bölgenin hastalıkları gastroenteroloji, genel cerrahi, jinekoloji, üroloji, enfeksiyon hastalıkları ve dermatoloji gibi çeşitli disiplinlerin kapsamına girmektedir. Dermatologların bu alandaki rolü çok önemlidir. İnflamatuvar perianal hastalıklar, enfeksiyöz ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların yanı sıra perianal tümörler ve bunların öncü lezyonları dermatolojinin temel konuları içinde yer alır. Perianal bölge, derinin geri kalanı gibi, çeşitli etyolojilere sahip sayısız hastalıktan etkilenebilir; ancak özel anatomik ve fizyolojik özellikleri, ek tanısal ve terapötik zorluklar yaratır. Çok az sayıda deri lezyonu veya deri hastalığı anogenital bölgeye sınırlıdır. Bu nedenle anogenital lezyonu olan hastalarda, tüm deri muayenesi ihmal edilmemelidir.

### PERİANAL BÖLGENİN MUAYENESİ

Perianal bölgenin incelenmesi için hastalar litotomi, sol lateral ve diz-dirsek pozisyonlarında muayene edilebilir. Jinekolojide standart pozisyon olan litotomi (supin) pozisyonunda, doğrudan doktor-hasta iletişimi sağlanır ve hasta konforu korunur. Diz-dirsek pozisyonu perianal bölgenin muayenesini kolaylaştırırken, hasta için görece konforsuz olduğu için daha nadir kullanılır. Sol lateral pozisyonunda muayenenin ise uygulaması rahat ve kolaydır. Klasik muayene masalarında, hasta yataklarında bile perianal muayeneye olanak sağlar ve obez hastalar için diğer pozisyonlardan daha konforludur.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, doktorsevilsavas@gmail.com

<sup>2</sup> Doç. Dr., İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, cebecifiliz@yahoo.com mail



Resim 6. Hemanjiyom

## SONUÇ

Dermatologların perianal bölgenin hastalıklarının yönetiminde rolü çok önemlidir. Gastroenteroloji, genel cerrahi, jinekoloji, üroloji, enfeksiyon hastalıkları gibi diğer disiplinler ile iş birliği içinde yaklaşım gereklidir. Anogenital lezyonu olan hastalarda, tanısız ipuçları için tüm deri muayenesi ihmal edilmemelidir. Atopik anal ekzema, liken simpleks kronikus, kontakt dermatit gibi perianal dermatitler sık gözlenir. Perianal dermatitlerde, yama testi gibi alerji testleri gerekebilir ve perianal derinin bakımına yönelik yaklaşımlar ihmal edilmemelidir. Perianal liken sklerozis, perianal liken planus ve anal intraepitelyal neoplazi gibi lezyonların erken tanınması; hem tedavileri hem de skuamöz hücreli karsinomaya dönüşüm riskleri nedeniyle önemlidir ve bu lezyonlar düzenli takip gerektirirler. Perianal psoriasis, perianal Crohn hastalığı ve hidradenitis süpurativa gibi yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan hastalıklara lokalizasyona uygun tedavi yaklaşımlarında bulunulmalıdır. Son yıllarda insidansı giderek artış gösteren ve önemli bir halk sağlığı sorunu olan sfiliz, gonore ve klamidyal enfeksiyon gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların, anal bölgede genellikle asemptomatik olduklarından gözden kaçabileceği unutulmamalıdır. Bu hastalarda mutlaka HIV taraması yapılmalıdır. Günümüzde HPV ile ilişkili

benign ve malign lezyonlar aşılama ile büyük ölçüde önlenir. Anal karsinom için yüksek riskli hastalarda, erken evrede tanı ve tedavi için, servikal karsinomaya benzer şekilde tarama yapılmamıştır.

## KAYNAKLAR

1. Kreuter A. Proctology - diseases of the anal region. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016; 14: 352-373; quiz 372-355. Doi: 10.1111/ddg.12986.
2. Hatch ML, Paradis C, Friedman S, et al. Obsessive-compulsive disorder in patients with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. *J Am Acad Dermatol.* 1992; 26: 549-551. Doi: 10.1016/0190-9622(92)70078-t.
3. Zuccati G, Lotti T, Mastrolorenzo A, et al. Pruritus ani. *Dermatol Ther.* 2005; 18: 355-362. Doi: 10.1111/j.1529-8019.2005.00031.x.
4. Bauer A, Geier J and Elsner P. Allergic contact dermatitis in patients with anogenital complaints. *J Reprod Med.* 2000; 45: 649-654.
5. Dietrich A, Ruzicka T and Hermans C. [Differential diagnosis of anal eczema]. *Hautarzt.* 2015; 66: 400-407. Doi: 10.1007/s00105-015-3618-9.
6. Kränke B, Trummer M, Brabek E, et al. Etiologic and causative factors in perianal dermatitis: results of a prospective study in 126 patients. *Wien Klin Wochenschr.* 2006; 118: 90-94. Doi: 10.1007/s00508-006-0529-x.
7. Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. *Dermatol Ther.* 2004; 17: 129-133. Doi: 10.1111/j.1396-0296.2004.04013.x.
8. Farber EM and Nall L. Perianal and intergluteal psoriasis. *Cutis.* 1992; 50: 336-338.
9. Kreuter A, Sommer A, Hyun J, et al. 1% pimecrolimus, 0.005% calcipotriol, and 0.1% betamethasone in the treatment of intertriginous psoriasis: a double-blind, randomized controlled study. *Arch Dermatol.* 2006; 142: 1138-1143. Doi: 10.1001/archderm.142.9.1138.
10. Lebwohl M, Freeman AK, Chapman MS, et al. Tacrolimus ointment is effective for facial and intertriginous psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2004; 51: 723-730. Doi: 10.1016/j.jaad.2004.07.011.
11. Tasker GL and Wojnarowska F. Lichen sclerosus. *Clin Exp Dermatol.* 2003; 28: 128-133. Doi: 10.1046/j.1365-2230.2003.01211.x.
12. Edmonds EV, Hunt S, Hawkins D, et al. Clinical parameters in male genital lichen sclerosus: a case series of 329 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012; 26: 730-737. Doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04155.x.
13. Cooper SM, Gao XH, Powell JJ, et al. Does treatment of vulvar lichen sclerosus influence its prognosis? *Arch Dermatol.* 2004; 140: 702-706. Doi: 10.1001/archderm.140.6.702.
14. Kirtschig G, Becker K, Günthert A, et al. Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29: e1-43. Doi: 10.1111/jdv.13136.

15. Carli P, Cattaneo A, De Magnis A, et al. Squamous cell carcinoma arising in vulval lichen sclerosus: a longitudinal cohort study. *Eur J Cancer Prev.* 1995; 4: 491-495. Doi: 10.1097/00008469-199512000-00008.
16. Carlson JA, Ambros R, Malfetano J, et al. Vulvar lichen sclerosus and squamous cell carcinoma: a cohort, case control, and investigational study with historical perspective; implications for chronic inflammation and sclerosis in the development of neoplasia. *Hum Pathol.* 1998; 29: 932-948. Doi: 10.1016/s0046-8177(98)90198-8.
17. Santegoets LA, Helmerhorst TJ and van der Meijden WI. A retrospective study of 95 women with a clinical diagnosis of genital lichen planus. *J Low Genit Tract Dis.* 2010; 14: 323-328. Doi: 10.1097/LGT.0b013e3181d73622.
18. Selim MA and Hoang MP. A histologic review of vulvar inflammatory dermatoses and intraepithelial neoplasia. *Dermatol Clin.* 2010; 28: 649-667. Doi: 10.1016/j.det.2010.07.005.
19. Wagner G, Rose C and Sachse MM. Clinical variants of lichen planus. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013; 11: 309-319. Doi: 10.1111/ddg.12031.
20. Goldberg SR, Strober BE and Payette MJ. Hidradenitis suppurativa: Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2020; 82: 1045-1058. Doi: 10.1016/j.jaad.2019.08.090.
21. Hoffman LK, Ghias MH and Lowes MA. Pathophysiology of hidradenitis suppurativa. *Semin Cutan Med Surg.* 2017; 36: 47-54. Doi: 10.12788/j.sder.2017.017.
22. Vangipuram R, Vaidya T, Jandarov R, et al. Factors Contributing to Depression and Chronic Pain in Patients with Hidradenitis Suppurativa: Results from a Single-Center Retrospective Review. *Dermatology.* 2016; 232: 692-695. Doi: 10.1159/000453259.
23. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29: 619-644. Doi: 10.1111/jdv.12966.
24. Rankin GB, Watts HD, Melnyk CS, et al. National Cooperative Crohn's Disease Study: extraintestinal manifestations and perianal complications. *Gastroenterology.* 1979; 77: 914-920.
25. Schwartz DA, Ghazi LJ and Regueiro M. Guidelines for medical treatment of Crohn's perianal fistulas: critical evaluation of therapeutic trials. *Inflamm Bowel Dis.* 2015; 21: 737-752. Doi: 10.1097/mib.0000000000000377.
26. Higgins SP, Freemark M and Prose NS. Acanthosis nigricans: a practical approach to evaluation and management. *Dermatol Online J.* 2008; 14: 2.
27. Schulmann K, Strate K, Pox CP, et al. Paraneoplastic acanthosis nigricans with cutaneous and mucosal papillomatosis preceding recurrence of a gastric adenocarcinoma. *J Clin Oncol.* 2012; 30: e325-326. Doi: 10.1200/jco.2012.42.5454.
28. Zaraa I, Sellami A, Bouguerra C, et al. Pemphigus vegetans: a clinical, histological, immunopathological and prognostic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011; 25: 1160-1167. Doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03939.x.
29. Engin B, Kutlubay Z, Çelik U, et al. Hailey-Hailey disease: A fold (intertriginous) dermatosis. *Clin Dermatol.* 2015; 33: 452-455. Doi: 10.1016/j.clindermatol.2015.04.006.
30. Jagadeesan S, Kaliyadan F. *Acrodermatitis Enteropathica.* StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC., 2021.
31. Lafond RE and Lukehart SA. Biological basis for syphilis. *Clin Microbiol Rev.* 2006; 19: 29-49. Doi: 10.1128/cmr.19.1.29-49.2006.
32. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, et al. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers.* 2017; 3: 17073. Doi: 10.1038/nrdp.2017.73.
33. Janier M, Unemo M, Dupin N, et al. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021; 35: 574-588.
34. Fuchs W and Brockmeyer NH. Sexually transmitted infections. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014; 12: 451-463. Doi: 10.1111/ddg.12310.
35. Chin-Hong PV, Vittinghoff E, Cranston RD, et al. Age-Specific prevalence of anal human papillomavirus infection in HIV-negative sexually active men who have sex with men: the EXPLORE study. *J Infect Dis.* 2004; 190: 2070-2076. Doi: 10.1086/425906.
36. Frisch M, Biggar RJ and Goedert JJ. Human papillomavirus-associated cancers in patients with human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *J Natl Cancer Inst.* 2000; 92: 1500-1510. Doi: 10.1093/jnci/92.18.1500.
37. Sturegård E, Johansson H, Ekström J, et al. Human papillomavirus typing in reporting of condyloma. *Sex Transm Dis.* 2013; 40: 123-129. Doi: 10.1097/OLQ.0b013e31827aa9b3.
38. Luchtefeld MA. Perianal condylomata acuminata. *Surg Clin North Am.* 1994; 74: 1327-1338. Doi: 10.1016/s0039-6109(16)46484-4.
39. Leszczyszyn J, Łebski I, Łysenko L, et al. Anal warts (condylomata acuminata) - current issues and treatment modalities. *Adv Clin Exp Med.* 2014; 23: 307-311. Doi: 10.17219/acem/37083.
40. Hamlyn E and Taylor C. Sexually transmitted proctitis. *Postgrad Med J.* 2006; 82: 733-736. Doi: 10.1136/pmj.2006.048488.
41. AWMF (2019). *S2k-Leitlinie: Diagnostik und Treatment der Gonorrhoe.* (18/05/2021 tarihinde [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/059-004l\\_S2k\\_Gonorrhoe-Diagnostik-Therapie\\_2019-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/059-004l_S2k_Gonorrhoe-Diagnostik-Therapie_2019-03.pdf) adresinden ulaşılmıştır).
42. Manavi K, McMillan A and Young H. The prevalence of rectal chlamydial infection amongst men who have sex with men attending the genitourinary medicine clinic in Edinburgh. *Int J STD AIDS.* 2004; 15: 162-164. Doi: 10.1258/095646204322916588.
43. AWMF (2016) *S2k-Leitlinie: Infektionen mit Chlamydia trachomatis.* (18/05/2021 tarihinde [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/059-005l\\_S2k\\_Chlamydia-trachomatis-Infektionen\\_2016-12.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/059-005l_S2k_Chlamydia-trachomatis-Infektionen_2016-12.pdf) adresinden ulaşılmıştır).

44. Vall-Mayans M, Caballero E and Sanz B. The emergence of lymphogranuloma venereum in Europe. *Lancet*. 2009; 374: 356. Doi: 10.1016/s0140-6736(09)60993-4.
45. Ceovic R and Gulin SJ. Lymphogranuloma venereum: diagnostic and treatment challenges. *Infect Drug Resist*. 2015; 8: 39-47. Doi: 10.2147/idr.s57540.
46. Ahdoot A, Kotler DP, Suh JS, et al. Lymphogranuloma venereum in human immunodeficiency virus-infected individuals in New York City. *J Clin Gastroenterol*. 2006; 40: 385-390. Doi: 10.1097/00004836-200605000-00005.
47. Herbst R. Perineal streptococcal dermatitis/disease: recognition and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003; 4: 555-560. Doi: 10.2165/00128071-200304080-00005.
48. Kreuter A, Brockmeyer NH, Altmeyer P, et al. Anal intraepithelial neoplasia in HIV infection. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008; 6: 925-934. Doi: 10.1111/j.1610-0387.2008.06737.x.
49. Esser S, Kreuter A, Oette M, et al. German-Austrian guidelines on anal dysplasia and anal cancer in HIV-positive individuals: prevention, diagnosis, and treatment. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015; 13: 1302-1319. Doi: 10.1111/ddg.12726.
50. Fox PA. Human papillomavirus and anal intraepithelial neoplasia. *Curr Opin Infect Dis*. 2006; 19: 62-66. Doi: 10.1097/01.qco.0000199019.50451.a8.
51. Majewski S and Jablonska S. Human papillomavirus-associated tumors of the skin and mucosa. *J Am Acad Dermatol*. 1997; 36: 659-685; quiz 686-658. Doi: 10.1016/s0190-9622(97)80315-5.
52. Henquet CJ. Anogenital malignancies and pre-malignancies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25: 885-895. Doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03969.x.
53. Kanitakis J. Mammary and extramammary Paget's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007; 21: 581-590. Doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02154.x.
54. Yoon SN, Park IJ, Kim HC, et al. Extramammary Paget's disease in Korea: its association with gastrointestinal neoplasms. *Int J Colorectal Dis*. 2008; 23: 1125-1130. Doi: 10.1007/s00384-008-0499-8.
55. McDaniel B, Brown F and Crane JS. Extramammary Paget Disease. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC., 2021.
56. Wagner G and Sachse MM. Extramammary Paget disease - clinical appearance, pathogenesis, management. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2011; 9: 448-454. Doi: 10.1111/j.1610-0387.2010.07581.x.



# 47 ● BÖLÜM

## BACAK ÜLSERLERİNE YAKLAŞIM

Pelin HIZLI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Kronik bacak ülseri terimi 6 haftadan uzun süren diz altındaki ülserler için kullanılmaktadır. Hastalığın genel popülasyonda görülme sıklığı %1 iken yaşla doğru orantılı olarak artış göstermekte ve 65 yaş üzerinde %3.6' ya çıkmaktadır (1).

Bacak ülserleri bir hastalık olmaktan çok altta yatan bir bozukluğun belirtisi hatta bazen ilk bulgusu olarak görülmektedir (2). Sigara kullanımı, obezite, diyabet ve aterosklerotik hastalıkların artmasıyla bacak ülserleri günümüzde gittikçe artan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (3). Ağrılı olması, kişilerin sosyal hayatlarını olumsuz etkilemesi ve görülme sıklığının artması nedeniyle günümüzde daha fazla öneme sahiptir. Bacak ülserlerinde erken tanı ve altta yatan nedenin saptanması durumunda tedavi kolaylaşmaktadır (4).

### ETYOLOJİ

Hastalığın etyolojisinde %90 oranda venöz, arteriyel ve nöropatik nedenler yer alır. Geriye kalan kısım nadir nedenlerden oluşmaktadır (4). **Tablo 1**'de bacak ülserlerine neden olan etyolojik faktörler gösterilmiştir (1).

**Tablo 1.** Bacak ülserlerinde etyoloji

Vasküler hastalıklar
Nöropatik
Metabolik hastalıklar
Hematolojik bozukluklar
Enfeksiyonlar
Travma-fiziksel ve kimyasal hasar
Tümörler
İlaçlar
Pannikülitler
Diğer nedenler

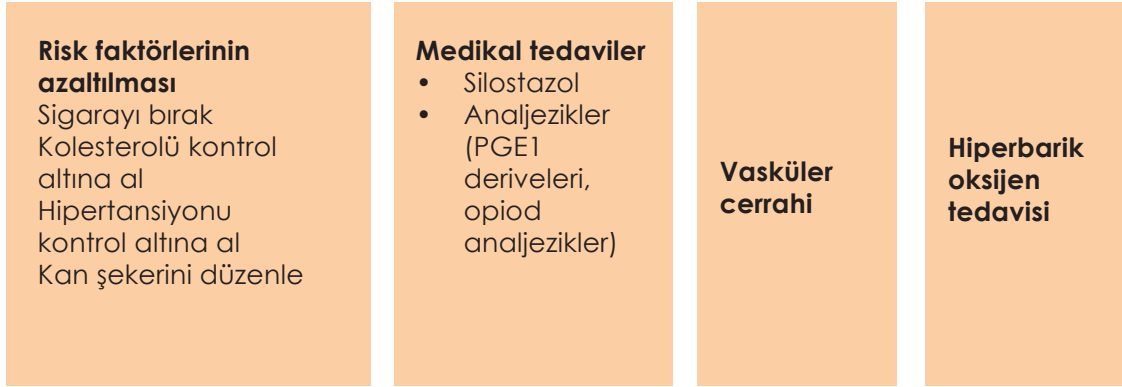
<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., pelinhizli@gmail.com

## ARTERYEL ÜLSER TEDAVİSİ

Tedavinin ana komponenti acil olarak revaskülizasyonu sağlayacak girişimsel işlemlerdir. Medikal tedavi seçenekleri ancak girişimsel müdahalelerin mümkün olmadığı durumlarda tercih edilmelidir. (59). Yara örtüleri, enfeksiyon kontrolü tedavide yardımcı seçeneklerdir (60). Arteryel ülserlerde dokunun oksijenlenmesi bozuk olduğu için cerrahi debridman, doku hasarı ve nekrozu arttıracığından uygun değildir. Debridman, vasküler cerrahi sırasında uygun antibiyoterapi altında yapılabilir.

Gangren ve skar dokusu kuru tutulmalıdır. Nemli ortam bakteriyel kolonizasyon için zemin hazırlar (61). Silostazol fosfodiesteraz 3 inhibitörü olan bir vazodilatördür ve intermittan kladikasyoda kullanılmaktadır. Ülser tedavisinde de kullanılabilir (62). Arteryel ülserlede ağrı çok şiddetli olduğundan analjezinin sağlanması oldukça önemlidir. Hastalar cerrahi tedaviyi bekleyene kadar opioid analjezikler kullanılabilir (15).

Şekil 4'te arteryel ülser tedavi algoritması özetlenmiştir (15,61).



Şekil 4. Arteryel ülser tedavisi

## NÖROPATİK ÜLSER TEDAVİSİ

Nöropatik ülserlerde ana hedef koruyucu önlemlerdir. Günlük ayak bakımı, nemlendirilmesi, tırnakların düz kesilmesi ve kallusların tedavi edilmesi koruyucu yöntemlerdir. Ülser geliştikten sonra ölü dokuların debride edilmesi epitelizasyonun oluşmasına yardımcı olur (63,64).

## SONUÇ

Bacak ülseri değişik etyolojik faktörler sonucu gelişen, yaşam kalitesini oldukça düşüren ve

toplumda özellikle ileri yaş grubunda ciddi morbiditeye neden olan kronik bir durumdur. Ülserin etkin tedavisi genellikle zordur ve altta yatan nedenin doğru teşhisi ve risk faktörlerin ortadan kaldırılması tedavide ana faktördür. Etyolojinin tespit edilmesi ve tedavi aşamasında multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Agale SV. Chronic Leg Ulcers: Epidemiology, Aetiopathogenesis, and Management. *Ulcers*. 2013;2013:413604.
2. Lofgren EP. Leg ulcers. Symptom of an underlying disorder. *Postgrad Med*. 1984;76(4):51-4.

3. Alavi A, Sibbald RG, Phillips TJ, et al. What's new: Management of venous leg ulcers: Approach to venous leg ulcers. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(4):627-40; quiz 641-2.
4. Dogra S, Sarangal R. Summary of recommendations for leg ulcers. *Indian Dermatol Online J*. 2014;5(3):400-7.
5. Karaoglu S, Karaoglu S. Ethiopathogenesis of leg ulcers. *Erciyes Tip Derg*. 1996;18(1):49-54.
6. Vasudevan B. Venous leg ulcers: Pathophysiology and Classification. *Indian Dermatol Online J*. 2014;5(3):366.
7. Berard A, Abenheim L, Platt R, et al. Risk factors for the first-time development of venous ulcers of the lower limbs: the influence of heredity and physical activity. *Angiol*. 2002;53(6):647-57.
8. Finlayson K, Wu ML, Edwards HE. Identifying risk factors and protective factors for venous leg ulcer recurrence using a theoretical approach: A longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(6):1042-51.
9. London NJ, Donnelly R. ABC of arterial and venous disease. Ulcerated lower limb. *BMJ*. 2000;320(7249):1589-91.
10. Vasudevan B. Venous leg ulcers: Pathophysiology and Classification. *Indian Dermatol Online J*. 2014;5(3):366-370.
11. Nicholls SC. Sequelae of untreated venous insufficiency. *Semin Intervent Radiol*. 2005;22(3):162-8.
12. Bruce AJ, Bennett DD, Lohse CM, et al. Lipodermatosclerosis: review of cases evaluated at Mayo Clinic. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46(2):187-92.
13. Miteva M, Romanelli P, Kirsner RS. Lipodermatosclerosis. *Dermatol Ther*. 2010;23(4):375-88.
14. Harper CD, Crane JS. Atrophie Blanche. *StatPearls*. 2021.
15. Grey JE, Harding KG, Enoch S. Venous and arterial leg ulcers. *BMJ*. 2006;332(7537):347-50.
16. Zemaitis MR, Boll JM, Dreyer MA. Peripheral arterial disease. *StatPearls*. 2020.
17. Shammas NW. Epidemiology, classification, and modifiable risk factors of peripheral arterial disease. *Vasc Health Risk Manag*. 2007;3(2):229-34.
18. Hafner J, Schaad I, Schneider E, et al. Leg ulcers in peripheral arterial disease (arterial leg ulcers): impaired wound healing above the threshold of chronic critical limb ischemia. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43(6):1001-1008.
19. Marinovic Kulisic S, Lipozencic J, Tunukovic S, et al. [What should we know about venous and arterial ulcers?]. *Acta Med Croatica*. 2009;63(4):329-34.
20. Arterial vs venous ulcers: diagnosis and treatment. *Adv Skin Wound Care*. 2001;14(3):146-7.
21. Newton H. Leg ulcers: differences between venous and arterial. *Wounds Ess*. 2011;6(1):20-28.
22. Sadovsky R. Managing lower extremity venous ulcers. *Am Fam Physician*. 2003;68(4):755.
23. Spentzouris G, Labropoulos N. The evaluation of lower-extremity ulcers. *Semin Intervent Radiol*. 2009;26(4):286-95.
24. Olszewski WL. Lymphatic Ulcer of Lower Limb. *Ulcers of the Lower Extremity*: Springer; 2016. p. 259-265.
25. Hedayati N, Carson JG, Chi YW, et al. Management of mixed arterial venous lower extremity ulceration: A review. *Vasc Med*. 2015;20(5):479-86.
26. Papi M, Papi C. Vasculitic Ulcers. *Int J Low Extrem Wounds*. 2016;15(1):6-16.
27. Morita T, Tres GFS, Criado RFJ, et al. Update on vasculitis: an overview and dermatological clues for clinical and histopathological diagnosis - part I. *An Bras Dermatol*. 2020;95(3):355-371.
28. AboElnasr LS, Kandil M, Aiad HAS. Primary and Secondary Livedoid Vasculopathy: A Report of 2 Cases. *Am J Dermatopathol*. 2022;44(1):78-80.
29. Armitage M, Roberts J. Caring for patients with leg ulcers and an underlying vasculitic condition. *British J Community Nurs*. 2004;9(Sup5):S16-S22.
30. Anderson I. Mixed aetiology: complexity and comorbidity in leg ulceration. *Br J Nurs*. 2008;17(Sup6):S17-S23.
31. Frumholtz L, Laurent-Roussel S, Lipsker D, et al. Cutaneous vasculitis: review on diagnosis and clinicopathologic correlations. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2020:1-13.
32. Mekkes JR, Loots MA, Van Der Wal AC, et al. Causes, investigation and treatment of leg ulceration. *Br J Dermatol*. 2003;148(3):388-401.
33. Eastman DM, Dreyer MA. Neuropathic Ulcer. *StatPearls*. Treasure Island (FL)2021.
34. Khachemoune A, Kauffman C. Diagnosis of leg ulcers. *Internet J Dermatol*. 2002;1(2).
35. Urso B, Ghias M, John A, et al. Neuropathic ulcers: a focused review. *Int J Dermatol*. 2020.
36. Edmonds ME, Foster AV. Diabetic foot ulcers. *BMJ*. 2006;332(7538):407-10.
37. Elftman N. Management of the neuropathic foot. *J Prosthet Orthot*. 2005;17(2):S4-S27.
38. McGoey JW. Metabolic causes of leg ulcers. *Clin Dermatol*. 1990;8(3-4):86-91.
39. Franklin C, Stoffels-Weindorf M, Hillen U, et al. Ulcerated necrobiosis lipoidica as a rare cause for chronic leg ulcers: case report series of ten patients. *Int Wound J*. 2015;12(5):548-54.
40. Massimetti C, Bellasi A, Modoni A, et al. Multifaceted approach to a rare clinical case of calciphylaxis in a renal transplant recipient. *G Ital Nefrol*. 2019;36(5).
41. Piette WW. Hematologic associations of leg ulcers. *Clin Dermatol*. 1990;8(3-4):66-85.
42. Minniti CP, Eckman J, Sebastiani P, et al. Leg ulcers in sickle cell disease. *Am J Hematol*. 2010;85(10):831-3.
43. Hayes S, Dodds SR. The identification and diagnosis of malignant leg ulcers. *Nursing times*. 2003;99(31):50-52.
44. Senet P, Combemale P, Debure C, et al. Malignancy and chronic leg ulcers: the value of systematic wound biopsies: a prospective, multicenter, cross-sectional study. *Arch Dermatol*. 2012;148(6):704-8.
45. Todhunter J. Understanding the differential diagnosis of leg ulcers: focus on atypical ulcers. *J Community Nurs*. 2019;33(1):29-37.
46. Ammad Ud Din M, Hussain SA, Jamshed S. Leg ulcer with long-term hydroxyurea use. *Clin Case Rep*. 2021;9(4):2487-2488.

