



DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE

Yeni Ufuklar

7-10 Ekim 2026

Hilton Dalaman

BİLDİRİ KİTABI



DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE *Yeni Ufuklar*

7-10 Ekim 2026
Hilton Dalaman

7 Ekim 2026 Çarşamba

SAAT	KONU / OTURUM	KONUŞMACI
14:00 - 15:00	Oturum I - Barsak-Deri-Diet Aksı Oturum Başkanları: Server Serdaroğlu, Nida Gelincik	
14:00 - 14:15	Akne	Çiğdem Oba Kaymaz
14:15 - 14:30	Psoriasis	Bilal Doğan
14:30 - 14:45	Atopik Dermatit	Bahadır Aslancan
14:45 - 15:00	Tartışma	
15:00 - 15:30	Kahve Arası	
15:30 - 16:40	Oturum II - Tanıda Dermoskopi Hala Önemli mi? Oturum Başkanları: Yalçın Tüzün, Zekayi Kutlubay	
15:30 - 15:45	Saç Hastalıkları	Bengü Çevirgen Cemil
15:45 - 16:00	Paraziter Hastalıklar	Munise Daye
16:00 - 16:15	İnflamatuvar Deri Hastalıkları	Aylin Türel Ermertcan
16:15 - 16:30	Deri Kanseri	Tuğba Kevser Uzunçakmak
16:30 - 16:40	Tartışma	
16:40 - 17:00	Açılış	



DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE Yeni Ufuklar

7-10 Ekim 2026
Hilton Dalaman

8 Ekim 2026 Perşembe

SAAT	KONU / OTURUM	KONUŞMACI
09:00 - 10:00	Oturum III - Hangi Endikasyonlarda Hangi Enerji Bazlı Cihaz? Hangi Uygulamalar? Oturma Başkanları: Recep Dursun, Zekayi Kutlubay	
09:00 - 09:15	Cilt Sıkılaştırma / Lifting	Recep Dursun
09:15 - 09:30	Skar / Stria	Nilgün Şentürk
09:30 - 09:45	Kızamıklık	Rafet Koca
09:45 - 10:00	Tartışma	
10:00 - 10:20	Kahve Arası	
10:20 - 11:30	Oturum IV - Psoriasis Tartışmalı Oturma Oturma Başkanı: Server Serdaroğlu	
10:20 - 10:35	Konvansiyonel Tedaviler Çabuk Mu Bırakılıyor	Burhan Engin / Murat Borlu
10:35 - 10:50	Anti IL Tedavilerde Seçim Kriterleri Ne Olmalı	
10:50 - 11:05	Anti IL Tedaviler Ne Zaman Değiştirilmeli	
11:05 - 11:20	Tedavi Takibi Nasıl Olmalı	
11:20 - 11:30	Tartışma	
11:30 - 12:40	Oturum V - 30 Slaytta Patogenez, Son Tedavi Kılavuzları ve Ufuktaki Tedaviler 1 Oturma Başkanları: Tuğba Kevser Uzunçakmak, Demet Kartal	
11:30 - 11:45	Akne	Güllü Gencebay
11:45 - 12:00	Rozase	Bekir Kurt
12:00 - 12:15	Vitiligo	Gülbüz Yıldırım
12:15 - 12:30	Liken Planus	Yusuf Demir
12:30 - 12:40	Tartışma	
12:40 - 13:40	Öğle Yemeği	



DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE Yeni Ufuklar

7-10 Ekim 2026
Hilton Dalaman

8 Ekim 2026 Perşembe

SAAT	KONU / OTURUM	KONUŞMACI
13:40 - 14:40	Oturum VI - Longevity'de Gerçekler, Beklentiler ve Kanıtlar Oturma Başkanları: Emel Bülbul Başkan, Nida Gelincik	
13:40 - 13:55	Yaşlanmanın Biyolojisi: Neden Yaşlanıyoruz?	Emel Bülbul Başkan
13:55 - 14:10	Senoterapiler: Senolitiklerden Senomorfiklere	Perihan Öztürk
14:10 - 14:25	Longevity Biyobelirteçleri: Biyolojik Yaş, Epigenetik Saat ve Yapay Zekâ	Demet Kartal
14:25 - 14:40	Tartışma	
14:40 - 15:00	Kahve Arası	
15:00 - 16:00	Oturum VII - 30 Slaytta Patogenez, Son Tedavi Kılavuzları ve Ufuktaki Tedaviler 2 Oturma Başkanları: Kenan Aydoğan, Rafet Koca	
15:00 - 15:15	Alopesi Areata	Kenan Aydoğan
15:15 - 15:30	Androgenetik Alopesi	Fatma Arzu Kılıç
15:30 - 15:45	Liken Pilonopilaris	Gülhan Gürel
15:45 - 16:00	Tartışma	



DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE Yeni Ufuklar

7-10 Ekim 2026
Hilton Dalaman

9 Ekim 2026 Cuma

SAAT	KONU / OTURUM	KONUŞMACI
09:00 - 09:55	Oturum VIII - Hangi Endikasyonlarda Hangi Enerji Bazlı Cihaz? Hangi Uygulamalar? Oturma Başkanları: Gonca Gökdemir, Perihan Öztürk	
09:00 - 09:15	Periorbital Rejuvenasyon	Ülkü Turan
09:15 - 09:30	Melazma	Gonca Gökdemir
09:30 - 09:45	Alopesi	Defne Özkoca
09:45 - 09:55	Tartışma	
09:55 - 11:05	Oturum IX - Hidradenitis Süpürativa Oturma Başkanı: Nida Gelincik	
09:55 - 10:10	Konvansiyonel Tedaviler Ne Sıklıkla Yapılmalı	Neslihan Demirel Ögüt / Levent Çınar
10:10 - 10:25	Cerrahi Ne Zaman Yapılmalı	
10:25 - 10:40	Anti TNF ve Anti IL Tedavileri Ne Zaman ve Nasıl Kullanılmalı	
10:40 - 10:55	Görüntüleme Sistemleri Tedavi Başarısını Etkiliyor mu?	
10:55 - 11:05	Tartışma	
11:05 - 11:20	Kahve Arası	
11:20 - 12:30	Oturum X - Atopik Dermatit Tartışmalı Oturma Oturma Başkanı: Bilal Doğan	
11:20 - 11:35	Konvansiyonel Tedaviler Nasıl ve Ne Süreyle Kullanılmalı	Özlem Su Küçük / Çiğdem Oba Kaymaz
11:35 - 11:50	JAK İnhibitörleri Kullanımında Zorluklar Var mı?	
11:50 - 12:05	Biyolojik Tedaviler Nasıl Kullanılmalı	
12:05 - 12:20	Tedavi Takibi Nasıl Olmalı	
12:20 - 12:30	Tartışma	
12:30 - 13:30	Öğle Yemeği	



DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE *Yeni Ufuklar*

7-10 Ekim 2026
Hilton Dalaman

9 Ekim 2026 Cuma

SAAT	KONU / OTURUM	KONUŞMACI
13:30 - 14:40	Oturum XI - 30 Slaytta Patogenez, Son Tedavi Kılavuzları ve Ufuktaki Tedaviler 3 Oturum Başkanları: Selda Pelin Kartal, Müge Güler Özden	
13:30 - 13:45	Kronik Ürtiker	Gökhan Çınar
13:45 - 14:00	Mikozis Fungoides	Selda Pelin Kartal
14:00 - 14:15	Pemfigus	Sevim Baysak
14:15 - 14:30	Büllöz Pemfigoid	Çiğdem Doğramacı
14:30 - 14:40	Tartışma	
14:40 - 15:00	Kahve Arası	
15:00 - 16:10	Oturum XII - Riskli Bölgelerde Dolgu Uygulamaları: Ben Nasıl Yapıyorum? Oturum Başkanı: Nida Gelincik	
15:00 - 15:15	Alın ve Glabella	Neslihan Dolar
15:15 - 15:30	Şakak	Özlem Karadağ Köse
15:30 - 15:45	Burun	Mustafa Bayram
15:45 - 16:00	Dudak	Evren Gökeşme
16:00 - 16:10	Tartışma	



DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE Yeni Ufuklar

7-10 Ekim 2026
Hilton Dalaman

10 Ekim 2026 Cumartesi

SAAT	KONU / OTURUM	KONUŞMACI
09:00 - 09:15	Akılcı İlaç Oturumu Oturum Başkanı: Gökhan Çınar Konuşmacı: Hami Kork	
09:15 - 10:25	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanı: Gökhan Çınar	
09:15 - 09:21	SS-01 Dermatoskopik Bulgular Eşliğinde Bir Lipoid Proteinoz Olgusu	Mehmet Akbaş
09:21 - 09:27	SS-02 Nivolumab Tedavisine Bağlı Kutanöz İmmün İlişkili Advers Olaylar: Üç Farklı Klinikopatolojik Sunum	Özge Kaya
09:27 - 09:33	SS-03 Seboreik Dermatitin Giyim Tercihleri, Sosyal Davranış ve Damgalanma Üzerindeki Etkisi: Kesitsel Bir Çalışma	Orhan Şen
09:35 - 09:45	Kahve Arası	
09:45 - 10:55	Oturum XIII - Enfeksiyöz Dermatolojik Hastalıklarda Bilinmesi Gerekenler - Klasikten Güncele Oturum Başkanları: Ayşin Köktürk, Erhan Ersoy	
09:45 - 10:00	Skabiyeze Yaşa Göre Aile Tedavisi	Emel Hazinedar
10:00 - 10:15	Layşmanya Tedavisi	Sevilay Ertürk Arslan
10:15 - 10:30	Genital HPV Enfeksiyonu Tedavisi	Yurdanur Güler
10:30 - 10:45	Sifilizde Tedavi ve Takip	Erhan Ersoy
10:45 - 10:55	Tartışma	
10:55 - 11:10	Kapanış	



DERMATOLOJİ VE KÖZMETOLOJİDE *Yeni Ufuklar*

7-10 Ekim 2026

Hilton Dalaman

KURULLAR

KONGRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. Nida Gelincik

Prof. Dr. Server Serdaroğlu

KONGRE SEKRETERLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Hülya Cenk

Dr. Öğr. Üyesi Şule Gökşin

Dr. Öğr. Üyesi Özge Sevil Karstarlı

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Nida Gelincik

Prof. Dr. Server Serdaroğlu

Prof. Dr. Yalçın Tüzün

Prof. Dr. Şeniz Duygulu

Prof. Dr. Burhan Engin

Prof. Dr. Ahmet Metin

Prof. Dr. Zekayi Kutlubay

Prof. Dr. Pelin Kartal

Prof. Dr. Özlem Su Küçük

Doç. Dr. Özge Aşkın

Doç. Dr. İsa An

Dr. Öğr. Üyesi Hülya Cenk

Dr. Öğr. Üyesi Şule Gökşin

Dr. Öğr. Üyesi Özge Sevil Karstarlı

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Altan Ferhatoğlu

Uzm. Dr. Neslihan Dolar

Bildiri No: 3112

Sunum Tipi: Sözlü Sunum

Nivolumab Tedavisine Bağlı Kutanöz İmmün İlişkili Advers Olaylar: Üç Farklı Klinikopatolojik Sunum

Özge Kaya¹, Sena Büşra Çevik¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar

Özge Kaya / Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar

Amaç: Nivolumab, programlanmış hücre ölümü-1 (PD-1) reseptörünü inhibe ederek antitümör T-hücre yanıtını güçlendiren bir immün kontrol noktası inhibitörüdür. Kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte, immün sistem aktivasyonuna bağlı immün ilişkili advers olaylar (irAE) daha sık görülmektedir. Deri, bu advers olayların en sık etkilenen organlarından biri olup klinik ve histopatolojik olarak farklı dermatozları taklit edebilen geniş bir reaksiyon spektrumu sergileyebilmektedir. Bu çalışmada, nivolumab tedavisi sırasında gelişen üç farklı kutanöz irAE'nin klinik, histopatolojik, serolojik ve tedavi özelliklerinin sunulması amaçlandı.

