

Bir Bakışta  
**DERMATOLOJİ**  
**İPUÇLARI**

EDİTÖR

Prof. Dr. Ümit TÜRSEN

Yardımcı Editör

Uzm. Dr. Abdullah Fatih AÇIK

2026  
MERSİN



© Copyright 2026

*Bu kitabın, basım, yayım ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş. 'ye aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kayıt 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>
978-625-375-964-3	Akademisyen Dizgi Ünitesi
<b>Kitap Adı</b>	<b>Yayıncı Sertifika No</b>
Bir Bakışta Dermatoloji İpuçları	47518
<b>Editör</b>	<b>Baskı ve Cilt</b>
Ümit TÜRSEN ORCID iD: 0000-0002-5807-6759	Vadi Matbaacılık
<b>Yayın Koordinatörü</b>	<b>Bisac Code</b>
Yasin DİLMEN	MED016000
	<b>DOI</b>
	10.37609/akya.4097

#### **Kütüphane Kimlik Kartı**

Bir Bakışta Dermatoloji İpuçları / ed. Ümit Türsen.  
Ankara : Akademisyen Yayınevi Kitabevi, 2026.  
630 s. : resim, şekil. ; 160x235 mm.  
Kaynakça var.  
ISBN 9786253759643

#### **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 dozumu, 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](http://www.akademisyen.com)

# ÖNSÖZ

Özellikle dermatolojide uzmanlık, doçentlik ve board sınavları, bilgi yarışmaları gibi kapsamlı bilgi ölçen ve çalışmak için oldukça sabır gerektiren sınavlara hazırlanırken özet bir kaynağın eksikliğini hissedenlere hitap etmek için yazdığımız bu kaynak için tüm çalışma arkadaşlarım olan asistanlarıma yazma işlemi konusunda destekleri ve katkıları için teşekkür ederim. Bu kaynağın genelde özet ve rafine bilgiler içermesi nedeniyle asıl bir klasik dermatolojik kitap kaynaklarına ilave olarak çalışılmasını önermekteyim. Başta Abdullah Fatih Açık olmak üzere tüm asitanlarımıza emekleri için çok teşekkür ediyorum. Onların herbiri geleceğimizin aday dermatoloji hocaları ve camianın iyi birer paydaşları olacağı kanısındayım. Herkese faydalı olması dileğiyle.

Prof. Dr. Ümit Türsen  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dermatoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

# İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1	Psoriasis .....1 <i>Abdullah Fatih AÇIK</i>
BÖLÜM 2	Pitriyasis Rosea .....13 <i>Abdullah Fatih AÇIK</i>
BÖLÜM 3	Lenfograduloma Venerum .....19 <i>Saffet Burak BAŞAK</i>
BÖLÜM 4	Mikozis Fungoides.....27 <i>Saffet Burak BAŞAK</i>
BÖLÜM 5	Sweet Sendromu .....39 <i>Saffet Burak BAŞAK</i>
BÖLÜM 6	Vitiligo.....49 <i>Saffet Burak BAŞAK</i>
BÖLÜM 7	Darier Hastalığı (Keratosis Follikülaris) .....61 <i>Gamze TOĞAÇ</i>
BÖLÜM 8	Hidradenitis Supurativa .....65 <i>Gamze TOĞAÇ</i>
BÖLÜM 9	Perioral Dermatit .....71 <i>Gamze TOĞAÇ</i>
BÖLÜM 10	Prekanseroz Deri Lezyonları .....75 <i>Gamze TOĞAÇ</i>

BÖLÜM 11	Dermatomiyozit .....	85
	<i>Batuhan ER</i>	
BÖLÜM 12	Liken Planus .....	91
	<i>Batuhan ER</i>	
BÖLÜM 13	Pigmente Purpurik Dermatozlar .....	99
	<i>Mehmet KAPLAN</i>	
BÖLÜM 14	Piyodermalar .....	107
	<i>Mehmet KAPLAN</i>	
BÖLÜM 15	Rozasea .....	117
	<i>Mehmet KAPLAN</i>	
BÖLÜM 16	Tırnak Batması .....	125
	<i>Mehmet KAPLAN</i>	
BÖLÜM 17	Eritema Nodosum .....	131
	<i>Selen GEZMEN</i>	
BÖLÜM 18	Kutane Müsinozlar .....	137
	<i>Selen GEZMEN</i>	
BÖLÜM 19	Ürtiker .....	145
	<i>Selen GEZMEN</i>	
BÖLÜM 20	Lökositoklastik Vaskülit .....	159
	<i>Selen GEZMEN</i>	
BÖLÜM 21	Eozinofilik Dermatozlar .....	165
	<i>Fatih AY</i>	
BÖLÜM 22	HPV Enfeksiyonları .....	173
	<i>Fatih AY</i>	
BÖLÜM 23	Kaposi Sarkomu .....	181
	<i>Fatih AY</i>	

BÖLÜM 24	Pitriyazis Rubra Pilaris.....187 <i>Fatih AY</i>
BÖLÜM 25	Demodikozis .....191 <i>Ayşe Nur SARIBAŞ YILDIRIM</i>
BÖLÜM 26	Dermatitis Herpetiformis.....195 <i>Ayşe Nur SARIBAŞ YILDIRIM</i>
BÖLÜM 27	El Ekzeması .....201 <i>Ayşe Nur SARIBAŞ YILDIRIM</i>
BÖLÜM 28	Eritroderma .....205 <i>Ayşe Nur SARIBAŞ YILDIRIM</i>
BÖLÜM 29	Fotodermatozlar .....209 <i>Ela GAZAL</i>
BÖLÜM 30	Kutanöz Lupus Eritematozus.....215 <i>Ela GAZAL</i>
BÖLÜM 31	Kutanöz Sarkoidoz.....223 <i>Ela GAZAL</i>
BÖLÜM 32	Postinflamatuvar Hipopigmentasyon ve Hiperpigmentasyon .....231 <i>Ela GAZAL</i>
BÖLÜM 33	Alopesi Areata .....235 <i>Melisa ORDU</i>
BÖLÜM 34	Kutanöz Amiloidoz .....241 <i>Melisa ORDU</i>
BÖLÜM 35	Behçet Hastalığı.....245 <i>Melisa ORDU</i>
BÖLÜM 36	Sifiliz.....251 <i>Melisa ORDU</i>

BÖLÜM 37	Derin Fungal Enfeksiyonlar.....	257
	<i>Merve Nur TOK</i>	
BÖLÜM 38	Graft Versus Host Hastalığı .....	269
	<i>Merve Nur TOK</i>	
BÖLÜM 39	İktiyozlar .....	277
	<i>Merve Nur TOK</i>	
BÖLÜM 40	Psikodermatozlar .....	285
	<i>Merve Nur TOK</i>	
BÖLÜM 41	Androjenetik Alopesi.....	289
	<i>Döndü Gül ŞİMŞEK</i>	
BÖLÜM 42	Liken Nitidus.....	293
	<i>Döndü Gül ŞİMŞEK</i>	
BÖLÜM 43	Liken Spinulozus .....	295
	<i>Döndü Gül ŞİMŞEK</i>	
BÖLÜM 44	Liken Striatus .....	297
	<i>Döndü Gül ŞİMŞEK</i>	
BÖLÜM 45	Palmoplantar Püstüloz.....	299
	<i>Döndü Gül ŞİMŞEK</i>	
BÖLÜM 46	İnsect Bite (Böcek Isırığı) .....	303
	<i>Beyza TOK</i>	
BÖLÜM 47	Lokale Skleroderma (Morfea).....	309
	<i>Beyza TOK</i>	
BÖLÜM 48	Sistemik Skleroderma .....	317
	<i>Beyza TOK</i>	
BÖLÜM 49	Mukopolisakkaridozlar .....	325
	<i>Beyza TOK</i>	

BÖLÜM 50	Pemfigus Vulgaris .....335 <i>Beyza TOK</i>
BÖLÜM 51	Akne Vulgaris.....345 <i>Büşra MURAT</i>
BÖLÜM 52	İlaç Erüpsiyonları.....353 <i>Büşra MURAT</i>
BÖLÜM 53	Melazma .....369 <i>Büşra MURAT</i>
BÖLÜM 54	Toksik Epidermal Nekroliz ve Steven Johnson Sendromu.....379 <i>Büşra MURAT</i>
BÖLÜM 55	Büllöz Pemfigoid.....391 <i>Mehmet DEMİR</i>
BÖLÜM 56	Dermatofit Enfeksiyonları.....397 <i>Mehmet DEMİR</i>
BÖLÜM 57	Hailey Hailey Hastalığı.....409 <i>Mehmet DEMİR</i>
BÖLÜM 58	Skatristel Pemfigoid .....417 <i>Mehmet DEMİR</i>
BÖLÜM 59	Epidermolizis Bülloza.....423 <i>Jiyan BOZYEL</i>
BÖLÜM 60	Pedikülozis .....429 <i>Jiyan BOZYEL</i>
BÖLÜM 61	Perforan Dermatozlar .....437 <i>Jiyan BOZYEL</i>
BÖLÜM 62	Hiperhidroz.....443 <i>Samet KORKULU</i>

BÖLÜM 63	Notaljia Pareestetika .....447 <i>Samet KORKULU</i>
BÖLÜM 64	Palmoplantar Keratozlar .....453 <i>Samet KORKULU</i>
BÖLÜM 65	Deri Yaşlanması.....459 <i>Merve KARABULUT</i>
BÖLÜM 66	Parapsoriasis.....465 <i>Merve KARABULUT</i>
BÖLÜM 67	Pitriyasis Likenoides Et Varioliformis Akuta (PLEVA) .....467 <i>Merve KARABULUT</i>
BÖLÜM 68	Pityriyasis Likenoides Kronika (PLK).....475 <i>Merve KARABULUT</i>
BÖLÜM 69	Venöz Ülserler.....481 <i>Merve KARABULUT</i>
BÖLÜM 70	Kandidiyazis .....485 <i>Ferhat TÜMTAŞ</i>
BÖLÜM 71	Mastositozlar .....491 <i>Ferhat TÜMTAŞ</i>
BÖLÜM 72	Şankroid (Yumuşak Şankr) .....499 <i>Ferhat TÜMTAŞ</i>
BÖLÜM 73	Rekürren Aftöz Stomatit (RAS).....503 <i>Doğukan BULĞURCU</i>
BÖLÜM 74	Seboreik Dermatit .....513 <i>Doğukan BULĞURCU</i>
BÖLÜM 75	Skabiyez.....521 <i>Doğukan BULĞURCU</i>

BÖLÜM 76	Kserotik Ekzema .....	531
	<i>Emre URUÇ</i>	
BÖLÜM 77	Langerhans Hücreli Histiyositoz .....	535
	<i>Emre URUÇ</i>	
BÖLÜM 78	Melanom Dışı Deri Kanserleri.....	541
	<i>Emre URUÇ</i>	
BÖLÜM 79	Eritema Multiforme .....	557
	<i>Mehmet SEYRAN</i>	
BÖLÜM 80	Herpes Enfeksiyonları.....	565
	<i>Mehmet SEYRAN</i>	
BÖLÜM 81	Malign Melanom.....	575
	<i>Mehmet SEYRAN</i>	
BÖLÜM 82	Tuberoskleroz .....	587
	<i>Ecemnaz Halim TİDİN</i>	
BÖLÜM 83	Deri Tüberkülozları.....	595
	<i>Sevda Berfin ERBAY</i>	
BÖLÜM 84	Nörofibromatozis (Von Recklinghausen Hastalığı).....	601
	<i>İpek COŞKUN</i>	
BÖLÜM 85	Telogen Effluvium .....	605
	<i>Onur Can KAYA</i>	
BÖLÜM 86	Kutanöz Leishmaniasis.....	611
	<i>Burak Furkan ERKİL</i>	

# YAZARLAR

**Uzm. Dr. Abdullah Fatih AÇIK**  
T.C. Sağlık Bakanlığı Düziçi Devlet  
Hastanesi Dermatoloji Bölümü

**Araş. Gör. Dr. Saffet Burak BAŞAK**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Gamze TOĞAÇ**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Batuhan ER**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Mehmet KAPLAN**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Selen GEZMEN**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Fatih AY**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Ayşe Nur SARIBAŞ  
YILDIRIM**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Ela GAZAL**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Melisa ORDU**  
İzmir Şehir Hastanesi

**Araş. Gör. Dr. Merve Nur TOK**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Döndü Gül ŞİMŞEK**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Beyza TOK**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Büşra MURAT**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Mehmet DEMİR**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Jiyan BOZYEL**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Samet KORKULU**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Merve KARABULUT**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Ferhat TÜMTAŞ**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Doğukan BULĐURCU**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Emre URUÇ**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Mehmet SEYRAN**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Ecemnaz Halim TİDİN**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Sevda Berfin ERBAY**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. İpek COŞKUN**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Onur Can KAYA**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

**Araş. Gör. Dr. Burak Furkan ERKİL**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Hastanesi, Dermatoloji AD.

## BÖLÜM 1

# Psoriasis

Abdullah Fatih AÇIK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Psoriasis, çeşitli klinik belirtiler gösterebilen yaygın bir kronik inflamatuvar cilt hastalığıdır.
- Halk arasında 'Sedef Hastalığı' olarak da bilinmektedir.
- Klasik olarak keskin sınırlı eritemli ve sedef renkli skuamli plaklar saçlı deri, dizler, dirsekler, sakral bölge yanında palmar, plantar bölgeler, genital bölge ve tırnak tutulumu görülebilir.



## EPIDEMİYOLOJİ

- Psoriasis, dünya çapında çocuklarda ve yetişkinlerde görülen yaygın bir rahatsızlıktır.
- Sistematik dünya çapında bir incelemede, psoriasis yaygınlığının yetişkinlerde %0,5 ile %2 ve çocuklarda %0 ila %1,4 arasında değiştiği bulunmuştur.
- Psoriasis için net bir cinsiyet eğilimi yoktur. Ek olarak, psoriasis her yaşta başlayabilir, ancak çocuklarda yetişkinlerden daha az yaygındır. Psoriasis başlangıcı için en yüksek sıklıkta gözlenen yaş aralığı 20-30 ve 50-60 yaşları arasındadır.



## ETYOPATOGENEZ

- Psoriasis, multifaktöriyel etiyojolojiye sahiptir.
- Genetik ve çevresel faktörler hastalık patogeneğinde rol oynar.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Düziçi Devlet Hastanesi Dermatoloji Bölümü, dr\_acik\_119@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-3780-7863

DOI: 10.37609/akya.4097.c7446

## KAYNAKLAR

---

1. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(2):205-212.
2. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM; Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133(2):377-385.
3. Sagoo GS, Tazi-Ahnini R, Barker JW, et al. Meta-analysis of genome-wide studies of psoriasis susceptibility reveals linkage to chromosomes 6p21 and 4q28-q31 in Caucasian and Chinese Hans population. *J Invest Dermatol*. 2004;122(6):1401-1405.
4. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(4):1029-1072.
5. Gladman DD, Anhorn KA, Schachter RK, Mervart H. HLA antigens in psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 1986;13(3):586-592.
6. Cohen MR, Reda DJ, Clegg DO. Baseline relationships between psoriasis and psoriatic arthritis: analysis of 221 patients with active psoriatic arthritis. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Seronegative Spondyloarthropathies. *J Rheumatol*. 1999;26(8):1752-1756.
7. Jiaravuthisan MM, Sasseeville D, Vender RB, Murphy F, Muhn CY. Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(1):1-27.
8. Blum A, Metzler G, Bauer J, Rassner G, Garbe C. The dermatoscopic pattern of clear-cell acanthoma resembles psoriasis vulgaris. *Dermatology*. 2001;203(1):50-52.
9. Lee EB, Wu KK, Lee MP, Bhutani T, Wu JJ. Psoriasis risk factors and triggers. *Cutis*. 2018;102(5S):18-20.
10. Gottlieb AB, Dann F. Comorbidities in patients with psoriasis. *Am J Med*. 2009;122(12):1150.e1-1150.e11509.

## BÖLÜM 2

# Pitriyasis Rosea

*Abdullah Fatih AÇIK<sup>1</sup>*



## GİRİŞ

- Pitriyasis rozea, yaklaşık 6-10 hafta içinde düzelen, kendi kendini sınırlayan bir döküntüdür. Genellikle göğüs, karın veya sırtta bulunan büyük dairesel veya oval bir “Madalyon plak” ile karakterizedir.
- Madalyon plak bir süre sonra, genellikle iki haftada göğüs ve sırtta yaygın olarak bulunan, Noel ağacına benzeyen, daha küçük pullu, oval, kırmızı maküllerin gelişimiyle devam eder.
- Hastaların %25’ine kadar hafif veya şiddetli kaşıntı dışında, pitriyasis rozeanın döküntü fazında tipik olarak sistemik semptomlar görülmez.
- Döküntü gelişmeden birkaç gün önce, %69’a kadarında öksürük veya boğaz ağrısı gibi grip benzeri semptomlar görülür.



## KLİNİK TİPLERİ

- Tipik ve atipik olarak 2’ye ayrılır
- Döküntü şu gibi özelliklere sahip olduğunda atipik pitriyasis rozea teşhis edilebilir:
- Atipik morfoloji, örneğin papüller, veziküller, ürtikeryal plaklar, purpurik veya hedef benzeri lezyonlar (eritema multiforme benzeri)
- Büyük boy veya birleşik plaklar
- Cilt lezyonlarının alışılmadık dağılımı, örneğin ters bir desen, belirgin cilt kıvrımları (koltuk altı ve kasık) tutulumu veya uzuvların tutulup ancak gövdenin etkilenmemesi

<sup>1</sup> Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Düziçi Devlet Hastanesi Dermatoloji Bölümü, dr\_acik\_119@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-3780-7863

DOI: 10.37609/akya.4097.c7447

- 7 günlük asiklovir (4x400mg) tedavisi, lezyonların daha hızlı iyileşmesine yol açabilir ve şiddetli vakalarda kaşıntıyı hafifletmeye yardımcı olabilir
- Yaygın veya inatçı vakalar fototerapi (dar bant ultraviyole B tedavisi) haftada 3 gün ile tedavi edilebilir.

### Sonuç

- Pitiriyasis rozea yaklaşık 6-10 hafta içinde iyileşir. Cilt renginin değişmesi koyu tenli kişilerde birkaç ay sürebilirken, sonunda cilt normal görünümüne döner.
- Pitiriyasis rozeanın akut faz dışında tekrarması nadirdir (%1–3), bu da önerilen bir enfeksiyondan sonra uzun süreli bağışıklık olduğu önerisine ağırlık katıyor olabilir. Ancak, farklı bir viral enfeksiyon yıllar sonra tekrarmayı tetikleyebilir.

### KAYNAKLAR

1. Drago F, Ranieri E, Malaguti F, Battifoglio ML, Losi E, Rebora A. Human herpesvirus 7 in patients with pityriasis rosea. Electron microscopy investigations and polymerase chain reaction in mononuclear cells, plasma and skin. *Dermatol.* 1997;195(4):374–378.
2. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, Parodi A. Human herpesvirus-6, -7, and Epstein-Barr virus reactivation in pityriasis rosea during COVID-19. *J Med Virol.* 2021;93(4):1850–1851.
3. Drago F, Ciccarese G, Herzum A, Rebora A, Parodi A. Pityriasis Rosea during Pregnancy: Major and Minor Alarming Signs. *Dermatology.* 2018;234(1-2):31–36.
4. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, Parodi A. The efficacy of macrolides and acyclovir in pityriasis rosea. *Ind J Dermatol Venereol Leprol.* Jan-Feb 2015;81(1):56.
5. Drago F, Broccolo F, Javor S, Drago F, Rebora A, Parodi A. Evidence of human herpesvirus-6 and -7 reactivation in miscarrying women with pityriasis rosea. *J Am Acad Dermatol.* Jul 2014;71(1):198–199.
6. Ganguly S. A Randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Study of Efficacy of Oral Acyclovir in the Treatment of Pityriasis Rosea. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(5):Yc01-Yc4.
7. Jairath V, Mohan M, Jindal N, et al. Narrowband UVB phototherapy in pityriasis rosea. *Indian Dermatol Online J.* 2015;6(5):326–329.
8. Rodriguez-Zuniga M, Torres N, Garcia-Perdomo H. Effectiveness of acyclovir in the treatment of pityriasis rosea. A systematic review and meta-analysis. *An Bras Dermatol.* Sep-Oct 2018;93(5):686–695.
9. Zawar V, Chuh A. Applicability of proposed diagnostic criteria of pityriasis rosea: results of a prospective case-control study in India. *Ind J Dermatol.* Nov 2013;58(6):439–442.

## BÖLÜM 3

# Lenfograduloma Venerum

Saffet Burak BAŞAK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Lenfograduloma venerum (LGV), Clamıdy Trachomatis (CT) adlı bakterinin L1, L2 ve L3 suşlarının sebep olduğu genellikle genital ülserler ile karakterize olan, cinsel yolla bulaşan lenfatik sistemin kronik bir enfeksiyonudur.
- Ülkemizde nadir olarak görülen bu enfeksiyon kaynakları kısıtlı olan tropikal ve subtropikal bölgelerde daha sık görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde az görülse de, eşcinsel erkekler arasında salgınlara neden olabilmektedir.
- Hastalık erkeklerde inguinal bölgede ele gelen gelen kitle ve şişme şikâyetleri ile karşımıza çıkarken, kadınlarda genellikle anogenital ve rektal bölgede elefantiyazis ile başvuru olabilmektedir. Fakat eşcinsel erkeklerde de anorektal tutulum görülebilir.
- İmmünitesi normal olan hastalarda prognoz daha iyi seyrederken immunsuprese olanlarda yaygın ve dirençli enfeksiyona sebep olabilmektedir. Erken dönemde bazı hastalarda bulgu vermeyen bu hastalıkta sekonder enfeksiyonlar ve anorektal semptom kompleksinin gelişmesi gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlar meydana gelebilir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- LGV vakaları önceleri tropikal ve subtropikal bölgelerde daha yaygın olmakla birlikte son yıllarda Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde de görülme sıklığı artmıştır.
- Özellikle eşcinsel erkek ve biseksüel popülasyonda sıklığı artmakla birlikte HIV pozitif popülasyonda daha sık görülmektedir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., saffetburakbasak@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-3130-4245

DOI: 10.37609/akya.4097.c7448

## KAYNAKLAR

---

1. Koley S, Mandal RK. Saxophone penis after unilateral inguinal bubo of lymphogranuloma venereum. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2013;34(2):149-151.
2. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187. Published 2021 Jul 23.
3. Scieux C, Barnes R, Bianchi A, Casin I, Morel P, Perol Y. Lymphogranuloma venereum: 27 cases in Paris. *J Infect Dis*. 1989;160(4):662-668.
4. Blank S, Schillinger JA, Harbatkin D. Lymphogranuloma venereum in the industrialised world. *Lancet*. 2005;365(9471):1607-1608.
5. Cole MJ, Field N, Pitt R, et al. Substantial underdiagnosis of lymphogranuloma venereum in men who have sex with men in Europe: preliminary findings from a multicentre surveillance pilot. *Sex Transm Infect*. 2020;96(2):137-142.
6. Behets FM, Andriamiadana J, Randrianasolo D, et al. Chancroid, primary syphilis, genital herpes, and lymphogranuloma venereum in Antananarivo, Madagascar. *J Infect Dis*. 1999;180(4):1382-1385.
7. Brathwaite AR, Figueroa JP, Ward E. A comparison of prevalence rates of genital ulcers among persons attending a sexually transmitted disease clinic in Jamaica. *West Indian Med J*. 1997;46(3):67-71.
8. Phiri S, Zadrozny S, Weiss HA, et al. Etiology of genital ulcer disease and association with HIV infection in Malawi. *Sex Transm Dis*. 2013;40(12):923-928.
9. de Vries HJC. Lymphogranuloma venereum in the Western world, 15 years after its re-emergence: new perspectives and research priorities. *Curr Opin Infect Dis*. 2019;32(1):43-50.
10. 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, August 2015-April 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(34):920-921. Published 2016 Sep 2.
11. Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect*. 2002;78(2):90-92.
12. Chen JC, Stephens RS. Trachoma and LGV biovars of *Chlamydia trachomatis* share the same glycosaminoglycan-dependent mechanism for infection of eukaryotic cells. *Mol Microbiol*. 1994;11(3):501-507.
13. Hadfield TL, Lamy Y, Wear DJ. Demonstration of *Chlamydia trachomatis* in inguinal lymphadenitis of lymphogranuloma venereum: a light microscopy, electron microscopy and polymerase chain reaction study. *Mod Pathol*. 1995;8(9):924-929.

## BÖLÜM 4

# Mikozis Fungoides

Saffet Burak BAŞAK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Derinin primer kutanöz lenfomaları, T ya da B lenfosit kökenli olabilen heterojen bir grup oluşturan, tanı sırasında deri dışı tutulum göstermeyen fakat ileri evrelerde lenf nodları ve organ tutulumlarıyla karakterize ekstra nodal non-Hodgkin grubu lenfomalardır.
- Ekstranodal non-Hodgkin lenfoma grubunda gastrointestinal bölgeden sonra en sık tutulan organ deridir.
- Primer deri lenfomaları, tanı anında diğer organ tutulumlarının olmaması ile sekonder kutanöz lenfomaların deri tutulumundan ayrılmaktadır.
- Mikozis fungoides (MF), primer kutanöz lenfomalar arasında en sık görülen genellikle CD4+ T lenfosit klonalitesi (neoplastik hücrelerin aynı morfoloji ve fenotipi gösterecek şekilde kümelenmesi) ve histopatolojik olarak epidermotropizmle (neoplastik hücrelerin non-spongiotik epidermise göçü) karakterize lenfoma tipidir.
- Derideki lezyonlar yama, plak, tümör ya da eritrodermi şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca uzun yıllar mikozis fungoidesin lösemik varyantı olarak kabul edilen, eritrodermi ve kan tutulumu ile seyreden Sezary Sendromu günümüzde ayrı bir antite olarak değerlendirilmektedir. Prognozu klasik MF vakalarına göre daha kötü seyretmektedir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., saffetburakbasak@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-3130-4245  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7449

## KAYNAKLAR

1. Horwitz SM, Ansell S, Ai WZ, et al. T-Cell Lymphomas, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2022;20(3):285-308.
2. Olsen EA, Whittaker S, Willemze R, et al. Primary cutaneous lymphoma: recommendations for clinical trial design and staging update from the ISCL, USCLC, and EORTC. *Blood*. 2022;140(5):419-437.
3. Olsen EA, Hodak E, Anderson T, et al. Guidelines for phototherapy of mycosis fungoides and Sézary syndrome: A consensus statement of the United States Cutaneous Lymphoma Consortium. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(1):27-58.
4. Trautinger F, Eder J, Assaf C, et al. European Organisation for Research and Treatment of Cancer consensus recommendations for the treatment of mycosis fungoides/Sézary syndrome - Update 2017. *Eur J Cancer*. 2017;77:57-74.
5. Jones GW, Kacinski BM, Wilson LD, et al. Total skin electron radiation in the management of mycosis fungoides: Consensus of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Cutaneous Lymphoma Project Group. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47(3):364-370.
6. Jennings T, Duffy R, Gochoco A, et al. Valchlor maintenance therapy for patients with mycosis fungoides who received low dose total skin electron beam treatment. *Chin Clin Oncol*. 2019;8(1):13.
7. Kim YH, Jensen RA, Watanabe GL, Varghese A, Hoppe RT. Clinical stage IA (limited patch and plaque) mycosis fungoides. A long-term outcome analysis. *Arch Dermatol*. 1996;132(11):1309-1313.
8. Kim YH, Chow S, Varghese A, Hoppe RT. Clinical characteristics and long-term outcome of patients with generalized patch and/or plaque (T2) mycosis fungoides. *Arch Dermatol*. 1999;135(1):26-32.
9. Duvic M, Lemak NA, Redman JR, et al. Combined modality therapy for cutaneous T-cell lymphoma. *J Am Acad Dermatol*. 1996;34(6):1022-1029.
10. Thomsen K, Hammar H, Molin L, Volden G. Retinoids plus PUVA (RePUVA) and PUVA in mycosis fungoides, plaque stage. A report from the Scandinavian Mycosis Fungoides Group. *Acta Derm Venereol*. 1989;69(6):536-538.
11. Kuzel TM, Roenigk HH Jr, Samuelson E, et al. Effectiveness of interferon alfa-2a combined with phototherapy for mycosis fungoides and the Sézary syndrome. *J Clin Oncol*. 1995;13(1):257-263.
12. Chiarion-Sileni V, Bononi A, Fornasa CV, et al. Phase II trial of interferon-alpha-2a plus psolaren with ultraviolet light A in patients with cutaneous T-cell lymphoma. *Cancer*. 2002;95(3):569-575.
13. Kaye FJ, Bunn PA Jr, Steinberg SM, et al. A randomized trial comparing combination electron-beam radiation and chemotherapy with topical therapy in the initial treatment of mycosis fungoides. *N Engl J Med*. 1989;321(26):1784-1790.

## BÖLÜM 5

# Sweet Sendromu

Saffet Burak BAŞAK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Akut febril nötrofilik ateş olarak da bilinen Sweet sendromu, akut başlangıçlı olan eritemli, ödemli papüloplak lezyonlar şeklinde kendini gösteren inflamatuvar bir deri hastalığıdır.
- Kutane lezyonlara sıklıkla ateş ve lökositoz da eşlik etmektedir. Bununla birlikte göz, kas-iskelet sistemi ve iç organ tutulumuyla da seyredebilmektedir.
- Dr. Robert Douglas Sweet, hastalığı 1964 yılında ateş ve lökositozun eşlik ettiği non-enfektif inflamatuvar deri döküntüsüyle başvuran 8 hastanın dahil edildiği vaka serisiyle tanımlamıştır. Bu hastaların birçoğunda döküntülerin başlangıcından önce gastrointestinal veya genitoüriner sistem enfeksiyonu mevcut olup hastalığın herhangi bir tetikleyici sonrası reaktif olarak ortaya çıktığı görüşü uzun yıllardır kabul görmektedir.

## Sınıflandırma

Günümüzde Sweet sendromu 3 başlık altında sınıflandırılmıştır.

### 1) Klasik Sweet sendromu:

- İdiopatik olarak da adlandırılan klasik tip, vakaların çoğunluğunu oluşturur.
- Herhangi bir ilaç kullanımı ya da maligniteye bağlı olmaksızın başka sebeplerle döküntü meydana gelir.
- Genellikle inflamatuvar barsak hastalıkları, enfeksiyonlar (gastrointestinal ve genitoüriner vs.) ve gebelik bu sebepler arasında sayılabilir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., saffetburakbasak@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-3130-4245

DOI: 10.37609/akya.4097.c7450

rasyon ve gastrointestinal irritasyon bulguları gözlenebilir. Özellikle kısa süreli tedavi planı olan hastalarda uygun doz titrasyonu ile kullanılabilir.

- Ayrıca literatürde şiddetli vakalarda ya da tedavi yanıtızlığı durumlarında 3-5 gün süreyle pulse steroid tedavisi olarak 500-1000 mg/gün dozunda metil-prednizolon verilmiş olup oral steroid ile doz düşümü yapılarak ya da farklı bir immunsupresan ile tedaviye devam edilip başarılı sonuçların bildirildiği vaka serileri mevcuttur. Pulse tedavi, hayatı tehdit eden sistemik tutulum varlığında tercih edilmektedir.
- Diğer tedavi seçenekleri olarak oral isotretinoin, siklosporin, metotreksat, anakinra tedavisi uygulanan vaka raporları bulunmaktadır. Bu ajanlar özellikle kronik seyirli, tekrarlayan ya da immünsüpresyona dirençli olgularda tercih edilebilir.
- Non-steroid anti inflamatuvar ilaç olan indometazinin kullanımının da faydalı olabileceği belirtilmektedir. Nötrofil aktivitesini azaltıcı etkisi nedeniyle semptomatik rahatlama sağladığı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Cohen PR. Sweet's syndrome--a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;2:34. Published 2007 Jul 26.
2. Ytting H, Vind I, Bang D, Munkholm P. Sweet's syndrome--an extraintestinal manifestation in inflammatory bowel disease. *Digestion.* 2005;72(2-3):195-200.
3. Cohen PR, Kurzrock R. Sweet's syndrome and cancer. *Clin Dermatol.* 1993;11(1):149-157.
4. Awan F, Hamadani M, Devine S. Paraneoplastic Sweet's syndrome and the pathergy phenomenon. *Ann Hematol.* 2007;86(8):613-614.
5. Lallas A, Tzellos TG, Papageorgiou M, Mandekou-Lefaki I. Sweet's syndrome associated with upper respiratory tract streptococcal infection: "wait-and-see" strategy or anecdotal use of corticosteroids?. *Hippokratia.* 2011;15(3):283.
6. Kim MJ, Choe YH. EPONYM. Sweet syndrome. *Eur J Pediatr.* 2010;169(12):1439-1444.
7. Guhl G, García-Díez A. Subcutaneous sweet syndrome. *Dermatol Clin.* 2008;26(4):541-ix.
8. Kemmett D, Harrison DJ, Hunter JA. Antibodies to neutrophil cytoplasmic antigens: serologic marker for Sweet's syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 1991;24(6 Pt 1):967-969.

## BÖLÜM 6

# Vitiligo

Saffet Burak BAŞAK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Vitiligo, epidermal melanositlerin kaybı nedeniyle ciltte tebeşir beyazı lezyonların oluşmasıyla karakterize bir pigmentasyon bozukluğudur.
- 'Ala Hastalığı' olarak da bilinmektedir.
- Genellikle zamanla yayılmaya meyilli simetrik lezyonlarla karakterizedir. Özellikle koyu cilt tiplerinde daha belirgin hale gelebilmektedir.
- Vitiligo, damgalanma sonucu düşük öz saygı gibi psikolojik sorunlar başta olmak üzere hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olabilen bir deri hastalığıdır. Bu sebeple uygulanacak tedaviler medikal yaklaşımların yanı sıra psikososyal destek amacıyla gerekli konsültasyonları da içermelidir.
- Vitiligo hastalarının değerlendirilmesi, hastalık şiddeti ve prognostik faktörleri belirlemek amacıyla ayrıntılı bir öykü ve tam bir deri muayenesini gerektirmektedir.
- Anamnezde, lezyonların başlangıç yaşı önemli bir unsur olarak yer alır. Ayrıca, genetik meyl açısından predispozisyon varlığı için hastaların aile öyküleri de sorgulanmalıdır.
- Lezyonların ilerleme hızı ve eşlik eden hastalıkların varlığı da dikkate alınmalıdır.
- Mevcut ilaçlar ve kimyasallara maruz kalma durumu gibi faktörler de sorgulanmalıdır.
- Tam vücut muayenesi, vitiligo türünü (segmental veya nonsegmental) ve hastalığın yaygınlığını belirlemek için yapılır. Ayrıca hastalık aktivitesinin tespiti için konfeti benzeri pigmentasyon, Koebnerizasyon ve lezyon çevresi hipo-

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., saffetburakbasak@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-3130-4245

DOI: 10.37609/akya.4097.c7451

## KAYNAKLAR

---

1. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N. Vitiligo. *Lancet*. 2015;386(9988):74-84.
2. Silverberg JI, Silverberg NB. Quality of life impairment in children and adolescents with vitiligo. *Pediatr Dermatol*. 2014;31(3):309-318.
3. Krüger C, Schallreuter KU. Stigmatisation, Avoidance Behaviour and Difficulties in Coping are Common Among Adult Patients with Vitiligo. *Acta Derm Venereol*. 2015;95(5):553-558.
4. Whitton M, Pinart M, Batchelor JM, et al. Evidence-based management of vitiligo: summary of a Cochrane systematic review. *Br J Dermatol*. 2016;174(5):962-969.
5. Yaghoobi R, Omidian M, Bagherani N. Vitiligo: a review of the published work. *J Dermatol*. 2011;38(5):419-431.
6. Ezzedine K, Whitton M, Pinart M. Interventions for Vitiligo. *JAMA*. 2016;316(16):1708-1709. Oiso N, Suzuki T, Wataya-Kaneda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of vitiligo in Japan. *J Dermatol*. 2013;40(5):344-354.