47. Lima Pinto AP, Silva NA, Jr., Osorio CT, et al. Martorell's Ulcer: Diagnostic and Therapeutic Challenge. *Case Rep Dermatol.* 2015;7(2):199-206.
48. Flowchart for assessment of venous leg ulcer: New Zealand Wound Care Society; [30.05.2021]. Available from: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiq5pKShvHwAhVI8rsIHenXD0QFjAKegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.nzwcs.org.nz%2Fimages%2Ffluag%2F2011\\_assessment\\_flowchart\\_vlu.pdf&usg=AOvVaw22deJkqAp-C27GL1ZD9A9](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiq5pKShvHwAhVI8rsIHenXD0QFjAKegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.nzwcs.org.nz%2Fimages%2Ffluag%2F2011_assessment_flowchart_vlu.pdf&usg=AOvVaw22deJkqAp-C27GL1ZD9A9)
49. Casey S, Lanting S, Oldmeadow C, et al. The reliability of the ankle brachial index: a systematic review. *J Foot Ankle Res.* 2019;12:39.
50. McDermott MM, Applegate WB, Bonds DE, et al. Ankle brachial index values, leg symptoms, and functional performance among community-dwelling older men and women in the lifestyle interventions and independence for elders study. *J Am Heart Assoc.* 2013;2(6):e000257.
51. Androulakis AE, Giannoukas AD, Labropoulos N, et al. The impact of duplex scanning on vascular practice. *Int Angiol.* 1996;15(4):283-90.
52. Spoljar S. [List of diagnostic tests and procedures in leg ulcer]. *Acta Med Croatica.* 2013;67 Suppl 1:21-8.
53. Rai R. Standard guidelines for management of venous leg ulcer. *Indian Dermatol Online J.* 2014;5(3):408-11.
54. Yasım A. Venöz Ülser Tedavisinde Venoaktif İlaçlar. *KSU Med J.*12(3):19-21.
55. Yenidünya M, Afandiyev K, Demiresen M. Venöz bacak ülserleri: doğru tanının tedavideki yeri. *Türk Ekopatoloji Derg.*11(2):85-92.
56. Jindal R, Dekiwadia DB, Krishna PR, et al. Evidence-Based Clinical Practice Points for the Management of Venous Ulcers. *Indian J Surg.* 2018;80(2):171-182.
57. Margolis DJ, Berlin JA, Strom BL. Which venous leg ulcers will heal with limb compression bandages? *Am J Med.* 2000;109(1):15-9.
58. Parker CN, Finlayson KJ, Shuter P, et al. Risk factors for delayed healing in venous leg ulcers: a review of the literature. *Int J Clin Pract.* 2015;69(9):1029-30.
59. Holloway GA, Jr. Arterial ulcers: assessment and diagnosis. *Ostomy Wound Manage.* 1996;42(3):46-8, 50-1.
60. Hopf HW, Ueno C, Aslam R, et al. Guidelines for the treatment of arterial insufficiency ulcers. *Wound Repair Regen.* 2006;14(6):693-710.
61. Abbade LPE, Frade MAC, Pegas JRP, et al. Consensus on the diagnosis and management of chronic leg ulcers - Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol.* 2020;95 Suppl 1:1-18.
62. Resnick KA, Gordon IL. Effects of cilostazol on arterial wound healing: a retrospective analysis. *Ann Vasc Surg.* 2014;28(6):1513-21.
63. McGill M, Collins P, Bolton T, et al. Management of neuropathic ulceration. *J Wound Care.* 1996;5(2):52-4.
64. Phillips TJ. Successful methods of treating leg ulcers. The tried and true, plus the novel and new. *Postgrad Med.* 1999;105(5):159-61, 165-6, 173-4 passim.

# 48. BÖLÜM

## EKSTREMİTELERDE NODÜLLERİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Dilek BAYRAMGÜRLER<sup>1</sup>  
Didem KAZAN<sup>2</sup>*

### GİRİŞ

Derinin primer elementer lezyonlardan birisi olan nodül; dermis veya subkutan dokuda yerleşen, palpasyonla sınırları net olarak seçilebilen, 1 cm'den daha büyük sert lezyonlar olarak tanımlanır (1).

Klinik pratikte bu lezyonlara sıklıkla alt ekstremitelerde rastlanmakla birlikte alt ve/veya üst ekstremitelere yerleşen; bazen inflamatuvar bazen non inflamatuvar karakter gösteren, ağrılı ya da ağrısız, tek ya da çok sayıda, üzerindeki derinin normal ya da sağlam olduğu veya ülserleştiği nodüler lezyonlar şeklinde görülebilir. Ekstremitelerde ortaya çıkabilecek bu nodüler lezyonlar; çeşitli enfeksiyöz, fiziksel veya kimyasal ajanlara, otoimmün ya da vasküler hastalıklara, daha nadir olarak da malign tablolara bağlı gelişebilir (2). Dermatoloji polikliniklerine bu nedenle hemen tüm yaş gruplarından azımsanmayacak kadar çok sayıda hasta başvurmaktadır.

Bu nedenle ekstremitelerde nodüler lezyon ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıya girebilecek hastalıkların ve klinik ipuçlarının iyi bilinip gerekli tetkiklerin istenmesi doğru tanıya gidilmesi ve tedavi planlaması açısından çok önemlidir.

### EKSTREMİTELERDE NODÜLER LEZYON(LAR)A YOL AÇAN SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR VE GENEL ÖZELLİKLERİ

Ekstremitelerde nodüler lezyonlar çok sayıda farklı deri hastalığının seyri esnasında görülebileceği gibi bazı sistemik hastalık ya da durumların seyri esnasında da ortaya çıkabilir. **Tablo 1**'de ekstremitelerde nodüler lezyonlara yol açan başlıca klinik tablolar ve tanısal özellikleri; **Tablo 2**'de ise bu hastalıkların tanısı ve ayırıcı tanısı için istenmesi gereken en temel tanısal testler özetlenmiştir (3-7).

<sup>1</sup> Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., dbayramgurur@yahoo.com

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., didem.senses.280@gmail.com

**Eritema Nodozum**

Bacak ön yüzlerde eritemli, ağrılı subkutan nodüllere yol açan en sık dermatoz

**Eritema nodozumdur.**

Reaktif bir tablo olan eritema nodozumun en sık nedeni A grubu Beta Hemolitik Streptokoksik enfeksiyonlar olduğu için her hastadan mutlaka boğaz kültürü istenmelidir!

Eritema nodozuma yol açabilecek diğer nedenler **Tablo 1**'de özetlenmiştir.

**SONUÇ**

Ekstremitelerde nodüllerle başvuran hastaların ayırıcı tanısına yukarıda bahsi geçen çok sayıda farklı dermatoz ya da sistemik hastalık girdiği için; doğru tanı ve tedavi için klinik açıdan önemli ipuçlarının bilinmesi ve tanısal testlerin istenmesi oldukça önemlidir.

**KAYNAKLAR**

1. High AW, Tomasini FC, Argenziano G, Zalaudek I. Basic Principles of Dermatology. Bologna LJ, Schaffer VJ, Cerroni L. Dermatology, 4.basım. Çin: Elsevier. 2018:1-32
2. Aksungur LV, Alpsoy E, Baykal C, Uzun S. Bacakta inflamatuvar nodül. Dermatolojide Algoritmik Tanı, 1.basım. İstanbul:Nobel Tıp kitapçevleri. 2007:432-437.
3. James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhau IM, Wu Q. Subkutanöz yağ dokusu hastalıkları. Andrews' Diseases of the Skin, 13.basım. Çin: Elsevier. 2020:485-495.
4. Cho KH. Inflammatory nodules of the leg. *Ann Dermatol.* 2012;24(4):383-392.
5. Eimpunth S, Pattanaprichakul P, Sitthinamsuwa P. ve ark. Tender cutaneous nodules of the legs: diagnosis and clinical clues to diagnosis. *Int J Dermatol.* 2013;52(5):560-566.
6. Uzun S, Gürel MS, Harman M Kutanöz Leishmaniasis Tanı ve Tedavi Rehberi, İstanbul: Galenos Yayınevi.2017:5-14.
7. O' Brien N, Hayes B. Subcutaneous fat necrosis of the newborn. *BMJ Case Rep.* 2019;12(12):1-4.

# 49 • BÖLÜM

## PALMAR BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Erkan DAVARCI<sup>1</sup>  
Ali KARAKUZU<sup>2</sup>*

### GİRİŞ

Palmar bölge farklı klinik özelliklere sahip birçok dermatozun görülebildiği bir bölgedir. Ayırıcı tanıda pek çok hastalık akılda tutulmalıdır. Bu bölümde palmar bölge tutulumu ile seyreden hastalıklarda tanı ve ayırıcı tanı için yol gösterici bilgilerden bahsedilmiştir.

Palmar bölgede görülen dermatozlarda ilk yaklaşımda elementer lezyon üzerinden ayırıcı tanıya gidilerek anamnez ve fizik muayene ile desteklenmesi sonucunda tanı koymak kolaylaşacaktır (Tablo 1).

### ENFEKSİYÖZ HASTALIKLAR

#### Tinea Manuum

Tinea manuum, genellikle tinea pedis ile birlikte bulunan yaygın bir yüzeysel mantar enfeksiyonu-

dur. Tinea manuum tüm dünyada görülür ve diğer dermatofitozlarda olduğu gibi, diğer insanlar, hayvanlar ve toprak en yaygın kaynaklardır (1).

Toplanan tinea manuum vakaları üzerinde yapılan bir çalışma, “iki ayak, tek el sendromu”nun en sık görülen (%65) klinik tablo olduğunu, bunu sırasıyla bilateral tinea manuumlu bilateral tinea pedis (%19,3), unilateral tinea manuum (%11,8) ve bilateral tinea manuumun (%3,9) izlediğini göstermiştir (2).

Tinea manuum asemptomatik olabilir veya hastalar kalınlaşmış deri ve kaşıntıdan şikayet edebilir. Enfeksiyon genellikle tek taraflıdır, ancak her iki eli de etkileyebilir. Palmar yüzeyler genellikle kuru, skuamli bir görünüme sahiptir (3).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, drerkandavarci@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, dr.karakuzu@gmail.com

bir vasküler proliferasyondur. Klinik olarak eroziv yüzeyle ve kanama eğilimi olan pediküllü tümörlere dönüşen hızlı büyüyen eritemli nodüller ile karakterizedir. Genellikle baş ve boyun bölgesinde ve el ve ayak parmaklarında görülürler.

### Akrall Lentiginöz Melanom

Akrall lentiginöz melanom (ALM), esas olarak avuç içi, ayak tabanı ve tırnak yataklarında ortaya çıkan nadir bir melanom alt tipidir. ALM'li hastalar, esas olarak tanıdaki gecikmelerden ve başvuruda ileri hastalıktan kaynaklanan kötü bir prognoza sahip olma eğilimindedir. ALM genellikle tabanlarda veya avuç içlerinde düzensiz kenarlı ve alacalı pigmentli bir makül veya papül olarak ortaya çıkar. İlerledikçe, ALM lezyonları mavi-siyah pigment alanları içeren büyük, ekzofitik nodüller haline gelebilir (38).

### SONUÇ

Palmar bölgede görülen dermatolojik hastalıklar çok geniş bir spektruma sahiptir. Bu lezyonlara yaklaşımda doğru tanıyı koymak için anamnez, fizik muayene ve ek dermatolojik bulgular çok önemlidir. Gerektiğinde uygun tanısal testlerle ileri değerlendirme yapılarak tanı ve tedavi süreci yönetilmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hardinsky MK et al. Guidelines of care for superficial mycotic infections of the skin: tinea corporis, tinea cruris, tinea faciei, tinea manuum, and tinea pedis. *J Am Acad Dermatol.* 1996;34:282–6.
2. Zhan P, Geng C, Li Z. The epidemiology of tinea manuum in Nanchang area, South China. *Mycopathologia.* 2013;176:83–8.
3. Singri P, Brodell RT. "Two feet-one hand" syndrome. A recurring infection with a peculiar connection. *Postgr Med.* 1999;106:83–4.
4. Goh BT. Syphilis in adults. *Sex Transm Infect.* 2005;81:448–52.
5. Dourmishev LA, Dourmishev AL. Syphilis : uncommon presentations in adults. *Clin Dermatol.* 2005;23:555–64.
6. Yoshikawa H, Shikino K, Hoshina Y, Ikusaka M. Diphase fever with generalised rash including palm and sole : secondary syphilis and HIV coinfection. *BMJ Case Rep.* 2020;29:1–2.
7. Handler NS, Handler MZ, Schwartz RA. Cryosurgery for Verruca Palmaris. In: In: Abramovits W, Graham G, Har-Shai Y, Strumia R (eds) *Dermatological Cryosurgery and Cryotherapy* Springer, London. 2016. p. 625–7.
8. Henge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies : a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis.* 2006;6:769–79.
9. Hubiche T, Schuffenecker I, Boralevi F, Al E. Dermatological Spectrum of Hand , Foot and Mouth Disease from Classical to Generalized Exanthema. *Pediatr Infect Dis J.* 2014;33:92–8.
10. Saguil A, Kane SF, Lauters R, Mercado MG. Hand-Foot-and-Mouth Disease: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician.* 2019;100:408–14.
11. Shoji K, Saitoh A. Herpetic Whitlow. *new engl J Med.* 2018;378:563.
12. Rerucha CM, Ewing JT, Oppenlander KE, Cowan WC. Acute Hand Infections. *Am Fam Physician.* 2019;99:228–36.
13. Traves KP, Love G, Studdiford JS. Erythema Multiforme : Recognition and Management. *Am Fam Physician.* 2019;100:82–8.
14. Korkij W, Soltani K. Fixed Drug Eruption: A Brief Review. *Arch Dermatol.* 1984;120:520–4.
15. Paller A, Mancini A. Cutaneous disorders of the newborn. In: Hurwitz *Clinical Pediatric Dermatology*, 5th ed, Elsevier Saunders, Philadelphia. 2016. p. 16.
16. Sehgal VN, Verma P, Sharma S, Srivastava G, Aggarwal AK, Rasool F, et al. Acrodermatitis continua of Hallopeau: Evolution of treatment options. *Int J Dermatol.* 2011;50:1195–211.
17. Smith MP, Ly K, Thibodeaux Q, Bhutani T, Liao W, Beck KM. Acrodermatitis continua of Hallopeau. *JAMA Dermatology.* 2018;154:1346.
18. Razera F, Olm GS, Bonamigo RR. Dermatoses neutrofilicas: parte II. *An Bras Dermatol.* 2011 Apr;86(2):195–211.
19. Eriksson MO, Hagforsen E, Lundin IP, Michaëlsson G. Palmoplantar pustulosis: A clinical and immunohistological study. *Br J Dermatol.* 1998;138:390–8.
20. Worret W. Pustular Bacterid of Andrews. *Am J Dermatopathol.* 1985;7:200.
21. Agner T, Aalto-Korte K, Andersen KE, Foti C, Giménez-Arnau A, Goncalo M, et al. Classification of hand eczema. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2015;29:2417–22.
22. Calle Sarmiento PM, Chango Azanza JJ. Dyshidrotic Eczema: A Common Cause of Palmar Dermatitis. *Cureus.* 2020;12:10–3.



23. Cohen PR. Dyshidrosiform Bullous Pemphigoid: Case Reports and Review. *Cureus*. 2020;12:1–11.
24. Guerra L, Castori M, Didona B, Castiglia D, Zambruno G. Hereditary palmoplantar keratoderms. Part I. Non-syndromic palmoplantar keratoderms: classification, clinical and genetic features. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2018;32:704–19.
25. Patel S, Zirwas M, English JC. Acquired palmoplantar keratoderma. *Am J Clin Dermatol*. 2007;8:1–11.
26. Dev T, Mahajan VK, Sethuraman G. Hereditary Palmoplantar Keratoderma: A Practical Approach to the Diagnosis. *Indian Dermatol Online J*. 2019;10:365–79.
27. Freeman DB. Corns and Calluses Resulting from Mechanical Hyperkeratosis. *Am Fam Physician*. 2002;65:2277–80.
28. Bean WB. Acquired Palmar Erythema and Cutaneous Vascular “Spiders.” *Arch Intern Med*. 1974;134:846–53.
29. Serrao R, Zirwas M, English JC. Palmar erythema. *Am J Clin Dermatol*. 2007;8:347–56.
30. Mann N, King T, Murphy R. Review of primary and secondary erythromelalgia. *Clin Exp Dermatol*. 2019;44:477–82.
31. Klein-Weigel PF, Volz TS, Richter JG. Erythromelalgia. *Vasa - Eur J Vasc Med*. 2018;47:91–7.
32. Hueso L, Sanmartín O, Nagore E, Botella-Estrada R, Requena C, Llombart B, et al. Chemotherapy-induced acral erythema: A clinical and histopathologic study of 44 cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:281–90.
33. Bains SN, Nash P, Fonacier L. Irritant contact dermatitis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2019;56:99–109.
34. Novak-Bilić G, Vučić M, Japundžić I, Meštrović-štefekov J, Stanić-Duktaj S, Lugović-Mihić L. Irritant and allergic contact dermatitis – skin lesion characteristics. *Acta Clin Croat*. 2018;57:713–20.
35. Roenneberg S, Biedermann T. Pityriasis rubra pilaris: Algorithms for diagnosis and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:889–98.
36. Wang D, Chong VCL, Chong WS, Oon HH. A Review on Pityriasis Rubra Pilaris. *Am J Clin Dermatol*. 2018;19:377–90.
37. Sehgal VN, Aggarwal A, Syed NH, Rasool F, Verma P, Sharma S. Palmoplantar keratoderma as a variant of lichen planus. *Skinmed*. 2016;14:56–60.
38. Goydos JS, Shoen SL. Acral Lentiginous Melanoma. *Cancer Treat Res*. 2016;167:321–9.

# 50. BÖLÜM

## PLANTAR BÖLGEDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Ahu YORULMAZ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Palmoplantar bölgeler, içerdikleri akrall bölgelere özgü anatomik yapılar nedeniyle diğer vücut alanlarından farklılık gösterir. Bu durum, hem bu bölgelere özgü deri hastalıklarının ortaya çıkmasına, hem de herhangi bir deri hastalığının bu bölgelerde yerleşmesi halinde farklı bir klinik tablo sergilemesine yol açar. Bu bölümde plantar bölgelerde papül, vezikül, püstül ve skuam ile bulgu veren dermatolojik hastalıklara kısaca değinilecek, bu olgularda uygulanması gereken algoritmik tanı ve tedavi yaklaşımı gözden geçirilecektir.

### PLANTAR PAPÜL İLE SEYREDEN DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

Temel bir primer deri lezyonu olan papül, plantar bölgeye spesifik olmayan kontakt dermatit gibi dermatolojik hastalıklarda deri renginde ya da eritemli papül olarak karşımıza çıkabilmektedir. Papüller lezyonlarla seyreden ve plantar bölgeye

spesifik olan dermatolojik hastalıklar arasında ise plantar verruka, nasır (kallus), palmoplantar sfiliz, palmoplantar liken planus, piezojenik pedal papüller, plantar ekrin hidradenit, arsenik keratozu gibi hastalıklar yer almaktadır. Plantar papüller, palmoplantar keratodermalarda da sık rastlanılan lezyonlardır. Palmoplantar keratodermalar bölümünün sonunda ayrı bir başlık altında değerlendirilecektir.

### Plantar verruka

Plantar verrukalar sıklıkla ayak tabanı basınç alanları olan metatarsal kemik bölgeleri ve topuklarda görülür. Keskin sınırlı, yuvarlak papüler lezyonlar hiperkeratotik uzantılarla verrüköz görünümüne sahiptir. Bu verrüköz görünüm ayırıcı tanıda kullanılan önemli bir ipucudur. Klinisyen için bir diğer tanısal ipucu ise, lezyon yüzeyinin bir bistüri yardımı ile kazınması sonucu ortaya çıkan, elonge dermal papillaların uç kısımlarını temsil eden noktasal kanama odaklarıdır (1,2).

<sup>1</sup> Doç. Dr., Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, ahuyor@gmail.com

## SONUÇ

Plantar döküntülü bir hastada etyoloji genetik hastalıklar olabileceği gibi cinsel yolla bulaşan bir hastalık göstergesi ya da inflamatuvar bir hastalık işareti olabilir. Bu nedenle detaylı anamnez ve algoritmik yaklaşım hastalıklara yaklaşımda önemlidir (Şekil 1-2-3-4).

## KAYNAKLAR

- Lipke MM. An armamentarium of wart treatments. *Clin Med Res.* 2006;4:273-93.
- Ghadgepatil SS, Gupta S, Sharma YK. Clinicoepidemiological Study of Different Types of Warts. *Dermatol Res Pract.* 2016;2016:7989817.
- Strumia, R. (2016) Callosities, Corns, Clavi, Tylomata. Abramovits W., Graham G., Har-Shai Y., Strumia R. (Eds) *Dermatological Cryosurgery and Cryotherapy* (1st ed., pp. 333-34). London: Springer.
- Freeman DB. Corns and calluses resulting from mechanical hyperkeratosis. *Am Fam Physician.* 2002;65:2277-80.
- Sacchidanand S, Mallikarjuna M, Purohit V, et al. Surgical enucleation of corn: a novel technique. *J Cutan Aesthet Surg.* 2012;5:52-3.
- Sahin MT, Ozturkcan S, Temiz P, et al. Secondary sypylis mimicking palmoplantar psoriasis: The reemerging of "the great imitator." *J Am Acad Dermatol.* 2018; 79: AB255.
- Yorulmaz A, Kılıç FA, Doğan S, et al. Palmoplantar Lichen Planus with Papular Oral Lesions: Case Report and a Brief Review of the Literature. *Türkiye Klinikleri J Dermatol.* 2015;25:15-9.
- Güleç A, Elmas Ö. Piezogenik pedal papüller: Bir olgu sunumu. *Journal of Anatolian Medical Research.* 2019; 4: 64-66.
- Rubinson R, Larralde M, Santos-Muñoz A, et al. Palmoplantar eccrine hidradenitis: seven new cases. *Pediatr Dermatol.* 2004;21:466-8.
- Mehta S, Goyal U, Gupta LK, et al. Chronic Arsenicosis: Cases from a Nonendemic Area of South Rajasthan. *Indian J Dermatol.* 2019;64:164.
- Usatine RP, Tinitigan R. Nongenital Herpes Simplex Virus. *Am Fam Physician.* 2010;82:1075-1082.
- Topkarcı Z, Küçüköğlü R. Ayağın sık görülen dermatolojik sorunları. *TOTBİD Dergisi.* 2013; 12:476-489.
- Lofgren SM, Warshaw EM. Dyshidrosis: epidemiology, clinical characteristics, and therapy. *Dermatitis.* 2006;17:165-81.
- StatPearls (2021). Hand Foot And Mouth Disease. (16/05/2021 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431082/> adresinden ulaşılmıştır).
- Espósito S, Principi N. Hand, foot and mouth disease: current knowledge on clinical manifestations, epidemiology, aetiology and prevention. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2018;37:391-398.
- Misiak-Galazka M, Zozula J, Rudnicka L. Palmoplantar Pustulosis: Recent Advances in Etiopathogenesis and Emerging Treatments. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21:355-370.
- Smith MP, Ly K, Thibodeaux Q, et al. Acrodermatitis continua of Hallopeau: clinical perspectives. *Psoriasis (Auckl).* 2019;9:65-72.
- Yorulmaz A, Yalcin B. A Painful Periungual Red Spot in a Patient with Onychodystrophy. *Skin Appendage Disord.* 2017;3:67-69.
- Iraji F, Abtahi-Naeini B, Heydari H, et al. Pustular Bacterid: Look at the Throat for Prevention over Treatment. *Int J Prev Med.* 2015;6:51.
- Chudomirova K, Abadjieva Ts, Yankova R. Clinical tetrad of arthritis, urethritis, conjunctivitis, and mucocutaneous lesions (HLA-B27-associated spondyloarthropathy, Reiter syndrome): report of a case. *Dermatol Online J.* 2008;14:4.
- Ghosh S. Neonatal pustular dermatosis: an overview. *Indian J Dermatol.* 2015;60:211.
- Good LM, Good TJ, High WA. Infantile acropustulosis in internationally adopted children. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:763-771.
- Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. *BMJ.* 2005;331:619-22.
- Şimşek E, Keskin A, Dağcıoğlu BF. Sık Rastlanan ve Sık Atlanan Hastalık Uyuz: Olgu Sunumu. *Ankara Med J.* 2019;1:205-9.
- Usatine RP. The palms and soles. *West J Med.* 2000;173:160-1.
- Nuño-González A, Gómez de la Fuente E, Vicente-Martín FJ, et al. Psoriasis hiperqueratósica palmoplantar con excelente respuesta a ustekinumab [Good response of hyperkeratotic palmoplantar psoriasis to ustekinumab]. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:169-70.
- Ross NA, Chung HJ, Li Q, et al. Epidemiologic, Clinicopathologic, Diagnostic, and Management Challenges of Pityriasis Rubra Pilaris: A Case Series of 100 Patients. *JAMA Dermatol.* 2016;152:670-5.
- Yumeen S, Mirza FN, Lewis JM, et al. CD8+ mycosis fungoides palmaris et plantaris with peripheral blood involvement. *JAAD Case Rep.* 2020;6:434-437.
- Kumar HS, Naveen S, Shankar K. Juvenile plantar dermatosis: A barrier disease beyond eczema: An open prospective uncontrolled study in a tertiary care hospital of South India. *Ind J Ped Dermatol.* 2016;17:13-17.
- Chang YY, van der Velden J, van der Wier G, et al. Keratolysis exfoliativa (dyshidrosis lamellosa sicca): a distinct peeling entity. *Br J Dermatol.* 2012;167:1076-84.
- Schiller S, Seebode C, Hennies HC, et al. Palmoplantar keratoderma (PPK): acquired and genetic causes of a not so rare disease. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014;12:781-8.
- Oji, V., Metze, D., Traupe, H (2016). Inherited Disorders of Cornification. Christopher, G., (Ed). *Rook's textbook of Dermatology* (9th ed., pp. 65.42-66). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Yorulmaz A, Kılıncı FY, Emre S, et al. Primer Çomak Parmağın Eşlik Ettiği Bir Herediter Palmoplantar Keratoderma Olgusu. *Türk J Dermatol.* 2010; 4:71-4.

# 51 • BÖLÜM

## AKRAL BÖLGE VE EKSTREMİTE DİSTALİNDE DÖKÜNTÜSÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Esra AĞAOĞLU<sup>1</sup>  
Hilal KAYA ERDOĞAN<sup>2</sup>*

### GİRİŞ

Akral bölgeler insan vücudunun periferal kısımlarını, yani ekstremitelerin distallerini, burun ve kulakları ifade etmektedir. Pernio, el-ayak-ağız hastalığı ve el dorsalinin nötrofilik dermatozu gibi bazı dermatozlar akrall bölgelere spesifiktir; ancak psoriasis, verruka vulgaris gibi pek çok dermatozda akrall bölge tutulumu da görülebilmektedir (1-3). Bu bölümde akrall bölge ve ekstremitte distalini tutan dermatozlar üzerinde durulacak, burun ve kulakta sık görülen lezyonlara değinilecektir.

### EKZEMALAR

El, ayak, burun ucu ve kulak gibi akrall bölgeler kontakt dermatitlerin en sık tutulum bölgelerindedir. Akrall kontakt dermatitler başlıca iritan kontakt dermatitler (İKD) ve alerjik kontakt dermatitler (AKD) olarak ikiye ayrılır. AKD'de basıncın olan semptom kaşıntı iken, İKD'de kaşıntıya

yanma ve ağrı eşlik eder. AKD'de akut ve kronik lezyonlarda eritemli vezikül ve büller allerjenle temas eden bölge dışına yayılabilir. İKD'de ise akut dönemde madde ile temasın olduğu bölgede keskin sınırlı vezikül ve bül oluşumu, kronik olgularda ise eritemli, skuamlı, fissürlü kuru lezyonlar tipiktir (4, 5).

Akut ve kronik akrall dermatitlerin tanısında deri yama testi yapılmalı, gecikmiş hipersensitiviteye neden olan şüpheli allerjen bulunmalıdır. Akrall dermatitlerde prick testin kullanımı ise kısıtlıdır. Prick testi lateks veya diğer protein allerjenlerle oluşan İmmünglobulin (Ig)-E bağımlı kontakt ürtikerli hastalarda düşünülmelidir (4, 6).

### El Ekzeması

Ekzemaların en sık nedeni olan İKD'de eller en önemli tutulum bölgesidir (6) (**Resim 1**). **Tablo 1**'de el ekzemasının sınıflaması, risk faktörleri ve ayırıcı tanısı gösterilmektedir.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Kars Harakani Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, esraagaoglu@yahoo.com

<sup>2</sup> Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., hilalkayaerdogan@yahoo.com



**Şekil 2.** Burunda deri lezyonu yakınması ile başvuran bir olguda bazı dermatolojik hastalıklara ait ipuçları (37) (devamı)

## COVID-19 ENFEKSİYONU İLE İLİŞKİLİ AKRAL KUTANÖZ BULGULAR

Günümüzde devam etmekte olan COVID-19 pandemisinde akral bölgede ve ekstremitelerde çeşitli kutanöz lezyonlar oluşabilmektedir. Ağır hastalarda artmış D-dimer, fibrinojen düzeyleri ve protrombin zamanında uzama hiperkoagülasyon ve dissemine intravasküler koagülasyon tablosuna neden olmaktadır. Bu hastalarda el ve ayak parmak uçlarında siyanoz, büller ve gangrenöz lezyonlar ile akral iskemik lezyonlar görülebilmektedir. Daha hafif olgularda, özellikle genç hastalarda ise el ve ayak parmak uçlarında pernio benzeri eritemli ve ödemli akral lezyonlar bildirilmiştir. Ayrıca, COVID-19 tanılı hastalarda alt ekstremitelerde livedo retikularis ile uyumlu lezyonlar, akral yerleşimli peteşiyel-purpurik lezyonlar görülebilmektedir. Çocuk hastalarda COVID-19 enfeksiyonu sırasında akral bölgelerde ve distal ekstremitelerde eritema multiforme benzeri lezyonlar da bildirilmiştir (38).