Olgu: Olgu 1: Yetmiş bir yaşında erkek hasta, akciğer karsinomu nedeniyle nivolumab tedavisi almakta iken tedavi başlangıcını takiben gelişen ve iki aydır devam eden kaşıntılı deri lezyonları nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral alt ekstremiteler, dirsekler ve intergluteal bölgede eritemli zeminde skuamli plaklar; plantar bölgelerde ise belirgin hiperkeratoz ve ragadlar izlendi. Mukozalar doğaldı. Lezyonlardan alınan mantar kültürü negatif sonuçlandı. Olgu 2: Yetmiş bir yaşında erkek hasta, akciğer karsinomu nedeniyle nivolumab kullanırken başlayan ve alt ekstremitelerden gövde ve üst ekstremitelere yayılan kaşıntı ve kızarıklık yakınması ile başvurdu. Yaklaşık üç aydır şikayeti olan hastanın dermatolojik muayenesinde tüm vücutta yaygın, hafif skuamli ve eritemli plaklar mevcuttu. Mukozalar doğaldı. Daha önce sistemik antihistaminik ve topikal kortikosteroid kullanmış ve kısmi fayda görmüştü. Olgu 3: Elli yedi yaşında erkek hasta, metastatik akciğer karsinomu nedeniyle nivolumab tedavisi sırasında 20 gündür devam eden ve yüzden başlayarak gövdeye yayılan döküntü nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede gövde ön ve arka yüzde, ayrıca alın ve yanaklarda anüler eritemli skuamli plaklar izlendi. Olguların tamamından histopatolojik inceleme amacıyla deri biyopsisi alındı ve gerekli laboratuvar tahlilleri istendi.