## BÖLÜM 7

# Darier Hastalığı (Keratosis Follikülaris)

Gamze TOĞAÇ<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Darier hastalığı, keratosis follikülaris olarak da bilinen, nadir görülen otozomal dominant bir genodermatozdur. İlk kez 1889 yılında Darier ve White tarafından tanımlanmıştır. Hastalığın temelinde, ATP2A2 geninde oluşan mutasyonlar yer alır. Bu gen, endoplazmik retikulumda bulunan sarco/endoplazmik retikulum kalsiyum ATPaz pompası (SERCA2) için gerekli olan proteini kodlar. SERCA2, hücresel düzeyde kalsiyum dengesinin sağlanmasında kritik bir role sahiptir. Bu proteinin işlevinin bozulması durumunda, hücre içi kalsiyum homeostazı bozulur ve hücrelerde endoplazmik retikulum stresi gelişir. Bunun sonucunda keratinositler arasındaki bağlantılar zayıflar, hücresel stres artar ve anormal keratinizasyon meydana gelir.
- Hastalık kendini özellikle seboreik bölgelerde ortaya çıkan kahverengi-sarı keratotik papüllerle gösterir. Bu papüller, zamanla birleşerek plaklar oluşturur ve lezyonların üzerinde keratotik kabuklanmalar gelişir. Tırnak anomalileri ve oral mukozal değişiklikler, Darier hastalığının ayırıcı klinik özelliklerindedir. Hastalık, genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkar ve yaşam boyu sürer. Ayrıca nöropsikiyatrik bozukluklar da hastalıkla ilişkilendirilebilir.



## ETYOPATOGENEZ

- Darier hastalığının temel nedeni, ATP2A2 genindeki mutasyonlardır. Bu gen, 12q23-24.1 bölgesinde yer alır ve SERCA2 olarak bilinen kalsiyum pompası-

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., togacgamze@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7218-6631

DOI: 10.37609/akya.4097.c7452

- Topikal tedaviler arasında retinoidler ve kortikosteroidler bulunur. Topikal retinoidler, keratinosit dönüşümünü hızlandırarak keratotik lezyonları hafifletir. Kortikosteroidler ise inflamasyonu azaltarak hastanın şikâyetlerini hafifletir. Antimikrobiyal yıkamalar, sekonder enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla kullanılır.
- Sistemik tedavi olarak oral retinoidler, özellikle yaygın ve şiddetli lezyonlarda etkilidir. Asitretin ve izotretinoin gibi ilaçlar, hastalığın kontrol altına alınmasında önemli rol oynar. Bunun yanı sıra naltrekson gibi ajanlar da bazı refrakter olgularda etkili olabilir.
- Gelecekteki tedavi yaklaşımları arasında miglustat gibi yeni ajanlar dikkat çekmektedir. Miglustat, hücrel stres yanıtını azaltarak hastalığın patogenezinine yönelik bir çözüm sunabilir. Ayrıca COX-2 inhibitörleri, UV ışığı ile tetiklenen lezyonların azaltılmasında potansiyel bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmektedir.



## PROGNOZ

- Darier hastalığı, yaşam boyu süren, kronik ve tekrarlayan bir hastalıktır. Semptomların şiddeti hastalar arasında büyük farklılıklar gösterir. Uygun tedavi ve çevresel faktörlerden kaçınma ile semptomlar kontrol altına alınabilir ve hastanın yaşam kalitesi artırılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Takagi A, Kamijo M, Ikeda S. Darier disease. *J Dermatol*. 2016;43(3):275-279.
2. Schmieder SJ, Sathe NC, Rosario-Collazo JA. Darier Disease. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; November 30, 2023.
3. Korman AM, Milani-Nejad N. Darier Disease. *JAMA Dermatol*. 2020;156(10):1125.

## BÖLÜM 8

# Hidradenitis Suppurativa

Gamze TOĞAÇ<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Hidradenitis suppurativa (HS), diğer adıyla akne inversa, apokrin bezlerin yoğun olarak bulunduğu deri bölgelerini etkileyen kronik, inflamatuvar ve tekrarlayıcı bir cilt hastalığıdır.
- Hastalık genellikle aksilla, inguinal, meme altı ve perianal bölgede derin ve ağrılı nodüller, apse oluşumları, sinüs traktları ve ciddi skarlarla karakterizedir.
- Hastalık halk arasında 'köpek memesi hastalığı' olarak da bilinir.
- Bu klinik tablo, bireylerin yaşam kalitesini derinden etkileyerek fiziksel, sosyal ve psikolojik sonuçlara yol açar.
- Hidradenitis suppurativa tanı ve tedavi sürecinde önemli zorluklar içeren bir hastalık olup, genellikle geç tanı konur ve bu durum hastaların deneyimini daha da olumsuz etkiler.



## HASTALIĞIN EPİDEMİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

- HS, dünya genelinde değişken prevalans oranlarına sahiptir.
- Avrupa'da yapılan çalışmalar, hastalığın genel popülasyonda yaklaşık %1 oranında görüldüğünü belirtmektedir, ancak bu oran genç kadınlar arasında %4'e kadar çıkabilmektedir.
- Amerika'da ise hastalığın prevalansı %0,05 ila %0,2 arasında değişmektedir.
- Kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık üç kat daha fazla görülen hastalık, genellikle ergenlik sonrası başlayarak 3.-4.dekatlar arasında en sık görülür.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., togacgamze@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7218-6631

DOI: 10.37609/akya.4097.c7453

- Destek gruplarına yönlendirme ve psikolojik danışmanlık sağlanabilir.
- Hastalığın bulaşıcı olmadığı ve hijyenle ilgisinin bulunmadığı konusunda hasta bilgilendirilmelidir.
- Bu ayrıntılı yönetim stratejileri, hidradenitis suppurativanın multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğini vurgulamaktadır. Tedavi, yalnızca lezyonların iyileştirilmesine değil, aynı zamanda hastanın genel yaşam kalitesinin artırılmasına odaklanmalıdır.

## KAYNAKLAR

---

1. Napolitano M, Megna M, Timoshchuk EA, et al. Hidradenitis suppurativa: from pathogenesis to diagnosis and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2017;10:105-115. Published 2017 Apr 19.
2. Anduquia-Garay F, Rodríguez-Gutiérrez MM, Poveda-Castillo IT, et al. Hidradenitis suppurativa: Basic considerations for its approach: A narrative review. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021;68:102679. Published 2021 Aug 5.
3. Okun MM, Flamm A, Werley EB, Kirby JS. Hidradenitis Suppurativa: Diagnosis and Management in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2022;63(5):636-644.
4. Moussa A, Willems A, Sinclair RD. Hidradenitis suppurativa: an up-to-date review of clinical features, pathogenesis and therapeutic approaches. *Wound Practice and Research*. 2022;30(1):40-9.
5. Tchero H, Herlin C, Bekara F, Fluieraru S, Teot L. Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review and Meta-analysis of Therapeutic Interventions. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2019;85(3):248-257.
6. Martorell A, Caballero A, González Lama Y, et al. Management of patients with hidradenitis suppurativa. Manejo del paciente con hidradenitis suppurativa. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107 Suppl 2:32-42.

## BÖLÜM 9

# Perioral Dermatit

Gamze TOĞAÇ<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Perioral dermatit, genellikle rozasea hastalarında görülen ve yüzün perioral, perinazal ve perioküler bölgelerini etkileyen inflamatuvar bir deri hastalığıdır.
- Genellikle genç ve orta yaşlı kadınlarda daha sık karşılaşılr.
- Hastalığın temel bulguları nazolabial kıvrımlar ve çene bölgesine sınırlı, eritemli papüller, püstüller ve skuamlarla karakterizedir.
- Klinik ve histolojik özellikler bakımından rozasea hastalığına benzerlik gösterir.
- Haftalar veya aylar içinde tekrarlayan bir seyir izleyebilir ve özellikle topikal kortikosteroid kullanımıyla yakın ilişkilidir.
- Kadınlarda daha yaygın olan bu hastalık, kronik yapısı ve kozmetik kaygılar nedeniyle hastalar için zorlu bir süreç yaratır.
- İlk olarak 1957 yılında Frumess ve Lewis, hastalığı genç kadınlarda perioral bölgeyi etkileyen tekrarlayan dermatit olarak tanımlamış ve bunu ışığa duyarlı sebore olarak nitelendirmiştir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Perioral dermatit, kadınlarda çok daha sık görülür.
- Vakaların yaklaşık %90'ını genç ve orta yaşlı kadınlar (20-45 yaş) oluşturur.
- Erkeklerde ve çocuklarda nadir olarak görülse de tespit edilmiş vakalar mevcuttur. Çocuklarda hastalığın genellikle granülomatöz varyantına rastlanır.
- Hastalığın popülasyon üzerinde irksal bir farklılık göstermediği bildirilmiştir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., togacgamze@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7218-6631

DOI: 10.37609/akya.4097.c7454



## KOMPLİKASYONLAR

- Hastalığın estetik kaygılara yol açması, hastalar üzerinde psikososyal etkiler yaratabilir.
- Granümatöz varyant gibi bazı durumlarda lezyonların iyileşmesi sonrasında iz kalma olasılığı da vardır.
- Tedavi sürecinde kortikosteroidlerin kesilmesiyle lezyonların şiddetlenmesi sık görülen bir komplikasyondur.

### Sonuç

- Perioral dermatit, topikal kortikosteroid kullanımı başta olmak üzere çoklu faktörlerin rol oynadığı kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır.
- Erken tanı ve uygun tedaviyle hastaların yaşam kalitesi önemli ölçüde artırılabilir.
- Ancak hastalığın tekrarlayıcı doğası nedeniyle uzun vadeli hasta eğitimi ve takip büyük önem taşır.

## KAYNAKLAR

1. Tolaymat L, Syed HA, Hall MR. Perioral Dermatitis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 6, 2025.
2. Acevedo-Fontanez LA, Sánchez-Feliciano A, Ershadi S, Reichenberg J, Eichenfield LF, Barbieri JS. Periorificial dermatitis: Pathophysiology, diagnosis, and management. *J Am Acad Dermatol*. Published online November 4, 2025.

## BÖLÜM 10

# Prekanseröz Deri Lezyonları

Gamze TOĞAÇ<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Premalign deri lezyonları, tedavi edilmediği takdirde invaziv skuamöz hücreli karsinoma dönüşme potansiyeli olan, hayat boyu tedavi edilmesi gereken deri lezyonlarıdır.
- Aktinik keratoz, Bowen hastalığı, lökoplaki, eritroplaki ve keratoakantom gibi prekanseröz deri lezyonlarının klinik özellikleri, epidemiyolojisi, patogenezi, histopatolojisi, tanı ve tedavi yaklaşımları ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

### Aktinik Keratoz

- Aktinik keratoz, epidermiste UV radyasyonunun neden olduğu DNA hasarı sonucunda gelişen, prekanseröz bir deri lezyonudur.
- Solar keratoz veya senil keratoz olarak da adlandırılır.
- Özellikle güneşe maruz kalan bölgelerde görülmesiyle karakterizedir ve malign dönüşüm potansiyeli nedeniyle önemlidir.



## EPİDEMİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

- Sıklığı toplumsal değişkenlik gösterir.
- Orta yaş ve üzeri bireylerde daha sık görülür.
- Erkeklerde kadınlara kıyasla daha yaygındır.
- Açık tenliler (Fitzpatrick deri tip I-II) risk altındadır.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., togacgamze@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7218-6631

DOI: 10.37609/akya.4097.c7455

- Dirençli vakalarda sistemik metotreksat, 5-Florourasil, siklofosamid, erlotinib, siklosporin kullanılabilir.

### Sonuç

- Keratoakantoma, genellikle benign seyirli olsa da, tanı ve tedavi edilmediği durumlarda SCC ile karıştırılabilecek klinik bir tablo sunar.
- Erken tanı ve uygun tedavi ile kozmetik ve fonksiyonel komplikasyonların önüne geçilebilir.
- Hastaların düzenli takibi ve güneşten korunmaya yönelik önlemler, nüks riskini azaltmada kritik bir rol oynar.
- Prekanseroz deri lezyonlarının erken tanı ve tedavisi, malign transformasyon riskinin önlenmesinde kritik önem taşır.
- Her bir lezyon tipi için özelleşmiş tanı ve tedavi yaklaşımları, hastaların prognozunu iyileştirir ve komplikasyonları azaltır.

### KAYNAKLAR

1. Tang Z, Kang L, Zhang Y, et al. The diagnostic value of in vivo reflectance confocal microscopy in actinic keratosis. *Skin Res Technol.* 2021;27(1):80-85.
2. Moscarella E, Di Brizzi EV, Casari A, et al. Italian expert consensus paper on the management of patients with actinic keratoses. *Dermatol Ther.* 2020;33(6):e13992.
3. Lee EH, Nehal KS, Disa JJ. Benign and premalignant skin lesions. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(5):188e-198e.
4. Schwartz RA. Multiple persistent keratoacanthomas. *Oncology.* 1979;36(6):281-285.
5. Marks R, Rennie G, Selwood T. *The relationship of basal cell carcinomas and squamous cell carcinomas to solar keratoses.* *Arch Dermatol.* 1988;124(7):1039-1042.

## BÖLÜM 11

# Dermatomiyozit

Batuhan ER<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Dermatomiyozit, iskelet kaslarında güçsüzlük ve cilt değişiklikleri ile karakterize idiyopatik inflamatuvar bir miyopatidir.
- Erişkin başlangıçlı dermatomiyozit malignite ile güçlü bir şekilde ilişkilidir; etkilenen yetişkinlerin %25'ine kadarında tanı sırasında bilinmeyen bir altta yatan malignite vardır.
- PTPN22 geni gibi dermatomiyozit gelişimine genetik bir yatkınlık vardır tanımlanan HLA ilişkileri şunlardır:
  - Kafkas popülasyonları: **HLA DRB1\*0301 ve DQA1\*0501**
  - Asya popülasyonları: **HLA-B7**
  - Anti-Jo-1 antikoru: **HLA DRB1\*0301 ve DQA1\*501**
  - Anti-Mi-2 antikoru: **HLA DRB1\*07 ve DQA\*0201**
- Kas güçsüzlüğü cilt döküntüleriyle aynı anda ortaya çıkabilir veya haftalar, aylar hatta yıllar sonra ortaya çıkabilir.
- Miyozit genellikle gövdeye en yakın olan proksimal kasları, yani üst kollar ve uyluklardaki kasları etkiler. Miyozitin ilk belirtisi, aşağıdaki günlük hareketlerin güçsüzlük ve yorgunlukla zorlaşmasıdır:
  1. Merdiven çıkmak veya yürümek
  2. Oturma veya çömelme pozisyonundan ayağa kalkma
  3. Nesneleri kaldırma
  4. Saç tararken olduğu gibi kolları omuzların üzerine kaldırmak
  5. Yutma güçlüğü.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
erbatuhan17@gmail.com ORCID iD: 0009-0008-5787-5832

DOI: 10.37609/akya.4097.c7456

- Metotreksat 15mg/hafta
- Siklofosfamid
- Takrolimus
- Azatiyoprin 2x50mg/gün
- Mikofenolat mofetil 2x360mg/gün
- Diltiazem ve kolşisin kalsifikasyonu azaltabilir.
- Diğer: JAK inhibitörü barisitinib 12 hastadan oluşan küçük, açık etiketli bir çalışmada incelendiğinde çalışmanın 4. haftasından itibaren klinik olarak anlamlı iyileşme görülmüştür. Apremilast ayrıca 8 yetişkin kadında ek tedavi olarak incelendiğinde olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

## Sonuç

- Dermatomyozit, bu duruma sahip yetişkinlerin %20'sinde çözülebilir, ancak çoğu ömür boyu tedavi gerektirecektir. Kötü huylu tümör, kalp veya akciğer tutulumu gibi ilişkili rahatsızlıkları olanların prognozu etkilenecek ve yaşam süresini kısaltabilir.

## KAYNAKLAR

1. Bailey EE, Fiorentino DF. Amyopathic dermatomyositis: definitions, diagnosis, and management. *Curr Rheumatol Rep.* 2014;16(12):465.
2. Bitar C, Ninh T, Brag K, et al. Apremilast in Recalcitrant Cutaneous Dermatomyositis: A NONRANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *JAMA Dermatol.* 2022;158(12):1357–1366.
3. Cobos GA, Femia A, Vleugels RA. Dermatomyositis: an update on diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21(3):339–353.
4. DeWane ME, Waldman R, Lu J. Dermatomyositis: clinical features and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(2):267–281.
5. Okiyama N, Fujimoto M. Cutaneous manifestations of dermatomyositis characterized by myositis-specific autoantibodies. *F1000Res.* 2019;8:F1000 Faculty Rev-1951.
6. Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Dermatomyositis. In: *Current Medical Diagnosis and Treatment 2020*, 59th edn, Lange, 2020: 864–867.
7. Sasaki H, Kohsaka H. Current diagnosis and treatment of polymyositis and dermatomyositis. *Mod Rheumatol.* 2018;28(6):913–921.

## BÖLÜM 12

# Liken Planus

Batuhan ER<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Liken planus deriyi, mukozal ve tırnağı yüzeyleri etkileyen kronik bir inflamatuvar durumdur
- Klasik liken planus hafif kabarık, mor renkli parlak infiltrate lezyonlardır.
- Üzerinde beyaz Wickham çizgileri de görülebilir.



## ETYOPATOGENEZ

- T hücre aracılı bir otoimmün hastalık olan liken planus dünya çapında nüfusun yaklaşık %1'ini etkiler.
- Etkilenenlerin yaklaşık %10'unda tırnaklarda liken planus, yarısında ise kadınlarda erkeklere göre daha sık görülen oral liken planus görülür.
- HBV, HCV, genetik yatkınlık, travma ya da ameliyattan sonra Koebnerizasyon etyolojide vardır
- Oral Liken Planus → amalgam dolgu, D vitamini eksikliği ile ilişkili olabilir



## KLİNİK TİPLERİ

### 1) Kutanöz liken planus

- En sık olan liken planus tipidir papüller ve poligonal plaklar parlak, düz tepeli ve palpasyonla serttir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
erbatuhan17@gmail.com ORCID iD: 0009-0008-5787-5832

DOI: 10.37609/akya.4097.c7457

## Oral lezyonların sistemik tedavisi

- Siklosporin (3-5mg/kg/gün), sistemik steroid (1mg/kg/gün) metotreksat 15mg/hafta s.c, sistemik retinoidler 10mg/gün p.o (izotretinoin, asitretin), apremilast (fosfodiesteraz-4 inhibitörü), adalimumab.
- Tildrakizumab'ın izole bir vaka çalışmasında eroziv oral liken planusta pozitif sonuçlar gösterdiği gösterilmiştir

## Sonuç

- Liken planus çoğu insanda birkaç yıl içinde iyileşme eğilimindedir. Ancak iltihap sonrası pigmentasyonun geçmesi yıllar alabilir.
- Mukozal liken planusun on yıl veya daha uzun süre devam etme olasılığı daha yüksektir.
- Liken planopilaris ve eroziv oral liken planus kronik remisyon ve relapslı seyir gösterebilir. Kutanöz liken planus izi kalıcıdır ve skarlı alopesi de buna dahildir. Likenoid ilaç döküntüsü ise, sorumlu ilaç kesildiğinde yavaş yavaş düzelir.

## KAYNAKLAR

1. Le Cleach L, Chosidow O. Clinical practice. Lichen planus. *N Engl J Med.* 2012; 23;366(8):723–732.
2. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: A comprehensive Review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis and prognosis. *Sci World J.* 2014; 1–22.
3. Damsky W, Wang A, Olamiju B, Peterson D, Galan A, King B. Treatment of severe lichen planus with the JAK inhibitor tofacitinib. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;145(6):1708–1710.e2.
4. Ismail FF, Sinclair R. Clinical healing of erosive oral lichen planus with tildrakizumab implicates the interleukin-23/interleukin-17 pathway in the pathogenesis of lichen planus. *Australas J Dermatol.* 2020;61(2):244–245.
5. Motahari P, Pournaghi Azar F, Rasi A. Role of Vitamin D and Vitamin D Receptor in Oral Lichen Planus: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci.* 2020;30(4):615–622.
6. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol.* 2015;1(3):140–149.

## BÖLÜM 13

# Pigmente Purpurik Dermatozlar

Mehmet KAPLAN<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Pigmentli purpurik dermatozlar (PPD'ler), kapillerit, purpura simpleks ve vaskülitli inflamatuvar purpura olarak da bilinir.
- Peteşi, purpura ve artmış cilt pigmentasyonu ile karakterize kronik, iyi huylu, kutanöz döküntüler grubudur.
- PPD'ler en sık alt ekstremitelerde görülür ve asemptomatik veya pruritik olabilir.
- PPD'lerin klinik ve patolojik bulgularına aşinalık, bunları kutanöz vaskülit ve benzer klinik özelliklerle ortaya çıkabilen diğer bozukluklardan ayırt etmek için faydalıdır.
- PPD'lerin klasik patolojik bulguları arasında perivasküler mononükleer hücre inflamatuvar infiltratı, eritrosit ekstrasvazasyonu ve hemosiderin birikimi bulunur.



## EPİDEMİYOLOJİ

- PPD'lerin epidemiyolojisi hakkında veriler sınırlıdır.
- Genel olarak, bu bozuklukların nadir olduğu düşünülmektedir.
- Başlıca alt tipleri şunlardır:
  - **Schamberg hastalığı** (İlerleyici pigmente purpura, En yaygın tip) – Çocuk ve Orta yaşlı yetişkinler
  - **Purpura annularis telangiectodları** (Majocchi hastalığı) – Ergenler ve genç yetişkinler

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetkaplan@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-9789-3970

DOI: 10.37609/akya.4097.c7458

## KAYNAKLAR

---

1. Sardana K, Sarkar R, Sehgal VN. Pigmented purpuric dermatoses: an overview. *Int J Dermatol.* 2004;43(7):482-488.
2. Newton RC, Raimer SS. Pigmented purpuric eruptions. *Dermatol Clin.* 1985;3(1):165-169.
3. Nichamin SJ, Brough AJ. Chronic progressive pigmentary purpura. Purpura annulares telangiectodes of Majocchi-Schamberg. *Am J Dis Child.* 1968;116(4):429-433.

## BÖLÜM 14

# Piyodermalar

*Mehmet KAPLAN<sup>1</sup>*



## GİRİŞ

- Piyoderma, deri ve foliküler yapıları içeren bir grup yüzeysel bakteriyel enfeksiyöz sendromu ifade eder.
- Bunlara impetigo kontagiyoza, büllöz impetigo, ektima, folikülit, furonküloz, akut paronşi ve sellülit dahildir.
- Bu enfeksiyonlar tropik bölgelerde görülen yaygın dermatolojik hastalıklar arasındadır.



## ETYOLOJİ

- Staphylococcus aureus ve grup A streptokoklar (GAS) piyodermanın olağan etkenleridir.
- Geçmişte, impetigo kontagiyoza'nın GAS enfeksiyonunun sonucu olduğu düşünülüyordu; ancak, artık birçok vakanın birincil S. Aureus'tan kaynaklandığı saptanmıştır.
- Diğer piyodermalarda olduğu gibi GAS veya S. Aureus belirli bir klinik sunum için baskın patojen olabilir, ancak bu kesin bir kural değildir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetkaplan@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-9789-3970

DOI: 10.37609/akya.4097.c7459

## KAYNAKLAR

---

1. Ellis Simonsen SM, van Orman ER, Hatch BE, et al. Cellulitis incidence in a defined population. *Epidemiol Infect.* 2005;134(2):293–299.
2. Eron LJ, Lipsky BA, Low DE, et al. Managing skin and soft tissue infections: expert panel recommendations on key decision points. *J Antimicrob Chemother.* 2003;52 Suppl 1:i3–17.
3. Kaye KS, Petty LA, Shorr AF, Zilberberg MD. Current Epidemiology, Etiology, and Burden of Acute Skin Infections in the United States. *Clin Infect Dis.* 2019;68(Suppl 3):S193–S199.
4. Ki V, Rotstein C. Bacterial skin and soft tissue infections in adults: A review of their epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment and site of care. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2008;19(2):173–184.
5. Stulberg DL, Penrod MA, Blatny RA. Common bacterial skin infections. *Am Fam Physician.* 2002;66(1):119–124.
6. World Health Organisation (WHO). Epidemiology and Management of Common Skin Diseases in Children in Developing Countries. *WHO.* Published December 1, 2005. Accessed March 20, 2023.

## BÖLÜM 15

# Rozasea

Mehmet KAPLAN<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Rozasea; burun, çene, yanaklar ve alında tekrarlayan eritem, telenjektazi, papül veya püstüllerle görülen yaygın bir kronik inflamatuvar hastalıktır.
- Rozasea'nın dört klinik alt tipi vardır: eritem/telenjektazi, papülopüstüler, fimatöz ve oküler.
- Hastalar birden fazla alt tipin özelliklerini gösterebilir ve baskın özellikler ve tutulum alanları zamanla değişebilir.
- Rozasea hastalarının %50-75'inde kuruluk, kızarıklık, sulanma, karıncalanma, yanma hissi, yabancı cisim hissi, ışığa duyarlılık ve bulanık görme gibi göz semptomları vardır.
- Cilt ve göz semptomlarına ek olarak, rozasea anksiyete, utanç ve depresyona neden olabilir ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir.
- Rozasea nörolojik hastalıklar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklar gibi sistemik komorbiditeler arasında ilişki olduğu bildirilmiştir.



## ETYOLOJİ

- Rozasea'nın etiyolojisi tam olarak anlaşılmamıştır.
- Genetik, anormal bağışıklık yanıtı, mikroorganizmalar, çevresel faktörler ve nörovasküler düzensizlik, rozasea gelişimi için bilinen etiyolojik faktörler arasındadır.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetkaplan@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9789-3970

DOI: 10.37609/akya.4097.c7460

## KAYNAKLAR

---

1. van Zuuren EJ. Rosacea. *N Engl J Med.* 2017;377(18):1754-1764..
2. Marson JW, Baldwin HE. Rosacea: a wholistic review and update from pathogenesis to diagnosis and therapy. *Int J Dermatol.* 2020;59(6):e175-e182.
3. Del Rosso JQ. Adjunctive skin care in the management of rosacea: cleansers, moisturizers, and photoprotectants. *Cutis.* 2005;75(3 Suppl):17-36.
4. Stone DU, Chodosh J. Ocular rosacea: an update on pathogenesis and therapy. *Curr Opin Ophthalmol.* 2004;15(6):499-502.

## BÖLÜM 16

# Tırnak Batması

Mehmet KAPLAN<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Batık tırnak; onikokriptomozis veya unguis incarnatus olarak da bilinen tırnak plağının periungual deriye doğru büyümesi ve iltihaplanma ve enfeksiyona neden olmasıyla oluşan yaygın bir tırnak sorunudur
- Üç farklı tırnak batması türü vardır: lateral batma, distal batma ve proksimal batma (retronisi), distal-lateral batma (onikokriptomozis) en yaygın olanıdır.
- Tüm tırnak batması türleri, ağrı ve olası granülom oluşumu ile periungual inflamasyona neden olur.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Gerçek prevalans bilinmemekle birlikte genel popülasyonda %2,5 -5 olduğu tahmin edilmektedir.
- Yaşamın üçüncü ve dördüncü dekadlarında erkeklerde daha yaygındır. (E:K 2:1'dir)



## ETİYOLOJİ

- Uygunsuz tırnak plağı kesimi (tırnak plağının lateral kenarlarını köşeleri yuvarlak kesimi)
- Uygun olmayan ayakkabılar giymek

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetkaplan@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9789-3970

DOI: 10.37609/akya.4097.c7461

## Cerrahi Teknikler

- **Spikül eksizyonu ve kısmi matrisektomi:** Tırnağın etkilenen kısmının kısmi mekanik matrisektomi ile çıkarılmasından oluşur.
- **Kimyasal parsiyel matrisektomi:** Kimyasal matrisektomi genellikle fenol kullanılarak yapılır. Mekanik matrisektomiden daha yüksek bir başarı oranı gösterir ve daha az ağrılıdır. Başarısı iyi hemostaza bağlıdır. Sodyum hidroksit ve trikloroasetik asit gibi diğer kimyasal ajanlar kullanılabilir.
- **Ayak tırnağı ve tırnak kıvrımının kama rezeksiyonu:** Bu yaklaşım, tırnak plağının etkilenen kısmının çıkarılması, kısmi matrisektomi ve tırnak yatağının ve hipertrofik tırnak kıvrımının kama diseksiyonundan oluşur. Klinisyenler genellikle bu teknikten kaçınmalıdır.
- **Etkilenen tırnağın eksizyonu ve total matrisektomi:** Bu, batık ayak tırnakları için daha radikal bir çözümdür. Etkilenen tırnak ve tırnak yatağı eksizyonu ve total matrisektomiden (kimyasal veya mekanik) oluşur. Evre IV batık ayak tırnakları, onikogrifoz ve onikodistrofi için endikedir.
- **Yumuşak doku tırnak kıvrımı çıkarma tekniği:** Bu prosedür tırnağa dokunmaz çünkü temeli tırnağın batık ayak tırnaklarının gelişmesinde etken faktör olmadığı teoridir. Eliptik olarak saran yumuşak dokunun geniş bir şekilde çıkarılmasından oluşur.
- **Diğer teknikler:** Elektrokoterizasyon, radyofrekans ablasyonu ve karbondioksit lazer ablasyonu gibi daha yeni teknikler, batık tırnak yönetiminin en yeni biçimi haline gelmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Bryant A, Knox A. Ingrown toenails: the role of the GP. *Aust Fam Physician*. 2015;44(3):102-105.
2. Geizhals S, Lipner SR. Review of onychocryptosis: epidemiology, pathogenesis, risk factors, diagnosis and treatment. *Dermatol Online J*. 2019;25(9):13030/qt9985w2n0. Published 2019 Sep 15.
3. Park DH, Singh D. The management of ingrowing toenails. *BMJ*. 2012;344:e2089. Published 2012 Apr 3.
4. Fishman HC. Practical therapy for ingrown toenails. *Cutis*. 1983 Aug;32(2):159-60.
5. Taheri A, Mansoori P, Alinia H, Lewallen R, Feldman SR. A conservative method to gutter splint ingrown toenails. *JAMA Dermatol*. 2014 Dec;150(12):1359-60.
6. Ergün T, Korkmaz M, Ergün D, Turan K, Muratoğlu OG, Cabuk H. Treatment of Ingrown Toenail with a Minimally Invasive Nail Fixator: Comparative Study with Winograd Technique. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2024 Jan-Feb;114(1)

## BÖLÜM 17

# Eritema Nodosum

Selen GEZMEN<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Eritema nodosum (EN), genellikle pretibiyal bölgede eritemli, ağrılı subkutan nodüller olarak ortaya çıkar.
- EN, gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonuna bağlı septal pannükülit tablosudur.
- Yaygın tetikleyiciler arasında enfeksiyonlar, ilaçlar, gebelik, maligniteler, sarkoidoz ve enflamatuar gastrointestinal hastalıklar bulunur.
- Birçok vaka idiyopattir.
- EN'deki karakteristik histolojik bulgu, vaskülsiz septal pannükülittir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- EN, her yaş, cinsiyet ve ırk grubunda görülebilir.
- 20-40 yaş arası kadınlarda daha siktir.
- Kadınlara, erkeklerden 3-6 kat daha fazla etkilenmektedir.



## PATOGENEZ

- EN, çeşitli antijenlere maruz kalmaktan kaynaklanan gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak kabul edilir; ancak patogenez tam olarak anlaşılmamıştır.
- Patojenik mekanizma, subkutan septal venüllerinde immün kompleks biriki-

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., selengezmen65@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-4898-9976

DOI: 10.37609/akya.4097.c7462

## İkinci Basamak Tedavi

- Kısa süreli sistemik glukokortikoid tedavisi
- Kolşisin, dapson, hidroksiklorokin gibi ajanlar
- TNF-alfa inhibitörleri (şiddetli veya refrakter EN vakalarında)

## KAYNAKLAR

---

1. James WD, Berger TG, Elston DM. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 13th ed. Elsevier; 2020.
2. Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician*. 2007;75(5):695-700.
3. Requena L, Yus ES. Erythema nodosum. *Dermatol Clin*. 2008;26(4):425-v.
4. Llorente L, Richaud-Patin Y, Alvarado C, Reyes E, Alcocer-Varela J, Orozco-Topete R. Elevated Th1 cytokine mRNA in skin biopsies and peripheral circulation in patients with erythema nodosum. *Eur Cytokine Netw*. 1997;8(1):67-71.
5. Saleh Z, Saleh Z, Marder W. TNF- $\alpha$  inhibitor-induced erythema nodosum: Case report and literature review. *Int J Rheum Dis*. 2024;27(10):e15383.

## BÖLÜM 18

# Kutane Müsinozlar

Selen GEZMEN<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Kutane müsinozlar dermiste odaksal veya diffüz desende müsün depolanması ile ilişkili bir hastalık grubudur.
- Fibroblastlar tarafından üretilen ve ekstrasellüler matris komponenti olan müsün bir asit glikozaminoglikandır.
- Müsün kolloidal demir, alsian mavisi, toluidin mavisi gibi özel boyalarla tespit edilebilir.
- Doğrudan müsün birikimine bağlı geliştiği düşünülen primer kutane müsinozların yanında çeşitli dermatozların seyrinde de sekonder müsün birikebilir.

### Primer Müsinozlar:

- Liken mikşödematöz; monoklonal gamopati ile ilişkili yaygın jeneralize form skleromikşödem olarak adlandırılır.
- Lokalize sistemik hastalıktan bağımsız formları da mevcuttur.

### Skleromikşödem (Jeneralize Liken Mikşödematöz):

- Papüler müsinoz ismi de kullanılmaktadır.
- Genellikle 30-50 yaş arasında ortaya çıkmaktadır, çocuklarda da izlenebilmektedir.
- Baş, boyun, kol, el ve uylukta deri renginde yaygın sert düz yüzeyli simetrik papüller ile karakterizedir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., selengezmen65@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-4898-9976

DOI: 10.37609/akya.4097.c7463

- Her iki durum da doku ödemi ve cilt değışikliklerine yol açan aşırı glikozaminoglikan birikimini içerir.
- Hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemeden önce, doğru tiroid tedavisi sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

---

1. Truhan AP, Roenigk HH Jr. The cutaneous mucinoses. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14(1):1-18.
2. Fleming KE, Virmani D, Sutton E, et al. Scleromyxedema and the dermatoneuro syndrome: case report and review of the literature. *J Cutan Pathol.* 2012;39(5):508-517.
3. Rongioletti F, Rebora A. Cutaneous mucinoses: microscopic criteria for diagnosis. *Am J Dermatopathol.* 2001;23(3):257-267.
4. Zhu JL, Black SM, Chen HW, Jacobe HT. Emerging treatments for scleroderma/systemic sclerosis. *Fac Rev.* 2021;10:43. Published 2021 May 5
5. Gibson LE, Muller SA, Leiferman KM, Peters MS. Follicular mucinosis: clinical and histopathologic study. *J Am Acad Dermatol.* 1989;20(3):441-446.
6. De Rossi SS, Ciarrocca K. Oral lichen planus and lichenoid mucositis. *Dent Clin North Am.* 2014;58(2):299-313.