## SONUÇ

Akral bölgeler ve ekstremitelerde yerleşen çok fazla sayıda enfeksiyöz ve inflamatuvar hastalık bulunmaktadır. Bu bölgede yerleşen hastalıklar içinde ayırıcı tanı yapılırken; bu bölgede tutulum yapabilen enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz pek çok hastalık dışında bu bölgeye spesifik hastalıklar ve ilaçların sorgulanması unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kazandjieva J, Antonov D, Kamarashev J, et al. Acrally distributed dermatoses: Vascular dermatoses (purpura and vasculitis). Clin Dermatol. 2017;35:68-80.
2. Caccavale S, Ruocco E. Acral manifestations of systemic diseases: Drug-induced and infectious diseases. Clin Dermatol. 2017;35:55-63.
3. Agner T, Elsner P. Hand eczema: epidemiology, prognosis and prevention. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34 Suppl 1:4-12.
4. Bangash HK, Petronic-Rosic V. Acral manifestations of contact dermatitis. Clin Dermatol. 2017;35:9-18.
5. Bains SN, Nash P, Fonacier L. Irritant Contact Dermatitis. Clin Rev Allerg Immunol. 2019;56:99-109.
6. Salvador JFS, Mendaza FH, Garces MH, et al. Guidelines for the diagnosis, treatment, and prevention of hand eczema. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2020;111:26-40.

7. Brans R, Hübner A, Gediga G, et al. Prevalence of foot eczema and associated occupational and non-occupational factors in patients with hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2015;73:100-7.
8. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*. 2020;323:1945-60.
9. Waller JM, Wu JJ, Murase JE, et al. Chronically painful right thumb with pustules and onycholysis. Diagnosis: acrodermatitis continua of Hallopeau. *Clin Exp Dermatol*. 2007;32:619-20.
10. Tziotziou C, Lee JYW, Brier T, et al. Lichen planus and lichenoid dermatoses: Clinical overview and molecular basis. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79:789-804.
11. Nelson CA, Stephen S, Ashchyan HJ, et al. Neutrophilic dermatoses: Pathogenesis, Sweet syndrome, neutrophilic eccrine hidradenitis, and Behçet disease. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79:987-1006.
12. Ashchyan HJ, Nelson CA, Stephen S, et al. Neutrophilic dermatoses: Pyoderma gangrenosum and other bowel- and arthritis-associated neutrophilic dermatoses. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79:1009-22.
13. Wetter, D.A., Dutz, J.P., Shinkai, K., et al (2018). *Cutaneous Vasculitis*. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Cerroni, L., (Eds). *Dermatology* (4th ed., pp. 409-36). Philadelphia: Elsevier.
14. Sunderkötter C. Skin manifestations of different forms of vasculitis. *Z Rheumatol*. 2013;72:436-44.
15. Morgan AJ, Schwartz RA. Cutaneous polyarteritis nodosa: a comprehensive review. *Int J Dermatol*. 2010;49:750-6.
16. Vasudevan B, Neema S, Verma R. Livedoid vasculopathy: A review of pathogenesis and principles of management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2016;82:478-88.
17. Gül Ü. Acral manifestations of paraneoplastic and collagen vascular diseases. *Clin Dermatol*. 2017;35:50-54.
18. Pauling JD, Hughes M, Pope JE. Raynaud's phenomenon-an update on diagnosis, classification and management. *Clin Rheumatol*. 2019;38:3317-30.
19. Lause M, Kamboj A, Faith EF. Dermatologic manifestations of endocrine disorders. *Transl Pediatr*. 2017;6:300-12.
20. Schwarzenberger, K., Callen, J.P. (2018). *Dermatologic Manifestations in Patients with Systemic Disease*. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Cerroni, L., (Eds). *Dermatology* (4th ed., pp. 821-827). Philadelphia: Elsevier.
21. da Silva JA, Mesquita Kde C, Igreja AC, et al: Paraneoplastic cutaneous manifestations: concepts and updates. *An Bras Dermatol* 2013;88:9-22.
22. Whitman, PA, Crane, JS. *Pernio (Chilblains)*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2019.
23. Das S, Maiti A. Acrocyanosis: an overview. *Indian J Dermatol*. 2013;58:417-20.
24. Traves KP, Love G, Studdiford JS. Erythema Multiforme: Recognition and Management. *Am Fam Physician*. 2019;100:82-8.
25. Gül Ü. Derinin sık görülen bakteriyel enfeksiyonları. *Ankara Med J*. 2016;16:98-114.
26. Türsen Ü. Akral dermatozlarda ayırıcı tanı. *Dermatoz*. 2017;8.
27. Kutlubay Z, Yardımcı G, Kantarcıoğlu S, et al. Acral manifestations of fungal infections. *Clin Dermatol*. 2017;35:28-39.
28. Rodríguez-Sanz D, Tovaruela-Carrión N, López-López D, et al. Foot disorders in the elderly: A mini review. *Dis Mon*. 2018;64:64-91.
29. Alessandrini A, Bruni F, Starace M, et al. Periungual Pyogenic Granuloma: The Importance of the Medical History. *Skin Appendage Disord*. 2015;1:175-8.
30. Radu O, Pantanowitz L. Kaposi sarcoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2013;137:289-94.
31. Neubert T, Lehmann P. Bowen's disease-a review of newer treatment options. *Ther Clin Risk Manag*. 2008;4:1085-95.
32. Que SKT, Zwald FO, Schmults CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: Incidence, risk factors, diagnosis, and staging. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78:237-47.
33. Goydos JS, Shoen SL. Acral lentiginous melanoma. *Cancer Treat Res*. 2016;167:321-9.
34. Hafner, A., Sprecher, E. *Ulcers*. Bologna, J.L., Schaffer, J.V., Cerroni, L., (Eds). *Dermatology* (4th ed., pp. 1828-1843). Philadelphia: Elsevier.
35. Mekkes JR, Loots MA, Van Der Wal AC, et al. Causes, investigation and treatment of leg ulceration. *Br J Dermatol*. 2003;148:388-401.
36. Sand M, Sand D, Brors D, et al. Cutaneous lesions of the external ear. *Head Face Med*. 2008;4:2.
37. Sand M, Sand D, Thrandorf C, et al. Cutaneous lesions of the nose. *Head Face Med*. 2010;6:7.
38. Wollina U, Karadağ AS, Rowland-Payne C, et al. Cutaneous signs in COVID-19 patients: A review. *Dermatol Ther*. 2020;33:5.

# 52. BÖLÜM

## TIRNAKTA RENK DEĞİŞİKLİĞİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Nida KAÇAR<sup>1</sup>*

*Özge Sevil KARSTARLI BAKAY<sup>2</sup>*

### GİRİŞ

Tırnakta renk değişiklikleri (kromonişi); tırnak plağı, matriks ve tırnak yatağındaki değişikliklerden kaynaklanabilir. Tırnağın lokal enfeksiyonlarına, sistemik hastalıklara, ilaçlara, deri hastalıklarına, tırnak tümörlerine sekonder olabileceği gibi ekzojen kaynaklı da olabilir (1).

Tırnakta renk değişikliği ile başvuran her hastanın öyküsü ayrıntılı olarak alınmalıdır. Şikayetin ne zaman başladığı, zaman içerisindeki değişimi, eşlik eden semptom veya sistemik hastalık varlığı sorgulanmalıdır. Bunların yanı sıra tırnakta renk değişikliği yapabilecek ilaç kullanımı, travma ve fiziksel aktivite öyküsü de araştırılmalıdır.

Fizik muayene iyi aydınlatılmış ortamda, tüm tırnaklar periungual alanla birlikte değerlendirilecek şekilde yapılmalıdır. Peutz-Jeghers ve Laugier Hunziker sendromu, bazı ilaçlar ve endokrin patolojilerin neden olduğu renk değişiklikleri tırnakla birlikte mukozada da gözlenebileceğinden oral ve

genital mukoza muayenesi de unutulmamalıdır.

Dermatoloji pratiğinde önemi giderek daha da anlaşılan onikoskopi (tırnak dermoskopisi) her hastaya uygulanmalı ve gereksiz invaziv işlemlerin önüne geçilmelidir. Onikoskopide tırnakta renk değişikliğine neden olabilecek malign ve benign tümörler, fungal veya bakteriyel enfeksiyonlar, subungual hematoma ve daha birçok patolojiye dair ipuçları elde edilebilmektedir (2,3).

Öykü, fizik muayene ve dermoskopik inceleme ile tanı konulamamış ise ön tanımlar doğrultusunda; fungal enfeksiyonlar için potasyum hidroksit incelemesi ve/veya mantar kültürü, aşağıda ayrıntılı olarak bahsedilen sistemik hastalıklar şüphesi varlığında gerekli laboratuvar testleri, ekzojen pigmentasyon açısından tırnak yüzeyi küretajı gibi diğer testlerden yararlanılabilir (4).

Tanının hala konulamadığı durumlarda veya malignite şüphesi söz konusu ise biyopsi alınarak histopatolojik inceleme düşünülmelidir.

<sup>1</sup> Prof. Dr., Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., n\_gelincik@yahoo.com

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., ozgekarstarli@hotmail.com

**Tablo 2.** Melanom tanısında ABCDEF kuralı

A (age, Afro-Americans)	50-70 yaş, Afro- Amerikanlar
B (nail band)	Siyah -kahverenkli, 3 mm'den geniş bant ve düzensiz sınır
C (change)	Bandın çapında veya şeklinde değişim
D (digit)	Dominant elde başparmak
E (extension)	Hutchinson işareti (pigmentasyonun lateral veya proksimal tırnak kıvrımlarına yayılması)
F (family)	Ailede veya kişide melanom veya displastik nevüs sendromu öyküsü

**Tablo 3.** İntraoperatif dermoskopi bulguları

Patern	Etyoloji
Gri düzenli çizgiler	Melanosit aktivasyonu
Kahverengi düzenli çizgiler	Lentigo
Kahverengi düzenli çizgiler globüller ve lekeler	Melanositik Nevüs
Düzensiz patern	Melanom

## SONUÇ

Tırnak ünitesi çok sayıda sistemik ve lokal hastalık hakkında tek başına dahi yol gösterici olabilmektedir. Tırnak muayenesi her zaman rutin deri muayenesinin bir parçası olmalı ve tırnakta renk değişiklikleri iyi bir anamnez ve muayene yardımıyla araştırılmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Silverman, R. &Rubin,A.I. (2015).Nail Disorders.In L.F.Eichenfield, &Frieden,I.J.(Eds)Neonatal and Infant Dermatology( 3rd Ed.,pp.527-535) China : Elsevier
- Karaarslan I. Tırnakta Diskolorasyon ve Onkoskopi. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics. 2016;9(3):49-56
- Alessandrini A, Starace M, Piraccini BM. Dermoscopy in the Evaluation of Nail Disorders. Skin Appendage Disorders 2017; 3:70-82
- Jin H, Kim J.M, Kim G.W, et al. Diagnostic criteria for and clinical review of melanonychia in Korean patients. J Am Acad Dermatol. 2016; 74:1121-1127
- Yalçın T, Karakuş Ö. Leukonychia. J Turk Acad Dermatol 2009; 3 (1): 93101
- Haneke E,Baran R,Dawber R.(2003). Nail colour changes (chromonychia) In Baran R, Dawber R, Haneke E, et al (Eds). A text Atlas of nail disorders. (3rd Ed., pp.175-197) London: Martin Dunitz.
- Lencastre A, Lamas A, Sá D et al. Onychoscopy. Clinics in Dermatology 2013; 31:587-593
- Ekmekçi TR, Köşlü A. Lökonişi totalis. Türkderm 2004;38: 146-147
- Pakornphadungsit K, Suchonwanit P, Sriphojanart T, et al. Hereditary Leukonychia Totalis: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Dermatol. 2018; 10(1): 82-88. Doi: 10.1159/000488522
- Claudel CD, Zic JA, Boyd AS. Idiopathic leukonychia totalis and partialis in a 12-year-old patient. J Am Acad Dermatol 2001; 44:379-380. Doi: 10.1067/mjd.2001.111899



11. Baran R, Dawber RP (2001). Physical science. In: Baran R, Dawber RP, Hanche E, (Eds). Diseases of the nail and its management. (pp. 85-103) London: Blackwell Science
12. Mendiratta V, Jain A. Nail dyschromias. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2011; 77: 652-658.
13. Kumar R, Zawar V. Longitudinal leukonychia in Haily-Hailey Disease: a sign not to be missed. *Dermatology Online Journal* 2008;14 (3): 17.
14. Cohen PR. Longitudinal erythronychia: individual or multiple linear red bands of the nail plate—a review of clinical features and associated conditions. *Am J Clin Dermatol* 2011; 12 (4): 217-231.
15. Chang C, Beutler BD, Cohen PR. Polydactylous Transverse Erythronychia: Report of a Patient with Multiple Horizontal Red Bands Affecting the Fingernails. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2017; 7:255–262.
16. Jellinek NJ, Longitudinal erythronychia: Suggestions for evaluation and management. *J Am Acad Dermatol* 2011;64(1):167.
17. Han X,F, Liang Y, Ma L. A novel cause of localized longitudinal erythronychia: infantile haemangioma of the nail unit. *Clinical and Experimental Dermatology.*2021. Doi: 10.1111/ced.14654
18. Almohssen A.A, Schwartz R.A. Rubronychia: a rose by any other name. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2018; 33:103-104. Doi: 10.1111/jdv.15265
19. Vignes S, Baran R. Yellow nail syndrome: a review. *Orphanet Journal of Rare Diseases.*2017; 12:42.
20. Goodman GJ, Nicolopoulos J, Howard A. Diseases of the generative nail apparatus. Part II: Nail bed. *Australas J Dermatol* 2002; 43:157-68.
21. Singal A, Bisherwa K. Melanonychia: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Indian Dermatol Online J.* 2020; 11(1): 1–11.
22. Haneke E, Baran R. Longitudinal melanonychia. *Dermatol Surg* 2001; 27:580-4
23. Braun RP, Baran R, Le Gal FA, et al. Diagnosis and management of nail pigmentations. *J Am Acad Dermatol.*2007;56:835-47
24. Piraccini BM, Dika E, Fanti PA. Tips for Diagnosis and Treatment of Nail Pigmentation with Practical Algorithm. *Dermatol Clin.* 2015; 33(2):185-95
25. Alessandrini A, Dika E, Starace M, et al. Diagnosis of Melanonychia. *Dermatol Clin.* 2021; 255–267 .Doi.org/10.1016/j.det.2014.12.002
26. Perrin C, Michiels JF, Pisani A, et al. Anatomic distribution of melanocytes in normal nail unit: An immunohistochemical investigation. *Am J Dermatopathol* 1997; 19:462467.
27. Baran B, Kechijian P. Longitudinal melanonychia (melanonychia striata): diagnosis and management. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21:1165–1175.
28. Andre J, Lateur N. Pigmented nail disorders. *Dermatol Clin.* 2006; 24:32939.
29. Hussain F, Gnanappiragasam D and Shafrali F. Chemotherapy-related striate melanonychia: a case report. *J Med Case Reports.* 2021; 15:27. Doi.org/10.1186/s13256-020-02612-5
30. Jefferson J, Rich P. Melanonychia. *Dermatol Res Pract.* 2012; 952186. Doi: 10.1155/2012/952186
31. Monteagudo B, Suárez O, Rodriguez I, et al. Longitudinal melanonychia in pregnancy. *Actas Dermosifiliogr.* 2005; 96:550
32. Tosti A, Piraccini BM, Farias DC. Dealing with melanonychia. *Semin Cutan Med Surg.* 2009; 28:4954
33. Kaçar N, Yildiz C, Demirkan N. Dermoscopic features of conjunctival, mucosal, and nail pigmentations in a case of Laugier-Hunziker syndrome. *Dermatol Pract Concept.* 2016;6(1):7
34. Seshadri D, De D. Nails in nutritional deficiencies. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012; 78:23741.
35. Bonifazi E. Longitudinal melanonychia in childhood. *Eur.J. Pediat. Dermatol.* 2017;27: 215-23
36. Sobjanek M, Sławińska M, Romaszkievicz A. Childhood longitudinal melanonychia: case series from Poland. *Adv Dermatol Allergol* 2020;37(2):195-201.
37. S. Sahin S, Aydingoz I.E, Ersoy Evans S, et al Zigzag longitudinal melanonychia: a peculiar dermoscopic pattern. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34(8):1855-1858. Doi: 10.1111/jdv.16517
38. Singal A, Pandhi D, Gogoi P, et al. Subungual melanoma is not so rare: Report of four cases from India. *Indian Dermatol Online J.* 2017;8:471474.
39. Haenssle HA, Blum A, Hofmann-Wellenhof R, et al. When all you have is a dermatoscope: start looking at the nails. *Dermatol Pract Concept.* 2014;4(4): 11–20.
40. Thomas L, Dalle S. Dermoscopy provides useful information for the management of melanonychia striata. *Dermatol Ther.*2007;20(1):3–10
41. Ríos-Vinuela E, Nájera-Botello N, Requena L et al. Subungual Melanocytic Lesions: Key Clinical and Pathologic Concepts and Biopsy Techniques. *Actas Dermosifiliogr.* 2021. Doi.org/10.1016/j.ad.2020.12.004

# 53. BÖLÜM

## ONİKOLİZİ VE SUBUNGUAL HİPERKERATOZU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Sezgi SARIKAYA SOLAK<sup>1</sup>

### ONİKOLİZİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Onikoliz; tırnak plağının, tırnak yatağından distalde ve/veya lateralde ayrışmasıdır (**Resim 1**). Ayrışma, sıklıkla tırnak plağının distal serbest ucunda başlar ve proksimale doğru ilerler. Tırnak plağı ve yatağının arasında oluşan boşluğa giren hava, beyazımsı-grimsi bir renge sebep olur. Bununla birlikte etyolojiye bağlı olarak sarı, kahverengi gibi farklı renklerde de görülebilir. Onikoliz sıklıkla asemptomatiktir. Onikoliz sonucu tırnak plağının altında oluşan boşluk, bakteri ya da mantar enfeksiyonları için zemin oluşturur (1, 2).

Onikoliz; lokal faktörler, enfeksiyonlar, tümörler, dermatolojik hastalıklar, sistemik hastalıklar ve ilaçlar gibi birçok sebebe bağlı ortaya çıkabilir veya idiyopatik olabilir (**Tablo 1**)(1-4). Bu bölümde, onikoliz sebepleri ve onikolizli hastaya yaklaşım (**Şekil 1**) anlatılacaktır.



**Resim 1.** Onikoliz

<sup>1</sup> Doç. Dr., Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., sezgisarikaya@gmail.com

Akrokeratozis  
Paraneoplastik  
(Bazex  
Sendromu)

- Paraneoplastik hastalık
- Sıklıkla orofarinks, larinks ve akciğer kanseri ile birliktelik
- Burun, kulaklar, eller, ayaklar ve periungual bölge gibi akral bölgelerde eritemli, psoriasiform, hiperkeratotoik, simetrik dağılımlı plaklar
- Başlangıçta ince, kırılgan ve opak tırnaklar, zamanla distrofik tırnak gelişimi
- Eşlik eden malignitenin tedavisi ile deri lezyonlarında gerileme

**Şekil 2.** Subungual hiperkeratozu olan hastada tanı için ipuçları (devamı)

## SONUÇ

Onikoliz ve subungual hiperkeratoz; travmaya bağlı olabileceği gibi enfeksiyonlar, tümörler, inflamatuvar dermatolojik hastalıklar, sistemik hastalıklar ve ilaçlara bağlı olarak oluşabilir. Onikolizi ve subungual hiperkeratozu olan hastaya yaklaşımda detaylı anamnez, laboratuvar bulguları ve şüphe halinde tırnak biyopsisi bizi tanıya götürecektir.

## KAYNAKLAR

1. Baran R, de Berker DA, Holzberg M, Thomas L. Baran and Dawber's diseases of the nails and their management. Fourth ed: John Wiley & Sons; 2012.
2. Perera E, Sinclair R. Diagnosis using the nail bed and hyponychium. *Dermatol Clin.* 2015;33(2):257-63.
3. Tosti A, Piraccini BM. Nail disorders. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. *Dermatology*. 4th Edition ed. China: Elsevier; 2018. p. 1203-19.
4. Baran R, Haneke E. *The Nail in Differential Diagnosis*. FL, USA: Taylor & Francis Group; 2006.
5. Zaiac MN, Walker A. Nail abnormalities associated with systemic pathologies. *Clin Dermatol.* 2013;31(5):627-49.
6. Zaias N, Escovar SX, Zaiac MN. Finger and toenail onycholysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(5):848-53.
7. Starace M, Alessandrini A, Piraccini BM. Dermoscopy of the nail unit. *Dermatol Clin.* 2021;39(2):293-304.
8. Rigopoulos D, Papanagiotou V, Daniel III R, Piraccini BM. Onychomycosis in patients with nail psoriasis: a point to point discussion. *Mycoses.* 2017;60(1):6-10.
9. Park JH, Lee DY, Kim N. Nail neoplasms. *J Dermatol.* 2017;44(3):279-87.
10. Iorizzo M. Tips to treat the 5 most common nail disorders: brittle nails, onycholysis, paronychia, psoriasis, onychomycosis. *Dermatol Clin.* 2015;33(2):175-83.
11. Daniel CR, 3rd, Tosti A, Iorizzo M, Piraccini BM. The disappearing nail bed: a possible outcome of onycholysis. *Cutis.* 2005;76(5):325-7.

# 54. BÖLÜM

## BEBEK VE DERİ

Özlem SU KÜÇÜK<sup>1</sup>  
Nazan TAŞLIDERE<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Doğumla birlikte yenidoğanın amniyotik sıvının sulu ortamından ekstrauterin kuru, mikrobik açıdan zengin dış ortama geçiş yapmasıyla derinin maturasyonu başlar. Yenidoğan derisinin doğum anından itibaren mekanik koruma, enfeksiyona, dehidratasyona karşı koruma ve ısı kaybını önleme gibi önemli fonksiyonları vardır. Deri dokunma ve sıcaklık hislerini ilettiği için anne bebek arasındaki bağın kurulmasında da önemli bir organdır (1).

Yenidoğan derisinde bu değişime adaptasyon sırasında görülen bazı fizyolojik ve tedavi gerektirmeyen, kendiliğinden iyileşen lezyonlar vardır. Bu lezyonları tanımak, yanlış teşhis, gereksiz tetkik ve tedavilerden hastayı korumak önemlidir.

### YENİDOĞANIN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Doğumdan sonraki ilk günlerde yenidoğanda görülen vazomotor gelişimin tam olmamasına bağlı renk

değişiklikleri, çevreye uyum sağlama çabası nedeniyle oluşan steril vezikül ve vezikopüstüler döküntüler sistemik bakteriyel hastalıklarla karışabileceği için dikkatli sistemik muayene ve izlem gerekir (1).

**Verniks Kazeoza:** Verniks intrauterin yaşamın ikinci trimestrin sonlarında üretilmeye başlayan, %80'i su olmak üzere lipit ve proteinler içeren gri-beyazımsı renkte koruyucu ince film tabakadır. Sebace bez sekresyonu, deskuame epitel, su ve atılmış lanugo kıllarından oluşmuştur. Fetüsün bazen tüm vücudunda bazen sadece kıvrım bölgelerinde bulunabilir. Verniks, termoregülasyonun sağlanması, enfeksiyonlara bariyer oluşturması, transepidermal sıvı kayıplarının önlenmesi ve yara iyileşmesinde oldukça önemlidir. Bu yüzden yenidoğan banyosu mümkün olduğunca geç yapılmalıdır. Doğumdan sonra birkaç saatte pullanıp, 3-5 günde kuruyacaktır (2).

**Eritema neonatarum:** Doğumdan birkaç saat sonra tüm vücutta yaygın eritem gelişip 24-48 saat

<sup>1</sup> Prof. Dr., Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., ozlemsukucuk2@yahoo.com.tr

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., nazanst@hotmail.com

gergin, annüler 0.5-5 cm çapında papül ve plaklar ile karakterizedir. Hastada ateş ve lökositöz döküntüye eşlik eder. Tanı biyopsi ile doğrulanmalıdır. Tedavide oral veya topikal steroidler kullanılır (7).

**Kawasaki Hastalığı:** Döküntü diffüz morbiliform şekildedir ama ürtikeryal, skarlatiniform, hedef tarzı veya püstüler özellikte olabilir (7,10).

**Eritema Multiforme:** Deri ve müköz membranları tutan bir hastalıktır. Tipik olarak 1-3 cm çaplı eritemli, ödemli, ortası soluk veya veziküler çevresi belirgin eritemli annüler (*hedef tarzı*) papül ve plaklar ile seyredir. Ekstremitelerin ekstensör yüzü ve akral bölgelerde simetrik olarak dağılırlar. Tanı biyopsi ile konur. Tedavide topikal steroidler kullanılır (7,12).

## SONUÇ

Bebek derisinde doğumdan sonra gerek fizyolojik gerek patolojik birçok değişiklik görülebilir. Görülen değişiklikler bazen sistemik bir hastalığın habercisi olabilir. Bu nedenle deri muayenesi dikkatle yapılmalı ve gereksiz tetkiklerden kaçınmak için bebeklik dönemindeki fizyolojik değişiklikler iyi tanınmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Ukşal, Ü. Neonatal Dermatosis. TURKDERM-Turkish Archives of Dermatology and Venereology, 45(Supp: 2), 68-72.
2. Türsen Ü. (2014). Dermatolojide ipuçları. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
3. Afsar, F. S. (2010). Physiological skin conditions of pre-term and term neonates. Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology, 35(4), 346-350.
4. Reginatto FP, Villa DD and Cestari TF. Benign skin disease with pustules in the newborn. Anais brasileiros de dermatologia 91 (2016): 124-134.
5. Ghosh S. Neonatal Pustular Dermatoses: An Overview. Indian J Dermatol. 2015 Mar-Apr; 60(2): 211.
6. Ayhan M, Sancak B, Karaduman A et al. Colonization of neonate skin by Malassezia species: relationship with neonatal cephalic pustulosis. J Am Acad Dermatol. 2007;57:1012-8.
7. Schachner L, Hansen R. (2011). Pediatric Dermatology. 4th Edition. USA. Elsevier.
8. O'Connor NR, McLaughlin MR, Ham P. Newborn skin: Part I. Common rashes. Am Fam Physician. 2008;77:47-52.
9. Buckley DA, Munn SE, Higgins EM. Neonatal eosinophilic pustular folliculitis. Clin Exp Dermatol. 2001;26:251-5.
10. Eichenfield L, Frieden I, Mathes E, Zaenglein A. (2014). Neonatal and Infant Dermatology. 3rd Edition. USA. Elsevier.
11. Leung AKC, Leong KF, Lam JM. A Case of Congenital Syphilis Presenting with Unusual Skin Eruptions. Case Rep Pediatr. 2018 Mar 25;2018:1761454.
12. Irvine AD, Hoeger PH, Yan AC. (2011). Harper's Textbook of Pediatric Dermatology, 3rd Edition. UK. Wiley-Blackwell.
13. Smith CK & Arvin AM. Varicella in the fetus and newborn. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. WB Saunders, 2009. p. 209-217.
14. Barrios K, Patino O, Munoz N et al. Histiocytosis congenita de células de Langerhans. Biomedica. 2020 Jun; 40(3): 464-471.
15. Kone-Paut I, Gorchakoff-Molinas A, Weschler B, et al. Paediatric Behçet's disease in France. Ann Rheum Dis 2002;61(7):655-6.
16. Brazel M, Desai A, Are A et al. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome and Bullous Impetigo. Medicina (Kauas). 2021 Oct 24;57(11):1157.
17. Rice AS, Crane JS. Epidermolytic Hyperkeratosis (Bullous Ichthyosiform Erythroderma). Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2020.
18. Ingersoll Z, Garza-Chapa JI, Pham R et al. Recurrent Granuloma Gluteale Infantum Secondary to Fecal Overflow Incontinence. Case Rep Dermatol 2018, 10(2): 203-207.
19. Jongen J, Eberstein A, Pelekis HG et al. Perianal streptococcal dermatitis: an important differential diagnosis in pediatric patients. Diseases of the colon & rectum 51.5 (2008): 584-587.
20. Lucero R, & Horowitz D. Granular Parakeratosis. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2020. keratosis. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2020.

# 55. BÖLÜM

## ÇOCUK VE DERİ

A. Deniz AKKAYA<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Çocuklar erişkinlerden farklıdır. Çocukların fiziksel, metabolik ve psikolojik farklılıkları, çocuk hastaya yaklaşımda incelikler gerektirir (Tablo 1). Çocukluk çağında sık görülen deri hastalıkları erişkinlerden farklı olduğu gibi, etyopatogenezi ve klinik bulguları da erişkinlere göre farklılıklar gösterebilir. Çocuklar anamnez veremeyebileceği için ağrı ve kaşıntı gibi semptomları gözlemsel olarak değerlendirmek gerekebilir. Aile öyküsü, özellikle maternal anamnez, tanı için yardımcı olabilir (1).