Olgu-1



Bilateral alt ekstremiteler ve dirseklerde eritemli zeminde skuamlı plaklar

Olgu-2



Tüm vücutta yaygın, hafif skuamlı eritemli plaklar

Olgu-3



Gövde üst kısım ön ve arka yüzde, yüz bölgesinde anüler eritemli skuamli plaklar

Bulgular: Olgu 1: Deri biyopsisinde epidermiste akantoz ve spongiyoz, stratum korneumda serum birikimi; dermiste ise perivasküler ve interstisyel, lenfosit baskın inflamatuvar infiltrasyon saptandı. Klinik görünüm psoriasiform olmakla birlikte histopatolojik bulgular klasik psoriasisten farklı olarak belirgin spongiyotik özellikler içeriyordu. Bulgular birliktedeğerlendirilerek nivolumab ilişkili psoriasiform dermatit düşünüldü. Tıbbi onkoloji tarafından nivolumab tedavisine ara verildi. Renal fonksiyon bozukluğu nedeniyle sistemik tedavi uygun görülmeyle topikal salisilik asit ve topikal kortikosteroid başlandı. Lezyonları gerileme eğiliminde olan hastanın dermatolojik izlemi sürdürülmektedir. Olgu 2: Deri biyopsisinde seyrek eozinofiller ve nekrotik keratinositlerin eşlik ettiği spongiyotik dermatit saptandı ve bulgular ilaç reaksiyonu ile uyumlu değerlendirildi. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda nivolumab ilişkili ekzematöz ilaç erüpsiyonu düşünüldü. Tıbbi onkoloji tarafından nivolumab tedavisine ara verilen hastaya 0,5 mg/kg/gün dozunda sistemik metilprednizolon başlanarak tedricen azaltıldı ve izlemde lezyonlarda belirgin gerileme sağlandı. Olgu 3: Serolojik incelemede ANA, anti-SSA, anti-Sm/RNP ve nükleozom antikorları pozitif, anti-SSB negatif olarak saptandı. C3 ve C4 düzeyleri normaldi. Deri biyopsisinde epidermal nekroz, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, perivasküler lenfositik infiltrasyon ve interstisyel müsin artışı izlendi. Romatoloji değerlendirmesinde sistemik tutulum düşünülmeydi. Klinik, serolojik ve histopatolojik bulgular ile nivolumab ilişkili subakut kutanöz lupus eritematozus (SCLE) tanısı konuldu. Hastaya 0,5 mg/kg dozunda sistemik metilprednizolon başlanarak tedricen azaltıldı ve tıbbi onkoloji tarafından nivolumab tedavisine ara verildi. İzlemde deri lezyonlarında gerileme gözlenen hasta, primer malignitesinin progresyonu nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: Nivolumab ilişkili kutanöz irAE'ler, psoriasiform erüpsiyon ve ekzematöz ilaç reaksiyonundan otoimmün dermatozlara kadar farklı klinik ve histopatolojik paternlerle ortaya çıkabilmektedir. Özellikle nivolumab tedavisi sonrasında yeni gelişen veya atipik eritemli-skuamli plaklarda, klinik görünüm klasik bir dermatozu düşündürse dahi ilaç ilişkili reaksiyonlar ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Tanıda klinik değerlendirmeye histopatolojik ve gerektiğinde serolojik incelemelerin eklenmesi önemlidir. Dermatoloji ve onkoloji ekiplerinin yakın iş birliği, kutanöz toksisitenin etkin kontrolünün yanı sıra uygun hastalarda antitanser tedavinin güvenli şekilde sürdürülmesine katkı sağlayabilir.

Bildiri No: 4416

Sunum Tipi: Poster Sunum

Diskoid Lupustan Subakut Kutanöz Lupusa: Gemsitabin Tetikleyici Olabilir mi?

Hami Kork¹, Burhan Engin¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Hami Kork / İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: İlaçla kaynaklı subakut kutanöz lupus eritematozus (İK-SKLE), çeşitli ilaçlarla ilişkili olarak gelişebilen otoimmün bir advers reaksiyondur. Klinik, serolojik ve histopatolojik özellikleri idiyopatik SKLE ile büyük ölçüde benzerlik gösterdiğinden, sorumlu ilaçla zamansal ilişki ve ilacın kesilmesi sonrasında klinik düzelme tanıda önem taşır. Proton pompa inhibitörleri, terbinafin, tiyazid diüretikleri ve çeşitli antihipertansiflerin yanı sıra kemoterapötik ajanlar da İK-SKLE ile ilişkilendirilmiştir. Gemsitabin ile ilişkili SKLE ise oldukça nadir bildirilmiştir.