## BÖLÜM 19

# Ürtiker

Selen GEZMEN<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Ürtiker, tipik olarak eritem ve kaşıntının eşlik ettiği geçici, lokalize dermal veya mukozal plaklarla karakterize olup zamanla düzelme eğilimindedir.
- Anjiyoödem kaşıntı olmadan daha derin doku şişmesini içerir ancak ağrı veya yanma hissi ile ilişkili olabilir. Hastalar plaklarla, anjiyoödemle veya her ikisiyle aynı anda başvurabilir.
- “Ürtiker” terimi bir semptomu tanımlarken, anjiyoödem klinik bir bulgu veya püskürme anlamına gelebilir. Plaklar ve anjiyoödem ayrıca anafilaksi, otoinflamatuar sendromlar, mastositoz (örneğin Darier belirtisi) veya kalıtsal anjiyoödem (HAÖ) gibi altta yatan durumların göstergesi olabilir.
- Avrupa Alerji ve Klinik İmmünoloji Akademisi (EAACI), Küresel Alerji ve Astım Avrupa Ağı (GA<sup>2</sup>LEN), Avrupa Dermatoloji Forumu (EDF) ve Dünya Alerji Örgütü (WAO) gibi kuruluşlar tarafından onaylanan uluslararası kılavuzlar ürtikeri plakların, anjiyoödemle veya her ikisinin birden gelişmesiyle karakterize bir hastalık olarak tanımlamaktadır.
- Bu kılavuzlar ayrıca ürtikeri anafilaksi, otoinflamatuar sendromlar veya HAÖ ile ilişkili bradikinin aracılı anjiyoödem gibi tıbbi durumlarda bir semptom olarak ayırt etmektedir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- **Yaşam Boyu Prevalans:** Avrupa genelinde yaşam boyu ürtiker prevalansı %8-10 olarak bildirilmiştir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., selengezmen65@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-4898-9976

DOI: 10.37609/akya.4097.c7464

## Önleme

- Ürtiker başlangıcını önleyen belirlenmiş bir yöntem yoktur.
- Bilinen tetikleyicilerden kaçınmak, önleyici bir adım olarak önerilir.
- Hastaların, durumlarını kötüleştiren yiyecek veya çevresel faktörlerin farkında olmaları sağlanmalıdır.
- Aile öyküsünde kalıtsal anjiyoödem bulunan bireylerde genetik danışmanlık yapılabilir.

## Tarama

- Kalıtsal anjiyoödem riskine sahip aileler tarama programlarına dahil edilmelidir.
- Erken tanı semptomların yönetiminde önemli rol oynar.
- Tarama hem hastanın hem de aile üyelerinin durum hakkında bilinçlenmesini destekler.

## KAYNAKLAR

---

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, 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):1393-1414.
2. Greaves MW, O'Donnell BF. Chronic urticaria. *Br J Dermatol*. 1995;132(6):1023.
3. Confino-Cohen R, Chodick G, Shalev V, Leshno M, Kimhi O, Goldberg A. Chronic urticaria and autoimmunity: associations found in a large population study. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129(5):1307-1313.
4. Kanani A, Betschel SD, Warrington R. Urticaria and angioedema. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2018;14(Suppl 2):59. Published 2018 Sep 12.

## BÖLÜM 20

# Lökositoklastik Vaskülit

Selen GEZMEN<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Primer deri tutulumu ile seyreden, esas olarak post kapiller venülleri etkileyen bir küçük damar vaskülit formudur.
- Lökositoklastik vaskülit tanımı sistemik tutulumun olmadığı küçük damar vaskülit (tek organ vaskülit) için kullanılmaktadır
- Hipersensivite vaskülit ve nekrotizan vaskülit olarak da adlandırılmıştır.
- Sistemik küçük damar vaskülitlerinde dermal komponentin etkilenmesi de kütanöz lökositoklastik vaskülit ile aynı histolojik bulgulara neden olur
- Sistemik tutulum açısından her hasta değerlendirilmelidir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- İnsidansı tam olarak bilinmemektedir.
- Her yaş ve cinsiyette ortaya çıkabilmektedir fakat erişkin popülasyonda daha siktir.
- Bazı çalışmalarda erkek cinsiyetine ve ileri yaşa hafif bir yatkınlık olduğu belirtilmiştir.



## ETİYOLOJİ

- Kutanöz lökositoklastik anjinitli olguların yaklaşık yarısı idiyopattir. İlaçlar, kimyasallar, viral, bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar, süt proteini veya gluten

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., selengezmen65@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-4898-9976

DOI: 10.37609/akya.4097.c7465

## KAYNAKLAR

---

1. Carlson JA. The histological spectrum of cutaneous vasculitis. *J Cutan Pathol.* 2018;45(3):117-143
2. Jennette JC, Falk RJ. Small-vessel vasculitis. *N Engl J Med.* 1997;337(21):1512-1523.
3. Chen KR, Carlson JA. Clinical approach to cutaneous vasculitis. *Am J Clin Dermatol.* 2008;9(2):71-92.
4. Callen JP, Jorizzo JL. Dermatological signs of systemic disease. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(1):1-16.
5. Watts RA, Scott DG. Classification and epidemiology of the vasculitides. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2018;32(1):3-20.

## BÖLÜM 21

# Eozinofilik Dermatozlar

Fatih AY<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Eozinofilik dermatozlar, kan eozinofilisi ile ilişkili veya ilişkisiz olarak, cilt ve/veya mukozaların eozinofilik infiltrasyonu ile karakterize, farklı etiyolojilere sahip geniş bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır
- Eozinofilik selülit, eozinofilik fasiit, granüloma fasiiale, eozinofilik püstüler follikülit ve eozinofilili anjiolenfoid hiperplazi bunlar arasında sayılabilir.



## ETİYOPATOGENEZ

- Eozinofiller, özellikle parazitler olmak üzere enfeksiyöz etkenlere karşı konak savunmasında ve çeşitli immün aracılı cilt ve sistemik hastalıkların patofizyolojisinde yer alan granülositer hücrelerdir.
- Eozinofillerin olgunlaşması, göçü ve degranülasyonu karmaşık, sitokin aracılı düzenlemeye tabidir.
- Aynı zamanda, eozinofiller sitokinler ve toksik proteinler salgılayarak bağışıklık sisteminin diğer hücreleri ve doğrudan çevreleriyle etkileşime girerek inflamasyonda hem efektör hücreler olarak görev yapabilir hem de antijen sunan hücreler olarak inflamatuvar reaksiyonu başlatabilir veya düzenleyebilir.
- Eozinofillerin olgunlaşması kemik iliğinde, aktif T lenfositleri (TH<sub>2</sub>) tarafından salgılanan interlökin (IL)-5 aracılığıyla gerçekleşir.
- Buradan kan dolaşımına geçen eozinofiller; endotelde, aktif T lenfositler tarafından salınan IL-4 ve IL-13 etkisiyle ekspresyonu artan VCAM-1 ve eozinofiller tarafından eksprese edilen yapışma molekülü (VLA-4) aracılığıyla dokuya geçerler.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., fathayfatihay@outlook.com ORCID ID: 0000-0001-6123-1660

DOI: 10.37609/akya.4097.c7466

## KAYNAKLAR

---

1. Keida T, Hayashi N, Kawashima M. Eosinophilic pustular folliculitis following autologous peripheral blood stem-cell transplantation. *J Dermatol.* 2004;31(1):21-26.
2. Ziemer M, Böer A. Eosinophilic pustular folliculitis in infancy: not a distinctive inflammatory disease of the skin. *Am J Dermatopathol.* 2005;27(5):443-455.
3. Ellis E, Scheinfeld N. Eosinophilic pustular folliculitis: a comprehensive review of treatment options. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5(3):189-197.
4. Atasoy M, Aliağaoğlu C, Şahin Ö, Yıldırım Ü, Balık Ö. Eozinofilili anjiyolenfoid hiperplazi: olgu sunumu. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venerol.* 2006;40(Suppl B):B34-B36.
5. Dikilitaş MC, Öztaş P, Polat M, Allı N. Eozinofilik dermatozlar. *Türkiye Klinikleri J Dermatol.* 2008;18(2):77-84.
6. Peckruhn M, Elsner P, Tittelbach J. Eosinophilic dermatoses. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2019;17(10):1039-1051

## BÖLÜM 22

# HPV Enfeksiyonları

Fatih AY<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Verrüeler Human Papillomavirüs (HPV) infeksiyonundan kaynaklanan deri ve mukozalardaki benign proliferasyonlardır.
- Günümüzde HPV' nin yüz otuzdan fazla genotipi tanımlanmıştır.
- Hastalık klinik olarak çeşitli alt tiplerde sınıflandırılmıştır: Verruka Vulgaris, Verruka plantaris, verruka filiformis, verruka plana, verruka anogenitalis.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Nongenital verrüelerin insidansı yaklaşık %10 olup, en sık çocuklar ve genç erişkinlerde görülür.
- Anogenital verrüeler ise seksüel yolla geçerler ve partnerler virüsü bulaştırabilirler.
- HPV virüsü için kaynak veya rezervuarın klinik veya subklinik infeksiyonu taşıyan kişiler olduğu düşünülmektedir.
- Verrüeler direkt temas veya kontamine yüzey ve eşyalar ile temas sonrası bulaşabilmektedir.



## ETYOPATOGENEZ

- HPV infeksiyonu doku yüzeyindeki defektler yoluyla virüsün epidermise geçip burada inoküle olmasıyla gelişmektedir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., fathayfatihay@outlook.com ORCID iD: 0000-0001-6123-1660

DOI: 10.37609/akya.4097.c7467

- 0., 2. ve 6.ay da olmak üzere üç doz sekinde uygulanır.
- Maruziyet öncesi uygulandığında genital siğillerin önlenmesinde çok yüksek oranda etkili olduğu kanıtlanmıştır.

## KAYNAKLAR

---

1. Arıcan Ö. Verrukalarda güncel tedavi. *Dermatose*. 2004;3:153-159.
2. Öztürkcan S. Derinin viral hastalıkları. In: Tüzün Y, Güner MA, Serdarođlu S, Ođuz O, Aksungur VL, eds. Dermatoloji. 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008.
3. Tüzün Y. Dermatoloji'de Tedavi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010.

## BÖLÜM 23

# Kaposi Sarkomu

Fatih AY<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Moritz Kaposi tarafından 1872 de tanımlanmış olan multiple, kan damarları ve/ veya lenfatik damarların endotel hücrelerinden köken aldığı düşünülen vasküler bir neoplazmdir.
- Hastalık görünüş, epidemiyoloji, klinik özelliklerine göre dört alt gruba ayrılmıştır;
  - 1) Klasik Kaposi sarkomu
  - 2) Endemik (Afrika) Kaposi sarkomu
  - 3) Epidemik (AIDS ile ilişkili) Kaposi sarkomu
  - 4) İyatrojenik, transplantasyon ilişkili Kaposi sarkomu



## EPİDEMİYOLOJİ

- Kaposi sarkomu dünya çapında yaygın bir coğrafi dağılım göstermektedir. Klasik Kaposi sarkomu en sık Yahudi, Doğu Avrupa ve Akdeniz kökenli yaşlı erkeklerde görülmektedir, her iki cinsiyette görülebilmektedir. Ortalama görülme yaşı 5.-6. dekattır. Ülkemizde en sık bu alt tip görülmektedir.
- Endemik (Afrika) Kaposi sarkomu, Orta Afrika' da sahranın güneyinde geniş alanlarda görülür, Kuzeydoğu Kongo ve Rwanda-Brundi bölgelerinde en yüksek prevalans görülmektedir. Daha iyi seyirli olan benign nodüler tipi daha sık erkeklerde görülür ve hastaların yaş ortalaması 35 yıldır. Çoğunlukla deri lezyonları olmaksızın lenf nodu ve iç organ tutulumu ile giden lenfadenopatik tipi ise daha çok çocuklarda görülmekte olup, ortalama görülme yaşı 3 yıldır.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., fathayfatihay@outlook.com ORCID ID: 0000-0001-6123-1660

DOI: 10.37609/akya.4097.c7468

## KAYNAKLAR

---

1. Hengge UR, Ruzicka T, Tyring SK, et al. Update on Kaposi's sarcoma and other HHV8 associated diseases. Part 1: epidemiology, environmental predispositions, clinical manifestations, and therapy. *Lancet Infect Dis.* 2002;2(5):281-292
2. Rabkin CS, Janz S, Lash A, et al. Monoclonal origin of multicentric Kaposi's sarcoma lesions. *N Engl J Med.* 1997;336(14):988-993.
3. Chang Y, Cesarman E, Pessin MS, et al. Identification of herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Science.* 1994;266(5192):1865-1869.
4. Tur E, Brenner S. Classic Kaposi's sarcoma: low-dose interferon alfa treatment. *Dermatology.* 1998;197(1):37-42.
5. Ersoy Evans S, Şahin S. Kaposi Sarkomu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences.* 2007;3(22):38-43.
6. Saylam Kurtipek G. Kaposi sarkomu: Tedavi ve takip. In: Turgut Erdemir VA, ed. Melanom Dışı Deri Kanserleri; Klinik, Tanı, Tedavi, Takip ve Korunma. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023:79-82.

## BÖLÜM 24

# Pitriyazis Rubra Pilaris

Fatih AY<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Pitriyazis rubra pilaris nadir görülen eritem ile çevrili keratotik folliküler papüller, eritemli skuamlı plaklar, el ve ayakta hiperkeratoz ile seyreden kronik papüloskuamoz hastalıklardan biridir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Nadir görülen bir hastalık olup tüm dermatolojik hastalıklar arasında 1/5000-1/50000 sıklığında gözlenmektedir.
- Genellikle sporadik olup, ailesel tipte otozomal dominant veya bazı olgularda otozomal resesif geçiş görülür.
- Herhangi bir ırkta görülebilirken, kadınlar ve erkekler eşit oranda etkilenir



## ETYOPATOGENEZ

- Hastalığın oluşumunda A vitamini eksikliğine benzer şekilde deri bulguları görüldüğü için etyolojide A vitamini eksikliği ve anormal metabolizması üzerinde durulmuş, fakat bu konuda yeterli destekleyici veri bulunmamıştır.
- PRP'li olgularda normal epidermiste bulunmayan asidik keratinin (Keratin 17) pozitif bulunması, etyopatogenezde anormal keratin proteinlerinin rol aldığını vurgulamıştır.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., fathayfatihay@outlook.com ORCID ID: 0000-0001-6123-1660

DOI: 10.37609/akya.4097.c7469

## Sistemik Tedaviler

- Sistemik Retinoidler: Asitretin (0,5-0,75 mg/kg gün); hastalar 3-7 ay içerisinde tedaviye yanıt vermekte olup, asitretin için uygun olmayan hastalarda izotretinonin (0,5 -1 mg/ kg /gün) uzun süreli remisyon sağlamaktadır.
- Metotreksat (10-25 mg /hafta): Bazı hastalarda düşük dozda remisyon sağladığı bildirilmiştir.
- Sistemik Steroidler: Günlük 20 -60 mg dozlarında bazı olgularda yararlı bulunmuştur. Uzun süreli kullanım önerilmemektedir.
- Fototerapi: Geniş ve dar band UVB tedavisi bazı hastalarda faydalı olduğu bildirilmiştir. Sistemik retinoidler ile kombine edilebilmektedir.
- Ultraviyole kullanımına bağlı lezyonlarda alevlenme görülebilmektedir.
- TNF alfa Antagonistleri: Etanersept, infliksimab ve adalimumab tedavileri ile olgu bazında iyileşme bildirilmiştir
- Antiretroviral Tedavi: HIV ilişkili tipte antiretroviral tedavi ile lezyonlarda tamamen iyileşme görülebilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Albayrak H, Yanık ME, Güvenç SC, Şahin AF, Gürlevik Z. Juvenil pityriasis rubra pilaris: a case report. *Duzce Med J.* 2010;12(1):91-93.
2. Norman RA, Blanco PM. Papulosquamous diseases in the elderly. *Dermatol Ther.* 2003;16(3):231-242.
3. Chan H, Liu FT, Naguwa S. A review of pityriasis rubra pilaris and rheumatologic associations. *Clin Dev Immunol.* 2004;11(1):57-60.
4. Sehgal VN, Srivastava G, Dogra S. Adult onset pityriasis rubra pilaris. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2008;74(4):311-321.

## BÖLÜM 25

# Demodikozis

Ayşe Nur SARIBAŞ YILDIRIM<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Demodeks, kıl folikülünde yaşayan akarlara verilen isimdir.
- İnsanlarda demodeks yüz derisinde, özellikle alın, yanaklar, burun kenarları, kirpikler ve dış kulak kanallarında bulunur. Bazen demodikozis adı verilen bir duruma neden olur.
- Demodeks olarak bilinen 1600 akar türü arasından insan vücudunda iki spesifik tür olan Demodeks follikülorum ve Demodeks brevis koloniler kurar.
- Uzunluğu 0,3 ila 0,5 mm arasında değişen D. follikülorum, öncelikle yanaklar, alın, burun, şakaklar, kafa derisi, kulak kepçesi ve gözler gibi çeşitli yüz bölgelerinin kıl köklerinin, özellikle de kaş ve kirpiklerin içinde bulunur. Uzunluğu 0,15-0,3 mm olan D. brevis, öncelikle sebumla beslenir ve yüz, boyun ve gövdedeki yağ bezlerinde, göz kapaklarının Meibomian bezleriyle birlikte yaşar.
- Demodeks görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta olup, 60 yaşındaki nüfusun %84'ünde ve 70 yaş üstü bireylerin %100'ünde tespit edilmektedir.

## Demodeks Blefariti

- Demodeks akarları, doğrudan mekanik hasar, bakteri taşıyıcısı olarak, aşırı duyarlılık ve inflamasyona neden olarak blefarite çeşitli şekillerde neden olur.
- Demodeks blefariti için risk faktörleri arasında artan yaş, rozasea ve diyabet bulunur. Kızarıklık, kuruluk, rahatsızlık, yabancı cisim hissi, kirpik anomalileri ve kaşıntı semptomları ile seyredebilir.
- Demodeks akarları oküler ve perioküler bölgede blefarit dışında konjunktival

<sup>1</sup> Araş. Gör Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., draysenursaribas@gmail.com ORCID iD: 0009-0005-5261-9379

DOI: 10.37609/akya.4097.c7470

ve daha derin doku tutulumu ile karakterize yüzeysel veziküller, püstüller ve folliküler skuam gözlenir.

- Akne vulgaris, seboreik dermatit, perioral dermatit, püstüler follikülit demodikozla ilişkili olduğu düşünülen facial dermatozlardır.



## TANI

- Hastanın deri, kirpik, saçtan alınan örneklerinin standartize yüzeysel cilt biyopsisi, deri kazıntısının KOH ile incelenmesi ile konulur.
- Bir cm<sup>2</sup>'de 5'ten fazla demodeks olması tanısaldır. Dermatoskopi ve reflektans konfokal mikroskopisi tanıya yardımcıdır.



## TEDAVİ

- Demodeks tedavisindeki temel amaç akarların aşırı popülasyonunu ve iltihabı azaltmaktır.
- Demodikozis tedavisinde etkili yüz yıkama ile birlikte topikal permetrin, metranidazol, benzil benzoat, krotamiton, ivermektin ve oral metronidazol kullanılmaktadır.
- Doksisisiklin, ornidazol ve ivermektin sistemik tedavide kullanılan diğer ilaçlardır.

## KAYNAKLAR

1. Chioveanu FG, Niculet E, Torlac C, Busila C, Tatu AL. Beyond the Surface: Understanding Demodex and Its Link to Blepharitis and Facial Dermatoses. *Clin Ophthalmol.* 2024;18:1801-1810
2. Rhee MK, Yeu E, Barnett M, Rapuano CJ, Dhaliwal DK, Nichols KK, Karpecki P, Mah FS, Chan A, Mun J, Gaddie IB. Demodex Blepharitis: A Comprehensive Review of the Disease, Current Management, and Emerging Therapies. *Eye Contact Lens.* 2023 Aug 1;49(8):311-318.

## BÖLÜM 26

# Dermatitis Herpetiformis

Ayşe Nur SARIBAŞ YILDIRIM<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Dermatitis herpetiformis (DH), etyopatogenezinde genetik, immünolojik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu kaşıntı ve karakteristik cilt döküntüleri ile gluten duyarlılığına bağlı nadir görülen kronik, otoimmün büllöz bir hastalıktır.
- Çölyak hastalığının spesifik bir cilt belirtisi olarak kabul edilir ve onunla ortak bir genetik ve immünolojik geçmişi paylaşır.
- DH nadir görülen bir hastalıktır, yaygınlığının 100.000 kişide 10 ila 75 arasında olduğu bildirilmişken, insidans oranı ise 1 ila 3,5 arasındadır.
- Çölyak hastalığı kadınlarda daha yaygın olmasına rağmen, erkeklerde DH prevalansı daha yüksektir.
- Genel olarak, DH'deki erkek:kadın oranı 3:2'dir.



## KLİNİK ÖZELLİKLER

- Dermatitis herpetiformis, ekstensör vücut yüzeylerindeki cildi etkileyen yoğun kaşıntılı polimorfik papülo-veziküler döküntü ile klinik olarak ortaya çıkar.
- Kaşıntı ve yanma hissi genellikle hastalığın ilk belirtisidir.
- Daha sonra ortaya çıkan kutanöz lezyonlar genellikle herpetiform bir şekilde gruplanır ve dirsekler, dizler, omuzlar, sırt ve kalçalarda, genellikle mekanik kuvvetlere en çok maruz kalan bölgelerde, simetrik bir dağılıma sahip olma eğilimindedir.
- Pruritik yapıları nedeniyle, birincil lezyonlar genellikle ekskoriasyonlar, erozyonlar ve kurutlar gibi daha az spesifik belirtilerle maskelenir.

<sup>1</sup> Araş. Gör Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., draysenursaribas@gmail.com ORCID iD: 0009-0005-5261-9379

DOI: 10.37609/akya.4097.c7471

## KAYNAKLAR

---

1. Görög A, Antiga E, Caproni M, et al. S2k guidelines (consensus statement) for diagnosis and therapy of dermatitis herpetiformis initiated by the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(6):1251-1277.
2. Marks J, Shuster S, Watson AJ. Small-bowel changes in dermatitis herpetiformis. *Lancet*. 1966;2(7476):1280-1282.
3. Rybak-d'Obyrn J, Placek W. Etiopathogenesis of dermatitis herpetiformis. *Postepy Dermatol Alergol*. 2022;39(1):1-6.
4. Nguyen CN, Kim SJ. Dermatitis Herpetiformis: An Update on Diagnosis, Disease Monitoring, and Management. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(8):843. Published 2021 Aug 20.
5. Collin P, Salmi TT, Hervonen K, Kaukinen K, Reunala T. Dermatitis herpetiformis: a cutaneous manifestation of coeliac disease. *Ann Med*. 2017;49(1):23-31.

## BÖLÜM 27

# El Ekzeması

Ayşe Nur SARIBAŞ YILDIRIM<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- ✦ El ekzeması büyük ölçüde ellerle sınırlı olan ve diğer bölgelerin tutulmadığı veya çok az tutulduğu multifaktöriyal bir dermatittir.
- ✦ El ekzemasından etkilenen kişilerin üçte ikisine kadarında hastalık kronikleşir, önemli kişisel ve mesleki deformitelere neden olur.
- ✦ Kronik el ekzeması terimi, üç aydan uzun süren veya 12 aylık bir zaman dilimi içinde iki veya daha fazla kez tekrarlayan vakalar için kullanılır.
- ✦ Genellikle mesleki veya rutin ev aktiviteleriyle ilişkilidir.
- ✦ El ekzeması yetişkinlerde daha yaygındır ve başlangıçtaki ortalama yaş yirmili yaşların başı ile ortasıdır.
- ✦ El ekzeması için bilinen en güçlü endojen risk faktörleri atopik dermatit ve kuru cilttir.



## ETİYOPATOGENEZ

- ✦ El ekzemasının patogenezi multifaktöriyeldir ve hem genetik hem de çevresel faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir.
- ✦ Su, deterjanlar, çözücüler ve kimyasallar gibi tahriş edici maddelere sık ve uzun süreli maruziyetten kaynaklanır ve epidermal bütünlüğün ve işlevin bozulmasına yol açar.
- ✦ Bu durum, keratinosit proliferasyonuna, epidermal hiperplaziye ve esas olarak CD4<sup>+</sup>T hücreleri ve daha az ölçüde CD8<sup>+</sup>T hücreleri ve nötrofiller tarafından yönlendirilen hafif inflamasyona yol açar.

<sup>1</sup> Araş. Gör Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., draysenursaribas@gmail.com ORCID iD: 0009-0005-5261-9379

DOI: 10.37609/akya.4097.c7472

- Kronik el ekzemasında etkili olduklarına dair çok az kanıt olmasına rağmen, immünoşüpresan siklosporin, metotreksat ve azatiyoprin, birinci ve ikinci basamak tedaviye dirençli veya kontrendike olan hastalarda endikasyon dışı kullanılabilir. Kronik el ekzemasında sistemik glukokortikosteroidler hakkında deneysel kanıt yoktur, ancak kılavuzlara göre şiddetli el ekzemasında genellikle kısa süreli 0,5–1 mg/kg/gün prednizolon 2–3 hafta süreli azaltılarak akut müdahale olarak kullanılabilirler.
- Biyolojik ajan olarak atopik el ekzeması tedavisinde, kısa ve uzun vadeli kullanım için sistemik JAK inhibitörleri olan abrositinib, barisitininib ve upadasitinib ile uzun vadeli kullanım için biyolojik ilaçlar olan dupilumab, tralokinumab ve lebrikizumab yer almaktadır.
- **Fototerapi:** Hastalık topikal önlemlerle kontrol edilemiyorsa, kısa süreli fototerapi (genellikle 4-8 hafta) düşünülmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Agarwal US, Besarwal RK, Gupta R, Agarwal P, Napalia S. Hand eczema. *Indian J Dermatol*. 2014;59(3):213-224.
2. Diepgen TL, Elsner P, Schliemann S, et al. Guideline on the management of hand eczema ICD-10 Code: L20. L23. L24. L25. L30. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2009;7 Suppl 3:S1-S16.
3. Quaade AS, Simonsen AB, Halling AS, Thyssen JP, Johansen JD. Prevalence, incidence, and severity of hand eczema in the general population - A systematic review and meta-analysis. *Contact Dermatitis*. 2021;84(6):361-374.
4. Lefevre MA, Nosbaum A, Rozieres A, et al. Unique molecular signatures typify skin inflammation induced by chemical allergens and irritants. *Allergy*. 2021;76(12):3697-3712.
5. Weidinger S, Novak N. Hand eczema. *Lancet*. 2024;404(10470):2476-2486.
6. Thyssen JP, Schuttelaar MLA, Alfonso JH, et al. Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2022;86(5):357-378.

## BÖLÜM 28

# Eritroderma

Ayşe Nur SARIBAŞ YILDIRIM<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Eritroderma, sıklıkla yaygın ekzfoliyatif dermatit olarak tanımlanır ve genellikle altta yatan inflamatuvar bir cilt rahatsızlığının sonucu olarak vücut yüzeyinin %90'ından fazlasının eritemle kaplandığı, çeşitli sistemik bulgulara yol açabilen ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilen bir durumdur.
- Yıllık insidansın yetişkin popülasyonda yaklaşık 100.000'de 1 olduğu tahmin edilmektedir.
- Eritrodermi ile ilişkili olduğu bilinen çok sayıda sistemik ve kutanöz hastalık vardır.
- Eritroderminin en yaygın tetikleyicisi, psoriasis (%23), atopik dermatit ve kontakt dermatit olmak üzere altta yatan bir dermatitin alevlenmesidir.
- İlaç reaksiyonu, vakaların %20'sinde rol oynayan eritroderminin bir diğer önemli nedenidir.
- Eritrodermi ile ilişkili yaygın bir malignite kutanöz T hücreli lenfomadır.
- Eritroderma, birçok farklı cilt hastalığının bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabileceği gibi, primer bir dermatolojik hastalık olarak da gelişebilir.
- Bu durum, tedavi edilmediğinde ciddi sistemik komplikasyonlara yol açabilir.
- Tanı; öykü, fizik muayene ve laboratuvar testleri ile konulmaktadır.

<sup>1</sup> Araş. Gör Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., draysenursaribas@gmail.com ORCID iD: 0009-0005-5261-9379

DOI: 10.37609/akya.4097.c7473



## TEDAVİ

- Eritroderma tedavisi, altta yatan nedene yönelik olarak şekillendirilir ve hastanın durumuna göre değişir.
- Eritroderma, akut bir dermatolojik acil durum olduğundan, tedaviye hızlı bir şekilde başlanması önemlidir.
- Temel tedavi, şüpheli ilaçların kesilmesi, cilt nemini ve bütünlüğünün korunması, yeterli hidrasyon ve beslenme, vücut sıcaklığının izlenmesi ve düzenlenmesi, proteinden zengin beslenme desteği, kaşıntı ve ağrının semptomatik tedavisi, elektrolit replasmanı ve sekonder enfeksiyonlar için antibiyotik desteğinden oluşur.
- Altta yatan neden tespit edildiğinde hedefe yönelik tedavi uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Harper-Kirksey K. Erythroderma. Life-Threatening Rashes. 2018;265-277. Published 2018 Sep 12.
2. Khaled A, Sellami A, Faza B, Kharfi M, Zeglaoui F, Kamoun MR. Acquired erythroderma in adults: a clinical and prognostic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(7):781-788.
3. Mistry N, Gupta A, Alavi A, Sibbald RG. A review of the diagnosis and management of erythroderma (generalized red skin). *Adv Skin Wound Care*. 2015;28(5):228-238.
4. Rothe MJ, Bernstein ML, Grant-Kels JM. Life-threatening erythroderma: diagnosing and treating the "red man". *Clin Dermatol*. 2005;23(2):206-217.

# Fotodermatozlar

Ela GAZAL<sup>1</sup>



## GİRİŞ

Fotodermatozlar, ultraviyole (UV) ışınlarına ve nadiren görünür ışığa maruz kalma sonucu ortaya çıkan, genellikle inflamatuvar veya kaşıntılı deri hastalıklarıdır. Hem endojen (genetik yatkınlık, otoimmün bozukluklar) hem de eksojen (ilaçlar, kimyasallar) nedenlerle gelişebilirler. Bazı durumlar akut belirtilerle seyrederken, diğerleri kronik seyir gösterebilir.

- **Polimorf Işık Erüpsiyonu (PMLE):** En yaygın fotodermatoz formudur.
- **Aktinik Prurigo:** Aktinik prurigo, Hutchinson'ın yaz prurigosu olarak da bilinir, Yerli Amerikalıların ailevi veya kalıtsal PMLE'si, genellikle PMLE'nin bir varyantı olarak kabul edilen foto-indüklenmiş pruritik bir döküntüdür.
- **Kronik Aktinik Dermatit (CAD):** Persistan fotoduyarlılıkla karakterize bir durumdur.
- **Solar Urtiker:** UV ve görünür ışığa hızlı yanıt veren kaşıntılı plaklarla seyreden kronik indüklenbilir ürtiker türü.
- **Fototoksik Kontakt Dermatit:** Değişik amaçlar ile deriye sürülen veya ilaçlar gibi sistemik olarak alınan bazı maddelerin, kişinin ultraviyole ışınları ile temas sonucu kimyasal reaksiyona girmeleriyle oluşan dermatozdur.
- **Fotoalerjik Kontakt Dermatit:** Yatkınlığı olan kişilerde deriye lokal olarak temas eden veya sistemik yolla alınan fotoduyarlandırıcı madde ile UV ışınlarının etkileşimi sonucunda ortaya çıkan geç tip hipersensitivite reaksiyonudur. Allerjen ile temastan 48 saat veya daha uzun süre sonra ortaya çıkar
- **Porfiriyalar:** Porfirin metabolizmasında rol oynayan çeşitli enzimlerin eksikliğine bağlı olarak gelişen fotosensitivite, deri lezyonları ve sistemik bulgular ile karakterize hastalık grubudur. Porfiriya kutane tarda en sık görülen tiptir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., alaaghazal17@gmail.com  
ORCID ID: 0000-0002-6368-4804

DOI: 10.37609/akya.4097.c7474

## KAYNAKLAR

---

1. Gruber-Wackernagel A, Byrne SN, Wolf P. Polymorphous light eruption: clinic aspects and pathogenesis. *Dermatol Clin*. 2014;32(3):315-viii.
2. Dice JP. Physical urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2004;24(2):225-vi.
3. Lehmann P, Schwarz T. Photodermatoses: diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(9):135-141.

## BÖLÜM 30

# Kutanöz Lupus Eritematozus

Ela GAZAL<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Kutanöz lupus eritematozus (KLE), lupus hastalığının cildi tutan formudur ve immün sisteminin anormal bir aktivasyonu sonucunda ortaya çıkar. Hem lokalize hem de yaygın cilt lezyonlarıyla seyredebilir. KLE kendi başına bulunabileceği gibi sistemik lupus eritematozus (SLE) ile birlikte de görülebilir.
- SLE’de kutanöz belirtilerin sıklığı %70 kadar yüksektir ve KLE’nin genel prevalansının %0,07’den fazla olduğu bildirilmektedir

### Tipleri

KLE’nin yeni sınıflandırması spesifik ve non-spesifik olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır.

#### 1. Non-Spesifik Lezyonlar

Bu lezyonlar sadece KLE’ye özgü değildir ve diğer immünolojik ve romatolojik hastalıklarda da görülebilir:

- Vaskülit (lökositoklastik veya livedoid vaskülit).
- Raynaud fenomeni.
- Eritematöz maküller.
- Nonskatrisyel alopesi.
- Büllöz SLE

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., alaaghazal17@gmail.com  
ORCID iD: 0000-0002-6368-4804

DOI: 10.37609/akya.4097.c7475

## KAYNAKLAR

---

1. Źychowska M, Źychowska M. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus - a systematic review of the literature. *Int J Dermatol*. 2021;60(7):818-828.
2. Grönhagen CM, Nyberg F. Cutaneous lupus erythematosus: An update. *Indian Dermatol Online J*. 2014;5(1):7-13.
3. Klein B, Billi AC, Abernathy-Close L, Kahlenberg JM. Cutaneous lupus erythematosus - from pathogenesis to targeted therapy. *Nat Rev Rheumatol*. 2025;21(12):703-718.

## BÖLÜM 31

# Kutanöz Sarkoidoz

Ela GAZAL<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Sarkoidoz, deri, akciğer, lenf düğümleri, gözler, eklemler, beyin, böbrekler ve kalp gibi organ ve dokularda kazeifiye olmayan granülomların varlığıyla karakterize granümatöz bir hastalıktır.
- Sarkoidoz, primer olarak akciğerleri tutan multisistemik, idiyopatik bir hastalık olup deri tutulumu vakaların %20-35'inde görülmektedir.
- Kutanöz sarkoidoz, hastalığın genel aktivitesini yansıtabilir ve deri, biyopsi yoluyla tanı koymak için kolayca erişilebilen bir organdır.