Genel dermatolojide olduğu gibi, pediatrik dermatolojide de lezyonların morfoloji ve dağılımının uygun terminoloji ile tarifi tanı için çok değerlidir. Oral mukoza, saçlı deri, saç ve tırnaklar, anogenital ve palmoplantar bölgelerin de değerlendirildiği tüm vücut deri muayenesi tanı için gerekli ipuçlarını verebilir. Deri lezyonlarının sis-

temik bir hastalığın veya sendromik bir tablonun ilk bulgusu olabileceği akılda tutulmalıdır (2).

Çocuklarda farklı reaksiyon paternleri görülebilir ve daha kolay bül gelişebilir (insekt ısırıkları, mastositom). Bazı muayene bulgularının ayırıcı tanısı erişkinlere göre farklılıklar gösterebilir. Örneğin saçlı deride skuam varlığı, öncelikle tinea kapitis tanısının dışlanması gerektirir. Lezyonların ilk kez ortaya çıktığı zaman da ayırıcı tanı açısından değerlidir. Hayatın 2. ayından sonra başlayan egzematöz bir döküntü öncelikle atopik dermatit tanısını akla getirirken, ilk 2 ayda ortaya çıkan egzematöz lezyonlar infantil seboreik dermatit veya immun yetmezlik sendromları ve metabolik hastalıklar gibi daha ciddi durumları düşündürmelidir. Bazı deri hastalıklarının dağılım paterni de erişkinlere göre farklılık gösterebilir. Örneğin skabiyez bebek ve küçük çocuklarda saçlı deri ve yüz gibi bölgeleri etkileyebilirken, infantil psoriasis en sık bez bölgesini tutar. Hastalıkların

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstinye Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD., drdenizakkaya@yahoo.com

**Tablo 15.** İnflamatuvar deri hastalıklarında görülen tırnak bulguları

Tırnak tutulumu lokasyonu	Hastalık		
	Psoriasis	Liken planus	Alopesi areata
Tırnak matriksi	Pitting (büyük, derin ve düzensiz) Transvers veya longitudinal depresyonlar Lökoniş Tırnak plağı kalınlaşması, parçalan- ması	Onikoreksis Tırnak plağında incelleme, kolay ayrışma Pitting Trakeonişi Tırnak plağı atrofi Tırnak plağı atrofi dorsal pterijyum	Pitting (sığ, düzenli, izgara benzeri) Trakeonişi Longitudunal sırtlana Beau çizgileri Kırmızı benekli lunula
Tırnak yatağı	Onikoliz Subungual hiperkeratoz Splinter heoraji Somon lekeleri ("yağ damlası" işareti)	Eritroniş Hiperpigmentasyon Hiperkeratoz Onikoliz "Çadır" işareti	Onikoliz

## SONUÇ

Pediyatrik yaş grubunda görülen deri hastalıklarının sıklığı, etyopatogenezleri ve klinik bulguları erişkinlerden farklı olabilir. Tüm vücut deri muayenesi ve lezyonların morfoloji ve dağılımının uygun terminoloji ile tanımı için en önemli basamağı oluşturur. Çoğu deri hastalığı kronik seyirli olmasına karşın iyi prognoz gösterse de deri, saç ve tırnak değişiklikleri ve bulgularının sistemik bir hastalığın veya sendromik bir tablonun ilk bulgusu olabileceği akıldan tutulmalıdır. Definitif tanıya ulaşıldıktan sonra seçilen tedavinin kısa ve uzun dönem yan etkileri göz önünde bulundurulmalı ve mümkün olduğunca konservatif seçenekler tercih edilmelidir. Ancak bu sırada hastanın fiziksel ve psikolojik gelişimi ile yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek hastalıkların tedavisi de etkin olarak yapılmalıdır. Bu iki duruma örnek olarak çok-güçlü topikal kortikosteroidlerin kontrolsüz kullanımı sonucu adrenal yetmezlik gelişimi ve tedavisiz bırakılan bir tinea kapitis olgusunun skatrisyel alopesi ile eksik veya geç tedavi almış bir lineer skeloderma olgusunun kas ve kemik defektleri ile yaşamını sürdürmek zorunda kalabilmesi verilebilir. Definitif tedavi ve uygun tedavi seçiminin ardından, ailelerin hastalık ve tedavi konusunda detaylı olarak bilgilendirilmesi de tedaviye uyumu arttırarak tedavi başarısını arttıracaktır.

## KAYNAKLAR

1. Bayliss Mallory S. Principles of general diagnosis (2005). In Bayliss Mallory S, Bree A.F., Chern P (Eds.), *Illustrated Manual of Pediatric Dermatology* (1st ed., pp. 1-7). London, UK: Taylor & Francis.
2. Paller A, Mancini A. An overview of Dermatologic Diagnosis (2015). In Paller A, Mancini A (Eds.), *Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence* (5th ed., pp 1-9). China: Elsevier
3. Kristen E. Holland, Paula J. Acquired Rashes in the Older Child. Soung (2018). In Kliegman R.M., Lye P.S., Bordini B.J., Toth H., Basel D. (Eds.), *Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis. Elsevier* (1st ed., pp. 866-896). Philadelphia, PA: Elsevier.
4. Menter A, Cordoro KM, Davis DMR, Kroshinsky D, Paller AS et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:161-201.
5. Tilly JJ, Drolet BA, Esterly NB. Lichenoid eruptions in children. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:606-24.
6. Cordoro KM, Gupta D, Frieden IJ, McCalmont T, Kashani-Sabet M. Pediatric melanoma: results of a large cohort study and proposal for modified ABCD detection criteria for children. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68:913-25.
7. Xu L, Liu KX, Senna MM. A Practical Approach to the Diagnosis and Management of Hair Loss in Children and Adolescents. *Front Med (Lausanne).* 2017 24;4:112.
8. Chu DH, Rubin AI. Diagnosis and management of nail disorders in children. *Pediatr Clin North Am.* 2014;61:293-308.
9. Smith RJ, Rubin AI. Pediatric nail disorders: a review. *Curr Opin Pediatr.* 2020;32:506-515.

# 56. BÖLÜM

## ADÖLESAN DÖNEM VE DERİ

Tuğba Kevser UZUNÇAKMAK<sup>1</sup>  
Ayşe Serap KARADAĞ<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Adölesan dönem, insan yaşamında, kronolojik olarak 10-18 yaş arasını kapsayan, çocukluktan erişkinliğe geçişin sağlandığı, fiziksel olgunlaşma ve psikososyal gelişimin hızlandığı özel bir dönemdir. Bu dönemde adölesan bireyler biyolojik, psikososyal ve bilişsel açıdan olgunlaşma adına birçok evreden geçmektedir. Hızlı büyümenin yanı sıra birçok fizyolojik hormonal değişimin izlendiği bu dönemde derinin de hemen hemen bütün yapılarında yapısal ve fonksiyonel değişiklikler izlenmekte, bu fizyolojik değişiklikler bazı hastalıkların sıklığında artışa neden olabilmektedir (**Tablo 1**). Bu değişikliklerin büyük kısmı hipotalamus-hipofiz-gonadal aksın aktivasyonu sonucu Gonadotropin releasing hormon (GnRH) düzeylerinde ve androjen düzeylerindeki artış ile ilişkilidir. Klinik olarak özellikle sebase ve apokrin bezlerde fonksiyonel değişiklikler şeklinde görülür (**Tablo 2 ve 3**). Bu hormonal değişimler akne

vulgaris, hirsutizm, psoriasis, atopik dermatit, lupus eritematozus ve Fox-Fordyce hastalığı gibi birçok dermatolojik hastalığı tetikleyebilmektedir. Bu hastalıkların başarılı şekilde tedavi edilebilmesi için ergenliğe özgü fizyolojik deri değişikliklerinin bilinmesi önemlidir. Hastalar, bu değişikliklere yönelik, doğru deri bakımı, kozmetik kullanımı ve güneşe maruziyet gibi konularda uygun şekilde bilgilendirilmelidir.

Tablo 1. Adölesan dönemde deri ve deri eklerinde görülen fizyolojik değişiklikler

- Vellüs tipi kıllarda dökülme
- Cinsiyete özgü ikincil kıllanma paterni gelişimi
- Saçlarda kalınlaşma
- Sebase bezlerde fonksiyonel aktivite artışı
- Sebore
- Sebase hiperplazi
- Deri mikrobiyomu değişiklikleri
- Apokrin ter bezlerinde aktivite artışı

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Memorial Sağlık Grubu Şişli Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, drtugbakevserustunbas@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., İstanbul Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Memorial Ataşehir ve Şişli Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği



## SONUÇ

Adölesan dönem kendi başlıca hormonal ve fiziksel birçok fizyolojik değişimin görüldüğü bir dönemdir, bununla birlikte bazı ailesel ve genetik tablolarda çocukluk çağında var olan bazı klinik tablolar bu dönemde daha belirgin olabilmektedir. Adölesan dönemde gözlenen bu fizyolojik değişiklikler beden algısının daha ön planda olduğu bu dönemde daha büyük psikososyal problemlere neden olabilmektedir. Bu fizyolojik değişikliklerin bilinmesi, erken dönemde tanı ve tedavisinin sağlanması tedavi başarısının yanı sıra morbiditelerde de belirgin azalma sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

- Barth JH. Normal hair growth in children. *Pediatr Dermatol.* 1987;4:173-84.
- Shamloul G, Khachemoune A. An updated review of the sebaceous gland and its role in health and diseases Part 1: Embryology, evolution, structure, and function of sebaceous glands. *Dermatol Ther.* 2021; 34:e14695.
- Pochi PE, Strauss JS. Endocrinologic control of the development and activity of the human sebaceous gland. *J Invest Dermatol.* 1974;62:191-201.
- Wang Q, Liu JM, Zhang YZ. Premature sebaceous hyperplasia in an adolescent boy. *Pediatr Dermatol.* 2011; 28: 198-200.
- Luna PC. Skin Microbiome as Years Go By. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21:12-17.
- Emmanuel M, Bokor BR. Tanner Stages. 2020 Dec 18. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 29262142.
- Oh J, Conlan S, Polley EC, Segre JA, Kong HH. Shifts in human skin and nares microbiota of healthy children and adults. *Genome Med.* 2012;4:77.
- Kim SS, Rosenfield RL. Hyperhidrosis as the Only Manifestation of Hyperandrogenism in an Adolescent Girl. *Arch Dermatol.* 2000;136:430-1.
- Uzuncakmak TK, Karadağ AS, Akdeniz N. Acne and Systemic Diseases. *EMJ Dermatol.* 2015;3:73-8.
- Skroza N, Tolino E, Mambri A, Zuber S, Balduzzi V, Marchesiello A, Bernardini N, Proietti I, Potenza C. Adult Acne Versus Adolescent Acne: A Retrospective Study of 1,167 Patients. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2018;11:21-5.
- Takci Z. Sistemik antibiyotikler. *Turkderm - Turk Arch Dermatol Venereol* 2020;54:30-3.
- Karadağ AS. Sistemik izotretinoin. *Turkderm - Turk Arch Dermatol Venereol* 2020;54:34-40.
- Mazhar M, Simpson M, Marathe K. Inner thigh friction as a cause of acne mechanica. *Pediatr Dermatol.* 2019;36:546-7.
- Singh S, Mann BK, Tiwary NK. Acne cosmetica revisited: a case-control study shows a dose-dependent inverse association between overall cosmetic use and post-adolescent acne. *Dermatology.* 2013;226:337-41.
- Hafsi W, Badri T. Acne Conglobata. 2021 Jul 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. PMID: 29083736.
- Zito PM, Badri T. Acne Fulminans. 2021 Jul 30. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-PMID: 29083789.
- Falusi OO. Seborrhea. *Pediatr Rev.* 2019;40:93-5.
- Breunig Jde A, de Almeida HL Jr, Duquia RP, Souza PR, Staub HL. Scalp seborrheic dermatitis: prevalence and associated factors in male adolescents. *Int J Dermatol.* 2012;51:46-9.
- Uzuncakmak TK, Bayazit S, Askin O, Kutlubay Z. Demographic Features and Seasonal Variation in Adult and Pediatric Seborrheic Dermatitis: A Cross-Sectional, Single-Center, Hospital-Based Study. *South Clin Ist Eur.* 2021; 32: 121-4
- Barrionuevo P, Nabhan M, Altayar O, Wang Z, Erwin PJ, Asi N, Martin KA, Murad MH. Treatment Options for Hirsutism: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2018;103:1258-64.
- Vashi RA, Mancini AJ, Paller AS. Primary generalized and localized hypertrichosis in children. *Arch Dermatol.* 2001;137:877-84.
- Valejo Coelho MM, Carvalho R. Use of Eflornithine Hydrochloride Cream to Reduce Facial Hair Growth in Flapped Skin. *Dermatol Surg.* 2019;45:1717-8.
- Gonzalez ME, Cantatore-Francis J, Orlov SJ. Androgenic alopecia in the paediatric population: a retrospective review of 57 patients. *Br J Dermatol.* 2010;163:378-85.
- Rodrigues M, Antunes I, Magalhães S, et al. Androgenic alopecia: an entity to consider in adolescence. *Case Reports* 2017;2017:bcr-2017-220679.
- Olamiju B, Craiglow BG. Combination oral minoxidil and spironolactone for the treatment of androgenetic alopecia in adolescent girls. *J Am Acad Dermatol.* 2021;84:1689-91.
- Liy-Wong C, Kim M, Kirkorian AY, Eichenfield LF, Diaz LZ, Horev A, et al. Hidradenitis Suppurativa in the Pediatric Population: An International, Multicenter, Retrospective, Cross-sectional Study of 481 Pediatric Patients. *JAMA Dermatol.* 2021;157:385-91.
- Molina-Leyva A, Cuenca-Barrales C. Adolescent-Onset Hidradenitis Suppurativa: Prevalence, Risk Factors and Disease Features. *Dermatology.* 2019;235:45-50.

28. Choi E, Ting OX, Chandran NS. Hidradenitis Suppurativa in Pediatric Patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020; S0190-9622(20)32436-1.
29. Tiri H, Jokelainen J, Timonen M, Tasanen K, Huilaja L. Somatic and psychiatric comorbidities of hidradenitis suppurativa in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol.* 2018;79:514-9.
30. Zalaudek I, Grinschgl S, Argenziano G, et al. Age-related prevalence of dermoscopy patterns in acquired melanocytic naevi. *Br J Dermatol.* 2006;154:299-304.
31. Zalaudek I, Hofmann-Wellenhof R, Soyer HP, Ferrara G, Argenziano G. Naevogenesis: new thoughts based on dermoscopy. *Br J Dermatol.* 2006;154:793-4.
32. Zalaudek I, Schmid K, Marghoob AA, et al. Frequency of Dermoscopic Nevüs Subtypes by Age and Body Site A Cross-sectional Study. *Arch Dermatol.* 2011;147:663-70.
33. Siskind V, Darlington S, Green L, Green A. Evolution of melanocytic nevi on the faces and necks of adolescents: a 4 y longitudinal study. *J Invest Dermatol.* 2002;118:500-4.
34. Darlington S, Siskind V, Green L, Green A. Longitudinal study of melanocytic nevi in adolescents. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:715-22.
35. Oliveria SA, Scope A, Satagopan JM, Geller AC, Dusza SW, Weinstock MA, Berwick M, Bishop M, Marghoob AA, Halpern AC. Factors associated with nevüs volatility in early adolescence. *J Invest Dermatol.* 2014;134:2469-71.
36. Xu H, Wu X, Chung E, Fonseca M, Dusza SW, Scope A, Geller AC, Bishop M, Marghoob AA, Halpern AC, Marchetti MA. Temporal Changes in Size and Dermoscopic Patterns of New and Existing Nevi in Adolescents. *J Invest Dermatol.* 2019;139:1828-30.
37. Kaliyadan F, Ashique KT. Becker Melanosis. 2020 Sep 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 28613770.
38. Uzuncakmak TK, Akdeniz N, Karadag AS. Cutaneous manifestations of obesity and themetabolic syndrome. *Clin Dermatol.* 2018;36:81-8.
39. Blegvad C, Nybo Andersen AM, Groot J, Zachariae C, Barker J, Skov L. Clinical characteristics including cardiovascular and metabolic risk factors in adolescents with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020; 34:1516-1523.
40. Sas K, Reich A. High Body Mass Index is a Risk Factor for Acne Severity in Adolescents: A Preliminary Report. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2019;27:81-5.
41. Choi E, Ting OX, Chandran NS. Hidradenitis Suppurativa in Pediatric Patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020:S0190-9622(20)32436-1.
42. Lindsø Andersen P, Kromann C, Fonvig CE, Theut Riis P, Jemec GBE, et al. Hidradenitis suppurativa in a cohort of overweight and obese children and adolescents. *Int J Dermatol.* 2019 Sep 9.
43. Kridin K, Solomon A, Tzur-Bitan D, Damiani G, Comaneshter D, Cohen AD. Acne Keloidalis Nuchae and the Metabolic Syndrome: A Population-Based Study. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21:733-9.
44. Maguolo A, Maffei C. Acanthosis nigricans in childhood: A cutaneous marker that should not be underestimated, especially in obese children. *Acta Paediatr.* 2020;109:481-7.
45. Coerdts KM, Todd SP, DeKlotz CMC. Topical rapamycin for acanthosis nigricans in the Fitzpatrick IV/V adolescent population. *Pediatr Dermatol.* 2021;38:296-8.
46. Luebberding S, Krueger N, Sadick NS. Cellulite: An evidence-based review. *Am J Clin Dermatol.* 2015;16:243-56.
47. Khan, MH, Victor F, Sadick NS. Treatment of cellulite: Part II. Advances and controversies." *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:373-84; quiz 385-6.
48. Elsedfy H. Striae distensae in adolescents: A mini review. *Acta Biomed.* 2020;91:176-81.
49. Vandeven HA, Pensler JM. Gynecomastia. 2020 Aug 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.
50. Acharya SV. Clinical features, presentation and hormonal parameters in patients with pubertal gynecomastia. *J Family Med Prim Care.* 2021;10:648-51.
51. Laimon W, El-Hawary A, Aboelenin H, Elzohiri M, Abdelmaksoud S, Megahed N, et al. Prepubertal gynecomastia is not always idiopathic: case series and review of the literature. *Eur J Pediatr.* 2021;180:977-82.
52. Baumann K. Gynecomastia - Conservative and Surgical Management. *Breast Care (Basel).* 2018 Dec;13(6):419-424.

# 57 • BÖLÜM

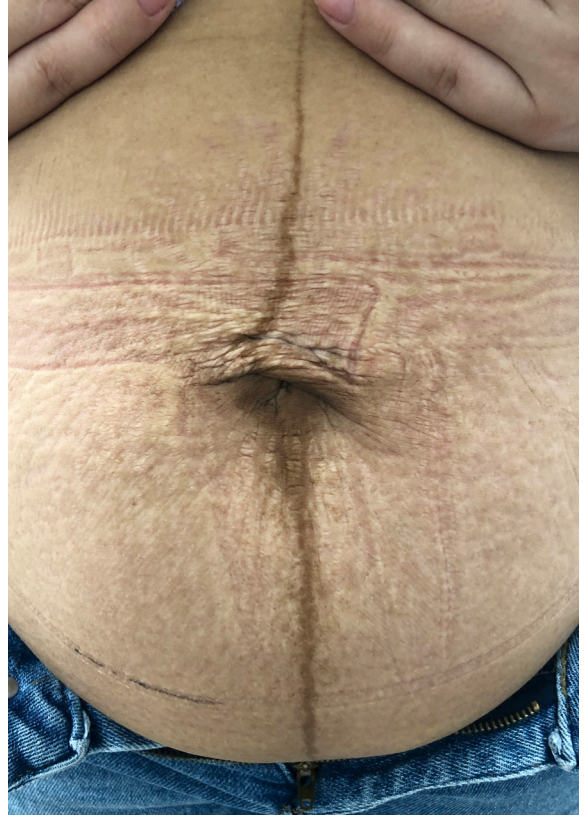
## GEBELİKTE DERİ VE GEBELİK DERMATOZLARI

Zennure TAKCI<sup>1</sup>

Gebelikte değişen hormonal, metabolik ve immüno-  
lojik ortam deride birçok fizyolojik değişikliğe neden  
olur. Meme başları, aksilla ve genital bölgede renk  
koyuluğu, linea nigra ve kloasma gibi pigment artış-  
ları gebelikte görülen en sık fizyolojik deri değişik-  
likleridir (1,2). Gebelikte ortaya çıkan fizyolojik deri  
ve deri ekleri değişiklikleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir.



*Resim 1. Aksiller hiperpigmentasyon*



*Resim 2. Linea nigra*

<sup>1</sup> Doç. Dr., İstinye Üniversitesi, Tıp Fakültesi, VM Medical Park Samsun Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, drzennure80@yahoo.com

**Tablo 2.** Gebelik dermatozlarının klinik özellikleri (devamı)

Tanısal Testler	Gerekli değil	Gerekli değil	Histopatoloji için biyopsi ve DİF ve/veya serum BP antikor düzeyi	Total safra asitleri, karaciğer fonksiyon testleri, hepatit serolojisi
<b>Maternal Prognoz</b>	İyi, doğum sonrası meme ucu ve el egzaması	İyi	Gebelikte alevlenme ve remisyonlar, doğum sonrası %75'inde alevlenme (haftalar aylar sonrası düzelme gözlenir). Menstrüasyon ve hormonal kontrasepsiyon ile rekürrens görülebilir	Safra taşı ve intra/postpartum hemoraji riski
<b>Sonraki gebeliklerde görülme riski</b>	Evet	Hayır	Evet, çoğunlukla erken başlangıçlı ve daha ağır seyirli	Evet
<b>Fetal prognoz</b>	Etkilenmez ancak ileride atopik deri değişikliği görülme riski vardır.	Etkilenmez, yenidoğanda deri tutulumu yoktur.	Düşük doğum ağırlığı ve prematürite riski artar. Yenidoğanların %10'unda hafif deri lezyonları gelişebilir ve kendiliğinden günler-haftalar içinde düzelir.	Prematüre doğum (%19-60), fetal distres (%22-33), ve ölü doğum (%1-2) riski artmıştır

DİF: Direkt İmmunfloresan, BP180: Büllöz pemfigoid antijen 180

## SONUÇ

Gebelikte oluşan hormonal, metabolik ve immünolojik ortam deride birçok fizyolojik değişikliğe neden olurken, bu döneme özgü heterojen bir grup kaşıntılı inflamatuvar dermatozu da tetikleyebilmektedir. Gebelik sırasında ortaya çıkan kaşıntı, hamileliğe spesifik dermatozların belirtisi olabileceği gibi, hamilelik sırasında rastlantısal ve eş zamanlı ortaya çıkan yaygın inflamatuvar deri hastalıkları, enfeksiyonlar veya enfestasyonların belirtisi de olabilir. Kaşıntısı ve/veya deri döküntüsü olan gebeler dermatolog tarafından değerlendirilmeli ve tanı konulmalıdır. Gecikmiş tanı veya yanlış tanı, fetus ve anne için hayatı tehdit eden riskli durumlara neden olabilir.

## KAYNAKLAR

- Kroumpouzou G, Cohen LM. Dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol. 2001;45:1-19
- Geraghty LN, Pomeranz MK. Physiologic changes and dermatoses of pregnancy. Int J Dermatol. 2011;50:771-782.
- Ahmedi S, Powell FC. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: current status. Australas J Dermatol. 2005;46:53-58
- Ambros-Rudolph CM, Müllegger RR, Vaughan-Jones SA, Kerl H, Black MM: The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. J Am Acad Dermatol 2006;54:395-404
- Vaughan Jones SA, Hern S, Nelson-Piercy C, et al. A prospective study of 200 women with dermatoses of pregnancy correlating clinical findings with hormonal and immunopathological profiles. Br J Dermatol. 1999;141:71-81.
- Aractingi S, Berkane N, Bertheau P, et al. Fetal DNA in skin of polymorphic eruptions of pregnancy. Lancet 1998; 352:1898.
- Yancey KB, Hall RP, Lawley TJ. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. Clinical experience in twenty-five patients. J Am Acad Dermatol 1984; 10:473.
- Regnier S, Fermand V, Levy P, et al. A case-control study of polymorphic eruption of pregnancy. J Am Acad Dermatol 2008; 58:63.
- Rudolph CM, Al-Fares S, Vaughan-Jones SA, et al. Polymorphic eruption of pregnancy: clinicopathology and potential trigger factors in 181 patients. Br J Dermatol 2006; 154:54.
- Taylor D, Pappo E, Aronson IK. Polymorphic eruption of pregnancy. Clin Dermatol 2016; 34:383.
- Aronson IK, Bond S, Fiedler VC, et al. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: clinical and immunopathologic observations in 57 patients. J Am Acad Dermatol 1998; 39:933.
- Roger D, Vaillant L, Fignon A, et al. Specific pruritic diseases of pregnancy. A prospective study of 3192 pregnant women. Arch Dermatol 1994; 130:734.

13. Massone C, Cerroni L, Heidrun N, et al. Histopathological diagnosis of atopic eruption of pregnancy and polymorphic eruption of pregnancy: a study on 41 cases. *Am J Dermatopathol* 2014; 36:812.
14. Roth MM, Cristodor P, Kroumpouzou G. Prurigo, pruritic folliculitis, and atopic eruption of pregnancy: Facts and controversies. *Clin Dermatol* 2016; 34:392.
15. Reed J, George S. Pruritic folliculitis of pregnancy treated with narrowband (TL-01) ultraviolet B phototherapy. *Br J Dermatol*. 1999;141:177-179.
16. Gabzdyl EM, Schlaeger JM. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: a critical clinical review. *J Perinat Neonatal Nurs* 2015;29(1):41- 50.
17. Geenes V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009; 15:2049.
18. Lammert F, Marschall HU, Glantz A, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: molecular pathogenesis, diagnosis and management. *J Hepatol*. 2000;33: 1012-1021.
19. Savander M, Ropponen A, Avela K, et al. Genetic evidence of heterogeneity in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Gut* 2003; 52:1025.
20. Floreani A, Gervasi MT. New Insights on Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Clin Liver Dis* 2016; 20:177.
21. Dixon PH, Williamson C. The pathophysiology of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2016; 40:141.
22. Kondrackiene J, Kupcinskas L. Intrahepatic cholestasis of pregnancy-current achievements and unsolved problems. *World J Gastroenterol* 2008; 14:5781.
23. Kenyon AP, Piercy CN, Girling J, et al. Obstetric cholestasis, outcome with active management: a series of 70 cases. *BJOG* 2002; 109:282.
24. Diken Z, Usta IM, Nassar AH. A clinical approach to intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Am J Perinatol* 2014; 31:1.
25. Joutsiniemi T, Timonen S, Leino R, Palo P, Ekblad U. Ursodeoxycholic acid in the treatment of intrahepatic cholestasis of pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet* 2014;289(3):541-7.
26. Burrows RF, Clavisi O, Burrows E. Interventions for treating cholestasis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4): CD000493.
27. Lehrhoff S, Pomeranz MK. Specific dermatoses of pregnancy and their treatment. *Dermatol Ther* 2013; 26:274
28. Heymann WR. Dermatoses of pregnancy update. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:888-889.
29. Sarıcaoğlu H, et al. Successful use of Intravenous Immunoglobulin For Recalcitrant Impetigo Herpetiformis: Case Report. *Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi* 46(2):104-106
30. Sheth N, Greenblatt DT, Acland K, et al. Generalized pustular psoriasis of pregnancy treated with infliximab. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34:521.
31. Kapoor R, Kapoor JR. Cyclosporine resolves generalized pustular psoriasis of pregnancy. *Arch Dermatol*. 2006;142:1373-1375.
32. Robinson A, Van Voorhees AS, Hsu S, et al. Treatment of pustular psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67:279-288.
33. Chi CC, Wang SH, Charles-Holmes R, et al. Pemphigoid gestationis: early onset and blister formation are associated with adverse pregnancy outcomes. *Br J Dermatol* 2009; 160:1222.
34. Roger D, Vaillant L, Fignon A, et al. Specific pruritic diseases of pregnancy. A prospective study of 3192 pregnant women. *Arch Dermatol* 1994; 130:734.
35. Sadik CD, Lima AL, Zillikens D. Pemphigoid gestationis: Toward a better understanding of the etiopathogenesis. *Clin Dermatol* 2016; 34:378.
36. Jenkins RE, Hern S, Black MM. Clinical features and management of 87 patients with pemphigoid gestationis. *Clin Exp Dermatol* 1999; 24:255.
37. Al Saif F, Jouen F, Hebert V, et al. Sensitivity and specificity of BP180 NC16A enzyme-linked immunosorbent assay for the diagnosis of pemphigoid gestationis. *J Am Acad Dermatol* 2017; 76:560.
38. Huilaja L, Surcel HM, Bloigu A, Tasanen K. Elevated serum levels of BP180 antibodies in the first trimester of pregnancy precede gestational pemphigoid and remain elevated for a long time after remission of the disease. *Acta Derm Venereol* 2015; 95:843.
39. Kirtschig G, Middleton P, Bennett C, et al. Interventions for bullous pemphigoid. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD002292.
40. Shornick JK. Dermatoses of pregnancy. *Semin Cutan Med Surg* 1998; 17:172.
41. Bay Bjørn AM, Ehrenstein V, Hundborg HH, et al. Use of corticosteroids in early pregnancy is not associated with risk of oral clefts and other congenital malformations in offspring. *Am J Ther* 2014; 21:73.
42. Nørgård B, Pedersen L, Christensen LA, Sørensen HT. Therapeutic drug use in women with Crohn's disease and birth outcomes: a Danish nationwide cohort study. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:1406.
43. Doiron P, Pratt M. Antepartum intravenous immunoglobulin therapy in refractory pemphigoid gestationis: case report and literature review. *J Cutan Med Surg* 2010; 14:189.
44. Huilaja L, Mäkilallio K, Hannula-Jouppi K, et al. Cyclosporine treatment in severe gestational pemphigoid. *Acta Derm Venereol* 2015; 95:593.
45. Amato L, Coronella G, Berti S, et al. Successful treatment with doxycycline and nicotinamide of two cases of persistent pemphigoid gestationis. *J Dermatol Treat* 2002; 13:143.
46. Marker M, Derfler K, Monshi B, Rappersberger K. Successful immunoadsorption of bullous autoimmune diseases: pemphigus vulgaris and pemphigoid gestationis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011; 9:27.
47. Al-Saif F, Elisa A, Al-Homidy A, et al. Retrospective analysis of pemphigoid gestationis in 32 Saudi patients - Clinicopathological features and a literature review. *J Reprod Immunol* 2016; 116:42.
48. Aoyama Y, Asai K, Hioki K, et al. Herpes gestationis in a mother and newborn: immunoclinical perspectives based on a weekly follow-up of the enzyme-linked immunosorbent assay index of a bullous pemphigoid antigen noncollagenous domain. *Arch Dermatol* 2007; 143:1168.