Olgu: Altmış iki yaşında kadın hasta, mesane karsinomu nedeniyle aldığı kemoterapi sırasında gelişen yaygın eritemli döküntü nedeniyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 2011 yılında biyopsi ile doğrulanmış diskoid lupus eritematozus (DLE) öyküsü mevcuttu. Hastanın daha önce SKLE ile uyumlu klinik bulgusu bulunmamaktaydı. Mesane karsinomu nedeniyle gemsitabin içeren kemoterapinin başlanmasından yaklaşık bir ay sonra ön göğüs bölgesinde başlayan lezyonlar zamanla sırta yayıldı (Fotoğraf 1). Lezyonlara yanma, kaşıntı ve ağrı eşlik etmekteydi. Dermatolojik muayenede, başlıca foto-dağılımlı alanlarda olmak üzere gövde ön ve arka yüzünde, yaklaşık 1–4 cm çaplarında, yer yer santral açılma gösteren, hafif skuamli, annüler ve polisiklik eritemli plaklar izlendi. Lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde epidermal atrofi, belirgin bazal vakuoler dejenerasyon, diskeratotik keratinositler, fokal subepidermal ayrışma, yüzeysel perivasküler ve periadneksiyal lenfositik infiltrasyon, pigment yüklü makrofajlar ve Alcian mavisi ile belirginleşen artmış dermal münin birikimi saptandı. Bulgular kutanöz lupus eritematozus ile uyumlu interfaz dermatiti olarak değerlendirildi. Serolojik incelemelerde anti-dsDNA pozitifliği, güçlü anti-SSA/Ro52 (+++) ve anti-SSA/Ro60 (+++) pozitifliği ile düşük C3 (0,71 g/L) ve C4 (0,03 g/L) düzeyleri saptandı. Gemsitabin kullanımı ile lezyonların ortaya çıkışı arasındaki zamansal ilişki, uyumlu klinik ve histopatolojik bulgular, lupus ilişkili serolojik değişiklikler ve uzun süreli DLE öyküsüne rağmen daha önce SKLE bulgularının bulunmaması birlikte değerlendirilerek gemsitabin ile tetiklenen subakut kutanöz lupus eritematozus tanısı konuldu. Gemsitabin tedavisi kesilerek hidrosiklorokin 400 mg/gün ve metilprednizolon 40 mg/gün başlandı. Takiplerde deri

lezyonlarında belirgin gerileme gözlemlendi. Yaklaşık 3–4 ay içerisinde metilprednizolon kademeli olarak azaltılarak kesildi. Son kontrolünde hidroksiklorokin tedavisi altında aktif deri lezyonu izlenmedi.

Fotoğraf 1



Gemsitabin tedavisi sonrası gelişen subakut kutanöz lupus eritematozusun klinik görünümü. (A) Sırtta yaygın eritemli papül ve plaklar ile yer yer annüler ve polisiklik lezyonlar. (B) Boyun ve üst göğüs bölgesinde foto-dağılımlı eritemli, yer yer skuamli papül ve plaklar

Bulgular: İlaç kaynaklı SKLE, klinik, serolojik ve histopatolojik olarak idiyopatik SKLE ile büyük ölçüde benzer özellikler göstermektedir. Tanıda en önemli ipuçları, lezyonların sorumlu ilaç başlanması takiben ortaya çıkması ve ilacın kesilmesiyle gerilemesidir. Gemsitabin ile ilişkili SKLE literatürde oldukça nadir bildirilmiştir. Patogenezi kesin olarak bilinmemekle birlikte; artmış keratinosit apoptozu ve otoantijen açığa çıkışı, ultraviyole radyasyonla ilişkili otoantijen ekspresyonu ve yatkın bireylerde gelişen immün disregülasyon olası mekanizmalar arasında gösterilmektedir. Olgumuzda gemsitabin tedavisinden kısa süre sonra foto-dağılımlı annüler ve polisiklik plakların ortaya çıkması; güçlü anti-SSA/Ro52 ve anti-SSA/Ro60 pozitifliği, anti-dsDNA pozitifliği ve hipokomplementemi saptanması; histopatolojik incelemede lupus eritematozus ile uyumlu interfaz dermatiti ve dermal mükün artışının görülmesi tanıyı desteklemiştir. Anti-SSA/Ro antikörlerinin SKLE ile güçlü ilişkisi bilinmektedir. Gemsitabinin kesilmesi ve lupus tedavisinin başlanması ardından lezyonların belirgin gerileme göstermesi ilaçla nedensel ilişkiyi güçlendirmektedir. Olgumuzu dikkat çekici kılan özellik, hastanın uzun süredir DLE tanısıyla izlenmesine rağmen daha önce SKLE fenotipinin bulunmamasıdır. Bu durum, gemsitabinin önceden otoimmün yatkınlığı bulunan bir hastada latent bir SKLE fenotipini ortaya çıkaran immünolojik bir tetikleyici olarak rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç: Gemsitabin tedavisi alan hastalarda yeni gelişen foto-dağılımlı annüler veya papüloskuamöz erüpsiyonlarda İK-SKLE akılda tutulmalıdır. Özellikle önceden kutanöz lupus öyküsü bulunan hastalarda yeni bir kutanöz lupus fenotipinin gelişmesi yalnızca mevcut hastalığın alevlenmesi olarak değerlendirilmemeli, ilaca bağlı farklı bir kutanöz lupus fenotipinin ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bildiri No: 4740