## KLİNİK

- Sarkoidozun cilt bulgularının hastaların yaklaşık %25'inde görüldüğü tahmin edilmektedir ve histopatolojik özelliklere göre spesifik ve nonspesifik lezyonlar olarak ikiye ayrılmaktadır
- **Spesifik lezyonlar** – lezyonel dokudaki klasik histopatolojik bulguları temsil eden, kazeifiye olmayan (sarkoidal) granülomlar içerir.
- **Papüler Sarkoidoz:** Deri renginde ya da eritemli, ince şekilde kabarık papüllerle karakterizedir. Genellikle yüz, boyun ve ekstremitelerde görülür.
- **Nodüler Sarkoidoz:** İleri dönemde daha belirgin olan, sert, eritemli ya da eritemsiz nodüllerle seyreder.
- **Plak Tipi Sarkoidoz:** Genellikle baş ve boyunda kalın, eritemli plaklar olarak ortaya çıkar. Bu lezyonlar zamanla atrofi, skar dokusu ve hiperpigmentasyon ile sonlanabilir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., alaaghazal17@gmail.com  
ORCID ID: 0000-0002-6368-4804

DOI: 10.37609/akya.4097.c7476

## KAYNAKLAR

---

1. Abdelghaffar M, Hwang E, Damsky W. Cutaneous Sarcoidosis. *Clin Chest Med.* 2024;45(1):71-89.
2. Damsky W, King B. Cutaneous sarcoidosis: clinical and pathologic features, molecular pathogenesis, and treatment. *Clin Dermatol.* 2025;43(2):177-190.
3. Mañá J, Marcoval J. Skin manifestations of sarcoidosis. *Presse Med.* 2012;41(6 Pt 2):e355-e374.
4. Katta R. Cutaneous sarcoidosis: a dermatologic masquerader. *Am Fam Physician.* 2002;65(8):1581-1584.
5. Damsky W, King B. Cutaneous sarcoidosis: clinical and pathologic features, molecular pathogenesis, and treatment. *Clin Dermatol.* 2025;43(2):177-190.
6. Jain R, Yadav D, Puranik N, Guleria R, Jin JO. Sarcoidosis: Causes, Diagnosis, Clinical Features, and Treatments. *J Clin Med.* 2020;9(4):1081. Published 2020 Apr 10.

## BÖLÜM 32

# Postinflamatuvar Hipopigmentasyon ve Hiperpigmentasyon

Ela GAZAL<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Postinflamatuvar pigmentasyon, deride inflamasyon veya travma sonrası ortaya çıkan pigment bozukluğudur.
- Postinflamatuvar hiperpigmentasyon (PIH), melanin artışı nedeniyle deride koyu leke oluşmasıyla karakterizedir.
- Postinflamatuvar hipopigmentasyon (PIHp) ise melanin azalması veya melanosit fonksiyonlarının bozulması sonucunda ortaya çıkar ve deride açık renkli alanlarla kendini gösterir.

### Elementer Lezyonlar

- **PIH:** Keskin sınırlı, genellikle düz bir makül ya da yama şeklinde koyu renkli alanlardır. Renk koyuluğu, etkilenen bölge ve bireyin cilt tipiyle değişiklik gösterebilir.
- **PIHp:** Yine keskin sınırlı makül veya yamalar şeklindedir, ancak rengi etkilenen cilt bölgesinin normal pigmentasyonuna göre daha açıktır.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., alaaghazal17@gmail.com  
ORCID iD: 0000-0002-6368-4804  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7477

➤ **Sistemik Tedaviler:**

- Gerekirse oral antioksidanlar veya retinoidler.

➤ **Psikolojik Destek:**

- Hastaların psikolojik etkilerini azaltmaya yönelik destekleyici yaklaşımlar.
- Postinflamatuvar pigmentasyonun tedavisi uzun sürebilir ve hastayla etkili bir iletişim sürecin başarısında kritik bir rol oynar.

## KAYNAKLAR

---

1. Lawrence E, Syed HA, Al Aboud KM. Postinflammatory Hyperpigmentation. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; November 25, 2024.
2. Callender VD, St Surin-Lord S, Davis EC, Maclin M. Postinflammatory hyperpigmentation: etiologic and therapeutic considerations. *Am J Clin Dermatol*. 2011;12(2):87-99.
3. Epstein JH. Postinflammatory hyperpigmentation. *Clin Dermatol*. 1989;7(2):55-65.
4. Pandya AG, Guevara IL. Disorders of hyperpigmentation. *Dermatol Clin*. 2000;18(1):91-ix.
5. Ortonne JP, Passeron T. Melanin pigmentary disorders: treatment update. *Dermatol Clin*. 2005;23(2):209-226.
6. Tey HL. Approach to hypopigmentation disorders in adults. *Clin Exp Dermatol*. 2010;35(8):829-834.
7. 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.
8. Vachiramon V, Thadanipon K. Postinflammatory hypopigmentation. *Clin Exp Dermatol*. 2011;36(7):708-714.

## BÖLÜM 33

# Alopesi Areata

Melisa ORDU<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Alopesi areata (AA), aniden başlayan ve otoimmün mekanizmalarla karakterize edilen bir saç dökülmesi hastalığıdır.
- Genellikle saçlı deride görülse de vücutta başka kıl bölgeleri de etkilenebilir.
- AA, tüm yaş gruplarında görülebilen, dünya çapında yaygın bir hastalıktır.
- Etiyolojisi karmaşık olup, genetik yatkınlık, çevresel faktörler ve bağışıklık sistemi etkileşimlerinin birleşimiyle ortaya çıkar.
- Bu yazıda, AA'nın tipleri, tanısı, tedavi yaklaşımları, laboratuvar testleri ve kanıta dayalı tedavi kılavuzları ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

## Tanım

- Alopesi areata, aniden ortaya çıkan saç dökülmesi ile karakterize, otoimmün bir hastalıktır.
- Genellikle saçlı deride belirginleşir ve yuvarlak ya da oval şekillerde saçsız alanlar oluşturur.
- Saç dökülmesi hızla başlayabilir ve bu dökülme alanlarında ince, kırılabilir kıllar (exclamation mark hairs=ünlem işareti saçlar) görülebilir.
- Hastalık sadece saçlı deriyi etkilemekle kalmaz, vücutta başka bölgelerdeki kıllar da dökülebilir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. İzmir Şehir Hastanesi, melisaaaordu@gmail.com ORCID iD: 0009-0000-5068-4939  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7478

## SONUÇ

- Alopesi areata, genetik, çevresel ve immünolojik faktörlerin birleşimiyle gelişen, otoimmün kaynaklı bir saç dökülmesi hastalığıdır.
- Hastalığın seyri bireyler arasında değişkenlik gösterir ve tedavi seçenekleri genişlemektedir.
- Kanıta dayalı tedavi yaklaşımları, hastaların yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir.
- Gelecekte, kişiselleştirilmiş tedavi yöntemlerinin daha fazla uygulanması beklenmektedir.

## KAYNAKLAR

1. ASAMI Consensus Survey Study Group, Moussa A, Bennett M, et al. The Alopecia Areata Severity and Morbidity Index (ASAMI) Study: Results From a Global Expert Consensus Exercise on Determinants of Alopecia Areata Severity. *JAMA Dermatol.* 2024;160(3):341-350.
2. Dillon KL. A Comprehensive Literature Review of JAK Inhibitors in Treatment of Alopecia Areata. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2021;14:691-714. Published 2021 Jun 25.
3. Darwin E, Hirt PA, Fertig R, Doliner B, Delcanto G, Jimenez JJ. Alopecia Areata: Review of Epidemiology, Clinical Features, Pathogenesis, and New Treatment Options. *Int J Trichology.* 2018;10(2):51-60.
4. Zhou C, Li X, Wang C, Zhang J. Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2021;61(3):403-423.

## BÖLÜM 34

# KUTANÖZ AMİLOİDOZ

Melisa ORDU<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Kutanöz amiloidoz, deri ve/veya deri altı dokularında anormal amiloid protein birikimi ile karakterize edilen nadir bir hastalık grubudur.
- Deri ile sınırlı olabilir ya da sistemik amiloidozun bir parçası olarak ortaya çıkabilir.
- Lokalize kutanöz amiloidoz genellikle kaşıntı ve deri lezyonları ile kendini gösterir ve primer kutanöz amiloidozun en yaygın alt türleri; maküler amiloidoz, liken amiloidoz ve nodüler amiloidozdur.

## Elementer Lezyon

- **Maküler Amiloidoz:** Çok ince, hiperpigmente maküllerle karakterizedir ve genellikle sırt, omuz ve göğüs bölgelerinde görülür.
- **Liken Amiloidoz:** Hiperpigmente, sert, kaşıntılı papüllerle kendini gösterir ve genellikle ekstremitelerin ekstensör yüzeylerinde lokalizedir.
- **Nodüler Amiloidoz:** Deride izole ya da birden fazla sert, parlak nodüllerle karakterizedir ve sistemik amiloidoza ilerleme potansiyeline sahiptir.



## ETYOPATOGENEZ

- Amiloidoz patogenezi tam olarak anlaşılamamış olsa da, kutanöz amiloidozun lokalize formlarının epidermal keratinositlerden salınan sito-keratin içerikli proteinlerin anormal katlanması ve birikimi sonucu geliştiği düşünülmektedir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. İzmir Şehir Hastanesi, melisaaordu@gmail.com ORCID iD: 0009-0000-5068-4939  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7479

## Sonuç

- Kutanöz amiloidoz, klinik spektrumu geniş olan ve hem lokalize hem de sistemik komplikasyonlara yol açabilecek bir hastalıktır.
- Erken tanı, uygun tedavi ve sistemik tutulum riskinin yakından izlenmesi, hastalığın kontrol altına alınmasında kritik önem taşır.



**Resim 54:** Sırtta maküler amiloidoz lezyonları

## KAYNAKLAR

1. Aoki K, Ohyama M, Mizukawa Y. A case of lichen amyloidosis associated with atopic dermatitis successfully treated with dupilumab: A case report and literature review. *Dermatol Ther.* 2021;34(4):e15005.
2. Aung T, Rodins K. Persistently itchy papules. *Aust J Gen Pract.* 2019;48(5):286-288. doi:10.31128/AJGP-07-18-4653.
3. Mehrotra K, Dewan R, Kumar JV, Dewan A. Primary Cutaneous Amyloidosis: A Clinical, Histopathological and Immunofluorescence Study. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(8):WC01-WC05.
4. Lachmann HJ, Hawkins PN. Systemic amyloidosis. *Curr Opin Pharmacol.* 2006;6(2):214-220.

## BÖLÜM 35

# Behçet Hastalığı

Melisa ORDU<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Behçet hastalığı, ağız ve genital ülserler, cilt lezyonları ve oküler inflamasyon gibi tekrarlayan ataklarla karakterize, multisistemik bir vaskülit hastalığıdır.
- İlk olarak 1937 yılında Türk dermatolog Hulusi Behçet tarafından tanımlanmıştır.
- Hastalık, özellikle “İpek Yolu” olarak bilinen coğrafi bölgede daha yaygın olarak görülür.

## Elementer Lezyon

- **Aftöz Ülserler:** Genellikle ağrılı, yuvarlak veya oval, beyazımsı bir tabaka ile çevrili ağız içi ülserler.
- **Genital Ülserler:** Daha derin, ağrılı ve iz bırakma eğiliminde olan ülserler.
- **Eritema Nodosum:** Alt ekstremitelerde görülen, ağrılı, kırmızımsı nodüller.
- **Akne Benzeri Lezyonlar:** Özellikle gövde ve ekstremitelerde inflamatuvar papül ve püstüller.
- **Paterji Testi:** Deri travmasına karşı aşırı duyarlılık sonucu oluşan steril püstül veya lokal doku reaksiyonu.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. İzmir Şehir Hastanesi, melisaaaordu@gmail.com, ORCID iD: 0009-0000-5068-4939  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7480

## KAYNAKLAR

---

1. Yazici H, Seyahi E, Hatemi G, Yazici Y. Behçet syndrome: a contemporary view. *Nat Rev Rheumatol*. 2018;14(2):107-119.
2. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *International Study Group for Behçet's Disease. Lancet*. 1990;335(8697):1078-1080.
3. 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):808-818.
4. Davatchi F, Chams-Davatchi C, Shams H, et al. Behçet's disease: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2017;13(1):57-65.
5. Nair JR, Moots RJ. Behçet's disease. *Clin Med (Lond)*. 2017;17(1):71-77.

## BÖLÜM 36

# Sifiliz

Melisa ORDU<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Sifiliz, *Treponema pallidum* adlı spiroket bakterinin neden olduğu, esas olarak cinsel yolla bulaşan sistemik bir enfeksiyondür.
- Erken dönemde tanı ve tedavi edilmediği takdirde, birçok organı etkileyerek ciddi komplikasyonlara yol açabilir ve yaşam boyu devam edebilir.
- Sifiliz, tarihsel olarak "çok taklitçi hastalık" olarak bilinir, çünkü klinik belirtileri birçok diğer hastalığın belirtilerini taklit eder.

## Elementer Lezyon

- **Sankr:** Primer sifilizde görülen, bakterinin giriş yerinde oluşan, sert kenarlı, ağrısız, yuvarlak veya oval ülser.
- **Kondiloma Lata:** Sekonder sifilizde nemli deri bölgelerinde oluşan, kabarık nodüler ve sıklıkla kaşıntısız lezyonlar.
- **Makülopapüler Döküntüler:** Sekonder sifilizde avuç içi ve ayak tabanı dahil olmak üzere yaygın makül ve papül şeklinde deri döküntüleri.
- **Gomlar:** Tersiyer sifilizde deri, kemik ve diğer organlarda oluşan granülomatöz nodüler inflamasyon odakları.



## ETYOPATOGENEZ

- Sifiliz, genellikle cinsel temas yoluyla bulaşır.
- Diğer bulaş yolları transplasental geçiş, kan transfüzyonu ve kontamine iğnelerle teması içerir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. İzmir Şehir Hastanesi, melisaaordu@gmail.com ORCID iD: 0009-0000-5068-4939  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7481

## KAYNAKLAR

---

1. Syphilis. *Australian STI Management Guidelines for Use in Primary Care*. Accessed January 9, 2020.
2. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17073. Published 2017 Oct 12.
3. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187. Published 2021 Jul 23.
4. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočnik M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(3):574-588.

## BÖLÜM 37

# Derin Fungal Enfeksiyonlar

Merve Nur TOK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Derin mantar enfeksiyonları, sistemik veya invaziv mikozlar olarak da bilinen, çeşitli mantar patojenlerinin neden olduğu ciddi, genellikle yaşamı tehdit eden bir grup hastalıktır.
- Yüzeysel mantar enfeksiyonlarının aksine, derin mantar enfeksiyonları iç organlar da dahil olmak üzere daha derin dokuları istila eder ve tüm vücuda yayılabilir.
- Bu enfeksiyonlar özellikle bağışıklık sistemi zayıflamış hastalarda yaygındır, ancak bağışıklık sistemi yeterli bireyleri de etkileyebilir.



## SPOROTRİKOZİS

- Sporotrikoz, dimorfik mantar *Sporotrix schenckii*'nin neden olduğu subakut ila kronik bir süreçte ekstrakutanöz bölgelerde, özellikle de bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda ortaya çıkabilir.



## EPIDEMİYOLOJİ

- S. schenckii*, ılıman iklimden tropikal iklime kadar değişen iklimlerde Dünya çapında bulunur.
- Enfeksiyon kaynakları:** *Sfagnum* yosunu, çürüyen odun ve diğer bitkiler, saman ve toprak gibi çeşitli çevresel ortamlarda bulunur. Enfeksiyon en sık çevreyle temasa geçen kişilerde görülür.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mervenurtok01@gmail.com ORCID iD: 0009-0008-9259-0998

DOI: 10.37609/akya.4097.c7482

- Karın ağrısı ve hematemez en sık semptomdur. Gastrointestinal lezyonlar perforasyona ve peritonite yol açabilen nekrotik ülserler şeklindedir. Gastrointestinal mukormikozis bağırsak enfarktüsü ve hemorajik şoka neden olabilir ve prognoz kötüdür.



## TANI

- Mukormikozis tanısı genellikle zordur ve klinik şüphe, radyolojik görüntüleme ve laboratuvar testlerinin bir kombinasyonunu gerektirir.
- Doku biyopsisi ise altın standart tanı yöntemidir.



## TEDAVİ

Genellikle cerrahi debridman, antifungal tedavi ve predispozan faktörlerin ortadan kaldırılması kombinasyonu gereklidir.

- **Cerrahi debridman** – Mukormikozis tanısından şüphelenildiğinde, ilgili dokuların agresif cerrahi debridmanı hemen yapılmalıdır.
- **Antifungal tedavi** – Antifungal tedavinin erken başlatılması sonuçları iyileştirir.
- **Başlangıç tedavisi** – Başlangıç tedavisi için tercih edilen ilaç amfoterisin B'nin lipid formülasyonudur. Genellikle başlangıç dozu lipozomal amfoterisin B veya amfoterisin B lipid kompleksinin günlük 5 mg/kg'dır.
- **Kurtarma terapisi** – Amfoterisin B'ye yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalar için, ilk kurtarma terapisi olarak intravenöz posakonazol veya isavuconazol uygulanır.

## KAYNAKLAR

1. Rodrigues AM, Della Terra PP, Gremião ID, Pereira SA, Orofino-Costa R, de Camargo ZP. The threat of emerging and re-emerging pathogenic Sporothrix species. *Mycopathologia*. 2020;185(5):813-842.
2. Queiroz-Telles F, Bonifaz A, Cognialli R, Lustosa BPR, Vicente VA, Ramírez-Marín HA. Sporotrichosis in Children: Case series and Narrative Review. *Curr Fungal Infect Rep*. 2022;16(2):33-46.
3. van de Sande WW, de Kat J, Coppens J, et al. Melanin biosynthesis in *Madurella mycetomatis* and its effect on susceptibility to itraconazole and ketoconazole. *Microbes Infect*. 2007;9(9):1114-1123.

4. Fahal AH, el Toum EA, el Hassan AM, Mahgoub ES, Gumaa SA. The host tissue reaction to *Madurella mycetomatis*: new classification. *J Med Vet Mycol*. 1995;33(1):15-17.
5. Kauffman CA, Malani AN. Zygomycosis: an emerging fungal infection with new options for management. *Curr Infect Dis Rep*. 2007;9(6):435-440.
6. Spellberg B, Walsh TJ, Kontoyiannis DP, Edwards J Jr, Ibrahim AS. Recent advances in the management of mucormycosis: from bench to bedside. *Clin Infect Dis*. 2009;48(12):1743-1751.
7. Queiroz-Telles F, de Hoog S, Santos DW, et al. Chromoblastomycosis. *Clin Microbiol Rev*. 2017;30(1):233-276.

## BÖLÜM 38

# Graft Versus Host Hastalığı

Merve Nur TOK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Akut ve kronik graft-versus-host hastalığı (GVHD), hematopoietik hücre naklinin (HCT) komplikasyonları olan multisistem bozukluklarıdır.
- Cilt tutulumu yaygındır ve mukoza, saç veya tırnak anormallikleri de görülebilir.
- Bu bozukluklar çeşitli diğer cilt hastalıklarıyla klinik ve histopatolojik özellikleri paylaştığından, kutanöz GVHD'yi düşündüren lezyonları olan HCT sonrası hastaların yönetimi için ayırıcı tanının kapsamlı bir şekilde ele alınması esastır.

## TIPLERİ

Klasik olarak GVHD, hastalığın başlangıç zamanına göre akut ve kronik formlara ayrılmıştır:

- Akut GVHD – Hematopoietik hücre naklinden (HCT) sonraki 100 gün içinde ortaya çıkan GVHD belirtileri ile seyreder.
- Kronik GVHD – HCT'den 100 günden fazla bir süre sonra ortaya çıkan GVHD belirtileri ile karakterizedir.

## Akut Kutanöz Greft-Versus-Host Hastalığı

- Akut GVHD, allojenik hematopoietik hücre naklinden (HCT) sonra yaygındır ve cilt, gastrointestinal sistem, karaciğer ve hematopoietik sistem bozukluklarına yol açabilir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mervenurtok01@gmail.com ORCID ID: 0009-0008-9259-0998

DOI: 10.37609/akya.4097.c7483

## KAYNAKLAR

---

1. Gale RP, Bortin MM, van Bekkum DW, et al. Risk factors for acute graft-versus-host disease. *Br J Haematol.* 1987;67(4):397-406.
2. Woodruff JM, Hansen JA, Good RA, Santos GW, Slavin RE. The pathology of the graft-versus-host reaction (GVHR) in adults receiving bone marrow transplants. *Transplant Proc.* 1976;8(4):675-684.
3. Saad AG, Alyea EP 3rd, Wen PY, Degirolami U, Kesari S. Graft-versus-host disease of the CNS after allogeneic bone marrow transplantation. *J Clin Oncol.* 2009;27(30):e147-e149.
4. Penack O, Marchetti M, Aljurf M, et al. Prophylaxis and management of graft-versus-host disease after stem-cell transplantation for haematological malignancies: updated consensus recommendations of the European Society for Blood and Marrow Transplantation. *Lancet Haematol.* 2024;11(2):e147-e159.

## BÖLÜM 39

# İktiyozlar

Merve Nur TOK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- İktiyozlar, keratinizasyon bozuklukları veya kornifikasyon bozuklukları olarak da adlandırılan, değişen şiddette cildin genel bir pullanmasıyla karakterize heterojen bir bozukluk grubudur.
- İktiyozların büyük çoğunluğu kalıtsaldır, ancak edinilmiş formlar malignite, otoimmün veya enfeksiyöz hastalık ve beslenme yetersizliği ortamında gelişebilir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- İktiyozis vulgaris ve X1e bağlı iktiyozis, sırasıyla 250 doğumda 1 ve 6000 erkek doğumunda 1 olarak tahmin edilen insidansla en yaygın iktiyozis tipleridir.
- Lameller iktiyozis, konjenital iktiyoziform eritroderma ve Harlequin iktiyozisi içeren otozomal resesif konjenital iktiyozisler nadirdir; genel insidanslarının yaklaşık 200.000 doğumda 1 olduğu tahmin edilmektedir.



## PATOGENEZ

**Epidermal keratinizasyon ve cilt bariyerindeki** bir defekti içerir ve bu da anormal deskuamasyona ve cilt yüzeyinde korneositlerin birikmesine yol açar. Bu defektler, iktiyozis türüne bağlı olarak değişir:

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
mervenurtok01@gmail.com ORCID ID: 0009-0008-9259-0998

DOI: 10.37609/akya.4097.c7484

- Bu yenidoğanlar genellikle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yönetilir. Nem oranı %50-%70 aralığında olmalı ve vücut ısısı, vitaller ve elektrolitler açısından yakından izlenmelidir.
- Hiperproliferatif koşullarda daha hızlı epidermal dönüşüm nedeniyle artan metabolik talep kalorik takviye gerektirir. Enfeksiyon için yakın izleme zorunludur. Petrolatum gibi yumuşak yumuşatıcılar düzenli olarak uygulanmalıdır.
- En şiddetli vakalarda multidisipliner bir ekiple erken konsültasyon gereklidir. Ekipte bir dermatolog, klinik genetikçi, beslenme uzmanı, fiziksel/mesleki terapist ve sosyal hizmet görevlisi bulunmalıdır.



## PROGNOZ VE İZLEM

- İktiyozisin prognozu hastalığın türüne ve şiddetine bağlı olarak değişir. **Harlequin iktiyozis gibi daha şiddetli formlar**, yüksek ölüm oranına sahip **iktiyozis vulgaris**, genellikle daha iyi bir prognoza sahiptir,
- Çoğu form için, yaşam kalitesini iyileştirmek ve cilt enfeksiyonları gibi komplikasyonları önlemek için **kronik bakım** ve semptom yönetimi gereklidir.

## KAYNAKLAR

1. Ivich JM. Ichthyosis in the Neonatal Setting. *Adv Neonatal Care*. 2015;15(4):253-260.
2. 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.
3. Oji V, Tadini G, Akiyama M, et al. Revised nomenclature and classification of inherited ichthyoses: results of the First Ichthyosis Consensus Conference in Sorèze 2009. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63(4):607-641.
4. Smith FJ, Irvine AD, Terron-Kwiatkowski A, et al. Loss-of-function mutations in the gene encoding filaggrin cause ichthyosis vulgaris. *Nat Genet*. 2006;38(3):337-342.
5. Thyssen JP, Godoy-Gijon E, Elias PM. Ichthyosis vulgaris: the filaggrin mutation disease. *Br J Dermatol*. 2013;168(6):1155-1166.
6. Dreyfus I, Pauwels C, Bourrat E, et al. Burden of inherited ichthyosis: a French national survey. *Acta Derm Venereol*. 2015;95(3):326-328.

## BÖLÜM 40

# Psikodermatozlar

Merve Nur TOK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Psikodermatozlar, psikokutanöz bozukluklar olarak da bilinir, dermatolojik semptomların başlangıcında, şiddetlenmesinde veya devam etmesinde psikolojik faktörlerin önemli bir rol oynadığı geniş bir cilt rahatsızlığı yelpazesini kapsar.
- Bu bozukluklar, hem psikolojik faktörlerin (stres, anksiyete veya depresyon gibi) hem de dermatolojik belirtilerin birbirini etkilediği cilt ve zihin arasındaki karmaşık ilişkiyi gösterir.



## PATOFİZYOLOJİ

- Psikodermatozların patofizyolojisi çok faktörlüdür ve merkezi sinir sistemi (CNS), bağışıklık sistemi ve cilt arasındaki karmaşık etkileşimleri içerir. Bu durumların gelişmesine ve kötüleşmesine birkaç mekanizma katkıda bulunur:
- **Nörojenik Enflamasyon:** Psikolojik stres, hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini aktive ederek kortizol ve diğer stresle ilişkili hormonların salınmasına yol açabilir. Bu hormonlar bağışıklık tepkilerini etkiler ve ciltteki inflamatuvar yolları şiddetlendirerek psoriasis, ekzema ve akne gibi rahatsızlıklara katkıda bulunur.
- **Bağışıklık Sistemi Düzensizliği:** Kronik stres ve psikiyatrik bozukluklar bağışıklık sistemini zayıflatarak inflamasyona katkıda bulunur.
- **Davranışsal Faktörler:** Rekabet gibi belirli davranışlar
- **Değişen Duyusal Algı:** Bazı durumlarda psikolojik sıkıntı anormal duyuşsal algıya yol açabilir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
mervenurtok01@gmail.com ORCID iD: 0009-0008-9259-0998

DOI: 10.37609/akya.4097.c7485

- **Rahatlama Teknikleri:** Stres yönetimi tekniği
- **Farmakoterapi:** Psikiyatrik ilaçlar, örneğin **Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), anksiyolitikler** veya **antidepresanlar**

## 2. Dermatolojik Tedavi

- **Topikal ve Sistemik Tedavi:** Sekonder psikodermatozlar için konvansiyonel dermatolojik tedaviler (örneğin, kortikosteroidler, immünoşüpresanlar, retinoidler) gerekebilir. Ancak, psikolojik faktörler yine de tedavi planının bir parçası olarak düşünölmelidir.
- **Davranış Değişikliği:** Nevrotik durumlar gibi durumlarda **alışkanlık değiştirme eğitimi**, zorlayıcı davranışları azaltmak için kullanılabilir.
- **Hasta Eğitimi**



## PROGNOZ

- Psikodermatozların prognozu, psikiyatrik bozukluğun şiddetine bağlı olarak değişkendir.

## Sonuç

- Psikodermatozlar, cilt ve zihin arasındaki karmaşık ilişkiyi vurgular. Bu durumların etkili bir şekilde yönetilmesi için hem dermatolojik hem de psikiyatrik bakımı içeren multidisipliner bir yaklaşım çok önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Reebye P. Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(3):169-171.
2. Gieler U, Gieler T, Peters EMJ, Linder D. Skin and Psychosomatics - Psychodermatology today. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2020;18(11):1280-1298.

# Androjenetik Alopesi

Döndü Gül ŞİMŞEK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Androjenetik alopesi (AGA), hem erkekleri hem de kadınları etkileyen en yaygın saç dökülmesi tipidir.
- 80 yaş üstü erkeklerin yaklaşık %73'ünün ve kadınların %57'sinin androjenetik alopesiden etkilendiği bildirilmiştir.
- Erkeklerde saç çizgisi değişiklikleri başlıca frontotemporal bölge ve tepe noktasından başlar, saç incelmelerinden frontotemporal gerilemeye ve frontal saç çizgisinin gerilmesine kadar ilerleyici saç kaybına kadar devam eder.
- İlerleme derecesi, saç shaftı çaplarının değişmesiyle bireyler arasında farklılık gösterir.
- Kadınlarda ise ön saç çizgisini koruyarak tepe noktasını etkiler ve AGA ilerledikçe çapı giderek artarak saçların giderek incelmelerine neden olur.



**Resim 57:** Dermatoskopide vellus kıllarda artış, heterojen kalınlıktaki kıl shaftları, tek saç folikülü üniteleri

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
dondugulsimsek@hotmail.com ORCID iD: 0009-0005-9327-7790

DOI: 10.37609/akya.4097.c7486



## DERMATOSKOPI

- Trikoskopide follikül kaybı olmaksızın, saçların %20'sinden fazlasında çap farkı olması, kıllarda minyatürizasyon, frontal bölgede vellus kıllarda artış görülür.



## TEDAVİ

- Tedavide topikal minoksidil, düşük düzeyli lazer kadın ve erkeklerde FDA onaylıken oral finasterid yalnızca erkeklerde onaylıdır.
- Oral minoksidil, dutasterid, topikal finasterid, PRP, dutasterid mezoterapisi, spirinolakton, prostaglandinler, mikroiğneleme, botulinum toksini, biberiye yağı, kafein gibi takviyeler, cerrahi olarak saç ekimi, kozmetik olarak peruk kullanılmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Oiwoh SO, Enitan AO, Adegbosin OT, Akinboro AO, Onayemi EO. Androgenetic Alopecia: A Review. Niger Postgrad Med J. 2024;31(2):85-92.
2. Zhou Y, Chen C, Qu Q, et al. The effectiveness of combination therapies for androgenetic alopecia: A systematic review and meta-analysis. Dermatol Ther. 2020;33(4):e13741.
3. Saceda-Corralo D, Domínguez-Santas M, Vañó-Galván S, Grimalt R. What's New in Therapy for Male Androgenetic Alopecia?. Am J Clin Dermatol. 2023;24(1):15-24.

## BÖLÜM 42

# Liken Nitidus

Döndü Gül ŞİMŞEK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Liken nitidus çocuklarda yetişkinlerden daha sık görülen nadir, kronik bir dermatozdur.
- Klinik olarak karakteristik görünüm, parlak yüzeye sahip, toplu, monomorfik, toplu iğne başı büyüklüğünde (<3 mm boyutunda) papüllerdir.
- Papüller foliküler olarak bağlı değildir ve cilt renginden kırmızımsıya kadar değişir; koyu tende hipopigmente görünürler.
- Köbner fenomeni bulunur.
- Tercih edilen yerler üst ekstremiteler, gövde ve penistir.
- Liken nitidus genellikle lokalize kalır, ancak çok belirgin ve genel belirtiler ortaya çıkar. Palmoplantar cilt, tırnaklar veya ağız mukozasının dış eti üzerinde grimsi papüller şeklinde tutulumu çok nadir görülmektedir.
- Liken nitidusta deri dışı belirtiler görülmez.
- Aktinik liken nitidus, lineer liken nitidus, perforan liken nitidus, generalize purpurik liken nitidus çeşitleri vardır.



## PATOGENEZ

- Patogenezi belirsizdir; ancak immünolojik olaylar ve genetik faktörler tartışılmaktadır.
- Nadir durumlarda diğer dermatozlar ve sistemik hastalıklarla birliktelik tanımlanmıştır.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
dondugulsimsek@hotmail.com ORCID iD: 0009-0005-9327-7790

DOI: 10.37609/akya.4097.c7487

- Ayrıca tıbbi tedaviler de tetikleyici olarak suçlanmaktadır.
- Liken nitidusun histolojik bulguları patognomoniktir pençede top fenomeni görülür.
- Kendi kendini sınırlayan seyri göz önüne alındığında, tedavinin iyice tartışılması gerekir.



## TEDAVİ

- Olası tedavi seçenekleri arasında topikal kortikosteroidler ve kalsinörin inhibitörlerinin yanı sıra oral antihistaminikler, kortikosteroidler ve dar bant ultraviyole B fototerapisi yer alır.

## KAYNAKLAR

1. Stolze I, Hamm H. Lichen nitidus und Lichen striatus [Lichen nitidus and lichen striatus]. *Hautarzt*. 2018;69(2):121-126.
2. Itami A, Ando I, Kukita A. Perforating lichen nitidus. *Int J Dermatol*. 1994;33(5):382-384.
3. Rallis E, Verros C, Moussatou V, Sambaziotis D, Papadakis P. Generalized purpuric lichen nitidus. Report of a case and review of the literature. *Dermatol Online J*. 2007;13(2):5. Published 2007 May 1.

## BÖLÜM 43

# Liken Spinulozus

Döndü Gül ŞİMŞEK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Liken spinulozus keratoz pilaris bozukluğu ile ilişkili hastalıklar grubuna ait, nadir görülen, benign, idiyopatik bir dermatozdur.
- Genellikle çocuklarda ve yaşamın ikinci on yılındaki insanlarda, biraz daha sık olarak erkek çocuklarda görülür.
- 2-5 cm çapında daha büyük oval lezyonlar halinde gruplandırılmış küçük, hiperkeratotik, deri renginde foliküler papüllerin ortaya çıkmasıyla karakterize edilir.
- Lezyonlar çoğunlukla simetriktir; diz derisini, alt ekstremitelerin ekstensör yüzeylerini, boynu ve gövdeyi etkiler ve nadiren yüzde bulunur.
- LS genellikle lokalize bir dağılım gösterir, ancak HIV ve Crohn hastalığı gibi kronik hastalıklarda nadir, genelleştirilmiş bir varyant mevcuttur.
- Kaşıntı tipik değildir.



**Resim 60:** Dirsek bölgesinde küçük hiperkeratotik liken spinulozus lezyonları gözlenmekte

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
dondugulsimsek@hotmail.com ORCID iD: 0009-0005-9327-7790

DOI: 10.37609/akya.4097.c7488



## ETYOPATOGENEZ

- Hastalığın etyopatogenezi bilinmemekle birlikte genetik, toksik (talyum, altın, arsfenamin, alkol, difteri toksini) ve mekanik faktörlerin rol oynadığı ileri sürülmektedir. Hastalığın seyrinde mevsimlere bağlı bir değişiklik yoktur
- Histopatolojik olarak spesifik özellik yoktur. Perivasküler lenfositik inflamatuvar infiltrasyonun yanı sıra kıl folikülünün şişmesi ve kornea tıkaçının varlığı da gözlenir. Ayrıca hiperkeratoz, parakeratoz ve akantoz belirtileri de vardır.



## TEDAVİ

- Spesifik bir tedavisi yoktur.
- Keratolitik preparatlar ve yumuşatıcılar en sık kullanılmaktadır.
- Topikal glukokortikosteroidlerin, katran, amonyum laktat, retinoidlerin ve D vitamini türevlerinin (takalsitol) etkinliği bulunmatadır.

## KAYNAKLAR

1. Sobjanek M, Sikorska M, Sokołowska-Wojdyło M, Nowicki R. Lichen spinulosus. *Przegl Dermatol*. 2014;101:397-400.
2. Sahni VN, Dao DP, Sahni DR, Secrest AM. Lichen spinulosus: insights into treatment. *Dermatol Online J*. 2021;27(10):10.5070/D3271055635. Published 2021 Oct 15.
3. Gallo JC, de Wet J, Visser WI, Jordaan HF, Schneider JW. Generalized lichen spinulosus and secondary follicular mucinosis. *JAAD Case Rep*. 2023;33:101-104. Published 2023 Jan 30.