# 58. BÖLÜM

## YAŞLI VE DERİ

Erhan AYHAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre yaşlılık, 65 yaş üzerindeki yaşam sürecidir (1). Yaşlanma, bir sistemin fiziksel, kimyasal veya biyolojik ajanlardan kaynaklanan ekzojen ve endojen streslere karşı cevap verme yetisinde azalma ile karakterize çok yönlü ve zamana bağımlı kompleks bir olaydır (2). Derimiz; yaşlanmaya bağlı değişikliklerin görünür olduğu ilk ve en temel organ olup son yıllarda insanların yaşam süresinin uzaması, görünümüne verilen önemin artmasından dolayı deri görüntüsündeki bozulmalar kişinin psikolojisini, sosyal ilişkilerini, işini ve sağlığını etkilemektedir (3).

Deri, iç organ ve dokular ile çevre arasında bariyer görevi gören karmaşık, dinamik bir organdır. Diğer vücut organlarına benzer şekilde derimizin de hem yapısı hem de işlevi yaşla birlikte etkilenir (4). 65 yaşın üzerindeki kişilerin çoğunda en az bir deri rahatsızlığı olduğu bildirilmiştir (5,6).

### DERİNİN YAPISI VE FONKSİYONU

Deri yapısal olarak genellikle üç ana katmana (epidermis, dermis ve hipodermis) ayrılır. Histolojik olarak epidermis keratinositlerden oluşur. Anatomik konuma bağlı olarak katmanlar halinde düzenlenmiştir. Bu tabakalar stratum bazale, stratum spinosum, stratum granulozum, stratum lusidum ve stratum korneumdur. Epidermis, keratinositlerin yanı sıra, deri ve saçta pigmentasyon sağlayan ve ultraviyole (UV) radyasyondan koruma sağlayan melanositler gibi diğer hücreleri ve antijen sunan bir hücre türü olan Langerhans hücrelerini içerir (7).

Dermis ise yapısal olarak su depolamak için yüksek kapasiteye sahip bir makromolekül zemin maddesi oluşturan bir polisakkarit ve protein matrisinden oluşur. Bu matris içinde iki ana protein olan kollajen ve elastin bulunur. Kollajen en bol olanıdır ve dermisin yüksek derecede gerilme mukavemetinden sorumludur. İkinci tip protein olan

<sup>1</sup> Doç. Dr., SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, nanodunya@hotmail.com

## DERİNİN KORUNMASI

Deri, epiderminin alt tabakasındaki melanin ve önemli miktarda UVB radyasyonunu yansıtan ve emen stratum korneumun ürokanik asit bariyeri olmak üzere iki fotoprotektif mekanizma ile donatılmıştır. Stratum korneumun kalınlığı, fotokoruma için oldukça önemli görünmektedir (47). Deri yaşlanmasının önlenmesindeki temel dayanak güneş ışığına karşı korunmadır. UV filtreleri makyaj ürünleri, kremler, losyonlar ve saç spreylere gibi günlük kullanım için kullanılan kozmetik ürünlerde mevcuttur. Modern güneş kremlerinin UVA ve UVB ışınlarına karşı koruması, ışığa ve suya dayanıklı olması genel bir gerekliliktir (11).

Diğer taraftan güneşten koruyucu amaçla kullanılan ürünler içindeki ajanların bazıları da UV ışınları ile aktive olabilirler ve zararlı serbest radikallere dönüşebilirler. Bütün bu nedenlerden dolayı güneşin deri üzerindeki zararlı etkilerinden korunmak için güneşten koruyucu ajanların yanında onarıcı özellikteki ajanların da yaşlanma karşıtı ürünler içinde yer alması gerektiği son yıllarda ortaya konmuştur. Bu amaçla bu ürünler içerisinde güneş filtrelerinin yanı sıra antioksidan özellikteki sentetik ve doğal kaynaklı maddeler ilave edilmeye başlanmıştır (10). Antioksidanlar, özellikle stratum korneum lipidlerinde UVB'nin neden olduğu oksidatif strese karşı koruma sağlar. Sistemik olarak uygulanan antioksidanlar bile stratum korneumda birikir ve UV ile indüklenen deri hasarına karşı önemli bir rol oynar (48).

Yaşlı yetişkinler güneşe maruziyetten 30 dakika önce güneş kremi açık olan bölgelere uygulamalı ve uygulamayı her 2 saatte bir tekrar etmelidir. UV ışınlarının en güçlü olduğu 10 ile 16 saatleri arasında hastaları güneşten kaçınmaya teşvik etmelidir. Kulakları ve yüzü etkili bir şekilde örten şapka takmalıdır. Koruyucu güneş gözlüğü sadece gözler için değil aynı zamanda göz çevresinin korunması için önemlidir (49).

## SONUÇ

Derimiz yaşlanmaya bağlı değişikliklerin görünür olduğu ilk ve en temel organ olup son yıllarda insanların yaşam süresinin uzaması, görünümüne verilen önemin artmasından dolayı deri görünümündeki bozulmalar kişinin psikolojisini, sosyal ilişkilerini, işini ve sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle deri yaşlanmasını önlemeye yönelik önlemlerin alınması, yaşlılık dönemine ait fizyolojik deri değişikliklerinin ve hastalıklarının tanınması ve tedavisi giderek önem kazanmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Güner P, Güler Ç. Yaşlıların Ev Güvenliği ve Denetim Listesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2002;5(4):150-4.
2. Yetkin H, Ceyhan AM, Yıldırım M. Deri Yaşlanması ve Tedavisi. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2009;16(2):32-8.
3. Öztürkcan S, Kayhan TÇ. Deri Yaşlanmasına Karşı Medikal Önlemler. *Dermatoz* 2010; (2):29-34.
4. Al-Nuaimi Y, Sherratt MJ, Griffiths CE. Skin health in older age. *Maturitas*. 2014;79(3):256-64.
5. Kligman AM, Koblenzer C. Demographics and psychological implications for the aging population. *Dermatol Clin*. 1997;15: 549-53.
6. Gragnani A, Cornick SM, Chominski V. Review of Major Theories of Skin Aging. *Advances in Aging Research*. 2014;3:265-84.
7. Burr S. Assessment and management of skin conditions in older people. *British Journal of Community Nursing*. 2018;23(8):388-93.
8. Liao YH, Chen KH, Tseng MP, Sun CC. Pattern of skin diseases in a geriatric patient group in Taiwan: a 7-year survey from the outpatient clinic of a university medical center. *Dermatology*. 2001;203:308-13.
9. Farage MA., Miller KW. Neoplastic skin lesions in the elderly patient. *Cutan Ocul Toxicol*. 2008;27:213-29.
10. Şen T. Deri yaşlanması ve antioksidanların önemi. *J. Fac. Pharm. Ankara*. 2016;40(1):36-53.
11. Puizina-Ivic N. Skin aging. *Acta Dermatoven APA*. 2008;17(2):47-54.
12. Wespes E, Schulman CC. Male andropause: myth, reality and treatment. *Int J Impot Res*. 2002;14(suppl 1):93-8.
13. Phillips TJ, Demircay Z, Sahu M. Hormonal effects on skin aging. *Clin Geriatr Med*. 2001;17:661-72.
14. Arlt W, Hewison M. Hormones and immune function: implications of aging. *Aging Cell*. 2004;3:209-16.
15. Swift ME, Burns AL, Gray KL, DiPietro LA. Age-related alterations in inflammatory response to dermal injury. *J Invest Dermatol*. 2001;117:1027-35.
16. Frippiat C, Chen QM, Zdanov S, et al. Subcytotoxic H2O2 stress triggers a release of transforming growth factor-beta a, which induces biomarkers of cellular senescence of human diploid fibroblasts. *J Biol Chem*. 2001;276:2531-7.

17. Boyd S, Stasko T, King LE Jr, et al. Cigarette smoking-associated elastotic changes in the skin. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:23-6.
18. Smith JB, Fenske NA. Cutaneous manifestations and consequence of smoking. *J Am Acad Dermatol.* 1996;34:717-32.
19. Lawton S. Addressing the skin-care needs of the older person. *British Journal of Community Nursing* 2006;12(5):203-10.
20. Katoh N, Tennstedt D, Abellan van Kan G, et al. Gerontodermatology: the fragility of the epidermis in older adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(Suppl 4):1-20.
21. Fisher, GJ, Wang, ZQ, Datta, SC, et al. Pathophysiology of premature skin aging induced by ultraviolet light. *The New England Journal of Medicine.* 1997;37:1419-27.
22. Zhai H, Maibach HI. Skin Antioxidants. *Cosmetics and Toiletries.* 2002;117(8):28-32.
23. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, et al. Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10(2):73-86.
24. Wingfield C. Changes that occur in older people's skin. *Wounds Essentials* 2012;2:52-9.
25. Voegeli D. Understanding the main principles of skin care in older adults. *Nursing Standard.* 2012;27(11); 59-68.
26. Aydemir AH. *Deri Yaşlanması.* Okmeydanı Tıp Dergisi. 2013;29(Ek sayı 2):89-93.
27. Chang AL, Wong JW, Endo JO, et al. Geriatric dermatology review: Major changes in skin function in older patients and their contribution to common clinical challenges. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2013;14(10),724-30.
28. Cowdell F, Garrett D. Older people and skin: Challenging perceptions. *British Journal of Nursing.* 2014;23(12), 4-8.
29. Humbert P, Dreno B, Krutmann J, et al. Recommendations for managing cutaneous disorders associated with advancing age. *Clinical Interventions in Aging.* 2016;11:141-48.
30. White-Chu EF, Reddy M. Dry skin in the elderly: complexities of a common problem. *Clin Dermatol.* 2011;29:37-42.
31. Paul C, Maumus-Robert S, Mazereeuw-Hautier J, et al. Prevalence and risk factors for xerosis in the elderly: a cross-sectional epidemiological study in primary care. *Dermatology.* 2011;223:260-5.
32. Wey SJ, Chen DY. Common cutaneous disorders in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics.* 2010;1: 36-41.
33. Omar MH. Common skin disorders in the elderly. *SA Fam Pract* 2006;48(5): 29-34.
34. Kökçam İ, Dilek N. Yaşlı Hastalarda Görülen Deri Hastalıkları. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2007;10(3):113-16.
35. White-Chu EF, Reddy M. Dry skin in the elderly: Complexities of a common problem. *Clinics in Dermatology.* 2011;29(1);37-42.
36. Haight RR., Norman RA., (2008). *The Cutaneous Manifestations of Nutritional Deficiencies.* Norman RA (Ed). *Diagnosis of Aging Skin Diseases (1st ed., pp. 193-203).* Springer-Verlag London Limited.
37. Kechichian E, Ezzedine K. Vitamin D and the Skin: An Update for Dermatologists. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19(2):223-35.
38. Kottner J, Lichterfeld A, Blume-Peytavi U. Maintaining skin integrity in the aged: a systematic review. *Br J Dermatol* 2013;169:528-42.
39. Green CM, Holden CR, Gawkrödger DJ. Contact allergy to topical medicaments becomes more common with advancing age: an age-stratified study. *Contact Dermatol.* 2007;56:229-31.
40. Purnamawati S, Indrastuti N, Danarti R, et al. The role of moisturizers in addressing various kinds of dermatitis: A review. *Clinical Medicine & Research.* 2017;15(3-4):75-87.
41. Surber C, Brandt S, Cozzio A, et al. Principles of skin care in the elderly. *G ITAL DERMATOL VENEREOL* 2015;150:699-716.
42. Duncan, CN, Riley TV, Carson KC, et al. The effect of an acidic cleanser versus soap on the skin pH and micro-flora of adult patients: A non-randomised two group crossover study in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2013;29(5),291-6.
43. Hoggarth A, Waring M, Alexander J, et al. A controlled, three-part trial to investigate the barrier function and skin hydration properties of six skin protectants. *Ostomy/Wound Management.* 2005; 51(12),30-42.
44. Iizaka S. Skin hydration and lifestyle-related factors in community-dwelling older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2017;72,121-6.
45. Ramos-e-Silva M, Celem LR, Ramos-e-Silva S, et al. Anti-aging cosmetics: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2013;31(6):750-8.
46. Garcovich S, Colloca G, Sollena P, et al. Skin Cancer Epidemics in the Elderly as An Emerging Issue in Geriatric Oncology. *Aging and Disease.* 2017;8(5):643-61.
47. Gniadecka M, Wulf HC, Mortensen NN, et al. Photoprotection in vitiligo and normal skin. A quantitative assessment of the role of stratum corneum viable epidermis and pigmentation. *Acta Derm Venereol.* 1996;76:429-32.
48. Pelle E, Muizzuddin N, Mammone T, et al. Protection against endogenous and UVB induced oxidative damage in stratum corneum lipids by an antioxidant-containing cosmetic formulation. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 1999;15:115-9.
49. Watson M, Thomas CC, Massetti GM, et al. CDC Grand Rounds: Prevention and Control of Skin Cancer. *American Journal of Transplantation.* 2016;16(2):717-720.



# 59. BÖLÜM

## GEBELİKTE İLAÇ KULLANIMI

*Bilge SÖNMEZ<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Gebelik hormonal, vasküler, metabolik ve immünojenik değişikliklerin yaşandığı karmaşık bir dönemdir. Bu süreçte kadınların %90'ı fizyolojik ve patolojik birçok dermatolojik sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Gebelik döneminde dermatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılacak ilaçların seçiminde öncelikle anne ve çocuğa zarar vermemek amaçlanmaktadır. Gebe kadınlar üzerinde yapılan bilimsel çalışmaların etik nedenlerle yetersiz olması bu konulardaki bilgileri sınırlandırdığından, hekimler bu dönemde hastalarına farmakolojik müdahalede bulunurken zorlanmaktadırlar (1, 2).

Genellikle, bilimsel verilerden elde edilen bilgiler in vitro ve deneysel hayvan çalışmalarına dayanmaktadır. Ancak hayvanlar üzerinde yapılan çalışmaların verileri insanlara tamamen aktarılmaz. Bu nedenle ilaç seçimi; tedavinin faydaları-

nın ilacın potansiyel teratojenik etkilerine karşı üstünlüğü kıyaslanarak fayda /zarar oranına göre yapılmaktadır. Teratojenite riskinin olduğundan daha düşük değerlendirilmesi fetüsta anomali riskini artırırken, daha yüksek değerlendirilmesi an-nede hastalığın yetersiz tedavisine veya gebeliğin sonlandırılmasına neden olabilir.

Bu bölümde, gebe kadınlarda sık kullanılan topikal ve sistemik tedavilere ilişkin güncel bilgiler genel bir bakış açısı ile başlıklar halinde sunulacaktır.

### Gebelikte İlaç Kullanımına İlişkin Sınıflandırma Sistemleri

Gebelik döneminde kullanılacak ilaçların güvenilirliği konusunda yetersiz verilerin olması nedeniyle gebelikte ilaç kullanımına ilişkin sınıflandırma sistemleri oluşturulmuştur (1).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Batıkent Şht. Kr. Plt. Ütgm. Burak Abikebahşi Aile Sağlığı Merkezi, bilgesnmez@yahoo.com

bir çalışma yoktur. Hayvanlarda yapılan çalışmalarda yüksek oranda iskelet anomalileri gözlenmiştir. Genel görüş alternatif bir tedavi olmadığı zaman küçük bölgelerde kısa süreli kullanımı yönündedir. FDA kalsipotriolü kategori C olarak sınıflandırır (40).

## Fototerapiler- Ultraviyole (UV) (UVA / UVB / PUVA)

Gebelikte UVA / UVB tedavisi güvenli seçenekler olarak kabul edilir. Ancak hastalarda fototerapi sırasında folik asit düzeylerinin düştüğü gözlemlendiğinden özellikle ilk trimesterde nöral tüp defekti (NTD) riski açısından hastaya folik asit replasmanı yapılmalıdır (34-37). Psoralen mutajenik ve teratojenik olduğu için PUVA tedavisi gebelikte kontrendikedir (8).

## SONUÇ

Gebelik döneminde ilaç kullanımı ile ilgili bilimsel veriler yetersizdir. Bu süreçte kullanılan ilaçların önemli bir kısmı ilk trimesterde gebelik durumu bilinmeden kullanılmaktadır. Aile planlaması hizmetleri ile planlı gebeliklerin yaygınlaştırılması ve prekonsepsiyonel eğitimler ile ailenin ilaç kullanımını konusunda bilinçlendirilmesi, ilaç başlamadan önce gebelik testi yapılması bu dönemde bilinçsiz ilaç kullanımını azaltacaktır.

Gebeliğin kronik ve yeni başlangıçlı dermatolojik hastalıklarında; güvenli lokal ve/veya sistemik terapötik ajanları tercih etmek, ilaç reçete ederken gebelik sorgulaması yapmak, gebelik haftası dikkate alınarak düşük ve etkin dozda, yarar/zarar dengesi değerlendirilerek jinekologlar, dermatolog ve birinci basamak hekimleri ile işbirliği içerisinde tedavi planı yapmak gerekmektedir. Teratojen ilaç kullanımı zorunlu ise; gebeliğe yönelik tedbirlerin alınması, hastanın gebeliğin sonuçları hakkında bilgilendirilmesi, gerekli durumlarda ilgili kuruluşlara yönlendirilmesi ve stres yönetimi

mi konusunda kadına destek olunması sağlık personelinin temel görevleri arasındadır. İlaçlar ve teratojenite ile ilgili bilgiler çok hızlı değişmekte ve sadece ilaç sınıflandırma sistemleri üzerinden karar vermek yanıltıcı olabilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Duman, M. [Different Risk Categorizations Related to the Use of Drugs During Pregnancy]. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics*. 2013; 6(3): 12-17.
2. Öztürk Z. [Approaching Pregnant Women using Medicine: Risk of Teratogenicity and Counselling Services]. *Sted*. 2014; 24(5):201-205.
3. Food and Drug Administration. Content and format of labeling for human prescription drug and biological products; requirements for pregnancy and lactation labeling. *Fed Regist*. 2008;73:30831–30868.
4. Gruber MF. The US FDA pregnancy lactation and labeling rule - implications for maternal immunization. *Vaccine*. 2015;33(47):6499–6500. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.05.107.
5. Jenny E. Murase, MD,a,b Misha M. Heller, MD,c and Daniel C. Butler, BSd Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation *J Am Acad Dermatol* March 2014;70:401.e1-14.).
6. Beitins IZ, Bayard F, Ances IG, Kowarski A, Migeon CJ. The transplacental passage of prednisone and prednisolone in pregnancy near term. *J Pediatr*. 1972;81(5):936-45.
7. Saulnier, PJ., Piguel, X., Perault-Pochat, M.C. et al. Hypoglycaemic seizure and neonatal acute adrenal insufficiency after maternal exposure to prednisone during pregnancy: a case report. *Eur J Pediatr* 2010; 169, 763–765 . <https://doi.org/10.1007/s00431-009-1095-9>
8. Bangsgaard N, Rørbye C, Skov L. Treating psoriasis during pregnancy: safety and efficacy of treatments. *Am J Clin Dermatol*. 2015;16(5):389–398. doi: 10.1007/s40257-015-0137-5.
9. Ferreira, C., Azevedo, A., Nogueira, M., & Torres, T. (2020). Management of psoriasis in pregnancy - a review of the evidence to date. *Drugs in context*, 9, 2019-11-6. <https://doi.org/10.7573/dic.2019-11-6>
10. Choi JS,Koren G,Nulman I: Pregnancyand isotretinointherapy.CMAJ 2013;185:411–413
11. Hyoun SC, Obican SG, Scialli AR. Teratogen update: methotrexate. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2012;94(4):187–207. doi: 10.1002/bdra.23003.
12. Levy RA, de Jesus GR, de Jesus NR et al . Critical review of the current recommendations forthetreatmentofsystemicinflammatoryrheumatic diseases during pregnancy and lactation. *AutoimmunRev* 2016;15:955–963
13. Perez-Aytes A, Ledo A, Boso V et al (2008) In utero exposure to mycophenolate mofetil: a characteristic phenotype? *Am J Med Genet A* 146A:1–7

14. Braunstein I, Werth V. Treatment of dermatologic connective tissue disease and autoimmune blistering disorders in pregnancy. *Dermatol Ther* 2013;26:354–363
15. Gotestam SC, Hoeltzenbein M, Tincani A et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis* 2016; 75:795–810
16. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, et al: Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2016;74:945-73.
17. Li J, Chen Y, Liu C et al. Intravenous immunoglobulin treatment for repeated IVF/ICSI failure and unexplained infertility: a systematic review and meta-analysis. *Am J Reprod Immunol* :2013;70:434–447
18. Hyrich KL, Verstappen SM. Biologic therapies and pregnancy: the story so far. *Rheumatology (Oxford)*:2014; 53:1377–1385
19. Rademaker M, Agnew K, Andrews M, et al. Psoriasis in those planning a family, pregnant or breast-feeding. The Australasian Psoriasis Collaboration. *Australas J Dermatol*. 2018;59(2):86–100. doi: 10.1111/ajd.12641.
20. Weber-Schoendorfer C, Oppermann M, Wacker E, et al. Pregnancy outcome after TNF-alpha inhibitor therapy during the first trimester: a prospective multicentre cohort study. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80(4):727–739. doi: 10.1111/bcp.12642.
21. Stephansson O, Granath F, Svensson T, Haglund B, Ekbohm A, Kieler H. Drug use during pregnancy in Sweden - assessed by the Prescribed Drug Register and the Medical Birth Register. *Clin Epidemiol*. 2011;3:43–50.
22. Lis-Swiety AD, Brzezinska-Wcislo LA. [The safety of the antihistamines in dermatoses of pregnancy] *Wiad Lek*. 2006;59:89–91.
23. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3 (EPR-3): guidelines for the diagnosis and management of Asthma-Summary Report 2007. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120(suppl): S94–138.
24. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014;69(7):868–87.
25. Heikkila A, Erkkola R. Review of beta-lactam antibiotics in pregnancy. The need for adjustment of dosage schedules. *Clin Pharmacokinet* 1994;27:49-62.
26. Kallen BA, Otterblad Olausson P, Danielsson BR. Is erythromycin therapy teratogenic in humans? *Reprod Toxicol* 2005;20:209-14.
27. Trexler MF, Fraser TG, Jones MP. Fulminant pseudomembranous colitis caused by clindamycin phosphate vaginal cream. *Am J Gastroenterol* 1997;92:2112-3.
28. Eggermont E, Logghe N, Van De Casseye W, Castels-Van Daele M, Jaeken J, Cosemans J, et al. Haemorrhagic disease of the newborn in the offspring of rifampicin and isoniazid treated mothers. *Acta Paediatr Belg* 1976;29:87-90.
29. Andersen JT, Petersen M, Jimenez-Solem E, Broedbak K, Andersen EW, Andersen NL, et al. Trimethoprim use in early pregnancy and the risk of miscarriage: a register-based nationwide cohort study. *Epidemiol Infect* 2013;141: 1749-55.
30. Freyer AM. *Drugs in Pregnancy and Lactation 8th Edition: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. *Obstet Med*. 2009;2(2):89. doi:10.1258/om.2009.090002
31. Jick SS. Pregnancy outcomes after maternal exposure to fluconazole. *Pharmacotherapy* 1999;19:221-2.
32. Schaefer C, Peters PWJ, Miller RK. *Drugs during pregnancy and lactation: treatment options and risk assessment*. 2nd ed. Boston: Elsevier Academic Press; 2007
33. Pasternak B, Hviid A. Use of acyclovir, valacyclovir, and famciclovir in the first trimester of pregnancy and the risk of birth defects. *JAMA*:2010;304:859–866
34. Shash E, Bassi S, Cocorocchio E et al. Fatherhood during imatinib. *Acta Oncol* 2011; 50: 734–5.
35. Mukhopadhyay A, Dasgupta S, Kanti Ray U et al. Pregnancy outcome in chronic myeloid leukemia patients on imatinib therapy. *Ir J Med Sci* 2014.
36. Ostensen M. Safety issues of biologics in pregnant patients with rheumatic diseases. *Ann N Y Acad Sci* 2014; 1317: 32–8.
37. Hall AH, Rumack BH. POISINDEX. In: *Information Systems Micromedex*, volume 157. Englewood (CO): CCIS; 2013.
38. Young GL, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001. doi:10.1002/14651858. cd000225
39. Chi C-C, Wang S-H, Wojnarowska F, et al. Safety of topical corticosteroids in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD007346. doi: 10.1002/14651858. CD007346.pub3.
40. Murase JE, Heller MM, Butler DC (2014) Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: part I. pregnancy. *J Am Acad Dermatol* :2017; 70:401–414

# 60 • BÖLÜM

## PEDİATRİDE KULLANILAN DERMATOLOJİK İLAÇLAR

Murat DOĞAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Pediyatrik hastalarda tedavi uygulanması hastanın yaşı, dermatolojik hastalığı, hastanın kilosu, ilacın kokusu, ilacın rengi, ilacın tadı ve ilaç uygulama yolu gibi faktörlere bağlı olarak planlanmaktadır. Çocukların metabolizması (emilim, metabolizma, dağılım ve atılım) ve hastalıkların klinik bulguları erişkinlere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Bu yüzden çocuklar için hastalıklara yaklaşım daha ayrıntılıdır. Pediyatrik hastalarda verilen tedavileri topikal ve sistemik yöntemler olarak ikiye ayırabiliriz (1).

### TOPIKAL TEDAVİDE KULLANILAN İLAÇLAR

Pediyatrik hastalardaki birçok dermatoz topikal tedavi ile yönetilmektedir. Çeşitli topikal ajanların ve kombinasyonların kullanılabilmesi nedeniyle başarılı sonuçlar elde edilebilmekte ve daha az yan etki ile karşılaşılmaktadır. Genel olarak, karmaşık

tedavi rejimlerinden kaçınılmalı, tedavi uygulaması ayrıntılı olarak yazılmalı, basit ve yönetilebilir tedaviler seçilmelidir. Hasta ve ebeveynlerine ilaçların nasıl uygulanacağı öğretilmelidir. Hastalara eksik veya fazla dozda ilaç verilmemesi için reçeteler eczacının da anlayabileceği şekilde anlaşılır ve net olmalıdır. Çocuğun yaşı, vücut yüzey alanı, hastalığın nedeni/şiddeti/tutulmuş alanları, hastalığın seyri, eşlik eden ağrı ve kaşıntı gibi semptomların varlığı, vücutta tutulum alanları; topikal tedavilerin seçimine etki eden faktörlerdir. İlaç potansı (özellikle topikal kortikosteroidler) ve dağıtım aracı (merhem, krem, çözelti, yağ, jel, köpük, sprey, vb) hastanın uyumunu optimize etmek için dikkatli bir şekilde düşünülmelidir. Topikal tedavi uygulanırken bebek ve küçük çocuklarda özellikle dikkatli davranılmalıdır, çünkü bu hastaların vücut yüzey alanı (VYA) geniştir. Bu durum topikal tedavinin geniş alanlara uygulandığında emiliminin fazla olmasına ve sistemik yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (2).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Acil Uzmanı, doktormurat033@hotmail.com

## SİSTEMİK İMMUNSUPRESİFLER

Metotreksat (MTX), azatiyoprin (AZA), siklosporin (Cs) ve mikofenolat mofetil gibi ilaçlar şiddetli, kronik inflamatuvar ve otoimmün hastalıkların tedavisinde kullanılan geleneksel sistemik immunsupresif tedaviler arasındadır. Çocuklar genellikle sistemik tedavilerin oluşturacağı yan etkiler korkusu nedeniyle yetersiz tedavi edilir. Halbuki; bahsedilen hastalıklarda tedavi yararlarının potansiyel risklerden ağır bastığı olgularda kullanılmalıdır. Pediatrik hastalar için sistemik olarak uygulanan tüm ilaçlar, başlangıçta ve tedavi devamında klinik ve laboratuvar olarak takip gerektirir.