## BÖLÜM 44

# Liken Striatus

Döndü Gül ŞİMŞEK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Liken striatus, çoğunlukla okul öncesi çocuklarda görülen, edinsel, genellikle asemptomatik bir dermatozdur.
- Karakteristik özelliği Blaschko çizgileri boyunca küçük, düz, açık kırmızıdan ten rengine kadar uzanan papüllerin dizilişidir.
- Lezyonlar genellikle tek taraflı olarak ekstremitelerde, daha nadiren baş, boyun veya gövdede şerit halinde yerleşir.
- Mukoza zarları etkilenmez.
- Tırnak tutulumu mümkündür ve genellikle tek bir tırnakta distrofi, uzunlamasına oyuklar veya incelme şeklinde kendini gösterir.



**Şekil 61-62-63-64:** Lineer dizilim gösteren eritemli hafif morumsu kaşıntılı hem ekstremitelerde hem gluteal bölgeyi tutmuş liken striatus tanılı çocuk hasta gözlenmekte.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
dondugulsimsek@hotmail.com ORCID iD: 0009-0005-9327-7790

DOI: 10.37609/akya.4097.c7489



## ETYOPATOGENEZ

- Histopatolojisinde yüzeysel likenoid dahil ortokeratotik keratinizasyon, akantotik epidermis ve orta dermiste perivasküler ve periadnexial inflamasyon görülür.
- Liken striatusun etiyopatogenezi hala bilinmemektedir, ancak genetik arka plana ek olarak, aşılama veya viral enfeksiyonlar, gibi edinilmiş birkaç tetikleyici faktörün keratinositlere karşı immünotolerans kaybına neden olabileceği varsayılmıştır.



## TEDAVİ

- Liken striatus genellikle birkaç ay içinde iz bırakmadan iyileşir, dolayısıyla ciddi yan etkileri olan tedaviler artık geçerliliğini yitirmiştir.
- Özellikle hastalar istisnai olarak kaşıntıdan yakınıyorsa, hafif topikal kortikosteroidler veya kalsinörin inhibitörleri kullanılabilir.
- Postinflamatuar hipopigmentasyon aylarca, yıllarca devam edebilir.

## KAYNAKLAR

1. Stolze I, Hamm H. Lichen nitidus und Lichen striatus [Lichen nitidus and lichen striatus]. *Hautarzt*. 2018;69(2):121-126.
2. Campanati A, Brandozzi G, Giangiacomi M, Simonetti O, Marconi B, Offidani AM. Lichen striatus in adults and pimecrolimus: open, off-label clinical study. *Int J Dermatol*. 2008;47(7):732-736.
3. Patrizi A, Neri I, Fiorentini C, Bonci A, Ricci G. Lichen striatus: clinical and laboratory features of 115 children. *Pediatr Dermatol*. 2004;21(3):197-204.

# Palmoplantar Püstüloz

*Döndü Gül ŞİMŞEK<sup>1</sup>*



## GİRİŞ

- Palmoplantar püstüler psoriasis olarak da bilinen hastalık (PPP), avuç içleri ve ayak tabanlarında kaşıntılı püstüler döküntülerin görüldüğü kronik bir cilt rahatsızlığıdır.
- Psoriasisın bir çeşidi olduğu düşünülmektedir.
- Lokalize tutulumuna rağmen PPP kroniktir ve yaşam kalitesini düşürdüğü gösterilmiştir. Rahatsızlık her yaşta insanı etkiler ve kadınların erkeklerden daha fazla etkilenme olasılığı vardır.
- PPP lezyonları sıklıkla kaşıntı, ağrı ve hastalık alevlenmelerinde daha da kötüleşebilen cilt bariyerinin bozulmasına neden olur.
- Dermatolojik muayenede cilt kalın, hiperkeratotik plaklar ve/veya simetrik, eritemli ve skuamli olabilen steril püstüller içerir. Çoğu hastada lezyonlar sadece avuç içleri ve ayak tabanlarında görülse de, çukurlaşma ve sırtlanma gibi tırnak değişiklikleri vakaların yaklaşık %60'ında görülebilir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
dondugulsimsek@hotmail.com ORCID iD: 0009-0005-9327-7790  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7490

birlikte bulunabilir ve tedavi edilmezse distal falanksların anonişi veya osteolizise yol açabileceği için tanınması önemlidir. PPP'li hastaların bir alt grubunda artrit semptomları da olabilir. İlişkili bozukluklar arasında püstülotik arthro-osteit (PAO) ve Sinovit, Akne, Püstülozis, Hiperostoz ve Osteit sendromu (SAPHO) bulunur. PPP'nin sunumu, dishidrotik ekzema, kontakt dermatit, pitriyasis rubra pilaris, tinea pedis ve tinea manuum gibi çok sayıda başka durumu taklit edebilir.

- PPP'nin başlıca karakteristik histolojik özelliği, nötrofiller ve eozinofillerle dolu intraepidermal uniloküler püstüllerdir. Bununla birlikte, PPP vezikül, püstülovezikül ve püstül fazlarına sınıflandırılabilir ve püstüller her vakada görülmez.
- Tiroid hastalığı, metabolik sendrom, atopik bozukluk, çölyak hastalığı, artrit, psikiyatrik bozukluklar eşlik edebilir.



## TEDAVİ

- PPP tedavisinde topikal ve sistemik tedavi yöntemlerinin yanı sıra fototerapi ve hedefe yönelik tedaviler de yer almaktadır.
- Topikal olarak etkili glukokortikosteroidler, D vitamini türevleri, retinoidler, keratolitik ajanlar ve yumuşatıcılar kullanılmaktadır. Psoralen artı ultraviyole A (PUVA) tedavisi, dar bant ultraviyole B (NB-UVB) fototerapisi, excimer lazer tedavisi ve fotodinamik tedavi (PDT), PPP tedavisinde kullanılır.
- Asitretin ikinci basamak sistemik tedavidir.
- Düşük doz siklosporin, tetrasiklin ve Grenz ışını terapisi PPP'li hastalar için faydalı olabilir.
- Metotreksat PPP'de daha düşük bir etkinliğe sahipti ve esas olarak eş zamanlı psoriatik artrit olan hastalarda ikinci basamak tedavi olarak kabul edilmektedir.
- TNF alfa inhibitörleri, IL-1 inhibitörleri, apremilast, IL-17 reseptörü inhibitörleri, IL-12/23 reseptör inhibitörleri dirençli olgularda kullanılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Devjani S, Smith B, Javadi SS, Engel PV, Han G, Wu JJ. Palmoplantar Pustulosis: Therapy Update. *J Drugs Dermatol*. 2024;23(8):626-631.
2. Misiak-Galazka M, Zozula J, Rudnicka L. Palmoplantar Pustulosis: Recent Advances in Etiopathogenesis and Emerging Treatments. *Am J Clin Dermatol*. 2020;21(3):355-370.
3. Murakami M, Terui T. Palmoplantar pustulosis: Current understanding of disease definition and pathomechanism. *J Dermatol Sci*. 2020;98(1):13-19.

## BÖLÜM 46

# Insect Bite (Böcek Isırığı)

Beyza TOK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Böcek ısırığı, Arthropoda şubesinin üyeleri tarafından yapılan hem ısırıkları hem de sokmaları belirtmek için kullanılır.
- Eklembacaklılar, bilinen tüm hayvanların yaklaşık %80'ini temsil ederek hayvanlar aleminin en büyük bölümünü oluşturur.

## Sınıflandırma

Tıbbi açıdan önemli dört eklembacaklılar sınıfı böcekler, chilopodlar, diplopodlar ve araknidlerdir.

- **Böcekler**
  - Tüm eklembacaklı türlerinin yaklaşık %60'ını oluşturan Insecta sınıfının üyeleri arasında Hymenoptera (arılar, eşek arıları, yaban arıları ve ateş karıncaları), sivrisinekler, yatak böcekleri, pireler, bitler, böcekler, tırtıllar, güveler ve öpücük böcekleri bulunur.
- **Tırtıllar ve Güveler**
  - En yaygın klinik belirtileri eritem, pruritus ve temas bölgesinde papül veya ürtiker gelişimidir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., beyzaatk@gmail.com  
ORCID ID: 0009-0005-5404-0010  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7491

### 3. Sistemik Tedaviler

- Anafilaksi gelişmişse, her 5 ila 15 dakikada bir tekrarlanabilen intramüsküler epinefrin yapılmalıdır. Sistemik kortikosteroidler, albuterol ve antihistaminikler gibi ek tedaviler de sıklıkla kullanılır.
- Bazı eklem bacaklı zehirlenmeleri için antivenom mevcuttur. Ancak yalnızca bir zehir kontrol merkezine danışıldıktan sonra uygulanmalıdır.
- Eklem bacaklı ısırık ve sokmalarının yönetiminde bir diğer önemli husus vektör kaynaklı hastalıkların değerlendirilmesi ve gerektiğinde uygun antimikrobiyal tedavinin uygulanmasıdır.

## KAYNAKLAR

---

1. Haddad V Jr, Cardoso JL, Lupi O, Tying SK. Tropical dermatology: Venomous arthropods and human skin: Part II. Diplopoda, Chilopoda, and Arachnida. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67(3):347.e1-355.
2. Steen CJ, Carbonaro PA, Schwartz RA. Arthropods in dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50(6):819-844.

## BÖLÜM 47

# Lokalize Skleroderma (Morfea)

Beyza TOK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Morfea, lokalize skleroderma olarak da bilinir, ciltte sklerotik değişikliklere neden olan idiyopatik, inflamatuvar bir hastalıktır. Morfea hastalarında tek veya çoklu inflamatuvar veya sklerotik plaklar görülür.
- Hastalık aktivitesi tipik olarak üç ila altı yıl sürer; bazı hastalarda daha kalıcı veya tekrarlayan tutulum gelişir.

### Tipleri/Varyantları

- Morfea, hepsi erken bir inflamatuvar evreden geçerek skleroz ve ardından atrofiye uğrayan birkaç alt tipe ayrılır.
- **Lineer skleroderma** (%65) –Bu, çocuklarda en sık görülen türdür. Fibrotik lezyon doğrusal bir dağılımda görülür ve yönelim genellikle gövdede transvers, uzuvlarda ise longitudinaldir. Aktif fazda, lezyonun sınırı hiperemik, merkezi fildişi renginde ve mumsudur. İnaktif fazda, hipopigmente veya hiperpigmente olabilir. Hastalarda tek veya birden fazla tutulum yeri olabilir. Lineer morfeada derin dokuların tutulumu, kas zayıflığı, eklem kontraktürleri ve büyüyen çocuklarda uzuv uzunluğu farklılıkları dahil olmak üzere önemli deformitelere yol açabilir.
- En coup de sabre—En coup de sabre, baş ve boynu etkileyen bir tür lineer morfeadır. Lezyonlar, bir kılıç kesiğine benzeyen hiperpigmente atrofik plaklar olarak ortaya çıkar. Alın, en yaygın tutulum yeridir; lezyonlar, kalıcı alopesiye neden oldukları kafa derisine uzanabilir. Diğer klasik tutulum yerleri arasında sakak ve çene bulunur.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., beyzaatk@gmail.com  
ORCID ID: 0009-0005-5404-0010

DOI: 10.37609/akya.4097.c7492

- Biyolojikler: Tokilizumab (bir IL-6 reseptör antagonisti) ve rituksimab (bir anti-CD20 monoklonal antikoru), tofasitinib, ruksolitinib ve abatasept şiddetli morfea vakalarında kullanılabilir. Birinci basamak tedaviye dirençli ekstrakutanöz tutulumu olanlar için IVIG ve rituksimab tedavide tercih edilebilir.

## KAYNAKLAR

---

1. Sehgal VN, Srivastava G, Aggarwal AK, Behl PN, Choudhary M, Bajaj P. Localized scleroderma/morphea. *Int J Dermatol.* 2002;41(8):467-475.
2. Christen-Zaech S, Hakim MD, Afsar FS, Paller AS. Pediatric morphea (localized scleroderma): review of 136 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(3):385-396.
3. Leitenberger JJ, Cayce RL, Haley RW, Adams-Huet B, Bergstresser PR, Jacobe HT. Distinct autoimmune syndromes in morphea: a review of 245 adult and pediatric cases. *Arch Dermatol.* 2009;145(5):545-550.
4. Peterson LS, Nelson AM, Su WP, Mason T, O'Fallon WM, Gabriel SE. The epidemiology of morphea (localized scleroderma) in Olmsted County 1960-1993. *J Rheumatol.* 1997;24(1):73-80.

## BÖLÜM 48

# Sistemik Skleroderma

Beyza TOK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- SSc, yaygın vasküler disfonksiyon ve cilt ve iç organların ilerleyici fibrozisi ile karakterize kronik bir multisistem hastalığıdır.
- SSc ve ilgili bozuklukların tanısı, öncelikle karakteristik klinik bulguların varlığına dayanır ve spesifik serolojik anormalliklerle desteklenir.
- Organ tutulumu, hastalığın ilerlemesi, şiddeti ve sonuçları açısından geniş bir yelpazede kendini gösteren heterojen bir hastalıktır.

## Tipleri/Varyantları

- **Sınırlı kutanöz sistemik skleroz:** Hastalar metakarpofalangeal eklemlerde şişkin parmaklarla gelirken, en sonunda dirsek ve dizlerin distalinde ve yüz ve boyunda cilt sklerozu gelişirken gövde ve proksimal ekstremiteler korunur. Bu hastalarda genellikle şiddetli Raynaud fenomeni ve mukokutanöz telenjektazi gibi belirgin vasküler bulgular olup, bazen daha sonra pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) görülür. Sınırlı kutanöz SSc'li (lcSSc) birçok hastada CREST sendromu bulguları vardır. (**K**alsinozis kutis, **R**aynaud fenomeni, **Ö**zofageal dismotilite, **S**klerodaktili, **T**elenjektazi).
- **Yaygın kutanöz sistemik skleroz:** Hastalar genellikle şiş ellerle gelir ve proksimal olarak üst kollara, uyluklara veya gövdeye kadar uzanan deri kalınlaşması gelişir. Hastalarda deri kalınlaşmasının hızla ilerlemesi, akciğer fibrozisinin erken gelişmesi ile renal kriz ve kardiyak tutulum riskinin artması olasılığı daha yüksektir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., beyzaatk@gmail.com  
ORCID ID: 0009-0005-5404-0010

DOI: 10.37609/akya.4097.c7493

\* **Amlodipin, nifedipin** (kalsiyum kanal blokerleri) ve **ilioprost** gibi ilaçlar, vasküler tutulumun yönetilmesinde etkilidir.

➤ **Pulmoner Tedavi: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) ve interstisyel akciğer hastalığı (ILD)** gibi akciğer komplikasyonları, sistemik skleroderma hastalarında yaygın olarak görülür. PAH tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında **endotelin reseptör antagonisti** (bosentan, ambrisentan) ve **fosfodiesteraz tip 5 inhibitörleri** (sildenafil) yer alır.

➤ **Antibiyotikler ve Antiviral Tedavi**

▶ Sistemik sklerodermada bağışıklık sistemi zayıf olduğu için, enfeksiyonlar da yaygın olabilir. Bu durumlarda antibiyotik tedavisi gerekebilir. Ayrıca, virüsle ilişkili sekonder enfeksiyonlar (örneğin, Epstein-Barr virüsü) antibiyotiklerle tedavi edilebilir.

### 3. Diğer Destekleyici Tedaviler

➤ Fiziksel terapi ve rehabilitasyon ile psikolojik destek faydalı olabilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. BAER, A. Cutaneous Manifestations of Rheumatic Diseases. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 1997, 56: 228-228.
2. Sehgal VN, Srivastava G, Aggarwal AK, Behl PN, Choudhary M, Bajaj P. Localized scleroderma/morphea. *Int J Dermatol*. 2002;41(8):467-475.
3. Christen-Zaech S, Hakim MD, Afsar FS, Paller AS. Pediatric morphea (localized scleroderma): review of 136 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(3):385-396.
4. Leitenberger JJ, Cayce RL, Haley RW, Adams-Huet B, Bergstresser PR, Jacobe HT. Distinct autoimmune syndromes in morphea: a review of 245 adult and pediatric cases. *Arch Dermatol*. 2009;145(5):545-550.
5. Peterson LS, Nelson AM, Su WP, Mason T, O'Fallon WM, Gabriel SE. The epidemiology of morphea (localized scleroderma) in Olmsted County 1960-1993. *J Rheumatol*. 1997;24(1):73-80.

## BÖLÜM 49

# Mukopolisakkaridozlar

Beyza TOK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Mukopolisakkaridozlar (MPS'ler), glikozaminoglikanların (GAG'ler) katabolizmasında yer alan belirli enzimlerdeki eksikliklerle karakterize edilen bir grup kalıtsal lizozomal depolama bozukluğudur. Bu eksiklikler, birden fazla organ-da aşırı metabolit birikmesine neden olur.

### Tipleri ve Varyantları

MPS, spesifik eksik lizozomal enzim ve biriken GAG ürününün doğasına göre sınıflandırılabilir. MPS II hariç bozuklukların çoğu otozomal resesif kalıtmıdır.

### MPS I

- Dermatan ve heparin sülfat materyalinin birikmesine neden olan  $\alpha$ -L-iduronidaz eksiktir. Hastalık genellikle erken çocukluk veya bebeklik döneminde ortaya çıkar. MPS I bozuklukları Hurler, Hurler–Scheie ve Scheie olarak sınıflandırılır.
- **Hurler Sendromu:** MPS I bozukluklarının en yaygın olanıdır. Hurler sendromlu çocuklar, yaşamlarının ilk yılının sonunda kaba yüz özellikleri, genişlemiş burun kökü, düzleşmiş orta yüz ve makroglossi gibi çeşitli klinik özelliklerle ortaya çıkarlar. Büyüme genellikle 3 yaşına kadar azalır ve bunu bilişsel ve motor becerilerde ilerleyici düşüş izler. Diğer sistemik özellikler arasında kornea bulanıklığı, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları, iskelet deformiteleri, göbek veya kasık fıtıkları, hepatosplenomegali görme ve işitme kaybı ve kalp anormallikleri bulunur.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., beyzaatk@gmail.com  
ORCID iD: 0009-0005-5404-0010

DOI: 10.37609/akya.4097.c7494

üretmesini sağlayabilir ve hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilir veya durdurabilir.

- **Substrat Redüksiyon Terapisi (SRT):** Lizozomlarda biriken mukopolisakkaritlerin üretimini azaltmayı amaçlar.
- **Gen Terapisi:** Araştırma aşamasında olan ve gelecekte potansiyel bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilen gen terapisi, hastalığa neden olan genetik mutasyonları düzeltmeyi amaçlar.
- **Semptomatik Tedaviler:** Anti-enflamatuar ilaçlar (eklem ağrısı ve iltihap için), solunum desteği (obstrüktif uyku apnesi ve solunum problemleri için), fizyoterapi (eklem sertliği ve hareket kısıtlılığı için), cerrahi müdahaleler (katarakt, kornea bulanıklığı, omurga deformiteleri gibi spesifik sorunlar için) uygulanabilir.
- **Diğerleri –** Mutasyona uğramış enzimi ve substratı azaltmaya ve lizozomal birikimi azaltmaya yardımcı olabilecek küçük molekülleri stabilize eden substrat analogları üzerinde çalışılmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Safary A, Moghaddas-Sani H, Akbarzadeh-Khiavi M, Khabbazzi A, Rafi MA, Omid Y. Enzyme replacement combinational therapy: effective treatments for mucopolysaccharidoses. *Expert Opin Biol Ther.* 2021;21(9):1181-1197.
2. Dietz HC. New therapeutic approaches to mendelian disorders. *N Engl J Med.* 2010;363(9):852-863.
3. Kakkis ED, Muenzer J, Tiller GE, et al. Enzyme-replacement therapy in mucopolysaccharidosis I. *N Engl J Med.* 2001;344(3):182-188.
4. Wraith JE, Clarke LA, Beck M, et al. Enzyme replacement therapy for mucopolysaccharidosis I: a randomized, double-blinded, placebo-controlled, multinational study of recombinant human alpha-L-iduronidase (laronidase). *J Pediatr.* 2004;144(5):581-588.
5. Sifuentes M, Doroshov R, Hoft R, et al. A follow-up study of MPS I patients treated with laronidase enzyme replacement therapy for 6 years. *Mol Genet Metab.* 2007;90(2):171-180.

## BÖLÜM 50

# Pemfigus Vulgaris

Beyza TOK<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Pemfigus, mukozada ve deride intraepitelyal büllerin oluşumuyla sonuçlanan akantoliz ile karakterize bir hastalık grubudur.
- Akantoliz süreci, dolaşımdaki immünoglobulin G (IgG) otoantikörlerinin hücreler arası yapışma moleküllerine bağlanmasıyla indüklenir. Pemfiguslu hastalarda deride mukozal erozyonlar veya gevşek büller ve püstüller gelişir.
- Pemfigus grubu dört ana hastalıktan oluşur; pemfigus vulgaris, pemfigus folyaseus, immünoglobulin A (IgA) pemfigusu ve paraneoplastik pemfigustur.
- Pemfigusun bu farklı formları klinik özellikleri, ilişkili otoantijenler ve laboratuvar bulguları ile ayırt edilir.

## Tipleri

- **Pemfigus vulgaris**
  - Mukozal veya kutanöz tutulum olurken, suprabazal akantolitik büllerle karakterizedir. Desmoglein 3'e veya desmoglein 1'e karşı olan IgG otoantikörleri sorumludur.
  - **Klinik varyantlar** – Pemfigus vejetans, pemfigus herpetiformis
- **Pemfigus foliaseus**
  - Sadece cilt tutulumu görülürken, subkorneal akantolitik büller gözlenir ve desmoglein 1'e karşı IgG otoantikörleri hastalıktan sorumludur.
  - **Klinik varyantlar**–Endemik pemfigus folyaseus, pemfigus eritematozus, pemfigus herpetiformis

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., beyzaatk@gmail.com  
ORCID iD: 0009-0005-5404-0010

DOI: 10.37609/akya.4097.c7495

- ✦ Tedaviye genellikle günde 1 mg/kg (ideal vücut ağırlığı) azatioprin ile başlıyoruz. Ciddi toksisite tespit edilmediği takdirde, iki ila üç hafta içinde günde 2,5 mg/kg'lık bir idame dozuna ulaşmak için dozu 0,5 mg/kg'lık artışlarla artırıyoruz. Yetişkinlerde sistemik glukokortikoid tedavisine mikofenolat mofetil eklendiğinde genellikle günde 2 g'lık dozlar (günde iki kez 1 g olarak alınır) kullanılır
- ✦ Pemfigus hastalığında bazen kullanılan diğer ilaçlar (genellikle kombinasyon halinde) şunlardır: Dapson, metotreksat, tetrasiklinler, nikotinamid, plazmaferez, intravenöz immünoglobulin, ekstrakorporeal fotoferes, immünoadsorpsiyon, TNF  $\alpha$  inhibitörü infliksimab .
- ✦ **Intravenöz immün globulin:** Dirençli pemfigus için etkili görünmektedir.
- ✦ **İmmünoadsorbsiyon:** İmmünoadsorpsiyon, dolaşımdaki otoantikörlerin uzaklaştırılması yoluyla işlev gören pemfigus için bir tedavi seçeneğidir. Plazma proteinlerini dolaşımdan seçici olmayan bir şekilde uzaklaştıran plazmaferezin aksine, immünoadsorpsiyon dolaşımdaki IgG'yi çok yüksek bir özgüllükle uzaklaştırır
- ✦ **Siklofosfamid:** Remisyonu sağlamak ve sistemik glukokortikoidlere olan bağımlılığı azaltmak için yararlı olabilir.
- ✦ **Plazmaferez:** Dolaşımdaki IgG'yi spesifik olarak ortadan kaldıran immünoadsorpsiyonla karşılaştırıldığında, plazmaferez (plazma değişimi olarak da bilinir) plazma proteinlerini dolaşımdan seçici olmayan bir şekilde uzaklaştırır

## KAYNAKLAR

1. Bystryn JC, Rudolph JL. Pemphigus. *Lancet*. 2005;366(9479):61-73.
2. Grando SA. Pemphigus autoimmunity: hypotheses and realities. *Autoimmunity*. 2012;45(1):7-35.
3. LEVER WF. Pemphigus. *Medicine (Baltimore)*. 1953;32(1):1-123.
4. Bystryn JC, Steinman NM. The adjuvant therapy of pemphigus. An update. *Arch Dermatol*. 1996;132(2):203-212.
5. Beissert S, Werfel T, Frieling U, et al. A comparison of oral methylprednisolone plus azathioprine or mycophenolate mofetil for the treatment of pemphigus. *Arch Dermatol*. 2006;142(11):1447-1454.

## BÖLÜM 51

# Akne Vulgaris

Büşra MURAT<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Akne vulgaris kıl folikülleri ve buna bağlı yağ bezlerinin inflamasyonu sonucu oluşan komedon, papül, püstül, kist ve nodüller ile seyreden, skar bırakabilen kronik bir hastalıktır.
- Akne vulgaris ergenler ve genç yetişkinler arasında en sık görülür. Ancak sadece bu yaşlarla sınırlı değildir.
- Cilt tutulumunun şiddeti minimal tutulumdan şekil bozucu ve oldukça iltihaplı sunumlara kadar değişir. Hiperpigmentasyon, skarlaşma ve negatif psikososyal etkiler yaygın komplikasyonlardır.
- En sık yerleşim yerleri yüz, omuz, sırtın üst kısmı, ense ve göğsün ön bölgesidir. Bir veya birkaç bölge birden tutulabilir.



## EPIDEMİYOLOJİ

- Akne vulgaris genellikle ergenlik öncesi dönemde (7 ila 12 yaş) başlar ve üçüncü on yılda düzelir. Ancak, durum yetişkinlikte de devam edebilir veya yeni gelişebilir. Ergenlik aknesi erkeklerde baskındır ve ergenlik sonrası akne çoğunlukla kadınları etkiler.
- 20 ila 29 yaş arası – sırasıyla %43 ve %51
- 30 ila 39 yaş arası – sırasıyla %20 ve %35
- 40 ila 49 yaş arası – sırasıyla %12 ve %26
- 50 yaş ve üzeri – sırasıyla erkek ve kadınlarda %7 ve %15 oranında gözlenir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., busrakarakus547@gmail.com ORCID ID: 0009-0002-2861-3610

DOI: 10.37609/akya.4097.c7496

- İlacın eksofoliyatif keilit, kseroz, burun kanaması, göz kuruluğu gibi mukokutanöz, laboratuvar (trigliserid artışı) ve sistemik (baş ağrısı, artralji, miyalji, osteoporoz, rabdomiyoliz, depresyon) yan etkilerinin olması, teratojen özelliği ve nüks riski kullanımını sınırlar.
- Genç kadınlarda isotretinoin tedavisi sırasında ve kesildikten en az 3 ay sonrasına kadar en az ikili kontrasepsiyon sağlanmalıdır.
- Tedavinin başında geçici alevlenme oluşabilir.
- Akne vulgarisli hastaların çoğunda hormon düzeyleri normaldir ve inceleme yapılması gerekli değildir.
- Ancak akne bazen hiperandrojenizm belirtisi (hormonal akne) de olabilir.
- Bu grupta lezyonları 20-40 yaş arasında ortaya çıkan veya şiddetlenen kadın hastalar yer alır.
- Hirsutizm, androjenetik alopesi ve adet düzensizliği gibi hiperandrojenizm bulguları eşlik edebilir.
- Hastaların bir kısmında polikistik over sendromu veya geç ortaya çıkan adrenal hiperplazi bulunabilir.
- Bu hastalar antibiyotiklere çoğu zaman dirençlidir. Isotretinoin yarar sağlasa bile erkenden nüks sıktır. Dolayısıyla hormonal tedaviler (kombine oral kontraseptifler) tercih edilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Reynolds RV, Yeung H, Cheng CE, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2024;90(5):1006.e1-1006.e30.
2. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet*. 2012;379(9813):361-372.

# İlaç Erüpsiyonları

Büşra MURAT<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Deri ve mukoza reaksiyonları, ilaca bağlı yan etkilerin en sık görülenleri arasında yer alır.
- İmmünolojik veya immünolojik dışı mekanizmalar ile oluşan döküntülerin, genel olarak hastanın yaşı ve sistemik hastalığı ile ilişkisi yoktur.
- Antibiyotikler, nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar, antiepileptikler, psikiyatrik ilaçlar ve kemoterapi ilaçları deri reaksiyonlarının önde gelen nedenleridir.
- Deri, mukozalar ve deri eklerini sınırlı veya yaygın tutulumuna yol açarak etkileyen çok sayıda ilaç döküntüsü tipi tanımlanmıştır.
- **Klinik Varyantlar:**
  - ▶ Ekzantematöz ilaç döküntüleri
  - ▶ Likenoid ilaç döküntüsü (ilaç kaynaklı liken planus)
  - ▶ Eksfoliyatif dermatit/eritroderma
  - ▶ Ürtiker/anjiyoödem
  - ▶ Anafilaksi
  - ▶ Kutanöz küçük damar vaskülit
  - ▶ Stevens-Johnson sendromu/toksik epidermal nekroliz
  - ▶ Eozinofili ve sistemik semptomlarla seyreden ilaç reaksiyonu
  - ▶ Akut yaygın ekzantematöz püstüloz
  - ▶ Sabit ilaç döküntüsü
  - ▶ Eritema multiforme

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., busrakarakus547@gmail.com ORCID ID: 0009-0002-2861-3610

DOI: 10.37609/akya.4097.c7497

## İlaça Bağlı Hiperpigmentasyon

- Edinsel hiperpigmentasyonların yaklaşık %10-20 si ilaçlara bağlıdır.
- Sistemik olarak kullanılan ilaçlar farklı mekanizmalar ile deri ve mukozalarda hiperpigmentasyona yol açabilir; epidermal melanogenezin uyarılması, ilacın doğrudan deride depolanması, ilaç veya metabolitin başka kimyasal maddeler ile etkileşerek depolanması gibi çok farklı etmenler patogeneizde rol oynayabilir.
- Steroid dışı antiinflamatuvar ilaçlar, antimalaryal ilaçlar, minosiklin, amiodaron, klorpromazin, klofazimin, ağır metaller, kemoterapötikler (bleomisin, busulfan, doksorubisin) hiperpigmentasyona yol açan ilaçlar arasında ön planda yer alır.
- Amiodaron pigmentasyonu melanofajlarda lipofuksin depolanması ile ilişkili olup yüzde mavimsi gri bir renge yol açar.
- Bazı ilaçların yol açtığı hiperpigmentasyonlar kendilerine özgü klinik özellik gösterebilir.
- Busulfana bağlı hiperpigmentasyon tiptik olarak yüz, fleksör yüzler ve akral bölgelerde yerleşir.
- Antimalaryal ilaçlar özellikle sert damak, tırnaklar ve sklerada hiperpigmentasyon yapabilir.
- Adriamisin, bleomisin ve siklofosamid özellikle akral bölgelerde, fenitoin ise güneş gören bölgelerde hiperpigmentasyona yol açabilir.
- Pigmentasyon, genellikle neden olan ilacın kesilmesinden sonra geriler, ancak bazen kalıcı olabilir, hastalar UV ışınlarından korunmalıdır.
- Dirençli hastalarda lazer tedavisi fayda sağlayabilir.

## KAYNAKLAR

1. Bigby M, Jick S, Jick H, Arndt K. Drug-induced cutaneous reactions. A report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program on 15,438 consecutive inpatients, 1975 to 1982. *JAMA*. 1986;256(24):3358-3363.
2. Pal S, Haroon TS. Erythroderma: a clinico-etiological study of 90 cases. *Int J Dermatol*. 1998;37(2):104-107.
3. Roujeau JC, Stern RS. Severe adverse cutaneous reactions to drugs. *N Engl J Med*. 1994;331(19):1272-1285.
4. Maul JT, Guillet C, Oschmann A, et al. Cutaneous lichenoid drug eruptions: A narrative review evaluating demographics, clinical features and culprit medications. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(5):965-975.

## BÖLÜM 53

# Melazma

Büşra MURAT<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Melazma, epidermis ve dermiste aşırı miktarda melanin biriktiren hiperfonksiyonel melanositlerden kaynaklanan yaygın, kronik ve tekrarlayan bir hiperpigmentasyon bozukluğudur.
- Genetik yatkınlık, güneş ışığına maruz kalma, cilt fototipi ve hormonal faktörler (gebelik, hormonal tedaviler ve oral kontraseptif kullanımı) melazma için ana risk ve tetikleyici faktörlerdir. Melazma gelişimiyle ilişkili ek faktörler arasında bazı kozmetikler, belirli ilaçlar (örneğin, fotosensitize edici ilaçlar ve antikonvülzanlar) ve çinko eksikliği yer alabilir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Melazmanın küresel yaygınlığı yaklaşık %1'dir, ancak daha koyu Fitzpatrick cilt tiplerine (III-V) sahip kişilerde, özellikle Latin Amerikalı (%9-30), Güneydoğu Asyalı ve Güney Asyalı (%40 civarı) etnik kökene sahip kişilerde daha yüksek yaygınlık oranları bildirilmiştir.
- Kadınlarda bu duruma yakalanma olasılığı erkeklerden daha yüksektir ve ortalama başlangıç yaşı 20 ila 40 arasındadır. Ancak ergenlikte başlayabilir ve hormonal faktörler tarafından aracılık edildiği düşünülmektedir.
- Melazma en sık üreme çağındaki kadınlarda görülür. Gebelikte artmış östrojen ve progesteronun melanogenezi uyardığı düşünülmektedir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., busrakarakus547@gmail.com, ORCID iD: 0009-0002-2861-3610

DOI: 10.37609/akya.4097.c7498

- ▶ Hafif bir temizleyici kullanın ve eğer cildiniz kuruysa parfümsüz bir nemlendirici kullanın.
- ▶ Kozmetik kamuflaj (makyaj) pigmenti gizlemek için paha biçilmezdir. Kapatıcılar kalın, daha opak bir temel makyaj olarak kullanılabilir. Renk düzelticiler pigmentasyonu azaltmak için kullanılabilir.
- ▶ Eğer mümkünse hormonal kontrasepsiyonun kesilmesi düşünülmelidir.

## KAYNAKLAR

---

1. Doolan BJ, Gupta M. Melasma. *Aust J Gen Pract.* 2021;50(12):880-885.
2. Ogbechie-Godec OA, Elbuluk N. Melasma: an Up-to-Date Comprehensive Review. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2017;7(3):305-318.
3. Vinay K, Bishnoi A, Parsad D, Saikia UN, Sendhil Kumaran M. Dermatoscopic evaluation and histopathological correlation of acquired dermal macular hyperpigmentation. *Int J Dermatol.* 2017;56(12):1395-1399.
4. Rajanala S, Maymone MBC, Vashi NA. Melasma pathogenesis: a review of the latest research, pathological findings, and investigational therapies. *Dermatol Online J.* 2019;25(10):13030/qt47b7r28c. Published 2019 Oct 15.
5. Ghasemiyeh P, Fazlinejad R, Kiafar MR, Rasekh S, Mokhtarzadegan M, Mohammadi-Samani S. Different therapeutic approaches in melasma: advances and limitations. *Front Pharmacol.* 2024;15:1337282. Published 2024 Apr 2.

## BÖLÜM 54

# Toksik Epidermal Nekroliz ve Steven Johnson Sendromu

Büşra MURAT<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Stevens-Johnson sendromu (SJS) ve toksik epidermal nekroliz (TEN), yaygın epidermal nekroliz ve dökülme ile karakterize dermatolojik acil durumlardır.
- SJS/TEN, farklı şiddetteki hastalıkların aynı spektrumunda kabul edilir
- Aynı patofizyolojiye sahip oldukları düşünülür ve tutulan vücut yüzey alanı (BSA) temelinde sınıflandırılırlar.
- BSA'nın %10'undan azı ayrılmışsa – SJS
- BSA'nın %10 ila %30'u ayrılmışsa – SJS/TEN örtüşmesi (Overlap)
- >%30'dan fazla BSA ayrılmışsa – TEN olarak adlandırılır.
- Önemli morbidite ve mortalite ile ilişkili olup, erken tanı ve tedavi hastalar için olumlu sonuçlar elde etmede kritik öneme sahiptir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- SJS/TEN nadir görülen bir durumdur.
- ABD'de yapılan bir çalışmada insidans oranının milyon kişi başına 1,58 ila 2,26 vaka olduğu belirtilmiş olsa da, SJS/TEN'in genel insidansı hala belirsizdir. Düşük insidans oranına karşın, ölüm oranı yüksektir (SJS: %4,8, TEN: %14,8). Dahası, bazı vakalar iyileştikten sonra bile körlük gibi sekeller devam eder.
- SJS/TEN kadınlarda daha yaygındır ve kadın-erkek oranı yaklaşık 2:1'dir

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., busrakarakus547@gmail.com, ORCID iD: 0009-0002-2861-3610

DOI: 10.37609/akya.4097.c7499

## KAYNAKLAR

---

1. Frantz R, Huang S, Are A, Motaparathi K. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Review of Diagnosis and Management. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(9):895. Published 2021 Aug 28.
2. Hasegawa A, Abe R. Recent advances in managing and understanding Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *F1000Res*. 2020;9:F1000 Faculty Rev-612. Published 2020 Jun 16.
3. Ferrell PB Jr, McLeod HL. Carbamazepine, HLA-B\*1502 and risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: US FDA recommendations. *Pharmacogenomics*. 2008;9(10):1543-1546.
4. Lee HY, Walsh SA, Creamer D. Long-term complications of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis (SJS/TEN): the spectrum of chronic problems in patients who survive an episode of SJS/TEN necessitates multidisciplinary follow-up. *Br J Dermatol*. 2017;177(4):924-935.

## BÖLÜM 55

# Büllöz Pemfigoid

Mehmet DEMİR<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Büllöz pemfigoid, otoimmün subepidermal büllü hastalıkların en sık görülen formudur.



## EPIDEMİYOLOJİ

- Büllöz pemfigoid sıklıkla 80 yaş üstü kişilerde görülür ve çoğunlukla 50 yaş üstü kişileri etkiler. Daha genç yetişkinlerde de görülebilir, ancak bebeklerde ve çocuklarda büllöz pemfigoid nadirdir.
- Büllöz pemfigoid erkeklerde ve kadınlarda eşit oranda görülür.
- Hastalığa genetik yatkınlığı gösteren insan lökosit antijeni (HLA) ile bir ilişki vardır.
- Özellikle felç, bunama ve Parkinson hastalığı gibi nörolojik hastalığı olan yaşlı hastalarda daha sık görülür.
- Psoriasis olan kişilerde büllöz pemfigoid gelişme riski daha fazladır ve psoriasis hastalığının fototerapi ile tedavisi bu riski hızlandırabilir.
- Bazı hastalarda iç organ maligniteleriyle birliktelik görülebilir.
- Bir ilaç, yaralanma veya cilt enfeksiyonu hastalığın başlangıcını tetikleyebilir.
- Nadiren büllöz pemfigoid, faktör VIII'e karşı antikor oluşumu nedeniyle edinilmiş hemofili ile ilişkili olabilir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetdemir7494@gmail.com, ORCID iD: 0009-0008-7572-4595

DOI: 10.37609/akya.4097.c7500

- Sistemik steroidlerin birçok istenmeyen yan etkisi olduğundan, mümkün olan en düşük dozu sağlamak için başka ilaçlar eklenir (günlük 5-10 mg prednizon hedeflenir). Diğer ilaçlar:
- Dapson
- Nikotinamid
- Metotreksat
- Azatiyoprin
- Mikofenolat mofetil
- Rituksimab
- İntravenöz immüoglobulin
- Büllöz pemfigoidin tedavisinde IgE'yi (omalizumab gibi), IL-17'yi (sekukinumab gibi), IL-4 (dupilumab), IL-13, IL-5'i (mepolixumab), eotaksin-1'i (bertilimumab), kompleman spesifik serin proteaz C1'i (sutimlimab), JAK inhibitörlerini ve diğer medyatörleri hedef alan monoklonal antikorlar araştırılmaktadır.
- Tedavinin takibinde kan basıncı, vücut ağırlığı, DEXA kemik taraması ve kan testleri gereklidir; çünkü büllöz pemfigoid tedavisinde kullanılan ilaçların bazı hastalarda ciddi yan etkileri olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Venning VA, Taghipour K, Mohd Mustapa MF, Highet AS, Kirtschig G. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of bullous pemphigoid 2012. *Br J Dermatol.* 2012;167(6):1200-1214.
2. Chen YJ, Wu CY, Lin MW, et al. Comorbidity profiles among patients with bullous pemphigoid: a nationwide population-based study. *Br J Dermatol.* 2011;165(3):593-599.
3. Murrell DF, Daniel BS, Joly P, et al. Definitions and outcome measures for bullous pemphigoid: recommendations by an international panel of experts. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66(3):479-485.
4. Planella-Fontanillas N, Bosch-Amate X, Jiménez Antón A, et al. Real-world evaluation of the effectiveness and safety of dupilumab in bullous pemphigoid: an ambispective multicentre case series. *Br J Dermatol.* 2025;192(3):501-509.
5. Granados-Betancort E, Sánchez-Díaz M, Muñoz-Barba D, Arias-Santiago S. Omalizumab and Dupilumab for the Treatment of Bullous Pemphigoid: A Systematic Review. *J Clin Med.* 2024;13(16):4844. Published 2024 Aug 16.

## BÖLÜM 56

# Dermatofit Enfeksiyonları

Mehmet DEMİR<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Dermatofit enfeksiyonları dünya çapında yaygın olup, dermatofitler cilt, saç ve tırnakların mantar enfeksiyonunun en yaygın nedenleridir.
- Bu enfeksiyonlar tinea pedis, tinea corporis, tinea kruris, tinea kapitis, tinea unguium ve Majocchi granülomu gibi çeşitli klinik belirtilere yol açar.



## ETYOLOJİ

- Dermatofitler, Tricopyhton, Microsporum ve Epidermophyton cinslerindeki filamentli mantarlardır. Dermatofitler, deri, saç ve tırnaklardaki keratini metabolize eder ve ona göre yaşarlar.

## Klinik Alt Tipler

- Dermatofit enfeksiyonlarının başlıca klinik alt tipleri deri, saç ve tırnak enfeksiyonlarını içerir.
- **Tinea corporis:** Ayak, kasık, yüz, saç derisi veya sakal kılları dışındaki vücut yüzeylerinin
- **Tinea pedis:** Ayağın enfeksiyonu
- **Tinea kruris:** Kasık, proksimal iç uyluk veya kalçaların enfeksiyonu
- **Tinea fasialis:** Yüzün enfeksiyonu
- **Tinea manuum:** Elin enfeksiyonu

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetdemir7494@gmail.com, ORCID iD: 0009-0008-7572-4595

DOI: 10.37609/akya.4097.c7501

## KAYNAKLAR

---

1. Ely JW, Rosenfeld S, Seabury Stone M. Diagnosis and management of tinea infections. *Am Fam Physician*. 2014;90(10):702-710.
2. Leung AK, Barankin B, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Tinea pedis: an updated review. *Drugs Context*. 2023;12:2023-5-1. Published 2023 Jun 29.
3. Ilkit M, Durdu M, Karakaş M. Majocchi's granuloma: a symptom complex caused by fungal pathogens. *Med Mycol*. 2012;50(5):449-457.
4. Hawkins DM, Smidt AC. Superficial fungal infections in children. *Pediatr Clin North Am*. 2014;61(2):443-455.
5. Singh S, Chandra U, Anchan VN, Verma P, Tilak R. Limited effectiveness of four oral antifungal drugs (fluconazole, griseofulvin, itraconazole and terbinafine) in the current epidemic of altered dermatophytosis in India: results of a randomized pragmatic trial. *Br J Dermatol*. 2020;183(5):840-846.
6. Chen E, Ghannoum M, Elewski BE. Treatment-resistant tinea corporis, a potential public health issue. *Br J Dermatol*. 2021;184(1):164-165.
7. Gupta AK, Cooper EA. Update in antifungal therapy of dermatophytosis. *Mycopathologia*. 2008;166(5-6):353-367.

## BÖLÜM 57

# Hailey Hailey Hastalığı

Mehmet DEMİR<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Hailey-Hailey hastalığı, iyi huylu ailesel pemfigus veya iyi huylu kronik pemfigus olarak da adlandırılan, epidermal keratinositlerin yapışmasını etkileyen nadir ve otozomal dominant geçişli bir hastalıktır.
- İlk olarak 1939'da Hailey kardeşler tarafından tanımlanan, bu intraepidermal büllöz hastalık, ağırlı büller, erozyon, maserasyon ve fleksural bölgelerde sık görülen sekonder enfeksiyonla karakterizedir. Çok sayıda tekrarlama gösteren ve sınırlı tedavi seçenekleri olan kronik bir durumdur.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Hailey-Hailey hastalığı (HHD) nadir görülen bir hastalıktır.
- Birçok hastada doğru bir tanı olmadığından veya tedavi aramadığından yaygınlığı bilinmemektedir.
- HHD'nin başlangıç yaşı ve klinik belirtileri aileler içinde büyük ölçüde değişebilir.
- Ergenlikten sonra ilk başlangıç en yaygın olanıdır, ancak çocukluk döneminde ortaya çıkabilir.
- Farklı etnik gruplar arasında yaygınlıkta belirgin bir fark yoktur.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetdemir7494@gmail.com, ORCID iD: 0009-0008-7572-4595

DOI: 10.37609/akya.4097.c7502

25 mg asitretin, alitretinoin , günde 1 mg, oral takrolimus, sürekli salımlı, emilebilir implant formülasyonunda 16 mg afamelanotid, oral D vitamini takviyesi, her iki haftada bir deri altına 300 mg dupilumab, apremilast, ocrelizumab ve upadacitinib.

## Cerrahi veya yıkıcı tedaviler

- Cerrahi ve yıkıcı yöntemler, dirençli HHD'li birkaç hastada kullanılmıştır ve bunlar arasında şunlar yer almaktadır:
  - Cerrahi eksizyon
  - Karbondioksit lazer veya 595 nm darbeli boya lazer ablasyonu
  - Argon plazma pıhtılaşması
  - Soğuk atmosferik plazma
  - Dermabrazyon
  - Fotodinamik terapi
  - Elektron ışını radyasyonu
  - Yüzeysel radyasyon tedavisi
- Cerrahi ve yıkıcı tedavilerin dezavantajları arasında uzun iyileşme süresi, ağrı, yara izi ve belirsiz, uzun vadeli fayda yer alır.



## PROGNOZ

- Hailey-Hailey hastalığı (HHD) kronik, tekrarlayan ve düzelen bir seyir izler. HHD'ye yönelik tıbbi ve/veya cerrahi yaklaşımların uzun vadeli faydaları belirsizdir ve tekrarlama yaygındır. HHD'li hastaların yaşam beklentisi normaldir, ancak yaşam kaliteleri önemli ölçüde bozulmuştur.

## KAYNAKLAR

1. Biolcati G, Aurizi C, Barbieri L, Cialfi S, Screpanti I, Talora C. Efficacy of the melanocortin analogue Nle4-D-Phe7- $\alpha$ -melanocyte-stimulating hormone in the treatment of patients with Hailey-Hailey disease. *Clin Exp Dermatol*. 2014;39(2):168-175.
2. Arora H, Bray FN, Cervantes J, Falto Aizpurua LA. Management of familial benign chronic pemphigus. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016;9:281-290.
3. 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(1):49-68.
4. mar SA, Bhattacharjee P, Brodell RT. Treatment of Hailey-Hailey disease with tacrolimus ointment and clobetasol propionate foam. *J Drugs Dermatol*. 2004;3(2):200-203.
  5. Bakaa L, Pernica JM, Couban RJ, et al. Bleach baths for atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis including unpublished data, Bayesian interpretation, and GRA-DE. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2022;128(6):660-668.e9.
  6. Poblete-Gutiérrez P, Wiederholt T, König A, et al. Allelic loss underlies type 2 segmental Hailey-Hailey disease, providing molecular confirmation of a novel genetic concept. *J Clin Invest*. 2004;114(10):1467-1474.
  7. Wootton LL, Argent CC, Wheatley M, Michelangeli F. The expression, activity and localisation of the secretory pathway Ca<sup>2+</sup>-ATPase (SPCA1) in different mammalian tissues. *Biochim Biophys Acta*. 2004;1664(2):189-197.
  8. Xiao Z, Liu ZG, Ou Yang XL, Yu SM, Zeng JR, Li CM. Two Novel Variants and One Previously Reported Variant in the *ATP2C1* Gene in Chinese Hailey-Hailey Disease Patients. *Mol Syndromol*. 2021;12(3):148-153.
  9. Farahnik B, Blattner CM, Mortazie MB, Perry BM, Lear W, Elston DM. Interventional treatments for Hailey-Hailey disease. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(3):551-558.e3.

## BÖLÜM 58

# Skatristel Pemfigoid

Mehmet DEMİR<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Skatrisyel pemfigoid (Mukoza zarı pemfigoidi), mukoza zarlarında vezikülo-büllöz lezyonlarla karakterize otoimmün bir hastalıktır.
- Genellikle etkilenen bölgeler oral mukoza ve konjonktivadır.
- Etkilenebilecek diğer bölgeler arasında burun delikleri, yemek borusu, trakea ve genitaler bulunur.
- Bazen cilt de etkilenebilir ve büllöz lezyonlar yüz, boyun ve kafa derisinde bulunabilir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Mukoza zarı pemfigoidi çoğunlukla yaşlıların bir hastalığıdır ve en sık görülme sıklığı 70 yaş civarındadır. Ancak çocukluk çağı vakaları da bildirilmiştir. Kadınlarda erkeklerden iki kat daha yaygın görünmektedir.



## KLİNİK

Alan	Özellikler
Göz	Batma veya acı hissi
	Konjunktivit
	Lezyonlar oluşur, aşınır ve iyileşerek yara dokusu bırakır

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetdemir7494@gmail.com, ORCID iD: 0009-0008-7572-4595

DOI: 10.37609/akya.4097.c7503

## KAYNAKLAR

---

1. Hofmann SC, Günther C, Böckle BC, et al. S2k Guideline for the diagnosis and treatment of mucous membrane pemphigoid. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2022;20(11):1530-1550.
2. Kamaguchi M, Iwata H. The Diagnosis and Blistering Mechanisms of Mucous Membrane Pemphigoid. *Front Immunol*. 2019;10:34. Published 2019 Jan 24.
3. Ong HS, Setterfield JF, Minassian DC, Dart JK; Mucous Membrane Pemphigoid Study Group 2009–2014. Mucous Membrane Pemphigoid with Ocular Involvement: The Clinical Phenotype and Its Relationship to Direct Immunofluorescence Findings. *Ophthalmology*. 2018;125(4):496-504.
4. Xu HH, Werth VP, Parisi E, Sollecito TP. Mucous membrane pemphigoid. *Dent Clin North Am*. 2013;57(4):611-630.

## BÖLÜM 59

# Epidermolizis Bülloza

Jiyan BOZYEL<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Epidermolizis bulloza (EB), cildin dermoepidermal birleşim yerinde veya epidermin bazal tabakasında yapısal bozulma ile karakterize, klinik ve genetik olarak heterojen bir kalıtsal deri frajilite hastalığıdır.
- Bu bozulma, cildin mekanik strese karşı artan hassasiyetine yol açar.
- Spesifik genetik defekt ve bunun moleküler sonuçlarına bağlı olarak klinik belirti ve bulgular arasında, küçük travmalar sonrasında oluşan büller, yaralar ve izler yer alır.
- Yaralar akut, kronik, açık (yani altı hafta içinde iyileşmeyen) veya tekrarlayan (büllerin sürekli oluşumu, iyileşme ve sonrasında yeniden açılma) şeklinde olabilir.
- Geniş bir fenotipik spektrum tanımlanmış olup, potansiyel olarak ciddi ekstra-kütanöz belirtiler, morbidite ve mortaliteye yol açabilir.

## Tipleri/Varyantları

- 2020 yılında önerilen revize epidermolizis bülloza (EB) sınıflandırması, deri büllerinin oluştuğu seviyeye göre sınıflandırılmaktadır. Bu seviyeler, immünofloresan veya elektron mikroskopi ile tespit edilir.
- Epidermolizis bülloza simplex (EBS) – Keratinositlerin bazal tabakasında intra-epidermal ayrışma.
- Jonksiyonel epidermolizis bülloza (JEB) – Dermoepidermal bileşimin lamina lucida seviyesinde ayrışma.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., bozyel28@gmail.com  
ORCID iD: 0009-0007-7212-7544

DOI: 10.37609/akya.4097.c7504

## Ekstrakutanöz Belirtilerin Yönetimi

- Göz Lezyonları: Gözdeki tahriş, korneal erozyonlar ve kronik blefarit, gözyaşı damlaları ve merhemleri ile tedavi edilebilir. Ciddi vakalar, otolog limbal epitel nakli veya korneal nakil gerektirebilir.
- Ağız ve Diş Lezyonları: Ağız hijyenine dikkat edilmesi ve nazik diş fırçalama önerilir.
- Yemek Borusu Darlığı: Özofagus darlıkları, floroskopi rehberliğinde hidrostatik balon dilatasyonu ile tedavi edilir. Tekrar eden darlıklar için tedavi gerekebilir.
- Psödosindaktili: El fonksiyon kaybına yol açan psödosindaktili, cerrahi müdahale ile düzeltilebilir.
- Skuamöz hücreli karsinom: Derideki skuamöz hücreli karsinom, geniş yerel eksizyon veya Mohs cerrahisi ile tedavi edilir.

## KAYNAKLAR

1. Bardhan A, Bruckner-Tuderman L, Chapple ILC, et al. Epidermolysis bullosa. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):78. Published 2020 Sep 24.
2. Chiaverini C, Bourrat E, Mazereeuw-Hautier J, Hadj-Rabia S, Bodemer C, Lacour JP. Épidermolyses bulleuses héréditaires : protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) [Hereditary epidermolysis bullosa: French national guidelines (PNDS) for diagnosis and treatment]. *Ann Dermatol Venerol*. 2017;144(1):6-35.

## BÖLÜM 60

# Pedikülozis

Jiyan BOZYEL<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Pedikülöz, vücutta, başta veya kasık bölgesinde bitlerin bulunması ile ortaya çıkan ve dünya genelinde görülen bir enfestasyondur. Bitler, Phthiraptera takımına ait, enfekte olmuş konakların kanı ile beslenen ektoparazitlerdir. Morfolojik tipleri, klinik özelliklerini belirler. Vücut bitleri, sıper ateşi, nükseden ateş ve epidemik tifüs gibi, potansiyel olarak hayatı tehdit eden bakteriyel patojenleri bulaştırabilir.

### Tipleri/Varyantları

- **Pediküloz Kapitis:** Pediküloz kapitis, *Pediculus humanus capitis* (baş biti) tarafından saç ve saç derisinde oluşturulan yaygın bir enfestasyondur. Baş bitleri, insanlarda parazitlik yapan üç farklı bit türünden biridir. Çocuklar en sık etkilenen gruptur. Dişi baş biti yaklaşık bir ay yaşar ve her gün 7-10 yumurta bırakır. Yumurtalar 8 gün içinde larvaya dönüşür ve bu larvalar, 8 gün daha geçerek olgunlaşır. Yetişkin bitler 2-3 mm uzunluğunda, gri-beyaz renkte ve kan emmeye adapte olmuş ağız yapıları ile saçta tutunmaya uygun bacaklara sahiptir. Klinik belirtisi kaşıntı olup, bitlerin tükürüğüne karşı allerjik bir reaksiyon sonucu oluşur. Baş ve boyun bölgesinde bitler, yumurtalar (nits) ve ciltte sıyrıklar görülebilir. Tanısı canlı bitlerin gözlemi ile konur. Yaşayan bitler genellikle daha zor fark edilirken, ıslak tarama yöntemi ile tespit edilmesi daha hassastır.
- **Phtirus pubis,** 0.8 ila 1.2 mm uzunluğunda, şeffaf bir parazittir ve genellikle cinsel temas yoluyla bulaşır. Dişi bitler üç ila dört hafta yaşar ve günde üç yumurta bırakır. Yumurtalar, saç köklerine yapışarak altı ila sekiz gün içinde

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., bozyel28@gmail.com

ORCID iD: 0009-0007-7212-7544

DOI: 10.37609/akya.4097.c7505

## KAYNAKLAR

---

1. Barker SC, Altman PM. A randomised, assessor blind, parallel group comparative efficacy trial of three products for the treatment of head lice in children--melaleuca oil and lavender oil, pyrethrins and piperonyl butoxide, and a "suffocation" product. *BMC Dermatol.* 2010;10:6. Published 2010 Aug 20.
2. Coates SJ, Thomas C, Chosidow O, Engelman D, Chang AY. Ectoparasites: Pediculosis and tungiasis. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(3):551-569.
3. Greive KA, Lui AH, Barnes TM, Oppenheim VM. A randomized, assessor-blind, parallel-group, multicentre, phase IV comparative trial of a suffocant compared with malathion in the treatment of head lice in children. *Australas J Dermatol.* 2010;51(3):175-182.
4. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Barankin B, Hon KL. Paediatrics: how to manage pediculosis capitis. *Drugs Context.* 2022;11:2021-11-3. Published 2022 Mar 14.

# Perforan Dermatozlar

Jiyan BOZYEL<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Perforan dermatozlar, deri altı bağ dokusunun epidermisin üzerinden eliminasyonu ile karakterize bir grup deri hastalığını ifade etmektedir.

### Tipleri/Varyantları

- **Reaktif perforan kollajenöz (RPK):** RPK en yaygın primer perforan dermatoz tipidir. Genellikle yetişkinliğe kadar devam eder, bazı izler kalabilir. Küçük keratotik papüller travma sonrası gelişir, umbilikal papulonodüllere dönüşür. Köbner fenomeni görülebilir. Lezyonlar 6-8 hafta içinde iyileşir veya hiperpigmentasyon bırakır.
- **Elastosis perforans serpiginosa (EPS):** Erken çocukluk veya genç erişkinlikte başlayan ve anormal elastik liflerin transepidermal eliminasyonuna yol açan nadir bir hastalıktır. Deri renginde veya hafif eritemli, keratotik papüller, annüler veya serpentin bir düzende yerleşir ve genellikle boyun, yüz, kollar veya fleksural bölgelerde görülür. Genellikle asemptomatik olup, bazen kaşıntılı olabilir.
- **Perforan follikülit (PF):** Eritemli, foliküler bazlı papüller, merkezlerinde küçük keratotik çekirdekler veya kıllar bulunan bir PD alt tipidir. Genellikle asemptomatiktir ve aylarca sürebilir.
- **Edinilmiş perforan dermatoz (EPD):** EPD, edinilmiş reaktif perforan kollajenöz (RPC), edinilmiş elastosis perforans serpiginosa (EPS), edinilmiş perforan follikülit (PF) ve Kyrle hastalığı gibi durumları içerir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., bozyel28@gmail.com

ORCID ID: 0009-0007-7212-7544

DOI: 10.37609/akya.4097.c7506

## TEDAVİ

### Topikal Tedaviler

- Kortikosteroidler (günde iki kez, intralezyonel enjeksiyonlar) ve keratolitikler (salisilik asit veya tretinoin) kullanılabilir.

### Sistemik Tedaviler

- Antipruritik tedavi için oral antihistaminikler, refrakter vakalar için izotretinoin ve kollajen çapraz bağlanmasını azaltmaya yardımcı olabilecek allopurinol kullanılabilir. UVB fototerapi kaşıntıyı azaltabilir ve papülleri çözebilir.
- D-penisillaminle ilişkili EPS ilaç kesildiğinde genellikle çözülür.

### Diğer Yöntemler

- Elektrokoterizasyon ve küretaj lokalize lezyonlar için

## KAYNAKLAR

1. Bhat YJ, Manzoor S, Qayoom S, Wani R, Baba AN, Bhat AH. Familial reactive perforating collagenosis. *Indian J Dermatol.* 2009;54(4):334-337.
2. Karpouzis A, Giatromanolaki A, Sivridis E, Kouskoukis C. Acquired reactive perforating collagenosis: current status. *J Dermatol.* 2010;37(7):585-592.
3. Lukács J, Schliemann S, Elsner P. Treatment of acquired reactive perforating dermatosis - a systematic review. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2018;16(7):825-842.
4. Ramesh V, Sood N, Kubba A, Singh B, Makkar R. Familial reactive perforating collagenosis: a clinical, histopathological study of 10 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21(6):766-770.

## BÖLÜM 62

# Hiperhidroz

Samet KORKULU<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Hiperhidroz, termoregülasyon için gerekli olandan daha fazla ter salgılanması ile kendini gösteren bir durumdur. İki temel tipi bulunmaktadır: Primer fokal hiperhidroz (PFH) ve jeneralize hiperhidroz (JH).
- **Primer Fokal Hiperhidroz (PFH):** PFH, genellikle odaksal bölgelerde (aksiller, palmar ve plantar gibi) görülen, belirgin bir tıbbi neden olmaksızın gelişen aşırı terleme durumudur.



## KLİNİK ÖZELLİKLER

- Lokalizasyon: Genellikle aksiller, palmar ve plantar bölgelerde görülür. Daha az sıklıkla saçlı deri ve yüz etkilenebilir.
- Simetrik Dağılım: Bilateral ve nispeten simetrik.
- Zamanlama: Terleme uyku sırasında durur, ancak gündüzleri sıcaklık veya stresle tetiklenir.
- Yaş Başlangıcı: Çocukluk veya ergenlik döneminde başlar.
- Psikososyal Etki: El sıkışma gibi basit aktivitelerde zorluk, sosyal izolasyon ve mesleki sorunlara yol açabilir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Toplumun %1 ila %5'ini etkiler. Aile öyküsü sıktır, bu durum genetik yatkınlık ile ilişkilendirilmiştir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., sametkorkulu@mersin.edu.tr, ORCID ID: 0009-0007-6221-5778

DOI: 10.37609/akya.4097.c7507

## KAYNAKLAR

---

1. Kurta AO, Glaser D. Hyperhidrosis and Anhidrosis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS. eds. *Fitzpatrick's Dermatology, 9e*. McGraw-Hill Education; 2019. Accessed March 08, 2025.
2. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, et al. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51(2):274-286.
3. Moran KT, Brady MP. Surgical management of primary hyperhidrosis. *Br J Surg*. 1991;78(3):279-283.
4. Walling HW. Primary hyperhidrosis increases the risk of cutaneous infection: a case-control study of 387 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61(2):242-246.
5. Van den Brande P, Vijgen J, Demedts M. Clinical spectrum of pulmonary tuberculosis in older patients: comparison with younger patients. *J Gerontol*. 1991;46(6):M204-M209.
6. Vinik AI, McLeod MK, Fig LM, Shapiro B, Lloyd RV, Cho K. Clinical features, diagnosis, and localization of carcinoid tumors and their management. *Gastroenterol Clin North Am*. 1989;18(4):865-896.
7. Scholes KT, Crow KD, Ellis JP, Harman RR, Saihan EM. Axillary hyperhidrosis treated with alcoholic solution of aluminium chloride hexahydrate. *Br Med J*. 1978;2(6130):84-85.
8. Heckmann M, Ceballos-Baumann AO, Plewig G; Hyperhidrosis Study Group. Botulinum toxin A for axillary hyperhidrosis (excessive sweating). *N Engl J Med*. 2001;344(7):488-493.
9. Naumann M, Hofmann U, Bergmann I, Hamm H, Toyka KV, Reiners K. Focal hyperhidrosis: effective treatment with intracutaneous botulinum toxin. *Arch Dermatol*. 1998;134(3):301-304.
10. Herbst F, Plas EG, Függer R, Fritsch A. Endoscopic thoracic sympathectomy for primary hyperhidrosis of the upper limbs. A critical analysis and long-term results of 480 operations. *Ann Surg*. 1994;220(1):86-90.

# Notaljia Pareestetika

Samet KORKULU<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Notaljia Pareestetika (NP), sıklıkla tek taraflı, skapulanın medyalinde yerleşen kronik bir nöropatik disestezi ve çoğunlukla yaşlı kadınları etkiler.
- Genellikle benign seyirlidir ancak aylarca hatta yıllarca sürebilir.
- Yoğun kaşıntı nedeniyle kronik kaşımaya bağlı sekonder kutanöz değişiklikler hastalarda önemli rahatsızlıklara neden olabilir.



## ETYOLOJİ

- Hastalığın kesin nedeni henüz net olarak açıklanamamıştır, bir tür nöropati olarak kabul edilir. Bu nöropatinin radiküler (sinir köklerine bağlı) mi yoksa periferik (periferik sinirlere bağlı) mi olduğu tartışmalıdır. Belirtilen nedenler arasında şunlar bulunur:
- Poliradikulopati: T2-T6 arası posterior rami etkilenir, genellikle vertebral dejeneratif değişiklikler veya intervertebral disk herniyasyonları nedeniyle meydana gelir.
- Periferik Nedenler: Kas spazmları, sinirleri etkileyen anatomik bozukluklar, genetik predispozisyon, diyabet gibi metabolik hastalıklar ve herpes zoster gibi enfeksiyonlar sayılabilir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
sametkorkulu@mersin.edu.tr, ORCID ID: 0009-0007-6221-5778

DOI: 10.37609/akya.4097.c7508

## KAYNAKLAR

---

1. Robbins BA, Rayi A, Ferrer-Bruker SJ. Notalgia Paresthetica. 2023 Jun 5. *In: StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 29262015.
2. Savk O, Savk E. Investigation of spinal pathology in notalgia paresthetica. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52(6):1085-1087.
3. Metz M, Krause K, Maurer M, Magerl M. Treatment of notalgia paraesthetica with an 8% capsaicin patch. *Br J Dermatol*. 2011;165(6):1359-1361.
4. Rosen JD, Fostini AC, Yosipovitch G. Diagnosis and Management of Neuropathic Itch. *Dermatol Clin*. 2018;36(3):213-224.
5. Loosemore MP, Bordeaux JS, Bernhard JD. Gabapentin treatment for notalgia paresthetica, a common isolated peripheral sensory neuropathy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(10):1440-1441.
6. Weinfeld PK. Successful treatment of notalgia paresthetica with botulinum toxin type A. *Arch Dermatol*. 2007;143(8):980-982.
7. Savk E, Savk O, Sendur F. Transcutaneous electrical nerve stimulation offers partial relief in notalgia paresthetica patients with a relevant spinal pathology. *J Dermatol*. 2007;34(5):315-319.

## BÖLÜM 64

# Palmoplantar Keratozlar

Samet KORKULU<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Palmoplantar keratoderma (PPK), el ve ayak tabanlarında aşırı keratinizasyon ile karakterize edilen bir deri hastalığıdır.
- Bu durum, genetik veya edinsel nedenlerle ortaya çıkabilir ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. PPK, farklı klinik ve genetik alt tiplere sahiptir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- PPK'nın görülme sıklığı altta yatan tipe bağlıdır.
- Kalıtsal formlar nadir olmakla birlikte bazı coğrafi bölgelerde daha sık görülebilir.
- Edinsel formlar ise genellikle daha yaygındır ve enfeksiyonlar veya kronik dermatolojik hastalıklar ile ilişkilidir.



## PATOFİZYOLOJİ

- PPK'nın patofizyolojisi, epidermiste keratin sentezi ve döngüsünde anormalliklere dayanır.
- Kalıtsal formlar, keratin genlerindeki mutasyonlardan kaynaklanabilir (örneğin KRT1 ve KRT9 genleri).

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., sametkorkulu@mersin.edu.tr, ORCID ID: 0009-0007-6221-5778

DOI: 10.37609/akya.4097.c7509

## Sonuç

- PPK, el ve ayak tabanlarında belirgin hiperkeratoz ile karakterize, farklı alt tipleri olan bir deri hastalığıdır.
- Tedavi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve genetik testler tanıyı destekleyebilir.
- Hastaların yaşam kalitesini artırmak için sürekli bakım ve takip önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Has C, Technau-Hafsi K. Palmoplantar keratodermas: clinical and genetic aspects. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016;14(2):123-140.
2. Guerra L, Castori M, Didona B, Castiglia D, Zambruno G. Hereditary palmoplantar keratodermas. Part I. Non-syndromic palmoplantar keratodermas: classification, clinical and genetic features. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(5):704-719.
3. Guerra L, Castori M, Didona B, Castiglia D, Zambruno G. Hereditary palmoplantar keratodermas. Part II: syndromic palmoplantar keratodermas - Diagnostic algorithm and principles of therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(6):899-925.
4. Mo R, Lin M, Lee M, Yan W, Wang H, Lin Z. Nonsense mutations in KRT1 caused recessive epidermolytic palmoplantar keratoderma with knuckle pads. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(10):1857-1862.
5. Reis A, Hennies HC, Langbein L, et al. Keratin 9 gene mutations in epidermolytic palmoplantar keratoderma (EPPK). *Nat Genet.* 1994;6(2):174-179.
6. Schiller S, Seebode C, Hennies HC, Giehl K, Emmert S. Palmoplantar keratoderma (PPK): acquired and genetic causes of a not so rare disease. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014;12(9):781-788.
7. Sakiyama T, Kubo A. Hereditary palmoplantar keratoderma "clinical and genetic differential diagnosis". *J Dermatol.* 2016;43(3):264-274.
8. Jo JW, Jeong DS, Kim CY. Case of punctate palmoplantar keratoderma type I treated with combination of low-dose oral acitretin and topical salicylic acid and steroid. *J Dermatol.* 2018;45(5):609-612.
9. Zhang M, Song K, Ding N, Shu C, Wang Y. Using a Distant Abdominal Skin Flap to Treat Digital Constriction Bands: A Case Report for Vohwinkel Syndrome. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(6):e2762.
10. Yoneda K, Kubo A, Nomura T, et al. Japanese guidelines for the management of palmoplantar keratoderma. *J Dermatol.* 2021;48(8):e353-e367.