MTX, AZA, Cs ve mikofenolat mofetil bu bölümden sonra yer alan “Yenidoğan dahil çocuklarda dermatolojik hastalıklara spesifik ilaç kullanımı ve dozları” bölümünde detaylı olarak anlatılmıştır.

## BİYOLOJİK AJANLAR

Hedefe yönelik tedaviler; konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen şiddetli psoriasis ve atopik dermatiti olan pediatrik hastalarda terapötik seçimin bir parçası haline gelmiştir. Bu tedaviler; bu bölümden sonra yer alan “Yenidoğan dahil çocuklarda dermatolojik hastalıklara spesifik ilaç kullanımı ve dozları” bölümünde detaylı olarak anlatılmıştır.

## BETA- BLOKERLER

Propranolol, infantil hemanjiyomları etkin bir şekilde tedavi eden, kardiyoselektif olmayan bir  $\beta$ - bloker ilaçtır. Etki mekanizmaları; vazokonstriksiyon, anjiyogenezin inhibisyonu (vasküler endotelial büyüme faktörü azaltma yoluyla) ve apoptoz indüksiyonudur. Serebrovasküler anomaliler ve aort koarktasyonu olanlar (PHACE sendromu (posterior fossa malformasyonları, hemanjiyom, arteriyel anomaliler, kardiyak anomaliler, göz anomalileri) dahil olmak üzere 6 ila 8 haftalıktan küçük bebekler, prematürler ve önemli komorbiditeleri olanlarda propranolol başlangıcı için has-

tanın hospitalize edilerek tedavinin uygulanması düşünülmelidir. Tedavi öncesi tarama elektrokardiyogramı artık rutin olarak önerilmemektedir, ancak ilk kardiyak muayene anormal ise düşünülebilir. Önerilen; 1- 3 mg/kg/gün dozunda iki veya üç doz olarak verilebilir. Tedavi süresi genellikle 6-12 aydır. Yan etkiler, yorgunluk, bradikardi, hipotansiyon, hipoglisemi, akral siyanoz ve ishal gibi gastrointestinal semptomlardır. Propranolol kullanımı için kontrendikasyonlar arasında reaktif hava yolu hastalığı öyküsü yer alır (66,67).

## SONUÇ

Pediatrik hastalardaki dermatozların tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Dermatozlar hem erişkin hem de çocukların yaşam kalitelerini önemli ölçüde kötü yönde etkilemektedir. Pediatrik dermatozların tedavisi, derinin normal görünümünü sağlamayı, fizyolojik durumunu geri kazanmayı ve hastanın yaşam kalitesini normale döndürmeyi amaçlar. Günümüzde dermatolojide mevcut olan sayısız topikal preparat ve sistemik ajanlardan az bir kısmı pediatrik kullanım için özel olarak tasarlanmış veya test edilmiştir. Çocuklara verilen tedavi basit, uygulanabilir, ucuz ve anlaşılır olmalıdır. Tedavi planlaması aile ile birlikte yapıldığında olumlu sonuçları daha fazladır. Ailelere ilaçların nasıl uygulanacağı ve gelişebilecek yan etkiler anlatıldığında tedavi başarısı da artacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Kearns GL, Abdel-Rahman SM, Alander SW, et al. Developmental pharmacology drug disposition, action, and therapy in infants and children. *N Engl J Med*. 2003;349(12):1157–1167.
2. Tempark T, Phatarakijirund V, Chatproedprai S, et al. Exogenous Cushing's syndrome due to topical corticosteroid application: case report and review literature. *Endocrine*. 2010;38(3):328–334.
3. Gürel MS. Topikal Kortikosteroidler. “Dermatolojide Tedavi” içinde. (eds) Tuzun Y, Serdaroğlu S, Erdem C, Özpoyraz M, Önder M, Öztürkcan S. Birinci baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2010:973-84.
4. Ference JD, Last AR. Choosing topical corticosteroids. *Am Fam Physician* 2009;79:135–40 .

5. Ference JD , Last AR . Choosing topical corticosteroids . *Am Fam Physician* 2009 ; 79 ( 2 ) : 135
6. Christophers E . Thoughts on the use of topical corticosteroids . In: Christophers E , Schopf E , Kligman AM et al. (eds) *Topical Corticosteroid Therapy: A Novel Approach to Safer Drugs* . New York : Raven Press, 1988.
7. Simpson EL. Atopic dermatitis: a review of topical treatment options. *Curr Med Res Opin* 2010 ; 26 ( 3 ) : 633 – 40 .
8. Gelmetti C. Local antibiotics in dermatology. *Dermatol Ther* 2008; 21:187–95 .
9. Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, et al. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54(1):1–15; quiz 16–18
10. Charman CR, Morris AD, Williams HC. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2000;142(5):931–936.
11. Swords S, Lauer SJ, Nopper AJ. Systemic treatment. In: Schachner LA, Hansen RC, eds. *Pediatric Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: Mosby; 2003:126–129.
12. Lio PA, Kaye ET. Topical antibacterial agents. *Infect Dis Clin North Am*. 2009 Dec; 23(4):945–63.
13. Schofer H. Evaluation of imiquimod for the therapy of external genital and anal warts in comparison with destructive therapies. *Br J Dermatol* 2007;157: 52–5.
14. Niizeki K, Hashimoto K. Treatment of molluscum contagiosum with silver nitrate paste. *Pediatr Dermatol* 1999;16:395–7.
15. Eichenfi eld LF, Bogen ML. Absorption and efficacy of miconazole nitrate 0.25% ointment in infants with diaper dermatitis. *J Drugs Dermatol* 2007;6 ( 5 ):522–6 .
16. Tyring SK, Baker D, Snowden W. Valacyclovir for herpes simplex virus infection: long - term safety and sustained efficacy after 20 years ' experience with acyclovir. *J Infect Dis* 2002;186:40–6.
17. Spruance SL, Nett R, Marbury T, et al. Acyclovir cream for treatment of herpes simplex labialis: results of two randomized, double – blind, vehicle- controlled, multicenter clinical trials. *Antimicrob Agents Chemother* 2002; 46 : 2238 – 43 .
18. Rietschel RL, Fowler JF Jr. Antihistamine dermatitis. In: Rietschel RL, Fowler JF Jr (eds) *Fisher ' s Contact Dermatitis*, 5th edn. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001 .
19. Metry WD, Hebert AA. Topical therapies and medications in the pediatric patient . *Pediatr Clin North Am* 2000; 47:867–76 .
20. Pyati SM, Ramamurthy RS, Krauss MT, et al. Absorption of iodine in the neonate following topical use of povidone iodine. *J Pediatr* 1977;91:825–8 .
21. Stewart JH, Cole GW, Klein JA. Neutralized lidocaine with epinephrine for local anesthesia. *J Dermatol Surg Oncol*. 1989;15(10):1081–1083.
22. DiGiovanna JJ. Systemic retinoid therapy. *Dermatol Clin*. 2001;19(1):161-167. [https://doi.org/10.1016/s0733-8635\(05\)70237-0](https://doi.org/10.1016/s0733-8635(05)70237-0)
23. Hanson B, Becker L, Hook K, Polcari I, Areaux RG, Maguiness S. Ectropion improvement with topical tazarotene in children with lamellar ichthyosis. *Pediatr Dermatol*. 2017;34(5):584-589. <https://doi.org/10.1111/pde.13240>
24. Hofmann B, Stege H, Ruzicka T, Lehmann P. Effect of topical tazarotene in the treatment of congenital ichthyoses. *Br J Dermatol*. 1999;141(4):642-646. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1999.03101.x>
25. Thomas JR, Doyle JA. The therapeutic uses of topical vitamin A acid. *J Am Acad Dermatol*. 1981;4(5):505-513. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(81\)70049-5](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(81)70049-5)
26. Nguyen V, Cunningham BB, Eichenfield LF, Alió AB, Buka RL. Treatment of ichthyosiform diseases with topically applied tazarotene: risk of systemic absorption. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(5 Suppl):S123-125. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2006.05.028>
27. Hamm H, Beiteke U, H ö ger PH, et al. Treatment of scabies with 5% permethrin cream: results of a German multicenter study. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006;4:407–13 .
28. Elgart ML. Cost benefit analysis of ivermectin, permethrin and benzyl benzoate in the management of infantile and childhood scabies. *Expert Opin Pharmacother* 2003;4:1521- 4 .
29. Katz TM, Miller JH, Hebert AA. Insect repellents: historical perspectives and new developments . *J Am Acad Dermatol* 2008;58: 865-71 .
30. Cunningham BB, Landells IDR, Langman C, et al. Topical calcipotriene for morphea/linear scleroderma. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:211–15 .
31. Kreuter A, Gambichler T, Avermaete A, et al. Combined treatment with calcipotriol ointment and low - dose ultraviolet A1 phototherapy in childhood morphea. *Pediatr Dermatol* 2001;18: 241–5 .
32. Saeki H, Furue M, Furukawa F, et al. Guidelines for management of atopic dermatitis. *J Dermatol* 2009 ; 36 ( 10 ) : 563 – 77 .
33. Draelos ZD. Use of topical corticosteroids and topical calcineurin inhibitors for the treatment of atopic dermatitis in thin and sensitive skin areas. *Curr Med Res Opin*. 2008;24(4):985–994.
34. Hebert AA. Review of pimecrolimus cream 1% for the treatment of mild to moderate atopic dermatitis. *Clin Ther*. 2006;28(12):1972–1982.
35. Campaner AB, Santos RE, Galvao MA, et al. Effectiveness of imiquimod 5% cream for treatment of extensive anogenital warts in a seven year old child. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26: 265–6 .
36. Eichenfield LF, Call RS, Forsha DW, et al. Long-term safety of crisaborole ointment 2% in children and adults with mild to moderate atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(4). 641–649.
37. Loden M, Bostrom P, Kneczke M . Distribution and keratolytic effect of salicylic acid and urea in human skin. *Skin Pharmacol* 1995;8:173–8 .

38. Short KA, Fuller LC, Higgins EM . Double - blind, randomized, placebo - controlled trial of the use of topical 10% potassium hydroxide solution in the treatment of molluscum contagiosum. *Pediatr Dermatol* 2006 ; 23 ( 3 ): 279 – 81 .
39. Paghdal KV, Schwartz RA. Topical tar: back to the future. *J Am Acad Dermatol* 2009;61( 2 ): 294 – 302 .
40. De Jager ME, de Jong EM, van de Kerkhof PC, et al. Efficacy and safety of treatments for childhood psoriasis: a systematic literature review. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:1013–30 .
41. Swords S, Lauer SJ, Nopper AJ. Systemic treatment. In: Schachner LA, Hansen RC, eds. *Pediatric Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: Mosby; 2003:126–129
42. Pope E, Krafchik BR, Macarthur C, et al. Oral versus high - dose pulse corticosteroids for problematic infantile hemangiomas: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2007;119 ( 6 ): 1239 – 47.
43. Barnes PJ. Glucocorticosteroids: current and future directions. *Br J Pharmacol* 2011;163:29–43.
44. Swords S, Lauer SJ, Nopper AJ. Systemic treatment. In: Schachner LA, Hansen RC, eds. *Pediatric Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: Mosby; 2003:133–135.
45. Mirensky Y, Parish LC, Witkowsky JA. Recent advances in antimicrobial therapy of bacterial infections of the skin. In: Dahl MV, Lynch PJ (eds) *Current Opinion in Dermatology*, 2nd edn. Philadelphia: Current Science, 1995 .
46. Breathnach SM, Smith CH, Chalmers RJG, et al. *Rook's Textbook of Dermatology: Systemic Therapy*. 8th edn. Wiley-Blackwell, 2010, pp. 74.1–74.53.
47. Wispelwey B. Clinical implications of pharmacokinetics and pharmacodynamics of fluoroquinolones. *Clin Infect Dis* 2005;41(Suppl. 2):S127–35.
48. Koumantaki E, Georgala S, Rallis E, et al. *Microsporum canis* tinea capitis in an 8 month old infant successfully treated with 2 weekly pulses of oral itraconazole. *Pediatr Dermatol* 2001;18:60-2 .
49. Kakourou T, Uksal U. European Society for Pediatric Dermatology. Guidelines for the management of tinea capitis in children. *Pediatr Dermatol* 2010;27(3):226–8.
50. Gupta AK, Ginter G. Itraconazole is effective in the treatment of tinea capitis caused by *Microsporum canis*. *Pediatr Dermatol* 2001;18:519–22
51. Ahmen M, Lear JT, Madan V, Mohd Mustapha MF, Richardson M. British Association of Dermatologists guidelines for the management of onychomycosis. *Br J Dermatol* 2014;171:937–58.
52. Gupta AK, Adam P, Dlova N, et al. Therapeutic options for the treatment of tinea capitis caused by *Trichophyton* species: griseofulvin versus the new oral antifungal agents, terbinafine, itraconazole and fluconazole. *Pediatr Dermatol* 2001;18:433–8.
53. Grover C, Arora P, Manchanda V. Comparative evaluation of griseofulvin, terbinafine and fluconazole. *Int J Dermatol* 2012;51:455–8.
54. Lin RY, Curry A, Pesola GR, et al. Improved outcome in patients with allergic syndromes who are treated with combined H1 and H2 antagonists. *Ann Emerg Med* 2000;36:462–8.
55. Mann RD, Pearce GL, Dunn N, et al. Sedation with 'non-sedating' antihistamines: four prescription-event monitoring studies in general practice. *Br Med J* 2000;320:1184–6).
56. Adair RH, Bauchner H. Sleep problems in childhood. *Curr Probl Pediatr* 1993;23:147 – 70 .
57. Singh - Franco D, Ghin HL, Robles GI, et al. Levocetirizine for the treatment of allergic rhinitis and chronic idiopathic urticaria in adults and children. *Clin Ther* 2009;31( 8 ):1664 – 87 .
58. Choi YS, Hann SK, Park YK . The effect of cimetidine on verruca plana juvenilis: clinical trials in six patients. *J Dermatol* 1993;20:497–500 .
59. Smith PF, Corelli RL. Doxepin in the management of pruritus associated with allergic cutaneous reactions. *Ann Pharmacother* 1997;31:633–5
60. DiNicola AF. Varicella vaccine guidelines. *Pediatrics* 1995;96:375 – 6 .
61. Andrei G, Snoek R. Advances in the treatment of varicella-zoster virus infections. *Adv Pharmacol* 2013;67:107–68.
62. Di Giovanna JJ . Systemic retinoid therapy. *Dermatol Clin* 2001;19:161 – 78 .
63. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Retinoid therapy for severe dermatological disorders. *Pediatrics* 1992 ; 90 : 119 – 20 .
64. Lee YH, Scharnitz TP, Muscat J, et al. Laboratory monitoring during isotretinoin therapy for acne: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2016;152:35. doi:10.1001/jamadermatol.2015.3091
65. Zaenglein AL, Levy ML, Stefanko NS, et al. Consensus recommendations for the use of retinoids in ichthyosis and other disorders of cornification in children and adolescents. *Pediatr Dermatol*. 2021;38(1):164-180. doi:10.1111/pde.14408
66. Léauté-Labrèze C, Dumas de la Roque E, Hubiche T, et al. Propranolol for severe hemangiomas of infancy. *N Engl J Med*. 2008;358(24):2649–2651.
67. Holland KE, Frieden IJ, Frommelt PC, et al. Hypoglycemia in children taking propranolol for the treatment of infantile hemangioma. *Arch Dermatol* 2010;146(7):775–778.

# 61 • BÖLÜM

## YENİDOĞAN DAHİL ÇOCUKLARDA DERMATOLOJİK HASTALIKLARA SPESİFİK İLAÇ KULLANIMI VE DOZLARI

Filiz TOPALOĞLU DEMİR<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Pediyatrik dermatolojide, erişkinlerde kullanılan pek çok spesifik ilaç benzer endikasyonlarla kullanılmaktadır. Fakat bu ilaçların kullanımlarında, dozlamalarında ve takiplerinde erişkinlerden farklı özellikler mevcuttur. Bu bölümde yenidoğan dahil çocuklarda, sıklıkla spesifik ilaç kullanımına ihtiyaç duyulan, kronik seyirleri nedeniyle tedavide zorluklar yaşanan başlıca hastalıklar olan atopik dermatit, psoriasis, konjenital iktiyozlar, ürtiker ve çocukluk çağının otoimmün büllöz hastalığının tedavisinde kullanılan spesifik ilaçlara yer verilmiştir.

### ATOPIK DERMATİT

Atopik dermatit (AD)'nin yönetimi, çeşitli faktörleri kapsar ve optimum yönetimin temellerini, deri bariyerinin onarımı ile birlikte antiinflamatuvar, antimikrobiyal ve antipruritik tedaviler oluşturur. Topikal tedavi ile kontrol altına alınamayan, orta ve şiddetli AD hastalarında, fototerapi, siste-

mik kortikosteroid, siklosporin (Cs), metotreksat (MTX), mikofenolik asitler ve azatiyoprin (AZA) başta olmak üzere sistemik immunsupresif ilaçlar ve dupilumab gibi biyolojik tedaviler kullanılmaktadır (1,2). Uzun süreli tedavi için sistemik kortikosteroid kullanımı önerilmemektedir. AD tedavisinde kullanılan, dupilumab dışındaki diğer sistemik tedaviler onaysızdır, endikasyon dışı olarak kullanılmaktadır (2). **Tablo 1**'de bahsedilen tüm ilaçlar özetlenmiştir.

### SİKLOSPORİN

Yaygın ve şiddetli AD'li çocuklar ve adolesanlarda ilk tercih edilen sistemik tedavi ajanlarından biridir. Hızlı bir etki başlangıcına sahiptir ve etkisi tedavinin ilk birkaç haftasında fark edilebilir. İkiye bölünmüş dozlarda 3–5 mg/kg/gün olarak kullanılır. Dozun 5 mg/kg/gün ile başlatılması ve genellikle 4-6 hafta sonra, idame aşamasında 2,5-3 mg/kg/güne düşürülmesi önerilmektedir (3). İki ila dört ay süreyle verilir ve stabil bir iyileşme elde

<sup>1</sup> Doç. Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD., filizsvet@gmail.com



**KAYNAKLAR**

- Damiani G, Calzavara-Pinton P, Stingeni L, et al. Italian guidelines for therapy of atopic dermatitis-Adapted from consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis). *Dermatol Ther.* 2019;32(6):e13121. Doi: 10.1111/dth.13121.
- Ertam İ, Su Ö, Alper S, et al. The Turkish guideline for the diagnosis and management of atopic dermatitis-2018. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol.* 2018; 52(1): 6-23 Doi: 10.4274/turkderm.87143.
- Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, et al. ET-FAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 Dec;34(12):2717-2744. Doi: 10.1111/jdv.16892.
- Garrido Colmenero C, Blasco Morente G, Tercedor Sánchez J. Oral Cyclosporine Weekend Therapy: A New Maintenance Therapeutic Option in Patients with Severe Atopic Dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2015; 32:551. DOI: 10.1111/pde.12592.
- El-Khalawany MA, Hassan H, Shaaban D, et al. Methotrexate versus cyclosporine in the treatment of severe atopic dermatitis in children: a multicenter experience from Egypt. *Eur J Pediatr* 2013; 172:351. Doi: 10.1007/s00431-012-1893-3.
- Dvorakova V, O'Regan GM, Irvine AD. Methotrexate for Severe Childhood Atopic Dermatitis: Clinical Experience in a Tertiary Center. *Pediatr Dermatol* 2017; 34:528. Doi: 10.1111/pde.13209.
- Rahman SI, Siegfried E, Flanagan KH, et al. The methotrexate polyglutamate assay supports the efficacy of methotrexate for severe inflammatory skin disease in children. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(2):252-256. Doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.001.
- Simon D, Bieber T. Systemic therapy for atopic dermatitis. *Allergy.* 2014;69(1):46-55. Doi: 10.1111/all.12339.
- Caufield M, Tom WL. Oral azathioprine for recalcitrant pediatric atopic dermatitis: clinical response and thiopurine monitoring. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68:29. Doi: 10.1016/j.jaad.2012.07.001.
- Waxweiler WT, Agans R, Morrell DS. Systemic treatment of pediatric atopic dermatitis with azathioprine and mycophenolate mofetil. *Pediatr Dermatol* 2011; 28:689. Doi: 10.1111/j.1525-1470.2011.01488.x.
- AU, Gonzalez ME. Management of severe atopic dermatitis in children. *J Drugs Dermatol.* 2012;11(10):1158-1165
- Notaro ER, Sidbury R. Systemic agents for severe atopic dermatitis in children. *Paediatr Drugs.* 2015;17(6):449-57. Doi: 10.1007/s40272-015-0150-4.
- Galli E, Neri I, Ricci G, et al. Consensus conference on clinical management of pediatric atopic dermatitis. *Ital J Pediatr.* 2016;42:26. Doi: 10.1186/s13052-016-0229-8.
- Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018 Jun;32(6):850-878. Doi: 10.1111/jdv.14888.
- Heller M, Shin HT, Orlow SJ, et al. Mycophenolate mofetil for severe childhood atopic dermatitis: experience in 14 patients. *Br J Dermatol* 2007; 157:127. Doi: 10.1111/j.1365-2133.2007.07947.x
- Cork MJ, Thaçi D, Eichenfield LF, et al. Dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate-to-severe atopic dermatitis: results from a phase IIa open-label trial and subsequent phase III open-label extension. *Br J Dermatol* 2020; 182:85. DOI: 10.1111/bjd.18476.
- Simpson EL, Paller AS, Siegfried EC, et al. Efficacy and Safety of Dupilumab in Adolescents With Uncontrolled Moderate to Severe Atopic Dermatitis: A Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol* 2020; 156:44. Doi: 10.1001/jamadermatol.2019.3336.
- Paller AS, Siegfried EC, Thaçi D, et al. Efficacy and safety of dupilumab with concomitant topical corticosteroids in children 6 to 11 years old with severe atopic dermatitis: A randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 3 trial. *J Am Acad Dermatol* 2020; 83:1282. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.054.
- de Wijs LEM, Nguyen NT, Kunkeler ACM, et al. Clinical and histopathological characterization of paradoxical head and neck erythema in patients with atopic dermatitis treated with dupilumab: a case series. *Br J Dermatol* 2020; 183: 745- 749. Doi: 10.1111/bjd.18730.
- Holm JG, Thomsen SF. Omalizumab for atopic dermatitis: evidence for and against its use. *G Ital Dermatol Venereol* 2019; 154:480. Doi: 10.23736/S0392-0488.19.06302-8.
- Iyengar SR, Hoyte EG, Loza A, et al. Immunologic effects of omalizumab in children with severe refractory atopic dermatitis: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Int Arch Allergy Immunol* 2013; 162:89. Doi: 10.1159/000350486.
- Chan S, Cornelius V, Cro S, et al. Treatment effect of omalizumab on severe pediatric atopic dermatitis: the ADAPT randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2019;174(1):29-37
- Roekevisch E, Spuls PI, Kuester D, et al. Efficacy and safety of systemic treatments for moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic review. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133:429-38. Doi: 10.1016/j.jaci.2013.07.049.
- Flohr C, Irvine AD. Systemic therapies for severe atopic dermatitis in children and adults. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;132(3):774-774.e776. Doi: 10.1016/j.jaci.2013.03.016.
- Adışen E, Akyol M, Alper S, et al. (2021). Türkiye psoriasis kılavuzu 2021. (1. Basım). İstanbul: Çınar Matbaacılık ve Yayıncılık Sanayi Ticaret Limited Şirketi.
- Subedi S, Yu Q, Chen Z, et al. Management of pediatric psoriasis with acitretin: A review. *Dermatol Ther.* 2018 Jan;31(1). doi: 10.1111/dth.12571.
- Menter A, Cordero KM, Davis DMR, et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients] *Am Acad Dermatol.* 2020 Jan;82(1):161-201. doi: 10.1016/j.jaad.2019.08.049

28. Ergun T, Seckin Gencosmanoglu D, Alpsoy E, et al. Efficacy, safety and drug survival of conventional agents in pediatric psoriasis: A multicenter, cohort study. *Journal of Dermatology*. 2017; 44(6):630–634. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13713>
29. Di, L. V, Bonamonte D, Lasagni C, et al. Effectiveness and safety of acitretin in children with plaque psoriasis: A multicenter retrospective analysis. *Pediatric Dermatology*. 2016; 33(5), 530–535. Doi: 10.1111/pde.12940.
30. Bronckers IM, Paller AS, West DP, et al. A comparison of psoriasis severity in pediatric patients treated with methotrexate vs. biologic agents. *JAMA Derm*. 2020;156:384-392. Doi: 10.1001/jamadermatol.2019.4835.
31. Geel MJ, Oostveen AM, Hoppenreijns EP et al. Methotrexate in pediatric plaque-type psoriasis: long-term daily clinical practice results from the Child-CAPTURE registry. *J Dermatolog Treat* 2015; 26: 406–412. Doi: 10.3109/09546634.2014.996515.
32. Kaur I, Dogra S, De D, et al. Systemic methotrexate treatment in childhood psoriasis: further experience in 24 children from India. *Pediatr Dermatol* 2008;25:184-8. Doi: 10.1111/j.1525-1470.2008.00629.x.
33. Relvas M, Torres T. Pediatric Psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2017 Dec;18(6):797-811. Doi: 10.1007/s40257-017-0294-9.
34. van Geel MJ, Mul K, de Jager ME, et al. Systemic treatments in paediatric psoriasis: a systematic evidence-based update. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(3):425-437. Doi: 10.1111/jdv.12749.
35. Pereira T, Vieira A, Fernandes J. Cyclosporin A treatment in severe childhood psoriasis. *J Eur Acad Dermatol* 2006; 20: 651-6. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2006.01562.x.
36. Marqueling AL, Cordero KM. Systemic treatments for severe pediatric psoriasis: a practical approach. *Dermatol Clin*. 2013;31: 267–288. Doi: 10.1016/j.det.2012.12.005.
37. Fortina AB, Bardazzi F, Berti S, et al. Treatment of severe psoriasis in children: recommendations of an Italian expert group. *Eur J Pediatr*. 2017 Oct;176(10):1339-1354. Doi: 10.1007/s00431-017-2985-x.
38. Bulbul Baskan E, Yazici S, Tunali S, et al. Clinical experience with systemic cyclosporine A treatment in severe childhood psoriasis. *J Dermatolog Treat*. 2016;27(4):328-331. Doi:10.3109/09546634.2015.1115813.
39. Di Lernia V, Stingeni L, Boccaletti V, et al. Effectiveness and safety of cyclosporine in pediatric plaque psoriasis: a multicentric retrospective analysis. *J Dermatolog Treat*. 2016;10:1–4. Doi: 10.3109/09546634.2015.1120852.
40. Shah KN. Diagnosis and treatment of pediatric psoriasis: current and future. *Am J Clin Dermatol*. 2013;14(3):195–213. Doi: 10.1007/s40257-013-0026-8.
41. Eisert L, Augustin M, Bach S, et al. S2k guidelines for the treatment of psoriasis in children and adolescents - Short version part 2. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2019;17(9):959–973.
42. Aslam N, Saleem H, Murtazaliev S, et al. FDA Approved Biologics: Can Etanercept and Ustekinumab be Considered a First-Line Systemic Therapy for Pediatric/Adolescents in Moderate to Severe Psoriasis? A Systematic Review. *Cureus*. 2020;12(8):e9812. Doi: 10.7759/cureus.9812.
43. Lansang P, Bergman JN, Fiorillo L, et al. Management of Pediatric Plaque Psoriasis using Biologics. *Am Acad Dermatol*. 2020;82(1):213-221. Doi: 10.1016/j.jaad.2019.05.056.
44. Dogra S, Mahajan R. Biologics in pediatric psoriasis - efficacy and safety. *Expert Opin Drug Saf*. 2018;17(1):9-16. Doi: 10.1080/14740338.2018.1391787.
45. Mahé E. Optimal Management of Plaque Psoriasis in Adolescents: Current Perspectives. *Psoriasis (Auckl)*. 2020 Nov 27;10:45-56. doi: 10.2147/PTT.S222729.
46. Paller AS, Siegfried EC, Langley RG, et al. Etanercept treatment for children and adolescents with plaque psoriasis. *N Engl J Med*. 2008;358:241-51. Doi:10.1056/NEJMoa066886
47. Paller AS, Siegfried EC, Pariser DM, et al. Long-term safety and efficacy of etanercept in children and adolescents with plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(2):280-7.e1-3. Doi: 10.1016/j.jaad.2015.09.056.
48. Shah KN: Diagnosis and treatment of pediatric psoriasis: current and future . *Am J Clin Dermatol*. 2013;14:195-213. Doi:10.1007/s40257-013-0026-8.
49. Bronckers I, Seyger MMB, West DP, et al. Safety of Systemic Agents for the Treatment of Pediatric Psoriasis. *JAMA Dermatol*. 2017, 153, 1147–1157. Doi: 10.1001/jamadermatol.2017.3029.
50. Diak P, Siegel J, La Grenade L, et al. Tumor necrosis factor alpha blockers and malignancy in children: Forty-eight cases reported to the Food and Drug Administration. *Arthritis Rheum*. 2010, 62, 2517–2524. Doi: 10.1002/art.27511.
51. Papp K, Thaci D, Marcoux D, et al. Efficacy and safety of adalimumab every other week versus methotrexate once weekly in children and adolescents with severe chronic plaque psoriasis: a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet* 2017;390(10089):40-49. Doi:10.1016/S0140-6736(17)31189-3.