## BÖLÜM 65

# Deri Yaşlanması

Merve KARABULUT<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Cildin normal yaşlanması, atrofi, elastikiyet kaybı ve metabolik ile onarıcı yarıtların zayıflaması gibi değişikliklere yol açar. Epidermin incelmesi ve dermoepidermal bağlantıların düzleşmesi, cildin kırılabilirliğini artırarak kanamaları kolaylaştırır. Ayrıca, bu değişiklikler besin transferini zorlaştırarak kuru cilt ve bozulmuş bariyer fonksiyonu gibi problemlere yol açar. Epidermal dönüşüm yavaşlar, hücresel kompozisyon ise melanositler ve Langerhans hücrelerinde azalma gösterir.
- Yaşa bağlı diğer cilt değişiklikleri arasında dermin incelmesi, fibroblast biosentezinin azalması ve gecikmiş yara iyileşmesi yer alır. Kollajen kaybı ve düzensizliği, elastin biosentezinin azalması ve glikozaminoglikan makromoleküllerindeki değişiklikler, cildin esnekliğini ve hidrasyonunu bozar. Ayrıca, yaşla birlikte ter ve yağ bezlerinin aktivitesi düşer, bu da termoregülasyonun bozulmasına yol açar.
- Derinin duyuşsal algısı azalırken, yaşla birlikte D vitamini sentezi de zayıflar. Yaşlı ciltte yaşlı hücre birikimi ve mikrobiyomda çeşitlilik artışı görülür. Deri altı yağ kaybı, cildin kırışmasına ve sarkmasına neden olur. Topikal tretinoin uygulaması, yaşa bağlı değişiklikleri tersine çevirerek epidermis kalınlığını artırır, cilt elastikiyetini iyileştirir ve kolajen üretimini uyarır.
- Sonuç olarak, cildin yaşlanması, çeşitli biyolojik değişikliklerle ilişkilidir ve bu süreç, güneş hasarından bağımsız olarak belirginleşir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mkrblt98@gmail.com, ORCID iD: 0009-0000-8949-047X

DOI: 10.37609/akya.4097.c7510

## KAYNAKLAR

---

1. Gilchrest BA. Photoaging. *J Invest Dermatol*. 2013;133(E1):E2-E6. Published 2013 Jul 1.
2. Yaar M, Gilchrest BA. Photoageing: mechanism, prevention and therapy. *Br J Dermatol*. 2007;157(5):874-887.
3. Montagna W, Carlisle K. Structural changes in ageing skin. *Br J Dermatol*. 1990;122 Suppl 35:61-70.

## BÖLÜM 66

# Parapsoriasis

Merve KARABULUT<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Parapsoriasis, yaşlı erişkinlerde görülen, genellikle tedaviye dirençli ve kronik seyir izleyen eritematöz ve skuamli yamalarla karakterize edilen bir dermatozdur.
- İki ana türü vardır: küçük plak parapsoriasis ve büyük plak parapsoriasis.

### Küçük Plak Parapsoriasis:

- **Klinik Özellikler:** Genellikle gövde ve proksimal ekstremitelerde yerleşen, yuvarlak veya oval şekillerdeki 2-5 cm çapında pembe veya sarımsı kahverengi, skuamli maküller ve yamalarla tanımlanır. Lezyonlar genellikle asemptomatik olup, bazen hafif kaşıntıya neden olabilir. Yaz aylarında güneşe maruz kaldıktan sonra lezyonlar kaybolabilir veya solabilir ancak kışın tekrar edebilirler.
- **Histopatoloji:** Hafif egzama benzeri histolojik özellikler gösterir. Epidermiste hafif spongiyoz ve parakeratoz ile küçük lenfositlerin fokal parakeratozu ve ekzositoz gözlemlenir.
- **Tanı ve Ayırıcı Tanı:** Tanı, klinik bulgular ve biyopsilerle doğrulanır. Ayırıcı tanısı, mikozis fungoides, pitriyasis likenoides kronika, guttat psoriasis, pitriyasis rosea ve numuler dermatit gibi hastalıklarla yapılır.
- **Yönetim ve Prognoz:** Çoğu hastada tedaviye gerek yoktur. Hafif kaşıntı durumunda nemlendiriciler ve topikal kortikosteroidler kullanılır. Tedaviye genellikle iyi yanıt verir ve hastaların çoğu yıllarca iyi huylu bir seyir izler.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mkrblt98@gmail.com, ORCID iD: 0009-0000-8949-047X

DOI: 10.37609/akya.4097.c7511

## Büyük Plak Parapsoriasis :

- **Klinik Özellikler:** Genellikle büyük (>5 cm çapında), düzensiz şekilli eritemli, koyu kırmızı veya kahverengi lezyonlarla kendini gösterir. Lezyonlar, epidermal atrofi veya poikiloderma ile birlikte olabilir.
- **Histopatoloji:** Epidermis içinde değişken psoriasiform epidermal hiperplazi ve bazal keratinosit tabakasında vakuolizasyon gözlemlenir. Ayrıca dermoepidermal birleşkede yoğun, bant benzeri lenfositik infiltratlar görülür.
- **Tanı ve Ayırıcı Tanı:** Tanı, klinik ve histolojik bulgulara dayanır. Mikozis fungoides (MF) gibi hastalıklar ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Büyük plak parapsoriasisin erken dönemi ve mikozis fungoides'in yama evresi arasındaki farklar, biyopsi ile takip edilir.
- **Yönetim ve Prognoz:** Mikozis fungoidese dönüşme riski taşıdıkları için yakından izlenmelidir. Tedavi genellikle topikal kortikosteroidler ile yapılır, ancak fototerapiye (UVB veya PUVA) de başvurulabilir. Büyük plak parapsoriasisin prognozu, hastaların %10 ila %30'unun mikozis fungoidese dönmesiyle ilişkilidir. Aynı zamanda hematolojik kanserler ve venöz tromboembolizm riski artmaktadır.

Her iki tür de kronik bir hastalık olup, tedaviye dirençli olabilir ve düzenli izleme gerektirir. Parapsoriasisli hastalar, (özellikle büyük plak tipi) mikozis fungoidese dönüşüm riski taşıdığından uzun süreli takip edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Belousova IE, Vanecek T, Samtsov AV, Michal M, Kazakov DV. A patient with clinicopathologic features of small plaque parapsoriasis presenting later with plaque-stage mycosis fungoides: report of a case and comparative retrospective study of 27 cases of "nonprogressive" small plaque parapsoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(3):474-482.
2. Lambert WC, Everett MA. The nosology of parapsoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1981;5(4):373-395.

## BÖLÜM 67

# Pitriazis Likenoides Et Varioliformis Akuta (PLEVA)

Merve KARABULUT<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Pitriyazis likenoides et varioliformis akuta (PLEVA), diğer adıyla Mucha-Habermann hastalığı, çoğunlukla genç yetişkinleri ve çocukları etkileyen nadir bir kutanöz inflamatuvar hastalıktır.
- PLEVA genellikle hızla hemorajik veya nekrotik kurutlar geliştiren akut inflamatuvar papül ve papülovezikül döküntü olarak ortaya çıkar.
- Ateşli ülseronekrotik Mucha-Habermann hastalığı (FUMHD), PLEVA'nın potansiyel olarak yaşamı tehdit eden, ciddi bir varyantıdır.
- Ciltte çok sayıda skuamli, kırmızı-kahverengi papüllerin görünümü ile karakterize olan pitriyazis likenoides kronika (PLK), genellikle PLEVA ile bir hastalık sürekliliği içinde kabul edilir "Pitriyazis likenoides" terimi sıklıkla bu bozuklukların spektrumunu ifade etmek için kullanılır.



## EPİDEMİYOLOJİ

- PLEVA nadir görülen bir hastalıktır.
- Kesin insidans ve yaygınlık bilinmemektedir.
- PLEVA her yaşta (bebekler dahil) ortaya çıkabilir ancak en sık çocuklarda ve genç yetişkinlerde görülür.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mkrblt98@gmail.com, ORCID iD: 0009-0000-8949-047X

DOI: 10.37609/akya.4097.c7512

## KAYNAKLAR

---

1. Khachemoune A, Blyumin ML. Pityriasis lichenoides: pathophysiology, classification, and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2007;8(1):29-36.
2. Fernandes NF, Rozdeba PJ, Schwartz RA, Kihiczak G, Lambert WC. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: a disease spectrum. *Int J Dermatol*. 2010;49(3):257-261.
3. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55(4):557-576.
4. Bellinato F, Maurelli M, Gisondi P, Girolomoni G. A systematic review of treatments for pityriasis lichenoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(11):2039-2049.

## BÖLÜM 68

# Pitriazis Likenoides Kronika (PLK)

Merve KARABULUT<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- “Pityriasis likenoides” terimi, pityriasis likenoides kronika (PLK), PLEVA ve Mucha-Habermann hastalığı (FUMHD) varyantını içeren nadir, edinilmiş, inflamatuvar cilt bozuklukları grubunu ifade etmek için kullanılır.
- “Pityriasis likenoides” teriminin üç bozukluğu da ifade etmek için kullanılması, PLK, PLEVA ve FUMHD’nin tek bir hastalığın klinik spektrumunu temsil edebileceği teorisini temsil eder.
- PLK klinik olarak gövde ve ekstremitelerde çok sayıda skuamli, eritematöz ila kahverengi papüllerin gelişimi ile karakterizedir. Durum genellikle aylarca veya yıllarca devam eden tekrarlayan ve düzelen bir seyir izler.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Genel olarak genç yetişkinlerde ve çocuklarda görülme olasılığı en yüksek olan nadir bir bozukluk olarak kabul edilir
- Ancak PLK herhangi bir yaşta gelişebilir.
- Hafif bir erkek yatkınlığı olabilir



## PATOGENEZ

- PLK ve PLEVA için ana patojenik teoriler örtüşmektedir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mkrblt98@gmail.com, ORCID iD: 0009-0000-8949-047X

DOI: 10.37609/akya.4097.c7513

## Malignite İle İlişkili

- ✦ Birçok çocuk ve yetişkinde PLK hastalığına sahip kişilerde en sık görülen mikozis fungoides olan kutanöz lenfomanın gelişimi bildirilmiştir.

## Takip

- ✦ PLK ile malignite arasındaki ilişkinin görünürdeki nadirliği göz önüne alındığında, PLK iyi huylu bir hastalık olarak kabul edilir.
- ✦ Ancak, bir önlem olarak, kutanöz lenfoma belirtilerini değerlendirmek için PLK'li hastalarda yılda en az bir kez tam bir deri muayenesi yapılmalıdır.
- ✦ Önerilen yaşa uygun taramaların dışında rutin olarak kanser taraması önerilmemektedir.

## KAYNAKLAR

---

1. Khachemoune A, Blyumin ML. Pityriasis lichenoides: pathophysiology, classification, and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2007;8(1):29-36.
2. Fernandes NF, Rozdeba PJ, Schwartz RA, Kihiczak G, Lambert WC. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: a disease spectrum. *Int J Dermatol.* 2010;49(3):257-261.
3. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(4):557-576.
4. Bellinato F, Maurelli M, Gisondi P, Girolomoni G. A systematic review of treatments for pityriasis lichenoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(11):2039-2049.

## BÖLÜM 69

# Venöz Ülserler

Merve KARABULUT<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Kronik venöz hastalık (KVH), venöz sistemin işlev bozukluğuna bağlı hastalıkların tümünü kapsarken, kronik venöz yetmezlik (KVY) terimi daha ileri aşama semptomları ifade eder.
- Bunlar arasında gode bırakan ödem, cilt değişiklikleri ve venöz bacak ülserleri (VBU) yer alır. VBU, alt ekstremitte yaralarının %70'ini oluşturur ve sıklıkla tekrar eder.

## Genel Hususlar

- **Yaygınlık:** VBU, nüfusun %4'ünde görülür ve tedavi edilmediğinde beş yılda %66'ya kadar tekrar etme oranına ulaşabilir. Bu durum, uzun süreli sakatlık, sosyoekonomik kayıplar ve psikososyal etkilerle ilişkilidir.
- **Patofizyoloji:** Kronik venöz hastalık (KVH), genetik ve çevresel faktörlerin birleşimiyle venöz sistemin makrovasküler ve mikrovasküler yapılarında bozulmalara yol açar. Venöz hipertansiyon, kapakçık hasarı ve damar duvarındaki değişiklikler, inflamasyon ve doku hasarına neden olur. Risk faktörleri arasında aile öyküsü, obezite, kadın cinsiyeti, yaş, gebelik ve uzun süre ayakta durma gibi durumlar bulunur.
- **Venöz Hipertansiyon ve VBU Gelişimi:** Venöz hipertansiyon, damar duvarındaki bozulmalar ve kapak reflüsü gibi intravasküler etkenlerin yanı sıra obezite, kalp yetmezliği ve lenfödem gibi ekstremiteler faktörleri nedeniyle gelişebilir. Bu hipertansiyon, inflamasyon ve doku hasarına yol açarak VBU'ların gelişmesine zemin hazırlar.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mkrblt98@gmail.com, ORCID iD: 0009-0000-8949-047X

DOI: 10.37609/akya.4097.c7514



**Resim 104-105:** Venöz yetmezliğe bağlı gelişen staz dermatiti ve venöz ülser

## KAYNAKLAR

1. Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PD, Nicolaidis AN, Boisseau MR, Eklof B. Chronic venous disease. *N Engl J Med.* 2006;355(5):488-498.
2. O'Donnell TF Jr, Passman MA, Marston WA, et al. Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2014;60(2 Suppl):3S-59S.
3. Widener JM. Venous leg ulcers: Summary of new clinical practice guidelines published August 2014 in the Journal of Vascular Surgery. *J Vasc Nurs.* 2015;33(2):60-67.

## BÖLÜM 70

# Kandidiyazis

Ferhat TÜMTAŞ<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Kandidalar; normal florada bulunan, çeşitli faktörlerin etkisiyle enfeksiyona sebep olabilen fırsatçı maya mantarlarıdır.
- Doğada 160'tan fazla kandida türü vardır. Bunlardan yaklaşık 20 tanesi insanda hastalık yapabilir.
- En sık etken *C.albicans* olmakla beraber *C.glabrata* ve *C.tropicalis* vb. de etken olabilir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Normal popülasyonda, yüzeysel deri kandidiyazisi deri bariyer bütünlüğünün bozulmasıyla saprofit olan endojen mayaların patojenik olmasıyla oluşur.
- Kandidal enfeksiyonları kolaylaştıran etkenler; diyabet, üremi, sistemik antibiyotik kullanımı, sistemik veya inhaler kortikosteroid kullanımı, organ transplantasyonu, kemoterapi, radyoterapi veya konjenital immün yetmezlik gibi immünsüpresif durumlardır.



## ETYOPATOGENEZ

- Kandida türleri genellikle deriyi, tırnağı veya mukozayı etkiler.
- *C.albicans* sağlıklı bireylerde yüzeysel mantar enfeksiyonlarına neden olur.
- Diğer kandida türleri immünsüprese kişilerde trakea veya özefagusu tutup sistemik hastalığa neden olurlar.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., ferhattumtas@gmail.com  
ORCID iD: 0009-0006-7375-4585

DOI: 10.37609/akya.4097.c7515



## TEDAVİ

- Oral kandidiyazis; nistatin içerikli oral süspansiyon günde 2-4 kez 1-3 hafta boyunca verilmelidir. Tam düzelme sonrası 3-5 gün daha devam edilmelidir. Ayrıca bikarbonat solüsyonlu gargara, şiddetli durumlarda oral itrakonazol 100-200 mg/gün veya flukonazol 100-200 mg/gün 2-3 hafta boyunca tedavi edilir. Nüks gelişirse profilaktik olarak flukonazol 100-200 mg/gün haftada 3 kez şeklinde verilebilir.
- İntertriginöz kandidiaziste topikal azol grubu 2-4 hafta günde 2 kez kullanılabilir. Dirençli durumlarda 2-4 hafta boyunca haftada 1 kez flukonazol 150 mg veya günde 1 kez itrakonazol 100 mg kullanılabilir.
- Vulvovajinal veya kandidal balanit; topikal azol 1 hafta veya topikal nistatinle 2 hafta ya da oral flukonazol 150 mg/gün tek doz veya itrakonazol 200 mg/gün 3 gün ile tedavi edilebilir. Rekürren olgularda 3 gün arayla 3 doz flukonazol 150 mg/gün (1.- 4. ve 7. gün) kullanılabilir. İdamede haftada bir 150 mg flukonazol 6 ay boyunca kullanılabilir.
- Kandidal paronişide elin çok fazla su ile teması kesilmelidir. Şiş ve ödemli tırnak kıvrımları için topikal steroid verilir. Oral flukonazol 150 mg haftada 1 kez 4-6 hafta boyunca veya itrakonazol kullanılabilir. Topikal antifungaller nüksleri önlemede kullanılabilir.
- Kronik mukokutanöz kandidiyazis veya dissemine kandidiazis; 100-200 mg/gün itrakonazol veya 100-200 mg/gün flukonazol kullanılır. 100 mg/gün itrakonazol veya 50-100 mg/gün flukonazolun uzun süreli idame dozudur. Flukonazol veya itrakonazolun yetersiz olduğu durumlarda posakonazol, vorikonazol veya amfoterisin-B ile sistemik tedavi edilir.

## KAYNAKLAR

1. Farr A, Effendy I, Frey Tirri B, et al. Guideline: Vulvovaginal candidosis (AWMF 015/072, level S2k). *Mycoses*. 2021;64(6):583-602.
2. Rowen JL. Mucocutaneous candidiasis. *Semin Perinatol*. 2003;27(5):406-413.
3. Sharon V, Fazel N. Oral candidiasis and angular cheilitis. *Dermatol Ther*. 2010;23(3):230-242.
4. Millsop JW, Fazel N. Oral candidiasis. *Clin Dermatol*. 2016;34(4):487-494.
5. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2016;62(4):e1-e50.
6. Taudorf EH, Jemec GBE, Hay RJ, Saunte DML. Cutaneous candidiasis - an evidence-based review of topical and systemic treatments to inform clinical practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(10):1863-1873.

## BÖLÜM 71

# Mastositozlar

Ferhat TÜMTAŞ<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Mast hücrelerinin aşırı proliferasyonu sonucu gelişen, deri ve/veya sistemik tutulum ile karakterize olan bir hastalık grubudur.
- Mastositoz organların tutulumuna göre geçmişte “kutanöz ve sistemik mastositoz” olarak iki ana başlığa ayrılmışken, günümüzde bu sınıflamaya “mast hücreli sarkom” da eklenmiştir.
- Yalnızca derinin etkilenmesi durumuna “kutanöz mastositoz”, deri tutulumu olsun veya olmasın ekstrakutanöz organlarda (kemik iliği, karaciğer, dalak ve/veya lenf nodları vb.) mast hücre infiltrasyonu olmasına ise “sistemik mastositoz” adı verilmektedir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Hastalığın prevalansı net olarak bilinmemekle birlikte çocukluk çağında 2-5/1000, erişkin dönemde 1/10.000 olduğu tahmin edilmektedir.
- Kadın ve erkeklerde benzer sıklıkta görülmektedir.
- Tüm ırklarda görülebilir.
- Çoğunda aile öyküsü yokken nadiren de olsa ailesel gözlenen vakalar da vardır.
- Olguların yaklaşık %70 kadarı ilk 6 ay içinde, %90 kadarı ise ilk 2 yaşına dek ortaya çıkmaktadır.
- Erişkin dönem başlangıçlı mastositozlar ise en sık 3-4. dekatta ortaya çıkmaktadır.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., ferhattumtas@gmail.com  
ORCID ID: 0009-0006-7375-4585

DOI: 10.37609/akya.4097.c7516

lamin gibi antikolinerjikler ve iyot bazlı radyografik boyalar semptomları tetiklemektedir.

#### ➤ **Semptom Kontrolü İçin Lokal Tedavi**

- Güçlü topikal kortikosteroidlerin 6 haftalık oklüzyon şeklinde uygulanması dermal mast hücre sayısını azaltıp kaşıntı semptomlarını giderir. İntralezyonel kortikosteroid uygulaması mast hücre infiltratlarının temizlenmesinde başarılıdır. Topikal kalsinörin inhibitörleri de semptom kontrolünde kullanılabilir.

#### ➤ **Semptom Kontrolü İçin Sistemik Tedavi**

- Setirizin, loratadin, feksofenadin gibi H1 antagonist oral antihistaminikler özellikle pruritus ve flashing semptomlarının tedavisinde kullanılır. Simetidin, famotidin gibi H2 antagonist antihistaminikler gastrointestinal sistem semptomlarında tedaviye eklenebilir. Oral kromolin sodyum gastrointestinal, deri ve merkezi sinir sistemi semptomlarını azaltabilir. DB-UVB veya PUVA tedavileri haftada 4 kez en az 2 ay süreyle uygulandığında pruritus veya flashing semptomlarını azaltırken tedavi bırakıldığında nüks izlenebilir. Klasik tedaviye yanıtızlıkta veya özellikle tekrarlayan anaflakside omalizumab tedavisi eklenebilir. Omalizumab mast hücre aracalı semptomlarda %50 den fazla fayda sağlarken, mast hücre infiltratlarını temizleyip temizleyemediği net değildir. Oral kortikosteroidler şiddetli hastalarda kullanılabilir. Anaflaksi öyküsü, yaygın cilt lezyonu olanlarda veya artmış serum triptaz seviyesi olanlarda epinefrin kalem verilebilir.

#### ➤ **İlerlemiş Mastositoz İçin Sistemik Tedavi**

- Midastaurin, avapritinib, imatinib gibi tirozinkinaz inhibitörleri proliferasyonu inhibe edip apoptozu teşvik eder. Kladrinin herhangi bir KİT mutasyonlu vakada kullanılabilir. İnterferon-a-2b veya kök hücre nakli gibi tedaviler de mevcuttur.

## KAYNAKLAR

1. Le M, Miedzybrodzki B, Olynych T, Chapdelaine H, Ben-Shoshan M. Natural history and treatment of cutaneous and systemic mastocytosis. *Postgrad Med*. 2017;129(8):896-901.
2. Méni C, Bruneau J, Georjin-Lavialle S, et al. Paediatric mastocytosis: a systematic review of 1747 cases. *Br J Dermatol*. 2015;172(3):642-651.
3. Antakanavar GM, Agrawal I, Sahoo B, Relhan V. Diffuse Cutaneous Bullous Mastocytosis in a Neonate. *Indian Dermatol Online J*. 2023;15(2):348-350.

## BÖLÜM 72

# Şankroid (Yumuşak Şankr)

Ferhat TÜMTAŞ<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Gram (-) fakültatif anaerob basil "Haemophilus ducreyi"nin neden olduğu genitalde şankr veya lenfadenitlere neden olan cinsel yolla bulaşan hastalıktır.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Gerek etkeni üretmenin zorluğu gerekse de tanı konulan hastaların bildirimlerinin yapılmaması nedeniyle insidansı net olarak bilinmemektedir.
- Gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülür.



## ETYOPATOGENEZ

- H. Ducreyi sağlam cildi penetre edemeyeceğinden, öncesinde veya cinsel ilişki sırasında olan mikrotravmalara bağlı deri bütünlüğü kaybolmuş yüzeyleri enfekte eder.
- Bazı çalışmalarda Afrikada genç ve yetişkinlerde kutanöz ülserlere yol açtığı da bildirilmiştir.



## KLİNİK

- Hastalığın inkübasyonu 2-10 gündür.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., ferhattumtas@gmail.com  
ORCID iD: 0009-0006-7375-4585

DOI: 10.37609/akya.4097.c7517

- Lenfogranuloma venerum ülserleri ağrısızdır. Tek taraflı veya bilateral inguinal lenfadenopatiye neden olup ağrılı bubonlar eşlik edebilir. Erkeklerde daha şiddetli klinik olurken, kadınlarda daha sessizdir ve pelvik inflamatuvar hastalık ile ilişkilidir.
- Granüloma inguinale ülserleri ağrısız, eritemli ve büyüktür. Persistan sinüsler ve hipertrofik skarlar izlenebilir. Kronik skar zemininden SCC gelişebilir. Bölgesel lenf nodları genelde tutulmaz.
- Non-enfeksiyöz nedenlerden Behçet Hastalığı veya fiks ilaç döküntüsü ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer hastalıklardandır.

## TEDAVİ

- Tedavide çeşitli antibiyotikler kullanılır ve eş tedavisi de yapılmalıdır.
- Seftriakson (250 mg IM tek doz), azitromisin (1 gr oral tek doz), eritromisin (4\*500 mg oral 7 gün) veya siprofloksasin (2\*500 mg oral 3 gün) kullanılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Lewis DA, Ison CA. Chancroid. *Sex Transm Infect.* 2006;82 Suppl 4(Suppl 4):iv19-iv20.
2. Lewis DA. Chancroid: clinical manifestations, diagnosis, and management. *Sex Transm Infect.* 2003;79(1):68-71.
3. Cunha Ramos M, Nicola MRC, Bezerra NTC, Sardinha JCG, Sampaio de Souza Morais J, Schettini AP. Genital ulcers caused by sexually transmitted agents. *An Bras Dermatol.* 2022;97(5):551-565.
4. Roett MA. Genital Ulcers: Differential Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2020;101(6):355-361.
5. Irizarry L, Velasquez J, Wray AA. *Chancroid. In: StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; May 22, 2023.

## BÖLÜM 73

# Rekürren Aftöz Stomatit (RAS)

Doğukan BULĞURCU<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Rekürren aftöz stomatit (RAS), ağız mukozasında tekrarlayan, ağrılı, sınırları belirgin ülserlerle karakterize, toplumda sık görülen, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır.
- En sık görülen oral mukoza lezyonlarıdır ve sıklıkla genç erişkinlerde ortaya çıkar.
- Hastalık genellikle benign seyirli olup, yaşam kalitesini olumsuz etkiler.



## EPİDEMİYOLOJİ

- **Yaygınlık:** Toplumun %5-25'ini etkiler.
- **Yaş:** Genellikle ilk kez çocukluk veya ergenlik döneminde başlar. Pik insidansı 10-40 yaş arasındır.
- **Cinsiyet:** Kadınlarda daha sık görülür.
- **Coğrafi Dağılım:** Her coğrafyada görülmekle birlikte, gelişmiş ülkelerde daha sık rapor edilmiştir.



## ETYOPATOGENEZ

- RAS'ın kesin nedeni bilinmemekle birlikte, multifaktöriyel bir hastalık olduğu düşünülmektedir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
dogukanbulgurcu@gmail.com, ORCID iD: 0009-0001-3757-6359  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7518

## KAYNAKLAR

---

1. Edgar NR, Saleh D, Miller RA. Recurrent Aphthous Stomatitis: A Review. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2017;10(3):26-36.
2. Cui RZ, Bruce AJ, Rogers RS 3rd. Recurrent aphthous stomatitis. *Clin Dermatol.* 2016;34(4):475-481.
3. Lau CB, Smith GP. Recurrent aphthous stomatitis: A comprehensive review and recommendations on therapeutic options. *Dermatol Ther.* 2022;35(6):e15500.

# Seboreik Dermatit

Doğukan BULĞURCU<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Seboreik dermatit, seboreik (yağ bezlerinin yoğun olduğu) bölgelerde görülen kronik, tekrarlayıcı inflamatuvar bir cilt hastalığıdır.
- Kırmızımsı, kepekli, pullu plaklarla karakterizedir ve genellikle kaşıntı eşlik eder.
- Etkilenen bölgeler sıklıkla saçlı deri, yüz, kulaklar ve üst gövdedir.
- Şiddeti kafa derisinin minimal, asemptomatik pullanmasından daha yaygın tutulumla kadar değişebilir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- **Genel Yaygınlık:** Seboreik dermatit, dünya genelinde %1-5 oranında görülür. Hafif kepek formu daha yaygın olup genel popülasyonun %50'sine kadar etkiler.
- **Yaş Grupları:**
  - Neonatal Dönem: Yenidoğanların yaklaşık %10'unda görülür ve genellikle 3-4 ay içinde kendiliğinden iyileşir.
  - Erişkinler: 20-50 yaş arasında sık görülür.
  - Yaşlılar: Daha şiddetli formda seyredebilir.
  - Cinsiyet: Erkeklerde daha sık rastlanır.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
dogukanbulgurcu@gmail.com, ORCID iD: 0009-0001-3757-6359  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7519

### ➤ Sistemik Tedavi:

- ▶ Oral Antifungaller:
  - \* Şiddetli veya dirençli vakalarda itrakonazol veya flukonazol kullanılabilir.
- ▶ Oral Steroidler:
  - \* Nadiren, şiddetli inflamasyon için kısa süreli kullanılabilir.

### ➤ Adjuvan Tedavi:

- ▶ Yumuşatıcı kremler, cilt bariyerini onarmaya yardımcı olur.
- ▶ Fototerapi, dirençli vakalarda kullanılabilir.

## Komplikasyonlar

- Sekonder Enfeksiyon: Kaşıma nedeniyle ve cilt bariyerinin bozulması nedeniyle bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar gelişebilir.
- Psikososyal Etkiler: Cilt lezyonları ve kronik kaşıntı, hastanın yaşam kalitesini düşürebilir ayrıca özellikle lezyonlar yüz ve kafa derisini etkilediğinde sosyal ve psikolojik problemlere yol açabilir.
- Kortikosteroid Yan Etkileri: Uzun süreli kortikosteroid kullanımı ciltte incelleme (atrofi), telenjektazi, steroid aknesi gibi patolojilere neden olabilir.
- Antifungal direnci: sürekli kullanılan topikal antifungaller direnç gelişimine neden olabilir.
- Blefarit: Seboreik dermatit göz kapaklarını etkilediğinde blefarit gelişebilir. Gözlerde kızarıklık, kaşıntı, yanma hissi ve kabuklanma oluşur. Tedavi edilmezse göz enfeksiyonları veya konjonktivit riski artabilir.

## KAYNAKLAR

1. Polaskey MT, Chang CH, Daftary K, Fakhraie S, Miller CH, Chovatiya R. The Global Prevalence of Seborrheic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Dermatol.* 2024;160(8):846-855.
2. Berger RS, Stoner MF, Hobbs ER, Hayes TJ, Boswell RN. Cutaneous manifestations of early human immunodeficiency virus exposure. *J Am Acad Dermatol.* 1988;19(2 Pt 1):298-303.
3. Soeprono FF, Schinella RA, Cockerell CJ, Comite SL. Seborrheic-like dermatitis of acquired immunodeficiency syndrome. A clinicopathologic study. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14(2 Pt 1):242-248.

## BÖLÜM 75

# Skabiyez

Doğukan BULĞURCU<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Skabiyez, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* adlı mikroskopik ektoparazitin neden olduğu, yoğun kaşıntı ve tipik cilt lezyonlarıyla seyreden bulaşıcı bir deri hastalığıdır.
- Parazit, ciltte tüneller oluşturarak enfeksiyona yol açar ve genellikle gece artan kaşıntı en belirgin semptomdur



## EPİDEMİYOLOJİ

- **Küresel Yaygınlık:** Dünya genelinde her yıl yaklaşık 200 milyon vaka görülmektedir.
- **Sosyoekonomik Etkiler:** Hijyen koşullarının kötü olduğu yerlerde, tropikal ve subtropikal bölgelerde daha sık rastlanır.
- **Risk Grupları:**
  - Kalabalık yaşam alanlarında bulunan kişiler (huzurevleri, yurtlar, hapishaneler).
  - Çocuklar ve yaşlılar.
  - Bağışıklık sistemi zayıflamış bireyler (HIV/AIDS, organ nakli alıcıları)

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
dogukanbulgurcu@gmail.com, ORCID iD: 0009-0001-3757-6359  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7520

- Tedavi Sonrası Kaşıntı:
  - Kaşıntı birkaç hafta devam edebilir. Bu, parazitin ölümü sonrası gelişen inflamasyondan kaynaklanır.
  - Hafif steroid kremler veya antihistaminikler ile semptomatik tedavi önerilir.
- Kontrol ve İzlem:
  - Tedavi sonrası tüm temaslılar tekrar değerlendirilmeli.
  - Salgınların önlenmesi için eğitim ve hijyen önlemleri önemlidir.

## KAYNAKLAR

---

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-1602.
2. Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2015;15(8):960-967.
3. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet*. 2006;367(9524):1767-1774.

## BÖLÜM 76

# Kserotik Ekzema

Emre URUÇ<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Asteotik ekzema, kış ekzeması, Eczema craquelé olarak da adlandırılır.
- Endojen ve ekzojen nedenlere bağlı olarak gelişen cilt kuruluğu sonucunda ortaya çıkan dermatit tablosudur.
- En sık 60 yaş üzeri görülür.



## ETYOPATOGENEZ

- Yaşlanan ciltteki kserozis, sebum yetersizliğinden değil, stratum korneumdaki işlev bozukluğundan kaynaklanır. Hücreler arası lipitlerin azalması, esterifiye yağ asitleri ile seramid 1 arasındaki oranın değişmesi buna neden olur.
- Stratum korneumun su tutma kapasitesi, 'doğal nemlendirici faktör' (NMF) sentezi, lipit ve gliserol içeriğinin azalmasıyla düşer. Bu durum, cildin kuru-masına, esnekliğini kaybetmesine ve mat, pürüzlü, pullu bir hale gelmesine yol açar.
- Hafif kserozis genellikle semptom gözlenmez.
- Daha belirgin olduğunda, pruritus ve batma hissi görülebilir.
- İnflamasyon, cilt bariyer bozulması, mekanik faktörler (kaşınma, ovma) ve tahriş edici topikal preparatlar ve cilt bakım ürünlerinin uygulanması sonucu salınan proinflamatuvar sitokinlerle artar.
- Ekzojen ve endojen nedenler
  - Kuru iklim veya düşük ortam nemi,

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., emreuruc1998@gmail.com, ORCID ID: 0009-0001-8911-5933

DOI: 10.37609/akya.4097.c7521

- ▶ Staz dermatiti,
- ▶ Yetişkin atopik dermatit,
- ▶ Allerjik temas dermatiti,
- ▶ Nummüler dermatit,
- ▶ Skabiyez



## TEDAVİ

- Kısa süreli kullanılan orta-düşük potent topikal kortikosteroid ile yanıt genellikle iyidir.
- Ancak nökslerin önlenmesi düzenli nemlendirici kullanılmalıdır ve kserozise neden olabilecek eksojen faktörlerin ortadan kaldırılması gerekir.
- Topikal kalsinörin inhibitörleri tedavi etkinliği bildirilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Chu CH, Chou CY, Lin FL. Generalized eczema craquelé (asteatotic dermatitis) associated with pemetrexed treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(10):e81-e83.
2. Akimoto K, Yoshikawa N, Higaki Y, Kawashima M, Imokawa G. Quantitative analysis of stratum corneum lipids in xerosis and asteatotic eczema. *J Dermatol.* 1993;20(1):1-6.

# Langerhans Hücreli Histiyoitoz

Emre URUÇ<sup>1</sup>



## GİRİŞ

Langerhans hücreli histiyoitoz (LHH) Langerhans hücrelerinin (CD1a<sup>+</sup>/CD207<sup>+</sup> dendritik hücreler) çeşitli organlarda biriktiği klonal neoplastik bir hastalıktır.

### ➤ Histiyoisit Derneği sınıflandırması

- ▶ Bu sınıflandırma, histiyoitik bozuklukları klinik, histolojik, immüno-fenotipik ve moleküler özelliklere dayanarak beş kategoriye ayırır:

### ➤ Langerhans (L) grubu

- ▶ L grubu, Langerhans hücreli histiyoitoz (LCH), Erdheim-Chester hastalığı (ECD), LCH/ECD karışımı, indeterminate hücre histiyoitozu ve ekstrakutanöz juvenil ksantogranülozu içerir.

### ➤ Kutanöz ve mukokutanöz (C) grubu

- ▶ C grubu, juvenil ksantogranüloz, yetişkin ksantogranüloz, kutanöz Rosai-Dorfman hastalığı ve deri ve/veya mukozal yüzeyle sınırlı olup LCH tanı kriterlerini karşılamayan diğer hastalıkları içerir.

### ➤ Rosai-Dorfman hastalığı (R) grubu

- ▶ R grubu, Rosai-Dorfman hastalığı ve LCH tanı kriterlerini karşılamayan çeşitli kutanöz olmayan histiyoitozları içerir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., emreuruc1998@gmail.com, ORCID iD: 0009-0001-8911-5933

DOI: 10.37609/akya.4097.c7522

## TEDAVİ

- Tek sistem tutulumu lokal tedavi yeterli olabilir.
  - SSS tutulumu nörolojik sekel ve prognoz açısından sistemik tedavi gerektirir.
- Multisistemik tutulumda ise sistemik tedavi gereklidir.
  - Sistemik tedavide kortikosteroid, vinblastin, sitarabin, kladribin
  - Hedefe yönelik tedavi ise BRAF ve MEK inhibitörleri kullanılır.
- Riskli organ tutulumu kemik iliği, karaciğer ve dalak tutulumu olarak adlandırılır ve mortalite ve tedavi başarısızlığı ile ilişkilidir.
- Cilt tutulumu
  - Asemptomatik lezyonlar takip edilebilir
  - Semptomatik veya geniş tutulumlarda tedavi önerilir.
  - Topikal tedavi kortikosteroid, antimikrobiyal ajanlar, imiquimod ve PUVA kullanılabilir.
  - Daha geniş tutulumlarda metotreksat, azatiyopürin, talidomid kullanılabilir.
- Tedavi cevabı PET ile takip edilir.

## KAYNAKLAR

1. Kobayashi M, Tojo A. Langerhans cell histiocytosis in adults: Advances in pathophysiology and treatment. *Cancer Sci.* 2018;109(12):3707-3713.
2. Harmon CM, Brown N. Langerhans Cell Histiocytosis: A Clinicopathologic Review and Molecular Pathogenetic Update. *Arch Pathol Lab Med.* 2015;139(10):1211-1214.
3. Rodriguez-Galindo C, Allen CE. Langerhans cell histiocytosis. *Blood.* 2020;135(16):1319-1331.
4. Krooks J, Minkov M, Weatherall AG. Langerhans cell histiocytosis in children: Diagnosis, differential diagnosis, treatment, sequelae, and standardized follow-up. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(6):1047-1056.

# Melanom Dışı Deri Kanserleri

Emre URUÇ<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Melanom dışı deri kanserleri keratinosit karsinomu olarak da adlandırılır ve bazal hücreli karsinom, kutanöz skuamöz hücreli karsinom ile verrüköz karsinom gibi varyantları kapsar.
- Bu grup beyaz bireyler arasında en sık görülen maligniteyi temsil etmektedir.
- Bu neoplazmların gelişimiyle ilişkili en önemli faktör, cilt fenotipi olarak görünmektedir.
- Yıllık ortalama UVR miktarı, cilt kanseri insidansı ile ilişkilidir. Ayrıca, insidans ile enlem arasında doğrudan bir ilişki vardır; ekvatora ne kadar yakın olunursa, UVR maruziyeti o kadar artar.

## BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM

- İnsanlarda en yaygın görülen malignitedir. Özellikle beyaz popülasyonda sık görülürken, koyu pigmentli cilde sahip bireylerde oldukça nadirdir.
- Epidermin bazal tabakasından ya da kıl folikülünün dış kılıfından gelişir.
- Bazal hücreli karsinom genellikle güneş gören bölgelerden gelişen bir tümördür. Ancak, minimal güneş maruziyeti olan medial kantus ve retroauriküler bölgelerde de ortaya çıkabilir. Nadir olmakla birlikte ise avuç içlerinde, ayak tabanlarında ve mukozalarda görülebilir.
- Büyüme hızı yavaştır. Metastaz çok nadir olarak görülür. Lokal dokuları infiltrate etmesi sonucu tahrip eder.
- Ekvatora yakın bölgelerde insidansı daha fazladır.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., emreuruc1998@gmail.com, ORCID ID: 0009-0001-8911-5933

DOI: 10.37609/akya.4097.c7523



**Resim 124:** Ense bölgesinde ortasında hiperkeratotik tıkaç mevcut olan keratoakantom

## KAYNAKLAR

1. Kwiek B, Schwartz RA. Keratoacanthoma (KA): An update and review. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(6):1220-1233.
2. Cassarino DS, Derienzo DP, Barr RJ. Cutaneous squamous cell carcinoma: a comprehensive clinicopathologic classification. Part one. *J Cutan Pathol.* 2006;33(3):191-206.
3. Yanofsky VR, Mercer SE, Phelps RG. Histopathological variants of cutaneous squamous cell carcinoma: a review. *J Skin Cancer.* 2011;2011:210813
4. Cameron MC, Lee E, Hibler BP, et al. Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(2):303-317.
5. Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, et al. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. I. Basal cell carcinoma. *Arch Dermatol.* 1995;131(2):157-163.
6. Bale AE, Yu KP. The hedgehog pathway and basal cell carcinomas. *Hum Mol Genet.* 2001;10(7):757-762.

## BÖLÜM 79

# Eritema Multiforme

Mehmet SEYRAN<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Eritema multiforme (EM), ciltte belirgin hedef benzeri lezyonların ortaya çıkmasıyla karakterize akut, immün aracılı mukokütanöz bir hastalıktır.
- Bu lezyonlara genellikle oral, genital veya oküler mukozaları içeren erozyonlar ya da büller eşlik eder.
- Eritema multiforme majör, şiddetli mukozal tutulumlu EM'yi tanımlamak için kullanılan bir terimdir ve ateş, artralji gibi sistemik semptomlar eşlik edebilir.
- Eritema multiforme minör, mukozal tutulumun eşlik etmediği (ya da hafif mukozal tutulumuna sahip) EM'yi tanımlar ve eşlik eden sistemik semptom yoktur.



## EPİDEMİYOLOJİ

- EM'nin yıllık insidansı bilinmemekle birlikte, %1'den çok daha az olduğu tahmin edilmektedir. EM en sık 20 ila 40 yaş arasındaki genç yetişkinlerde görülür ve erkekleri daha sık etkiler. Çocuklar ve yaşlı yetişkinler de etkilenebilir.



## ETYOLOJİ

- Enfeksiyonlar, ilaçlar, malignite, otoimmün hastalıklar, aşılama, radyasyon, sarkoidoz, alerjik kontakt dermatit ve menstrüel dönem dahil olmak üzere birçok faktör EM gelişimi ile ilişkilendirilmiştir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetseyran@mersin.edu.tr, ORCID iD: 0009-0008-2817-3575

DOI: 10.37609/akya.4097.c7524

- ▶ Antiviral dirençli vakalarda kullanılan diğer sistemik ajanlar arasında azatiyopirin, dapson, mikofenolat mofetil ve antimalaryaller yer alır.



## SEYİR VE PROGNOZ

- EM çoğu kişide kendiliğinden iyileşen geçici bir hastalıktır.
- EM lezyonları genellikle üç ila beş gün içinde ortaya çıkar ve yaklaşık iki hafta içinde iyileşir. Cilt lezyonları skar oluşturmazsa da, özellikle koyu tenli hastalarda, iyileşmeden sonra aylarca postinflamatuar hiperpigmentasyon kalabilir.
- Herpes simpleks virüsü (HSV) ile ilişkili EM'de, döküntü genellikle herpes simpleks atağından 2 ila 17 gün sonra meydana gelir (ortalama 8 gün). EM ayrıca HSV enfeksiyonunun asemptomatik subklinik nöksleri tarafından da tetiklenebilir.
- Oral alımın bozulduğu şiddetli EM'li hastalarda sıvı ve elektrolit anormallikleri gelişebilir. Nadiren, göz tutulumu keratite, konjonktival skara ve görme bozukluğuna yol açabilir.

## KAYNAKLAR

1. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. *J Am Acad Dermatol*. 1983 Jun;8(6):763-775.
2. Weston WL, Brice SL, Jester JD, Lane AT, Stockert S, Huff JC. Herpes simplex virus in childhood erythema multiforme. *Pediatrics*. 1992 Jan;89(1):32-34
3. Brice SL, Krzemien D, Weston WL, Huff JC. Detection of herpes simplex virus DNA in cutaneous lesions of erythema multiforme. *J Invest Dermatol*. 1989 Jul;93(1):183-187.
4. Jimenez-Cauhe J, Ortega-Quijano D, Carretero-Barrio I, Suarez-Valle A, Saceda-Corralo D, Moreno-Garcia Del Real C, Fernandez-Nieto D. Erythema multiforme-like eruption in patients with COVID-19 infection: clinical and histological findings. *Clin Exp Dermatol*. 2020 Oct;45(7):892-895.
5. Etaee F, Eftekharian M, Naguib T, Daveluy S. Erythema multiforme in COVID-19 patients and following COVID-19 vaccination: manifestations, associations and outcomes. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Jul;36(7):e524-e530.
6. Hosaka H, Ohtoshi S, Nakada T, Iijima M. Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: frozen-section diagnosis. *J Dermatol*. 2010;37(5):407-412.
7. Bean SF, Quezada RK. Recurrent oral erythema multiforme. Clinical experience with 11 patients. *JAMA*. 1983 May 27;249(20):2810-2812.

8. Farthing PM, Maragou P, Coates M, Tatnall F, Leigh IM, Williams DM. Characteristics of the oral lesions in patients with cutaneous recurrent erythema multiforme. *J Oral Pathol Med*. 1995 Jan;24(1):9-13.
9. Schofield JK, Tatnall FM, Leigh IM. Recurrent erythema multiforme: clinical features and treatment in a large series of patients. *Br J Dermatol*. 1993 May;128(5):542-545.
10. Sokumbi O, Wetter DA. Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema multiforme: a review for the practicing dermatologist. *Int J Dermatol*. 2012;51(8):889-902.

## BÖLÜM 80

# Herpes Enfeksiyonları

Mehmet SEYRAN<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Herpesviridae ailesi insanlarda çeşitli enfeksiyonlara yola açan çift iplikli, lipid zarflı lineer DNA virüsleridir. Her biri kutanöz bulgulara sebep olabilecek 8 adet Herpes virüs tipi tanımlanmıştır.
- Herpes simpleks virüs 1 Sitomegalovirus (HHV-5)
- Herpes simpleks virüs 2 Human Herpes virüs-6
- Varisella zoster virüs(HHV-3) Human Herpes virüs-7
- Epstein-Barr virüs(HHV-4) Human Herpes Virus 8

## Herpes Simpleks Virus

- HSV, iki ana tipe ayrılır:
  - ▶ **HSV-1:** Genellikle ağız çevresindeki bölgelerde enfeksiyona neden olur (orolabiyal herpes).
  - ▶ **HSV-2:** Çoğunlukla genital bölgede enfeksiyona yol açar (genital herpes), ancak ağız bölgesinde de enfeksiyon yapabilir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Herpes simpleks virüsü tip 1 (HSV-1) ve herpes simpleks virüsü tip 2 (HSV-2) dünya çapında yaygın enfeksiyonlardır. Kadınlarda daha sık görülmektedir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetseyran@mersin.edu.tr, ORCID iD: 0009-0008-2817-3575

DOI: 10.37609/akya.4097.c7525

içinde antiviral tedavi başlanması da faydalı bulunmuştur. Tedavide hedef ağrının şiddetini ve süresini azaltmak, lezyonların iyileşmesini sağlamak, yeni lezyon çıkışını önlemek ve postherpetik nevraljiyi engellemektir. Ağrı yönetimi için hastalara uygun miktarda analjezik verilmelidir. Postherpetik nevralji tedavisinde santral etkili ilaçlar kullanılır. Bu amaçla imipramin amitriptilin gibi antidepresanlar, gabapentin ve pregabalin gibi antiepileptik ilaçlar kullanılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Schnipper LE, Levin M, Crumpacker CS, Gilchrest BA. Virus replication and induction of interferon in human epidermal keratinocytes following infection with herpes simplex virus. *J Invest Dermatol.* 1984 Jan;82(1):94-96.
2. Yoshida Y, Li Z, Kurokawa M, Kawana T, Imakita M, Shiraki K. Growth of herpes simplex virus in epidermal keratinocytes determines cutaneous pathogenicity in mice. *J Med Virol.* 2005 Mar;75(3):421-426.
3. Campadelli-Fiume G, Cocchi F, Menotti L, Lopez M. The novel receptors that mediate the entry of herpes simplex viruses and animal alphaherpesviruses into cells. *Rev Med Virol.* 2000 Sep-Oct;10(5):305-319.
4. Cunningham AL, Diefenbach RJ, Miranda-Saksena M, Bosnjak L, Kim M, Jones C, Douglas MW. The cycle of human herpes simplex virus infection: virus transport and immune control. *J Infect Dis.* 2006 Sep 15;194 Suppl 1:S11-S18.
5. Heininger U, Seward JF. Varicella. *Lancet.* 2006 Oct 14;368(9544):1365-1376.
6. Hurwitz ES, Barrett MJ, Bregman D, Gunn WJ, Schonberger LB, Fairweather WR, Drage JS, LaMontagne JR, Kaslow RA, Burlington DB, et al. Public Health Service study on Reye's syndrome and medications. Report of the pilot phase. *N Engl J Med.* 1985 Oct 3;313(14):849-857.
7. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M, Betts RF, Gershon AA, Haanpaa ML, McKendrick MW, Nurmikko TJ, Oaklander AL, Oxman MN, Pavan-Langston D, Petersen KL, Rowbotham MC, Schmader KE, Stacey BR, Tyring SK, van Wijck AJ, Wallace MS, Wassilew SW, Whitley RJ. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis.* 2007 Jan 1;44 Suppl 1:S1-26.
8. Kost RG, Straus SE. Postherpetic neuralgia--pathogenesis, treatment, and prevention. *N Engl J Med.* 1996 Jul 4;335(1):32-42.
9. Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus-Miller L. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *JAMA.* 1998 Dec 2;280(21):1837-1842.
10. Choo PW, Galil K, Donahue JG, Walker AM, Spiegelman D, Platt R. Risk factors for postherpetic neuralgia. *Arch Intern Med.* 1997 Jun 9;157(11):1217-1224.

## BÖLÜM 81

# Malign Melanom

*Mehmet SEYRAN<sup>1</sup>*



## GİRİŞ

- Melanom, melanositlerden ve melanositlerin farklılaşması sonucu oluştuğu düşünülen nevus hücrelerinden kaynaklanan, metastaz potansiyeline sahip, deri kanserlerinin en ciddi türüdür.
- Deri kanserine bağlı ölümlerin %90'ından tek başına sorumludur.
- En sık deri kaynaklı olsa da mukozal, oküler ve leptomeningeal melanositlerden de köken alabilir.
- Melanomlu kişilerde sağ kalım oranları tanı anında hastalığın evresine bağlı olduğu için erken tanı hasta sonuçlarını iyileştirmek ve hayat kurtarmak için çok önemlidir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Melanom tüm deri kanserlerinin %4'ünü oluşturur ve her iki cinsiyette de en sık görülen 5. kanser türüdür.
- En sık beyaz ırkta görülürken, özellikle orta yaş grubunda en sık görülen malign tümörlerden biridir. Sarı ve siyah ırkta ise daha nadirdir.
- Dünya üzerinde insidansının en sık olduğu ülke Avustralya'dır.



## ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

- Melanom gelişimi için birden çok genetik, çevresel ve fenotipik risk faktörü tanımlanmıştır.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., mehmetseyran@mersin.edu.tr, ORCID iD: 0009-0008-2817-3575

DOI: 10.37609/akya.4097.c7526

- Takiplerin amacı olası rekürrensleri ve yeni primer melanomların tanısını mümkün olduğunca en erken evrede yakalamaktır.
- Takip aralıkları tercihen evre 1 hastalığı olan hastalar için beş yıl boyunca 6 ayda bir, evre 2 veya evre 3 hastalığı olan hastalar için beş yıl boyunca 3 veya 4 ayda bir, daha sonra tüm hastalar için yıllıktır.
- Evresine bakılmaksızın hastaya kendi kendine cilt ve lenf nodu muayenesinin öğretilmesi, kişisel veya ailesel malignite öyküsünün sorgulanması gerekmektedir.
- Düşük riskli melanom hastalarının takibi dermatolojik ve fizik muayene ile yapılır. Rutin kan testi ve görüntüleme testleri gerekmemektedir.
- Yüksek riskli melanom hastalarının takiplerinde periyodik rutin kan testleri (LDH, S-100), bölgesel lenf nodu ultrasonografisi, kontrastlı toraks-abdomen-pelvik BT, PET-BT ve kraniyal MR gibi görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Marghoob AA, Schoenbach SP, Kopf AW, Orlow SJ, Nossa R, Bart RS. Large congenital melanocytic nevi and the risk for the development of malignant melanoma. A prospective study. *Arch Dermatol*. 1996 Feb;132(2):170-175.
2. Soura E, Eliades PJ, Shannon K, Stratigos AJ, Tsao H. Hereditary melanoma: Update on syndromes and management: Genetics of familial atypical multiple mole melanoma syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Mar;74(3):395-410.
3. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, Melchi CF. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *Eur J Cancer*. 2005 Jan;41(1):45-60.
4. Gachon J, Beaulieu P, Sei JF, Gouvernet J, Claudel JP, Lemaitre M, Richard MA, Grob JJ. First prospective study of the recognition process of melanoma in dermatological practice. *Arch Dermatol*. 2005 Apr;141(4):434-438.
5. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I, Kopf AW, Polsky D. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. *JAMA*. 2004 Dec 8;292(22):2771-2776.
6. Grob JJ, Bonerandi JJ. The 'ugly duckling' sign: identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening. *Arch Dermatol*. 1998 Jan;134(1):103-104.
7. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol*. 2008 Sep;159(3):669-676.
8. Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, Sondak VK, Long GV, Ross MI, Lazar AJ, Faries MB, Kirkwood JM, McArthur GA, Haydu LE, Eggermont AMM, Flaherty KT, Balch CM, Thompson JF; for members of the American Joint Committee on Cancer Melanoma Ex-

- pert Panel and the International Melanoma Database and Discovery Platform. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin.* 2017 Nov;67(6):472-492.
9. Sladden MJ, Balch C, Barzilai DA, et al. Surgical excision margins for primary cutaneous melanoma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):CD004835. Published 2009 Oct 7.
  10. Amin MB, Greene FL, Edge SB, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(2):93-99.

## BÖLÜM 82

# Tuberoskleroz

*Ecemnaz Halim TİDİN<sup>1</sup>*



## GİRİŞ

- Tüberöz skleroz kompleksi (TSC), beyin, gözler, kalp, akciğer, karaciğer, böbrek ve deri dahil olmak üzere birçok organ sistemini etkileyen pleomorfik özelliklerle karakterize edilen kalıtsal bir nörokutanöz bozukluktur.
- Hastalığın ifadesi önemli ölçüde değişkenlik gösterir. TSC tanısı klinik olarak veya genetik test yoluyla konulabilir. Tüberöz skleroz kompleksi (TSC), birden fazla organ sistemini etkileyen ve iki genden birinde (TSC1 veya TSC2) fonksiyon kaybına neden olan mutasyonlardan kaynaklanan otozomal dominant bir hastalıktır.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Çoğu rapor, TSC'nin görülme sıklığının 6000'ide 1 ile 10.000'ide 1 arasında olduğunu öne sürmektedir.
- Görülme sıklığı cinsiyet veya ırk/etnik kökene göre farklılık göstermemektedir.
- İlk olarak 1880 yılında Bourneville tarafından ayrıntılı olarak tanımlanan bu hastalıktan günümüzde dünya çapında yaklaşık 2 milyon kişinin etkilendiği tahmin edilmektedir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD.,  
ecemnazhalim@gmail.com ORCID iD: 0009-0000-2197-2579

DOI: 10.37609/akya.4097.c7527

- ▶ Serum rapamisin düzeyleri çoğu olguda belirgin sistemik emilim olmadan tutulmuştur.
  - ▶ Lazer ve topikal tedavi kombinasyonu, dirençli / büyük lezyonlarda avantaj sağlayabilir.
- **Topikal everolimus:**
- ▶ Bazı erken olgular olumlu tolerans ve etkinlik göstermiştir; ancak daha fazla vaka serisine ihtiyaç vardır.
- **Oral mTOR inhibisyonu (everolimus/sirolimus):**
- ▶ Özellikle sistemik tedavi ihtiyacı mevcut olan hastalar için, cilt lezyonları dahil olmak üzere çoklu sistem lezyonlarında uzun dönem yanıt bildirilmektedir.

Koenen tümörleri gibi periungual fibromlarda eksizyon ve/veya lazerle ablasyon seçenekleri halen kullanılmaktadır; bu lezyonlarda topikal rapamisin de vaka raporlarında olumlu sonuç vermiştir.

## KAYNAKLAR

1. Bhardwaj A, Manjhi M. Topical sirolimus for the treatment of facial angiofibromas in tuberous sclerosis patient: a case report. *Int J Res Dermatol*. 2022;8(5):498-501.
2. Safa G. Topical rapamycin for facial angiofibromas in tuberous sclerosis complex. *Oxf Med Case Reports*. 2017;2017(7):omx029. Published 2017 Jul 4.
3. Salussolia CL, Klonowska K, Kwiatkowski DJ, Sahin M. Genetic Etiologies, Diagnosis, and Treatment of Tuberous Sclerosis Complex. *Annu Rev Genomics Hum Genet*. 2019;20:217-240.
4. Conte E, Boccanegra B, Dinoi G, et al. Therapeutic Approaches to Tuberous Sclerosis Complex: From Available Therapies to Promising Drug Targets. *Biomolecules*. 2024;14(9):1190. Published 2024 Sep 21.
5. Peron A, Au KS, Northrup H. Genetics, genomics, and genotype-phenotype correlations of TSC: Insights for clinical practice. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2018;178(3):281-290.

## BÖLÜM 83

# Deri Tüberkülozları

Sevda Berfin ERBAY<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Deri tüberkülozu, Mycobacterium tuberculosis kompleksine ait mikroorganizmaların deride oluşturduğu, klinik olarak heterojen seyirli, kronik ve granülo-matöz bir enfeksiyon hastalığıdır.
- Klinik tablo; basil yükü, konağın hücrel immün yanıtı, enfeksiyonun giriş yolu ve eşlik eden sistemik tüberküloz varlığına bağlı olarak geniş bir spektrum gösterir.
- Kutanöz tüberküloz, tüm tüberküloz olgularının küçük bir kısmını oluşturmakla birlikte, özellikle endemik bölgelerde ve immünsüpresif bireylerde klinik açıdan önemini korumaktadır.
- En sık görülen form skrofuloderma, ikinci sıklıkta lupus vulgaristir.
- Lupus vulgaris lezyonları iyileşirken atrofik skar bırakabilir ve bu skar alanlarında yeni lezyonlar veya malign transformasyon gelişebilir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Tüberküloz günümüzde hâlen küresel bir halk sağlığı sorunudur.
- Deri tüberkülozlarının görülme sıklığı, toplumdaki pulmoner tüberküloz prevalansı ile paralellik gösterir.
- Kötü beslenme, düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık yaşam koşulları, HIV enfeksiyonu ve immünsüpresif tedaviler önemli risk faktörleridir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., berf98187@gmail.com ORCID iD: 0009-0005-2003-6806

DOI: 10.37609/akya.4097.c7528

➤ 1. Standart Profilaksi

- İsoniazid:
- 5 mg/kg/gün (maks. 300 mg/gün)
- Süre: 6 ay
- Piridoksin: 10–25 mg/gün eklenir

➤ 2. Alternatif Profilaksi (İsoniazid intoleransı / direnç şüphesi)

- Rifampisin:
- 10 mg/kg/gün (maks. 600 mg/gün)
- Süre: 4 ay

➤ 3. Kısa Rejim Seçeneği (Uygun hastada)

- İsoniazid + Rifampisin (HR):
- Günlük dozlarda
- Süre: 3 ay
- Profilaksi endikasyonları özellikle:
  - \* HIV pozitif bireyler
  - \* İmmünsüpresif tedavi alanlar
  - \* Organ transplant alıcıları
- Çocuklar ve yakın temaslılar

## KAYNAKLAR

1. Mehta N, Tyagi M, Ramam M, Khaitan BK. Cutaneous Atypical Mycobacterial Infections: A Brief Review. *Indian Dermatol Online J.* 2024;15(6):909-919.
2. Dias MF, Bernardes Filho F, Quaresma MV, Nascimento LV, Nery JA, Azulay DR. Update on cutaneous tuberculosis. *An Bras Dermatol.* 2014;89(6):925-938.
3. Bravo FG, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. *Clin Dermatol.* 2007;25(2):173-180.
4. Frankel A, Penrose C, Emer J. Cutaneous tuberculosis: a practical case report and review for the dermatologist. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2009;2(10):19-27.
5. Weilbach C, Schirren CG, Jansen T, Degitz K. Diagnose und Therapie der Hauttuberkulose [Diagnosis and therapy of skin tuberculosis]. *Dtsch Med Wochenschr.* 1996;121(40):1231-1235.

# Nörofibromatozis (Von Recklinghausen Hastalığı)

İpek COŞKUN<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Nörofibromatozis; sinir sistemi, kemikler ve deri başta olmak üzere çoklu organ sistemlerini etkileyen, otozomal dominant kalıtmımlı bir sendromdur.
- Olguların %85'inden fazlasını oluşturan nörofibromatozis tip 1 (NF1)'de çok sayıda nörofibrom, café-au-lait makülleri ve aksiller çillenme tipiktir.
- Nörofibromatozis tip 2 (NF2) bilateral akustik nöromlar ile karakterizedir ve kutanöz tutulum nadirdir.
- Tip 3 (mikst) ve tip 4 (varyant) formlar klinik olarak NF2'ye benzer özellikler göstermekle birlikte, bu formlarda kutanöz nörofibromlar daha sık izlenir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- NF1'in prevalansı yaklaşık 1/3.000 canlı doğumdur ve tüm etnik gruplarda benzer sıklıkta görülür.
- Cinsiyetler arasında belirgin bir fark yoktur.
- Hastalık otozomal dominant kalıtım gösterir; olguların yaklaşık yarısı ailesel, kalan yarısı ise de novo mutasyonlar sonucu ortaya çıkar.
- Klinik bulguların başlangıç yaşı değişken olmakla birlikte, pigmenter lezyonlar genellikle erken çocukluk döneminde görülür.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., ipekcoscunc@gmail.com  
ORCID iD: 0009-0008-5358-7905  
DOI: 10.37609/akya.4097.c7529

- NF1, özellikle malign periferik sinir kılıfı tümörleri (MPNST), optik gliomlar, diğer gliomlar ve lösemiler olmak üzere malignite gelişimi açısından önemli bir risk faktörüdür ve en sık ölüm nedenini maligniteler oluşturur.
- NF1 hastalarında yıllık klinik tarama; ayrıntılı fizik muayene, kan basıncı ölçümü ile nörolojik ve psikiyatrik değerlendirmeyi içermelidir.
- Hızlı büyüyen, sert veya ağırlı pleksiform nörofibrom varlığında MRI ± PET önerilir.
- Çocuk hastalarda optik gliom taraması için rutin göz muayenesi yapılmalı, 30 yaş üzerindeki kadın hastalarda ise yıllık meme MRI taraması önerilmelidir.
- NF1'in küratif bir tedavisi bulunmamaktadır.
- Kutanöz nörofibromlar kozmetik rahatsızlık oluşturduğunda veya ağrı, hızlı büyüme gibi semptomlara neden olduğunda cerrahi eksizyon veya CO<sub>2</sub> lazer ile tedavi edilebilir. Pleksiform nörofibromlarda cerrahi yalnızca sınırlı olgular da mümkündür ve nüks riski yüksektir.
- MEK inhibitörlerinden selumetinib, FDA onayı almış olup plaseboya kıyasla daha hızlı ve daha yüksek objektif tümör yanıtı sağlamış; ancak yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir fark gösterilememiştir. Bunun yanı sıra, modifiye edilmiş adeno-ilişkili viral (AAV) vektörler aracılığıyla NF1 tümör hücrelerine nörofibromin benzeri bir protein parçasının (GRD) taşınmasını hedefleyen gen tedavisi çalışmaları umut verici sonuçlar ortaya koymaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Boyd KP, Korf BR, Theos A. Neurofibromatosis type 1. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61(1):1-16.
2. Ozarslan B, Russo T, Argenziano G, Santoro C, Piccolo V. Cutaneous Findings in Neurofibromatosis Type 1. *Cancers (Basel)*. 2021;13(3):463. Published 2021 Jan 26.
3. Carton C, Evans DG, Blanco I, et al. ERN GENTURIS tumour surveillance guidelines for individuals with neurofibromatosis type 1. *EClinicalMedicine*. 2023;56:101818. Published 2023 Jan 13.
4. Chen AP, Coyne GO, Wolters PL, et al. Efficacy and safety of selumetinib in adults with neurofibromatosis type 1 and symptomatic, inoperable plexiform neurofibromas (KOMET): a multicentre, international, randomised, placebo-controlled, parallel, double-blind, phase 3 study. *Lancet*. 2025;405(10496):2217-2230.
5. Hernández-Martín A, Duat-Rodríguez A. An Update on Neurofibromatosis Type 1: Not Just Café-au-Lait Spots, Freckling, and Neurofibromas. An Update. Part I. Dermatological Clinical Criteria Diagnostic of the Disease. Neurofibromatosis tipo 1: más que manchas café con leche, efélides y neurofibromas. Parte I. Actualización sobre los criterios dermatológicos diagnósticos de la enfermedad. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107(6):454-464.

## BÖLÜM 85

# Telogen Effluvium

Onur Can KAYA <sup>1</sup>



## GİRİŞ

- ✦ Telogen effluvium (TE), saç foliküllerinin anajen fazdan telogen faza prematür ve senkronize geçişi sonucu ortaya çıkan, **non-sikatrisyel diffüz saç kaybı** ile karakterize bir klinik tablodur.
- ✦ TE, diffüz saç dökülmesinin en sık nedenlerinden biri olup dermatoloji pratiğinde sık karşılaşılan bir durumdur.
- ✦ Saç dökülmesi genellikle tetikleyici olaydan **2–3 ay sonra** başlar; bu gecikmeli başlangıç, tanıda **detaylı anamnez** gerektirir.
- ✦ Saç folikülü yaşam boyu **anajen, katajen ve telogen** fazlarından oluşan dinamik bir döngü içindedir. Normalde saçlı deride foliküllerin çoğu anajen fazdadır ve telogen fazdaki folikül oranı sınırlıdır. TE’de çeşitli endojen ve eksojen faktörlerin etkisiyle bu denge bozulur ve çok sayıda folikül prematür olarak telogene geçer; bu da artmış saç dökülmesi ile klinik olarak kendini gösterir.
- ✦ TE çoğu olguda benign ve geri dönüşümlü bir süreç olsa da, özellikle kronik formda uzun süreli saç dökülmesi hastalarda psikolojik stres, anksiyete ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilendirilebilir. Bu nedenle TE’nin epidemiyolojisi, patogenezi, klinik özellikleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımlarının iyi anlaşılması önemlidir.



## EPİDEMİYOLOJİ

- ✦ TE, diffüz non-sikatrisyel saç dökülmesinin en sık nedenlerinden biridir.
- ✦ Toplumdaki gerçek prevalansı net olarak bilinmemekle birlikte, klinik serilerde

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., onurcankaya1903@gmail.com, ORCID ID: 0009-0003-8997-1646

DOI: 10.37609/akya.4097.c7530

## KAYNAKLAR

---

1. Khattab FM, Rady A, Khashaba SA. Recent modalities in treatment of telogen effluvium: Comparative study. *Dermatol Ther*. 2022;35(10):e15720.
2. Trüeb RM. Telogen effluvium and chronic telogen effluvium: clinical and histopathological observations. *Dermatology*. 1998;196(3):374–375.
3. Rebora A. Telogen effluvium: a comprehensive review. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019;12:583-590. Published 2019 Aug 21.
4. Chien Yin GO, Siong-See JL, Wang ECE. Telogen Effluvium - a review of the science and current obstacles. *J Dermatol Sci*. 2021;101(3):156-163.
5. Hughes EC, Syed HA, Saleh D. Telogen Effluvium. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; May 1, 2024.
6. Rebora A, Guarrera M, Drago F. Postpartum telogen effluvium. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(3):518.
7. Asghar F, Shamim N, Farooque U, Sheikh H, Aqeel R. Telogen Effluvium: A Review of the Literature. *Cureus*. 2020;12(5):e8320. Published 2020 May 27.

## BÖLÜM 86

# Kutanöz Leishmaniasis

Burak Furkan ERKİL<sup>1</sup>



## GİRİŞ

- Leishmaniasis, yalnızca cilt tutulumuyla sınırlı kalabilen(kutanöz) ya da iç organları etkileyebilen(visseral) paraziter bir hastalık grubudur.
- Kutanöz leishmaniasis (KL), hastalığın en sık görülen formudur ve deriyle sınırlı nodülo-ülseratif lezyonlarla karakterizedir.
- Halk arasında 'Şark Çıbanı' olarak bilinir.
- L. tropica, L. major ve L. infantum en sık saptanan etkenlerdir.
- KL, estetik, psikolojik ve sosyal açıdan belirgin morbiditeye yol açabilen önemli bir dermatolojik hastalıktır.



## EPİDEMİYOLOJİ

- Kutanöz leishmaniasis dünya genelinde tropikal ve subtropikal bölgelerde endemik olarak görülmektedir.
- Her yıl dünya genelinde milyonlarca yeni kutanöz leishmaniasis vakasının ortaya çıktığı düşünülmektedir.
- Orta Doğu, Akdeniz havzası, Güney Amerika ve Asya endemik bölgelerdir.
- Türkiye'de özellikle Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz Bölgesi'nde sık görülür.
- Son yıllarda artan göç hareketleri ve sosyoekonomik faktörler vaka dağılımını belirgin şekilde etkilemiştir.

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji AD., erkilfurkan@gmail.com  
ORCID ID: 0009-0001-7606-2369

DOI: 10.37609/akya.4097.c7531

- Miltefosin, oral kullanımı sayesinde tedavi uyumunda problem yaşanan olgularda alternatif bir tedavi olarak düşünülebilir.
- Kronik ve rezidivan kutanöz leishmaniasis olgularında tedavi yanıtı genelde daha zayıftır. Bu hastalara daha uzun süreli veya kombine tedaviler gerekebilir.
- İmmünsüprese olgularda hastalık daha ağır seyredebilir ve bu hastalarda sistemik tedavi çoğunlukla gereklidir.
- Tedavi süresince olası ilaç toksisiteleri ve yan etkileri açısından hastalar yakın takip altında tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

---

1. Gürel MS, Yeşilova Y, Olgen MK, Ozbel Y. Türkiye’de kutanöz leishmaniasisin durumu. *Türkiye Parazitol Derg.* 2012;36(2):121-129.
2. Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. Cutaneous leishmaniasis. *Lancet Infect Dis.* 2007;7(9):581-596.
3. Pareyn M, Alves F, Burza S, et al. Leishmaniasis. *Nat Rev Dis Primers.* 2025;11(1):81. Published 2025 Nov 20.
4. Guerra JA, Prestes SR, Silveira H, et al. Mucosal Leishmaniasis caused by Leishmania (Viannia) braziliensis and Leishmania (Viannia) guyanensis in the Brazilian Amazon. *PLoS Negl Trop Dis.* 2011;5(3):e980. Published 2011 Mar 8.
5. de Vries HJC, Schallig HD. Cutaneous Leishmaniasis: A 2022 Updated Narrative Review into Diagnosis and Management Developments. *Am J Clin Dermatol.* 2022;23(6):823-840.
6. Garza-Tovar TF, Sacriste-Hernández MI, Juárez-Durán ER, Arenas R. An overview of the treatment of cutaneous leishmaniasis. *Fac Rev.* 2020;9:28. Published 2020 Dec 22.
7. Pace D. Leishmaniasis. *J Infect.* 2014;69 Suppl 1:S10-S18.