52. Landells I, Marano C, Hsu MC, et al. Ustekinumab in adolescent patients age 12 to 17 years with moderate-to-severe plaque psoriasis: Results of the randomized phase 3 CADMUS study *J Am Acad Dermatol* 2015;73:594-603. Doi: 10.1016/j.jaad.2015.07.002.
53. Phan C, Beauchet A, Burztein AC, et al. Biological treatments for paediatric psoriasis : a retrospective observational study on biological drug survival in daily practice in childhood psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Oct;33(10):1984-1992. doi: 10.1111/jdv.15579.
54. Tsang V, Dvorakova V, Enright F, et al. Successful use of infliximab as first line treatment for severe childhood generalized pustular psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016; 30: e117-e119. Doi:10.1111/jdv.13388.
55. Vahlquist A, Fischer J, Törmä H. Inherited Nonsyndromic Ichthyoses: An Update on Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Feb;19(1):51-66. Doi: 10.1007/s40257-017-0313-x.
56. Katugampola RP, Finlay AY. Oral retinoid therapy for disorders of keratinization: single-centre retrospective 25 years' experience on 23 patients. *Br J Dermatol*. 2006 Feb; 154(2):267-76. Doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06906.x
57. Digiovanna JJ. Isotretinoin effects on bone. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Nov; 45(5):S176-S182.
58. Lacour M, Mehta-Nikhar B, Atherton DJ, et al. An appraisal of acitretin therapy in children with inherited disorders of keratinisation. *Br J Dermatol*. 1996;134:1023-1029. –DOI YOK
59. Blanchet-Bardon C, Nazarro V, Rognin C, et al. Acitretin in the treatment of severe disorders of keratinization. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24:982-986. Doi: 10.1016/0190-9622(91)70158-x.
60. Maurer M, Rosén K, Hsieh H-J, et al. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. *N Engl J Med*. 2013;368:924-35. 188. Doi: 10.1056/NEJMoa1215372.
61. Saini SS, Bindslev-Jensen C, Maurer M, et al. Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria who remain symptomatic on H1 antihistamines: a randomized, placebo-controlled study. *J Invest Dermatol*. 2015;135:67-75. Doi: 10.1038/jid.2014.306.
62. Saini S, Rosen KE, Hsieh HJ, et al. A randomized, placebo-controlled, dose-ranging study of single-dose omalizumab in patients with H1-antihistamine-refractory chronic idiopathic urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;128:567-73. doi: 10.1016/j.jaci.2011.06.010.
63. Ossorio-García L, Jiménez-Gallo D, Albarrán-Panelles C, et al. Chronic spontaneous urticaria in an 8-year-old girl treated with omalizumab. *Clin Exp Dermatol*. 2016;41:929-30. Doi: 10.1111/ced.12922
64. Kitsioulis NA, Xepapadaki P, Kostoudi S, et al. Omalizumab in pediatric cold contact urticaria: warm blanket for a cold bath? *Pediatr Allergy Immunol*. 2016;27:752-5. Doi: 10.1111/pai.12609.
65. Levi A, Tal Y, Dranitzki Z, Shalit M, et al. Successful omalizumab treatment of severe solar urticaria in a 6-year-old child. *Pediatr Allergy Immunol*. 2015; 26:588-90. Doi: 10.1111/pai.12441
66. Ensina LF, Valle SO, Juliani AP, et al. Omalizumab in chronic spontaneous Urticaria: a Brazilian real-life experience. *Int Arch Allergy Immunol*. 2016;169:121-4. Doi: 10.1159/000444985.
67. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2018;73:1393-414. Doi: 10.1111/all.13397.
68. George Kurien 1, Radia T. Jamil 2, Charles V. Preuss 3 Dapsone. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. 2021 Feb 17.
69. Mintz EM, Morel KD. Treatment of chronic bullous disease of childhood. *Dermatol Clin*.2011 Oct;29(4):699-700. Doi: 10.1016/j.det.2011.08.013.
70. Mintz EM, Morel KD. Clinical features, diagnosis, and pathogenesis of chronic bullous disease of childhood. *Dermatol Clin* 2011; 29:459-62. Doi: 10.1016/j.det.2011.03.022.
71. Wojnarowska F, Marsden RA, Bhogal B, et al. Chronic bullous disease of childhood, childhood cicatricial pemphigoid, and linear IgA disease of adults. A comparative study demonstrating clinical and immunopathologic overlap. *J Am Acad Dermatol* 1988; 19:792. Doi: 10.1016/s0190-9622(88)70236-4.

# 62. BÖLÜM

## GERİATRİDE İLAÇ KULLANIMI VE DOZLARI

Erhan ŞİMŞEK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz nüfusundaki geriatrik hasta sayısı giderek artmaktadır. Geriatrik popülasyon olarak tanımlanan 65 ve üzeri yaştaki nüfus, 2015'de 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son beş yılda %22,5 artarak 2020'de 7 milyon 953 bin 555 kişi olmuştur. Geriatrik popülasyonun toplam nüfus içindeki oranı ise 2015'te %8,2 iken, 2020'de %9,5'e yükselmiştir. Nüfus projeksiyon hesaplamalarına göre geriatrik popülasyon oranının 2025'te %11,0, 2030'da %12,9'a ulaşacağı öngörülmektedir (1).

Yaşlanma ile birlikte kronik hastalıkların ve kullanılan ilaçların sıklığı artmaktadır. Avrupa'da yapılmış olan bir çalışmada 65 yaş üzeri kişilerin %37,9'unun dört ve üzeri kronik hastalığa sahip olduğu, %50'sinin ise günlük altı veya daha fazla

sayıda ilaç kullandığı belirlenmiştir (2). İsveç'te 65 yaş üzeri ölen 500 bin kişinin kayıtlarının incelendiği araştırmada, kişilerin neredeyse yarısına ölmeden önceki bir yıl içerisinde 10 ve üzeri ilacın reçete edildiği saptanmıştır (3). Çok sayıda ve yoğun ilaç kullanımı 'polifarmasi' olarak tanımlanmakla birlikte ilaç sayısı için net bir cut-off değeri bulunmamaktadır. Bundan dolayı 'hastanın ihtiyacı olduğundan fazla miktarda ilaç kullanmasına polifarmasi denilmektedir (4). Yaşla birlikte vücutta değişimler olmakta, kronik komorbiditeler artmakta, farmakokinetik ve farmakodinamik değişimler meydana gelmekte, bu durum hastaları ilaç yan etkilerine karşı daha hassas hale getirmektedir (5). Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan değişimler ve ilaç yanıtları **Tablo 1**'de gösterilmiştir (**Tablo 1**).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Kayseri Felahiye İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, md.erhansmk@gmail.com

## SONUÇ

Geriatrik hastalarda çoklu ilaç kullanımını nedeniyle ilaç yan etkilerine karşı dikkatli olunmalıdır. Bu bölümde geriatrik hastalarda kullanılan ilaçlar endikasyonları, dozları ve yan etkileri ile özetlenmeye çalışılmıştır.

## KAYNAKLAR

1. TÜİK. TÜİK Kurumsal Bülten-İstatistiklerle Yaşlılar, 2020 [İnternet]. 2021 Erişim Tarihi: [08 Ocak 2022]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227>
2. Fialová D. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA*. 16 Mart 2005;293(11):1348.
3. Morin L, Vetrano DL, Rizzuto D, Calderón-Larrañaga A, Fastbom J, Johnell K. Choosing Wisely? Measuring the Burden of Medications in Older Adults near the End of Life: Nationwide, Longitudinal Cohort Study. *The American Journal of Medicine*. Ağustos 2017;130(8):927-936. e9.
4. Tjia J, Velten SJ, Parsons C, Valluri S, Briesacher BA. Studies to Reduce Unnecessary Medication Use in Frail Older Adults: A Systematic Review. *Drugs Aging*. Mayıs 2013;30(5):285-307.
5. Johnell K, Klarin I. The Relationship between Number of Drugs and Potential Drug-Drug Interactions in the Elderly: A Study of Over 600 000 Elderly Patients from the Swedish Prescribed Drug Register. *Drug Safety*. 2007;30(10):911-8.
6. Lexi-Comp Inc. Geriatric Dosage Handbook: Including Clinical Recommendations and Monitoring Guidelines 21st Edition. Lexi-Comp Inc.; 2016. 1904 s.
7. UpToDate. General drug information [İnternet]. Erişim Tarihi: [08 Ocak 2022]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/table-of-contents/drug-information/general-drug-information>
8. Olyaei AJ, Bennett WM. American Society of Nephrology, Geriatric Nephrology Curriculum, Chapter 9: Drug Dosing and Renal Toxicity in the Elderly Patient. :7.
9. Öztop KE, Aykaç V, Varım P. Yaşlılarda Kullanılması Uygun Olmayan İlaçlar: Priscus Listesi:7.
10. Leipzig RM. Geriatric Pharmacology and Drug Prescribing for Older Adults. İçinde: Soriano RP, Fernandez HM, Cassel CK, Leipzig RM, editörler. *Fundamentals of Geriatric Medicine* [İnternet]. New York, NY: Springer New York; 2007 Erişim Tarihi: [08 Ocak 2022]. s. 39-55. Erişim adresi: [http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-32326-8\\_3](http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-32326-8_3)
11. Torres-Pérez JF. Use of medications on the elderly:8.
12. Jansen PAF, Brouwers JRBJ. Clinical Pharmacology in Old Persons. *Scientifica*. 2012;2012:1-17.
13. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. Kasım 2015;63(11):2227-46.
14. Andres TM, McGrane T, McEvoy MD, Allen BFS. Geriatric Pharmacology. *Anesthesiology Clinics*. Eylül 2019;37(3):475-92.
15. Fillit H, Rockwood K, Young J, editörler. *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Eighth edition. Philadelphia, PA: Elsevier, Inc; 2017. 1143 s.
16. Katzung BG, Trevor AJ. *Basic et clinical pharmacology*. 2018.
17. Hilal-Dandan R, L.Brunton L. *Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics*. C. 1549. McGraw-Hill New York; 2017.
18. Hodgens A, Sharman T. Corticosteroids [İnternet]. StatPearls [İnternet]. StatPearls Publishing; 2021 Erişim Tarihi: [08 Ocak 2022]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554612/>
19. Türk Dermatoloji Derneği. Kortikosteroid Tedavisi ve Etkileri [İnternet]. Erişim Tarihi: [08 Ocak 2022]. Erişim adresi: <https://turkdermatoloji.org.tr/icerik/detay/143>
20. UpToDate. Comparison of representative topical corticosteroid preparations (classified according to the United States system) [İnternet]. Erişim Tarihi: [08 Ocak 2022]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=DERM%2F62402>
21. Grinnell M, Price KN, Shah A, Butler DC. Antihistamine safety in older adult dermatologic patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. Ocak 2021;S0190962221001729.

# 63. BÖLÜM

## GERİATRİDE DERMATOLOJİK HASTALIKLARA SPESİFİK İLAÇ KULLANIMI

*Düriye Deniz DEMİR SEREN<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Her yaş grubunda olduğu gibi geriatrik popülasyonda da sistemik tedavi gerektiren deri hastalıkları görülebilmektedir. Bu grup hastalarda tedavi planlanırken yaşlanmaya bağlı olarak ilaçların farmakodinamik ve farmakokinetik özelliklerinde değişiklikler meydana gelebileceği göz önüne alınmalıdır. Genel kullanımı ile polifarmasi günde 4-5 adet ve üzeri ilaç kullanımı, klinik endikasyondan fazla ilaç kullanımı, en az bir gereksiz ilaç kullanımını şeklinde ifade edilebilir. Polifarmasi görülme sıklığı yaşlanmayla birlikte artış göstermektedir. Ek olarak hastaların yaş ile bozulabilen organ fonksiyonları da hastalara uygulayacağımız tedavi ve doz seçimini etkilemektedir.

Bu başlıkta dermatolojik hastalıklarda sıkça kullanılan metotreksat, siklosporin, retinoidler, omalizumab ve kolşisin tedavilerinin geriatrik popülasyonda kullanımından bahsedilecektir.

### Geriatrik Popülasyonda Farmakodinamik ve Farmakokinetik Değişiklikler

İlaçların emilimi yaşlanma süreciyle önemli ölçüde değişir. Tükürük salgısının azalması ilaçların çözünmelerini etkiler. Midenin asit salgısının ve gastrointestinal motilitenin azalması mide boşalma süresini uzatır. Kalp debisinin azalması ve splanknik kan akımının azalması emilimi büyük oranda etkiler. İnce bağırsaklardaki, villusların atrofiye olması da yüzeyi azalttığı için emilimde önemlidir. Plazma albümin düzeyi ilaçların etkisini ve dağılım düzeyini belirleyen en önemli parametredir. Sağlıklı yaşlılarda total protein düzeyi normal sınırlarda iken albümin fraksiyonunda azalma gözlenebilmektedir. Tabloya hipoalbuminemi de eklenir ise daha ciddi sorunlara yol açabilir. Geriatrik yaş grubunda kas kitlesi ve vücut su miktarında azalma ile yağ kitlesinde göreceli

<sup>1</sup> Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, ddemirseren@yahoo.com

## SONUÇ

Sonuç olarak geriatrik popülasyonda komorbiditelerin fazlalığı, polifarmasi ve yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak organ fonksiyonlarında bir gerileme mevcuttur. Geriatrik yaş gurubu hastalar tedaviye bağlı yan etki gelişmesine çok daha yatkındırlar. Zorunlu haller dışında geriatrik yaş grubuna sistemik tedavi planlamamak, başlanacak ise de tedaviye düşük dozlarla başlanıp, yakın takip edilmesi sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Polat MU. Yaşlılarda Dermatolojik Tedavi Prensipleri. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*. 2009;2(2):72-8
2. Betancourt BY, Biehl A, Katz JD, Subedi A. Pharmacotherapy Pearls in Rheumatology for the Care of Older Adult Patients: Focus on Oral Disease-Modifying Antirheumatic Drugs and the Newest Small Molecule Inhibitors. *Rheum Dis Clin North Am*. 2018 Aug;44(3):371-391. doi: 10.1016/j.rdc.2018.03.010.
3. Kursewicz C, Valdes-Rodriguez R, Yosipovitch G. Methotrexate in the Treatment of Chronic Itch in the Geriatric Population. *Acta Derm Venereol*. 2020 Jan 23;100(1). doi: 10.2340/00015555-3360.
4. Türkoğlu Z, Emin Özlü E. Metotreksat ve dermatolojide klinik kullanımları. *Göztepe Tıp Dergisi* 29(2):104-110, 2014. doi:10.5222/J.GOZTEPETRH.2014.104
5. Wong JW, Koo JY. The safety of systemic treatments that can be used for geriatric psoriasis patients: a review. *Dermatol Res Pract*. 2012;2012:367475. doi: 10.1155/2012/367475
6. Bourré-Tessier J, Haraoui B. Methotrexate drug interactions in the treatment of rheumatoid arthritis: a systematic review. *J Rheumatol*. 2010 Jul;37(7):1416-21. doi: 10.3899/jrheum.090153
7. Anelli MG, Scioscia C, Grattagliano I, Lapadula G. Old and new antirheumatic drugs and the risk of hepatotoxicity. *Ther Drug Monit*. 2012 Dec;34(6):622-8. doi: 10.1097/FTD.0b013e31826a6306.
8. Ergun T. Psoriasisın Sistemik Tedavi Kılavuzu: Yöntem Seçimi ve izleme ilgili Pratik Öneriler, Tartışmalı konular. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2007; 1: 8-14
9. Onsun N. Siklosporin ,*Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50(Suppl 1):26-8
10. Balato N, Patruno C, Napolitano M, Patri A, Ayala F, Scarpa R. Managing moderate-to-severe psoriasis in the elderly. *Drugs Aging*. 2014 Apr;31(4):233-8. doi: 10.1007/s40266-014-0156-6.
11. Howell AN, Ghamrawi RI, Strowd LC, Feldman SR. Pharmacological management of atopic dermatitis in the elderly. *Expert Opin Pharmacother*. 2020 May;21(7):761-771. doi: 10.1080/14656566.2020.1729738.
12. Tanei R. Atopic Dermatitis in Older Adults: A Review of Treatment Options. *Drugs Aging*. 2020 Mar;37(3):149-160. doi: 10.1007/s40266-020-00750-5.
13. Demirseren D, Emre S, Ateşka Ü, Metin A. Prospective analysis of skin findings of patients admitted to a geriatric outpatient clinic *Turkish Journal of Geriatrics* 2010; 13 (2) 87-91
14. Slobodnick A, Shah B, Pillinger M.H., Krasnokutsky S. Colchicine :Old and new. *Am J Med*. 2015 May; 128(5): 461-470. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.12.010.
15. Erdoğan C, Esra Terzi Demirsoy E.T. Kolsişin ilişkili Pansitopeni ve Polinöropati *Kocaeli Medical J* 2017; 6: 3:77-80
16. Cheng VCC, Ho PL, Yuen KY. Two probable cases of serious drug interaction between clarithromycin and colchicine. *South Med J*. 2005; 98(8):811-3. doi: 10.1097/01.SMJ.0000163315.02563.B2.
17. Dogukan A, Oymak FS, Taskapan H, Güven M, Tokgoz B, Utaş C. Acute fatal colchicine intoxication in a patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Possible role of clarithromycin administration. *Clin Nephrol*. 2001; 55(2):181-2.
18. Sadiq NM, Robinson KJ, Terrell JM. Colchicine. 2020 Jun 13. In: *StatPearls* [Internet].
19. Kocaturk EG, Aktan Ş, Atakan N ve ark. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016 *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50:82-98
20. Ali AK, Hartzema AG. Assessing the association between omalizumab and arteriothrombotic events through spontaneous adverse event reporting. *J Asthma Allergy* 2012; 5: 1-9. doi: 10.2147/JAA.S29811
21. McKeage K. Omalizumab: a review of its use in patients with severe persistent allergic asthma. *Drugs* 2013; 73: 1197-212. doi: 10.1007/s40265-013-0085-4
22. Öztürk RT, Ediger D .Ağır Astımda Anti-IgE Tedavisinin Yeri Anti. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2015; 3 (2): 208-214 .
23. Nettis E, Cegolon L, Di Leo E, Canonica WG, Detoraki A; Italian OCUREL Study Group. Omalizumab in elderly patients with chronic spontaneous urticaria: An Italian real-life experience. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2018 Mar;120(3):318-323. doi: 10.1016/j.anai.2017.12.007.
24. Ventura MT, Cassano N, Romita P, Vestita M, Foti C, Vena GA. Management of chronic spontaneous urticaria in the elderly. *Drugs Aging*. 2015 Apr;32(4):271-82. doi: 10.1007/s40266-015-0249-x.
25. Kurien G, Jamil RT, Preuss CV. Dapsone. [Updated 2021 Feb 17]. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan
26. Koca R. Dapsone. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2014;7(2):43-8

# 64. BÖLÜM

## BÖBREK YETMEZLİĞİNDE İLAÇ KULLANIMI

*Bilge SÖNMEZ<sup>1</sup>*

### GİRİŞ

Geçmişten günümüze hekimliğin temel ilkelelerinden biri; etkin ve yeterli tedaviyi hastaya zarar vermeden yapabilmeyi sağlamaktır. Tıbbi hatalara bağlı ölümlerin hızla arttığı günümüzde, en önemli önlenebilir tıbbi hatalardan biri de uygun olmayan ilaç kullanımımızdır. Hatalı ilaç kullanımı sonucu ortaya çıkan yan etkiler ve ilaç etkileşimleri ek sağlık problemlerini beraberinde getirir. Hastanede yatış süresinin uzaması ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarında artışına neden olabilir (1). Böbrek yetmezliği, ilaçların güvenli bir şekilde uygulanmasını tehdit eden önemli bir komorbid durumdur. Kullanılan birçok terapötik ajanın metabolizması ve klirensi böbrekte gerçekleşir. Böbrek fonksiyonlarının azalması ilaçların farmokokinetik ve farmakodinamiğinin değişmesine neden olur. Ayrıca böbrek yetmezliği olan hastalarda eşlik eden diyabetes mellitus (DM), aterosklerotik hastalıklar ve hipertansiyon gibi komorbid

durumlar polifarmasiye neden olur. Bu durum ilaçlara bağlı yan etki ve nefrotoksisite riskinde artışla sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle böbrek yetmezliği olan hastalara farmakoterapik yaklaşımda; hastanın değişen fizyolojisinin kapsamı ve doz rejimlerinin tasarımını etkileyen farmakokinetik ilkeler göz önünde bulundurularak optimal ilaç kullanımı ile böbrek fonksiyonlarını korumak hedeflenmelidir (2,3).

Böbrek yetmezliği ister akut ister kronik olsun farmakoterapide izlenecek bazı adımlar vardır (**Tablo 1**) (4). Hasta hekime başvurduğunda ilk adım ayrıntılı bir öykü almaktır. Özgeçmişinde reçeteli ve reçetesiz kullandığı tüm ilaçlar, alerji ve toksisite öyküsü sorgulanmalı, ilaç farmokokinetik ve farmakodinamiğini etkileyebilecek vücut ağırlığı, boy, ekstrasellüler sıvı hacmi, böbrek fonksiyon parametreleri, karaciğer fonksiyon testleri ve albümin düzeyi gibi laboratuvar parametreleri ölçümleri yapılmalıdır (5-7). Sonrasında hastanın

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Batıkent Şht. Kr. Plt. Ütğm. Burak Abikebaşı Aile Sağlığı Merkezi, bilgesnmez@yahoo.com



## KAYNAKLAR

- Hassan Y, Al-Ramahi RJ, Aziz NA, Ghazali R: Impact of a renal drug dosing service on dose adjustment in hospitalized patients with chronic kidney disease. *Ann Pharmacother* 2009;43:1598-1605.
- Tonelli M, Wiebe N, Manns BJ et al. Comparison of the complexity of patients seen by different medical subspecialists in a universal health care system. *JAMA Netw Open* 2018;1:e184852.
- Drug Use and Dosing in Chronic Kidney Disease Yahaya Hassan, 1Pharm D, Rowa'J Al-Ramahi, 1MSC, Noorizan Abd Aziz, 1Pharm D, Rozina Ghazali, 2MBBS, MRCP
- Matzke GR. Drug dosing in renal failure. In: DiPiro J, Talbert R, Yee G, Matzke GR, Wells B, Posey L (eds). *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*, 8th edn. McGraw-Hill: New York, NY, 2011.
- Swan SK, Bennett WM. Drug dosing guidelines in patients with renal failure. *West J Med* 1992;156:633-8.
- Kappel J, Calissi P. Safe drug prescribing for patients with renal insufficiency. *CMAJ* 2002;166:473-7.
- Perazella MA, Parikh C. Pharmacology. *Am J Kidney Dis* 2005; 46:1129-39.
- J. Nagai, M. Takano Molecular aspects of renal handling of aminoglycosides and strategies for preventing the nephrotoxicity *Drug Metab Pharmacokinet*, 2004; 19 (3), pp. 159-170.
- Humes HD: Aminoglycoside nephrotoxicity. *Kidney Int* 1988; 33:900-911.
- Guo X, Nzerue C: How to prevent, recognize, and treat drug-induced nephrotoxicity. *Cleve Clin J Med* 2002;69:289.
- Muriithi AK, Nasr SH, Leung N. Utility of urine eosinophils in the diagnosis of acute interstitial nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2013 Nov;8(11):1857-62.
- Burgess LD, Drew RH. Comparison of the incidence of vancomycin-induced nephrotoxicity in hospitalized patients with and without concomitant piperacillin-tazobactam. *Pharmacotherapy*. 2014 Jul;34(7):670-6.
- Newman TJ, Dreslinski GR, Tadros SS. Safety profile of aztreonam in clinical trials. *Rev Infect Dis*. 1985 Nov-Dec;7 Suppl 4:S648-55. doi: 10.1093/clinids/7.supplement\_4.s648. PMID: 2934785.
- Cotner SE, Rutter WC, Burgess DR, Wallace KL, Martin CA, Burgess DS. Influence of  $\beta$ -Lactam Infusion Strategy on Acute Kidney Injury. *Antimicrob Agents Chemother*. 2017;61(10):e00871-17. Published 2017 Sep 22. doi:10.1128/AAC.00871-17
- Martha Catalina Morales-Alvarez, Nephrotoxicity of Antimicrobials and Antibiotics, *Advances in Chronic Kidney Disease*, Volume 27, Issue 1, 2020, Pages 31-37, ISSN 1548-5595. Thorsteinsson SB, Bergan T, Oddsdottir S, Rohwedder R, Holm R. Crystalluria and ciprofloxacin, influence of urinary pH and hydration. *Chemotherapy*. 1986;32(5):408-17. doi: 10.1159/000238444. PMID: 3019613.
- Steven T. Bird, Mahyar Etminan, James M. Brophy, Abraham G. Hartzema and Joseph A.C. Delaney Risk of acute kidney injury associated with the use of fluoroquinolones *CMAJ*, July 09, 2013 185 (10) E475-E482; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.121730>
- Cheah CY, De Keulenaer B, Leahy MF. Fluoroquinolone-induced immune thrombocytopenia: a report and review. *Intern Med J*. 2009 Sep;39(9):619-23. doi: 10.1111/j.1445-5994.2009.01996.x. PMID: 19769684.
- Sinha Ray A, Haikal A, Hammoud KA, Yu AS. Vancomycin and the Risk of AKI: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016 Dec 7;11(12):2132-2140. doi: 10.2215/CJN.05920616. Epub 2016 Nov 28. PMID: 27895134; PMCID: PMC5142072.
- Cosgrove SE, Vigliani GA, Fowler VG Jr, Abrutyn E, Coe GR, Levine DP, Rupp ME, Chambers HF, Karchmer AW, Boucher HW. Initial low-dose gentamicin for *Staphylococcus aureus* bacteremia and endocarditis is nephrotoxic. *Clin Infect Dis*. 2009 Mar 15;48(6):713-21. doi: 10.1086/597031. PMID: 19207079.
- G. Abraham, D. Finkelberg, L.M. Spooner Daptomycin-induced acute renal and hepatic toxicity without rhabdomyolysis *Ann Pharmacother*, 2008; 42 (5) , pp. 719-721.
- Kim J, Lee KH, Yoo S, Pai H. Clinical characteristics and risk factors of colistin-induced nephrotoxicity. *Int J Antimicrob Agents*. 2009 Nov;34(5):434-8. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2009.06.028. Epub 2009 Sep 1. PMID: 19726164.
- Spapen H, Jacobs R, Van Gorp V, Troubleyn J, Honoré PM. Renal and neurological side effects of colistin in critically ill patients. *Ann Intensive Care*. 2011;1(1):14. Published 2011 May 25. doi:10.1186/2110-5820-1-14
- Antela A, Aguiar C, Compston J, Hendry BM, Boffito M, Mallon P, Pourcher-Martinez V, Di Perri G. The role of tenofovir alafenamide in future HIV management. *HIV Med*. 2016 May;17 Suppl 2:4-16. doi: 10.1111/hiv.12401. PMID: 26952360.
- Goldfarb DS, Coe FL. Fosfarnet crystal deposition and renal failure. *Am J Kidney Dis*. 1998 Sep;32(3):519-20. doi: 10.1053/ajkd.1998.v32.pm9740173. PMID: 9740173.
- <https://titck.gov.tr/storage/kubKtAttachments/RWY-3niWOBW9Qt.pdf>
- [https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/11/Yeni\\_Antiviraller\\_Cagri\\_Buke.pdf](https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/11/Yeni_Antiviraller_Cagri_Buke.pdf)
- James WD, Berger TG, Elston DM. *Viral Diseases. Andrews' Diseases of Skin: Clinical Dermatology* de. 10. Baskı. Toronto, Saunders Elsevier, 2006; 367-415.
- Brodell RT, Zurakowski JE. Childhood shingles. Herpes zoster can occur in healthy children too. *Postgrad Med* 2004; 115:63-65.
- Whitley RJ. Varicella-zoster virus infections. In: Kasper LD, Braunwald E, Fauci SA, Hauser LS, Longo LD, Jameson LJ (eds). *Harrison's Principles Internal Medicine*. 16th ed. United States of America, McGraw-Hill, 2005; pp. 1042-45.
- <https://www.medicines.org.uk/emc/product/874/smp-c#gref>
- Markowitz GS, Nasr SH, Stokes MB, D'Agati VD. Treatment with IFN- $\alpha$ , - $\beta$ , or - $\gamma$  is associated with collapsing focal segmental glomerulosclerosis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010 Apr;5(4):607-15. doi: 10.2215/CJN.07311009. Epub 2010 Mar 4.
- Berman B, Caperton CV. Interferons. In: Wolverton SE, ed. *Comprehensive Dermatologic Drug Therapy*. 3rd ed. China: Elsevier; 2013 p.269-78.

33. Wills RJ. Clinical pharmacokinetics of interferons. *Clin Pharmacokinet* 1990;19(5):390-9.
34. Ozdag F, Akar A, Eroglu E, Erbil H. Acute rhabdomyolysis during the treatment of scleromyxedema with interferon alfa. *J Dermatolog Treat* 2001;12(3):167-9.
35. Alexander BD, Wingard JR. Study of renal safety in amphotericin B lipid complex-treated patients. *Clin Infect Dis*. 2005 May 1;40 Suppl 6:S414-21. doi: 10.1086/429335. PMID: 15809928. B. Wegner, P. Baer, S. Gauer, G. Oremek, I.A. Hauser, H. Geiger
36. Caspofungin is less nephrotoxic than amphotericin B in vitro and predominantly damages distal renal tubular cells *Nephrol Dial Transplant*, 2005; 20 (10) , pp. 2071-2079
37. [https://www.drugs.com/dosage/amphotericin-b.html#Renal\\_Dose\\_Adjustments](https://www.drugs.com/dosage/amphotericin-b.html#Renal_Dose_Adjustments)
38. Munar MY, Singh H: Drug dosing adjustments in patients with chronic kidney disease. *Am Fam Physician* 2007;75:1487-1496
39. Wagner LA, Tata AL, Fink JC: Patient safety issues in CKD: core curriculum 2015. *Am J Kidney Dis* 2015;66:159-169
40. Church MK. Safety and efficacy of bilastine: a new H(1)- antihistamine for the treatment of allergic rhinoconjunctivitis and urticaria. *Expert Opin Drug Saf*. 2011; 10(5):779-793
41. Matzke GR, Halstenson CE, Opsahl JA, Hilbert J, Perentesis G, Radwanski E, Zampaglione N. Pharmacokinetics of loratadine in patients with renal insufficiency. *J Clin Pharmacol*. 1990; 30(4):364-371.
42. Sastre J. Ebastine in allergic rhinitis and chronic idiopathic urticaria. *Allergy*. 2008; 63 Suppl 89:1-20
43. Matzke GR, Yeh J, Awni WM, Halstenson CE, Chung M. Pharmacokinetics of cetirizine in the elderly and patients with renal insufficiency. *Ann Allergy*. 1987; 59(6 Pt 2):25-30.
44. Kreutner W, Hey JA, Anthes J, Barnett A, Young S, Tozzi S. Preclinical pharmacology of desloratadine, a selective and non-sedating histamine H1 receptor antagonist. 1st communication: receptor selectivity, antihistaminic activity, and antiallergenic effects. *Arzneimittelforschung*. 2000;50(4):345-352.
45. Remick SC, Ramanathan RK, Mulkerin D, et al. P-5340: a phase 1 pharmacokinetic study of STI-571 in patients (pts) with advanced malignancies and varying degrees of renal dysfunction *proc Am Soc Clin Oncol* 2003;22;126.
46. [https://www.drugs.com/dosage/methotrexate.html#Renal\\_Dose\\_Adjustments](https://www.drugs.com/dosage/methotrexate.html#Renal_Dose_Adjustments)
47. Gibbons, J, Egorin, MJ, Ramanathan, RK, et al. Phase I and pharmacokinetic study of imatinib mesylate in patients with advanced malignancies and varying degrees of renal dysfunction: a study by the National Cancer Institute Organ Dysfunction Working Group. *J Clin Oncol* 2008; 26:570.
48. Maza A, Montaudie H, Sbidian E, et al. Oral cyclosporin in psoriasis: a systemic review on treatment modalities, risk of kidney toxicity and evidence for use in non-plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25(Suppl 2):19-27.
49. Henze A, Frey SK, Raila J, Scholze A, Spranger J, Weickert MO, Tepel M, Zidek W, Schweigert FJ. Alterations of retinol-binding protein 4 species in patients with different stages of chronic kidney disease and their relation to lipid parameters. *Biochem Biophys Res Commun*. 2010 Feb 26;393(1):79-83.
50. Armaly Z, Haj S, Bowirrat A, et al. Acute kidney injury following isotretinoin treatment. *Am J Case Rep* 2013;14:554-6.
51. Akdeniz S. Yerk. The Management of the Patient Using Glucocorticoid *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi Cilt: 10 Sayı: 1 Ocak - Şubat 2018*

# 65. BÖLÜM

## İLAÇLARA BAĞLI GELİŞEN KARACİĞER HASARINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR

İzzet FİDANCI<sup>1</sup>  
Erdem KOÇAK<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması ile ilaç kullanımında da orantılı olarak artış meydana gelmektedir. Özellikle son yıllarda birçok alanda olduğu gibi dermatolojide de yeni tedavi yöntemleri ve çoklu ilaç kullanımı yaygın olarak günlük pratiğimize girmiştir. Bu nedenle özellikle bu tedavileri uygulayan hekimlerin ilaç etkileşimleri ve ilaç toksisitesi konusunda daha ayrıntılı bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Günümüzde ilaç kullanımı ile karaciğer hastalıkları konusu klinik deneyimler sonucu açıklık kazanmış ve bu deneyimler sonucu kronik karaciğer hastalığı olan ve olmayan kişilerde farklı tedavi protokolleri kullanılması gerektiği gösterilmiştir.

Güncel bilgilerimiz doğrultusunda bazı grup ilaçlar için toksisite potansiyeli bilinmekle birlikte yine de ilaçların çoğunun toksik potansiyellerini net olarak bilmiyoruz. İlaça bağlı toksik reaksi-

yonlar 1-2 saat gibi kısa süre içinde bile gelişebileceği için özellikle kronik karaciğer hastalığı veya daha önce ilaca bağlı toksik hepatit tanısı alan hastalarda toksisite riski bilinen veya yeterli veri olmayan yeni grup ilaçlarda daha dikkatli olmak gerekmektedir.

İlaçların toksik reaksiyonları kanıta dayalı olarak bildirilmekte olup, özellikle de ilacın kullanım dozu ile ilişkili olabilecek olanlar öngörülebilir. Karaciğer hastalıkları için toksik reaksiyonun oluşma süresine, klinik seyrine ya da patolojik bulgularına göre çeşitli sınıflamaları mevcuttur (1).

İlaçların sebep olduğu toksik reaksiyonlar sadece karaciğerde değil böbreklerde de olabilmektedir ancak ilaç karaciğer toksisitesinde tanı, takip ve tedavi böbreklere göre daha karmaşıktır ve dolayısıyla da zorluklar içermektedir (1,2). İşlevi bakımından karaciğer vücut için hayati bir öneme sahip olup, farmakolojik tedavilerin hedef

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD., izzetfidanci@hacettepe.edu.tr

<sup>2</sup> Prof. Dr., İstinye Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Liv Hospital Vadi İstanbul, kocak67@hotmail.com

**KAYNAKLAR**

- Sonsuz A. İlaç ve Karaciğer. 11.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 30 Eylül - 04 Ekim 2009, 148-150.
- O'Grady JG. Management of liver failure. Surgery of the Liver, Biliary Tract, and Pancreas. (Eds: Blumgart LH) 2007, Saunders, pp: 1541-7.
- Detry O, Honore P, Meurisse M, Jacquet N. Management of fulminant hepatic failure. Acta Chir Belg 1998; 98: 235-40.
- Topaloglu S, Yankol Y, Küçükartallar T, Ocak İ, Doğruer K ve ark. Karaciğer yetmezliği tedavisinde nonbiyolojik destek sistemlerinin yeri. Yoğun Bakım Dergisi 2010; 1: 14-20.
- Arıcı S. Toksik hepatit. Pamukkale Tıp Dergisi. 2008; (2): 113-119.
- Sgro C, Clinard F, Ouazir K, Chanay H, Allard C, Guilleminet C, Lenoir C, Lemoine A, Hillon P. Incidence of drug-induced hepatic injuries: a French population-based study. Hepatology. 2002 Aug;36(2):451-5. doi: 10.1053/jhep.2002.34857. PMID: 12143055.
- Holt M, Ju C. Drug-induced liver injury. Handb Exp Pharmacol. 2010;(196):3-27. doi: 10.1007/978-3-642-00663-0\_1. PMID: 20020257.
- Peker E, Cagan E, Dogan M. Ceftriaxone-induced toxic hepatitis. World J Gastroenterol. 2009; 15(21): 2669-2671. doi:10.3748/wjg.15.2669
- Dereci S, Akçam M. Çocukluk Çağında İlaçlara ve Bitkisel Ürünler Bağlı Gelişen Hepatotoksisite. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2016; 34-41.
- Kandemir Ö, Kaya A. Hepatik ve Renal Yetmezlikte Antibiyotik Kullanımı. Klimik Dergisi 2000;13(1):3-7.
- Ekmekyapar M, Gürbüz Ş. Antiviral Drugs and Their Toxicities. Eurasian Journal of Toxicology. 2019; 1(3): 77-84.
- Rauch A, Nolan D, Martin A, et al. Prospective genetic screening decreases the incidence of abacavir hypersensitivity reactions in the Western Australian HIV cohort study. Clin Infect Dis 2006; 43: 99-102.
- Hayden FG. Antiviral agents (Non retroviral) Goodman- Gillman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 11th ed. McGraw-Hill; Chapter 49. 2006. p.1247-9.
- Aktaş F. Antiviral Ajanlar. Flora 1997;4:227-35.
- Gündüz K. Sistemik antifungal ilaçların güvenilirliği. TÜRKDERM 2003; 37: 294-301
- Kölemen F: Oral antimikotik ilaçlar. XII. Prof. Dr. A. Lütü Tat Sempozyum Kitabı (Ana Konular). Ankara, Ayrıntı Ofset, 1995: 210-4.
- Smith EB. The treatment of dermatophytosis: safety considerations. J Am Acad Dermatol 2000; 43: S113-9.
- Bennett ML, Fleischer AB, Loveless JW, Feldmann SR: Oral griseofulvin remains the treatment of choice for tinea capitis in children. Pediatr Dermatol 2000; 17: 304-9.
- Konnikov N: Oral antifungal agents. In: Dermatology in General Medicine. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. 5th ed. New York, McGraw-Hill, 1999: 2847-52.
- Smith EB: The treatment of dermatophytosis: safety considerations. J Am Acad Dermatol 2000; 43: S113-9.
- Gupta AK, Shear NH: Terbinafine: An update. J Am Acad Dermatol 1997; 37: 979-88.
- Sayın Kutlu S. Azol Grubu Antifungaller. Batı Anadolu Mantar Çalışma Grubu. Mantar Sempozyumu İzmir. 12-13 Aralık 2009;38-9.
- Kaya O. Ekinokandin Grubu Antifungaller. Batı Anadolu Mantar Çalışma Grubu. Mantar Sempozyumu İzmir. 12-13 Aralık 2009; 40-3.
- Bilge, B. A. Ş. (2016). Nadir bir olgu: anabolik steroidlere bağlı karaciğer sirozu. Akademik gastroenteroloji dergisi, 15(2), 90-91.
- Cetinkaya A, Kantarceken B, Bülbüloğlu K, Kurutas EB. The effects of L- carnitine on cyclophosphamide-induced oxidative liver and intestinal damage in rats. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009; 29: 1161-7.
- Karsen H, Çalışır C, Duygu F, et al. Zayıflama çayı kullanımına bağlı gelişen akut hepatit: bir olgu sunumu. Van Tıp Dergisi 2011;18:110-2.
- Lucena MI, García-Cortés M, Cueto R, et al. Assessment of drug induced liver injury in clinical practice. Fundam Clin Pharmacol 2008; 22: 141-58.
- Lozano-Lanagrán MI, Robles M, Lucena MI, Andrade RJ. Hep- atotoxicity in 2011-advancing resolutely. Rev Esp Enferm Dig 2011; 103: 472-9.
- Ateş G, Yıldız T, Akyıldız L. Tüberküloz tedavisinde hepatotoksisite. Dicle Med J 2008; 35: 5-9.
- Maddukuri VC, Bonkovsky HL. Herbal and dietary supplement hepatotoxicity. Clinical Liver Disease 2014; 4: 1-3.
- Tucer D. Gıda zehirlenmeleri ve toksik hepatit. Güncel Gastroenteroloji 2015; 19: 188-96.
- Özarmagan G. Sistemik retinoidler. Turkderm 2016; 50: 24.
- Lee CS, Koo J. A review of acitretin, a systemic retinoid for the treatment of psoriasis. Expert Opin Pharmacother 2005; 6: 1725-34.
- Saurat JH, Kuenzli S: Retinoids. In: Bologna J, Jorizzo J, Rapini R: Dermatology'de. 1.st. London, Mosby Elsevier; 2003:1991-2006.
- Roenigk HH Jr, Callen JP, Guzzo CA, et al. Effects of acitretin on the liver. J Am Acad Dermatol 1999; 41: 584-8.
- Fıdancı İ, Ozturk O. A Case of Hypertriglyceridemia Associated with Acitretin Use. Smyrna Medical Journal 2018; 3: 44-46.
- Campoli-Richards D, Buckley M, Fitton A. Cetirizine, a review of its pharmacological properties and clinical potential in allergic rhinitis, pollen-induced asthma, and chronic urticaria. Drugs 1990; 40:762-81.
- Arendt C, Bernheim J. Double-blind comparison of maintenance treatment of chronic idiopathic urticaria by cetirizine and terfenadine. Curr Ther Res 1989; 46: 724-34.
- İrfan Yavaşoğlu İ, Coskun A, Yaşa H, Yükselen V. Nadir Bir Olgu: Setirizin Kullanımına Bağlı Toksik Hepatit. Fırat Tıp Dergisi 2005; 10(3): 139-140.

40. Sanchez-Lombrana JL, Alvarez RP, Saez LR, Oliva NP, Martinez RM. Acute hepatitis associated with cetirizine intake. *J Clin Gastroenterol.* 2002; 34: 493-5.
41. T.C.Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni Mayıs 2018 Cilt: 5 Sayı: 5 S5.
42. Dávila I, del Cuavillo A, Mullol J, Jáuregui I, Bartra J, et al. Use of Second Generation H1 Antihistamines in Special Situations. *Journal of investigational allergology & clinical immunology* 2013;23:1-16.
43. Emet M, Yayla M. Asetaminofen (Parasetamol) Zehirlenmesi. *Turkiye Klinikleri J Emerg Med-Special Topics* 2016; 2(1): 51-7.
44. Hatipoğlu N, Kurtoğlu S, Keskin M, Kendirci M. Topikal steroid kullanımına bağlı iyatrojenik Cushing sendromu. *Erciyes Tıp Dergisi* 2007; 29(2): 155-158.
45. Zimmerman HJ, Ishak KG. General aspects of drug-induced. *Gastroenterol Clin North Am* 1995;24:739-57.
46. Viral Hepatitlerin Takip ve Tedavisinde Yaklaşım- Antibiyotiklerin Akılcı Kullanımı Kursu. 3-4 Ekim 2009 İstanbul

# 66. BÖLÜM

## ÖZEL DURUMLARA GÖRE TOPİKAL İLAÇLARIN SEÇİMİ

Emine TAMER<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Topikal tedavi dermatolojik tedavinin en çok kullanılan ve iyi bilinmesi gereken kolunu oluşturur. Topikal ajanların hem uygun endikasyonda hem de uygun doz ve sürede doğru kullanımı büyük önem taşır. Her yaş grubundan hasta ile karşılaştığımız klinik pratiğimizde bebekler, çocuklar, gebeler, emzirenler ve yaşlılar özelinde topikal ilaçların doğru seçimi ve dikkat edilmesi gereken unsurlar verilmeye çalışılacaktır.

### YENİDOĞANDA TOPİKAL İLAÇLARIN SEÇİMİ

Yenidoğan döneminde deri henüz matürasyonunu tamamlamamış ve vücut yüzey alanı çok küçük olduğundan uygun topikal ilacın seçimi ve gereksiz kullanımından kaçınılması önemlidir. Yenidoğan döneminde deriye haricen uygulanan ajanlar ciddi lokal ya da sistemik toksik etki oluşturabilir.

Bu nedenle bu dönemde topikal uygulamalar çok gerekli durumlarda güvenilir ajanlarla yapılmalı ve kısa süreli olmalıdır. Yenidoğan döneminde sebace hiperplazi, eritema toksikum neonatarum gibi sık görülen ve kendiliğinden düzelebilen durumlarda bebeğin tedavisiz bırakılıp gözlem altında tutulması yerinde olacaktır (1, 2).

### GÖBEK KORDONU BAKIMI

Yenidoğanda göbek kordonu bakteriyel kolonizasyonun hızla geliştiği bir bölgedir. Az gelişmiş ülkelerde veya hijyen şartlarının kötü olduğu bebeklerde sepsise ilerleyerek ciddi morbidite ve mortalite sebebi olabilir. Hijyenik koşulları iyi bir bebekte pamuk ya da gazlı beze az miktarda dökülerek günde bir kez 5-7 gün uygulanacak jansiyen morunun %1'lik (Gentian violet) konsantrasyonunun pek çok enfeksiyöz ajana karşı etkili olduğu üzerinde durulmaktadır. Diğer antiseptik ajanlara aşağıda yer verilmiştir (3).

<sup>1</sup> Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, eminettamer@yahoo.com.tr

**KAYNAKLAR**

1. Hoeger, PH. (2006). Physiology of neonatal skin. John Harper, Arnold Oranje, Neil Prose (Ed.), Textbook of pediatric dermatology içinde (s.42-47). Turin: Blackwell Publishing.
2. Karabulut, AA. Yenidoğanda deri fizyolojisi ve topikal ilaç kullanımı. *Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi*. 2011; 45 (2): 60-67. Doi: 10.4274/turkderm.45s11
3. Zupan J, Garner P, Omari AA. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 2004 (3): 1-22. Doi: 10.1002/14651858.CD001057.pub2
4. Howard R. The appropriate use of topical antimicrobials and antiseptics in children. *Pediatr Ann*. 2001;30(4): 219-24. doi: 10.3928/0090-4481-20010401-11
5. Koçak, M. (2018). Topikal tedaviler. Neslihan Şendur (Ed.), *Pediatric Dermatoloji Rehberi içinde* (195-214). Ankara: Dünya Tıp Kitabevi.
6. Lukas A, Wolf G, Folster-Holst R. Special features of topical and systemic dermatologic therapy in children. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2006; 8: 658-76.
7. İkizoğlu G. Yenidoğanda yerel tedavi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 2007; 3: 91-96.
8. Ashton R, Weinstein M. Acne Vulgaris in the Pediatric Patient. *Pediatr Rev*, 2019; 40(11): 577-589. doi: 10.1542/pir.2018-0137
9. Yan AC, Baldwin HE, Eichenfield LF. Approach to pediatric acne treatment: an update. *Semin Cutan Med Surg*, 2011; 30(3): 16-21. doi: 10.1016/j.sder.2011.07.004
10. Murase JE, Heller MM, Butler DC. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: Part I. *Pregnancy*. *J Am Acad Dermatol*, 2014;70(3): 401-415. doi: 10.1016/j.jaad.2013.09.010
11. Doğan B, Karabudak Ö. Gebelik ve laktasyonda dermatolojik ilaç kullanımı. *Türkderm*, 2007; 41: 8-12.
12. Aksoy B. Özel durumlarda tedavi. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol*, 2020; 54: 45-49.
13. Polat MU. Yaşlılarda dermatolojik tedavi prensipleri. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*, 2009; 2(2): 72-78.
14. Akay BN, Peksarı Y. Yaşlılarda görülen enfeksiyonlar ve enfestasyonlar. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*, 2009; 2(2): 24-29.
15. Tüzün Y, Çakıl B, Keskin S. Kserozis, pruri ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*, 2009; 2(2): 16-19.

# 67 • BÖLÜM

## ÖZEL DURUMLARDA BİYOLOJİK TEDAVİ KULLANIMI

Güneş GÜR AKSOY<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Biyolojik tedaviler, başta psoriasis olmak üzere, ürtiker, atopik dermatit, otoimmün büllöz hastalıklar gibi pek çok hastalığın tedavisinde güvenli bir şekilde başarılı tedavi sonuçları almamızı mümkün kılmıştır. Biyolojik tedavilerin en ideal şekilde başarıyla uygulanabilmesi bazı özel durumlarda incelikler taşımaktadır. Gebelik ve laktasyonda, çocukluk çağında kullanımları, biyolojik tedavi alırken cerrahi işlemlerin planlanması, malignensi öyküsü olan hastalarda biyolojik tedavi planlanması bu özel durumlar arasındadır. Hepatit, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği, HIV pozitif hastalar gibi ek hastalıklar varlığında da biyolojik tedavileri özel noktalara dikkat ederek başarıyla kullanabiliriz. Bu derlemenin amacı bu özel hastalar için ideal tedavi planını oluşturacak kritik bilgilerin özetlenmesidir.

### BİYOLOJİK TEDAVİ KULLANIMI

Psoriasis hastalarının %55-56'sı gebelikte düzelenirken, %18-25'inin lezyonları stabilize olur. Ancak %25-26 kadar hastada kötüleşme yaşanabilir. Postpartum dönemde ise hastaların %50-65'i hastalıklarında alevlenme yaşarlar (1,2). Her ne kadar psoriasisin fetüs ya da gebelik üzerinde olumsuz etkisi olduğuna dair net kanıt bulunmasa da, bazı bildirimler spontan abortus riski, artmış sezeryan doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek oranlarının bu popülasyonda daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Hastalığı kontrol altında olan kişilerde sistemik farmakoterapinin kesilmesi daha akılcı bir yol olacaktır. Ancak şiddetli hastalık varlığında tedavinin devamlılığı gerekli olabilir (1). Biyolojik ilaçlardan; infliksimab, adalimumab, etanersept, sertolizumab pegol, TNF- $\alpha$ 'yı antagone eden Anti-TNF- $\alpha$  ajanlardır. Etanersept

<sup>1</sup> Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, gunesgur@gmail.com



## SONUÇ

Özel durumlar tedavi açısından pek çok zorluğu beraberinde taşısa da, kritik bilgilerle donandığımız zaman biyolojik tedaviler son derece güvenli bir şekilde zor hastalıklarımızda neredeyse tama yakın iyileşmeyi mümkün kılan, hastalıklarla savaşmada elimizi kuvvetlendiren immunsupresyondan çok immunmodulatuvar ajanlardır.

## KAYNAKLAR

- Owczarek W, Walecka I, Lesiak A, Czajkowski R, Reich A, Zerda I, Narbutt J. The use of biological drugs in psoriasis patients prior to pregnancy, during pregnancy and lactation: a review of current clinical guidelines. *Postepy Dermatol Alergol.* 2020 Dec;37(6):821-830.
- Nast A, Smith C, Spuls PI, Avila Valle G, Bata-Csörgő Z, Boonen H, ve ark. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 2: specific clinical and comorbid situations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021 Feb;35(2):281-317.
- Alper S, Koç E. Biyolojik ajan kullanımı. *Türkiye Psoriasis Tedavi Kılavuzu 2021.* Turkderm.
- Yavuz C, Özyurt K. Özel durumlarda biyolojik tedaviler; gebelik, emzirme, cerrahi girişim vb. Karadağ AS, editör. *Dermatolojide Biyolojik Tedaviler.* 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.139-46.
- Weber-Schoendorfer C, Oppermann M, Wacker E, Bernard N; network of French pharmacovigilance centres, Beghin D, Cuppers-Maarschalkerveer B, ve ark. Pregnancy outcome after TNF- $\alpha$  inhibitor therapy during the first trimester: a prospective multicentre cohort study. *Br J Clin Pharmacol.* 2015 Oct;80(4):727-39.
- Thatiparthi A, Martin A, Liu J, Egeberg A, Wu JJ. Biologic Treatment Algorithms for Moderate-to-Severe Psoriasis with Comorbid Conditions and Special Populations: A Review. *Am J Clin Dermatol.* 2021 Apr 16:1-18.
- Monks G, Rivera-Oyola R, Lebowitz M. The Psoriasis Decision Tree. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021 Apr;14(4):14-22.
- Kimball AB, Guenther L, Kalia S, de Jong EMGJ, Laferty KP, Chen DY, Langholff W, Shear NH. Pregnancy Outcomes in Women With Moderate-to-Severe Psoriasis From the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). *JAMA Dermatol.* 2021 Mar 1;157(3):301-306.
- Smith CH, Yiu ZZN, Bale T, Burden AD, Coates LC, Edwards W, ve ark; British Association of Dermatologists' Clinical Standards Unit. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2020: a rapid update. *Br J Dermatol.* 2020 Oct;183(4):628-637.
- Doğan Günaydın S. Pediatrik yaş grubunda biyolojik ajanların kullanımı. Karadağ AS, editör. *Dermatolojide Biyolojik Tedaviler.* 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.126-30.
- Menter A, Strober BE, Kaplan DH, Kivelevitch D, Prater EF, Stoff B ve ark. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Apr;80(4):1029-1072.
- Rezaieyazdi Z, Sahebari M, Khodashahi M. Preoperative Evaluation and Management of Patients Receiving Biologic Therapies. *Arch Bone Jt Surg.* 2019 May;7(3):220-228.
- Plachouri KM, Georgiou S. Special aspects of biologics treatment in psoriasis: management in pregnancy, lactation, surgery, renal impairment, hepatitis and tuberculosis. *J Dermatolog Treat.* 2019 Nov;30(7):668-673.
- Trafford AM, Parisi R, Kontopantelis E, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Association of Psoriasis With the Risk of Developing or Dying of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2019 Dec 1;155(12):1390-1403.
- Garcia-Doval I, Descalzo MA, Mason KJ, Cohen AD, Ormerod AD, Gómez-García FJ, ve ark; Psonet Network. Cumulative exposure to biological therapy and risk of cancer in patients with psoriasis: a meta-analysis of Psonet studies from Israel, Italy, Spain, the U.K. and Republic of Ireland. *Br J Dermatol.* 2018 Oct;179(4):863-871.
- Peleva E, Exton LS, Kelley K, Kleyn CE, Mason KJ, Smith CH. Risk of cancer in patients with psoriasis on biological therapies: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2018 Jan;178(1):103-113.
- Nast A, Smith C, Spuls PI, Avila Valle G, Bata-Csörgő Z, Boonen H ve ark. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 1: treatment and monitoring recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 Nov;34(11):2461-2498.
- Plachouri KM, Georgiou S. Challenges in the treatment of psoriasis with biologics: vaccination, history of malignancy, human immunodeficiency virus (HIV) infection, and pediatric psoriasis. *Int J Dermatol.* 2019 Sep;58(9):1008-1013.
- Karadağ Ö, Kaşifoğlu T, Özer B, Kaymakoğlu S, Kuş Y, İnanc M, Keser G, Kiraz S. Viral hepatitis screening guideline before biological drug use in rheumatic patients. *Eur J Rheumatol.* 2016 Mar;3(1):25-28
- Begon E, Beneton N, Poiraud C, Droitcourt C, Jacobzone C, Vermersch-Langlin A, ve ark; Groupe d'Etudes Multicentrique GEM RESOPSO. Safety and efficacy of biological therapies in patients with psoriasis with alcoholic cirrhosis: a French retrospective study of 23 cases. *Br J Dermatol.* 2018 Aug;179(2):512-513.
- An SY, Petrescu AD, DeMorrow S. Targeting Certain Interleukins as Novel Treatment Options for Liver Fibrosis. *Front Pharmacol.* 2021 Mar 24;12:645703.
- Zhang S, Huang D, Weng J, Huang Y, Liu S, Zhang Q, Li N, Wen M, Zhu G, Lin F, Gu W. Neutralization of Interleukin-17 Attenuates Cholestatic Liver Fibrosis in Mice. *Scand J Immunol.* 2016 Feb;83(2):102-8.