Sunum Tipi: Poster Sunum

Psödomevsimsel Seyir Gösteren Büllöz Eritema Ab Igne: Bir Vaskülit Taklitçisi

Ömer Cacına¹, Burhan Engin¹

¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Ömer Cacına / İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Alt ekstremitelerde livedoid veya retiküler görünüm gösteren, hemorajik büller ve purpura ile seyreden tekrarlayan erüpsiyonlar; kutanöz vaskülit, vazooklüziv vaskülopati, fototoksik reaksiyonlar ve kronik ısı hasarı gibi geniş bir ayırıcı tanıyı gündeme getirir. Eritema ab igne genellikle kronik ve retiküler hiperpigmentasyonla seyretmekle birlikte, yoğun veya tekrarlayan ısı maruziyetinde büllöz ve nekrotik varyantlar gelişebilir ve klinik olarak vaskülit taklit edebilir.

Olgu: Kırk yedi yaşında erkek hasta, üç yıldır her ilkbaharda aynı pretibial bölgelerde tekrarlayan erüpsiyonlar nedeniyle başvurdu. Lezyonlar başlangıçta kaşıntılı eritem şeklinde ortaya çıkıyor ve spontan geriliyordu. Dermatolojik muayenede bilateral, distal bölgelerde belirgin, retiküler-serpijinöz dağılım gösteren viyolase, purpurik yamalar; periferde gergin hemorajik büller, fokal nekroz, hassasiyet ve aralıklı yanma hissi saptandı. Hastanın bilinen sistemik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı yoktu. Başlangıçta ısı maruziyetini reddetmekle birlikte, ayrıntılı ve tekrarlanan sorgulamada çalışma masası altında bulunan masaüstü bilgisayar kasasının ön yüzüne pretibial bölgelerini uzun süre temas ettirdiği öğrenildi. Maruziyet yıl boyunca devam ediyor, ancak yaz tatilinde kesintiye uğruyor ve bu durum klinik tablonun ilkbaharda belirginleşen psödomevsimsel bir seyir göstermesine neden oluyordu.

Bulgular: Kutanoz vaskülit, livedo racemosa, fitofotodermatit ve büllöz eritema ab igne ayırıcı tanılarıyla, lezyon evresine göre üç adet 4 mm punch biyopsi alındı. Örnekler gerileyen santral alandan, aktif büllöz kenardan ve direkt immünfloresan inceleme amacıyla lezyon-perilezyon sınırından alındı. Santral bölgede lameller ortohiperkeratoz, bazal hiperpigmentasyon, yüzeyel vasküler proliferasyon ve eritrosit ekstrasvazasyonu izlendi. Aktif büllöz kenarda retiküler dejenerasyon gösteren soluk eozinofilik keratinositler, subkorneal ayrışma, yüzeyel vasküler proliferasyon, perivasküler lenfositik infiltrasyon, dağınık kapiller fibrin trombusları ve eritrosit ekstrasvazasyonu saptandı. Damar duvarında inflamasyon veya lökositoklazi görülmedi. PAS boyaması ve direkt immünfloresan inceleme negatifti. Otoimmünite, kriyoglobulin, kompleman, antifosfolipid antikor, trombofili ve Doppler incelemelerinde patoloji saptanmadı.



DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE *Yeni Ufuklar*

7-10 Ekim 2026
Hilton Dalaman

Sonuç: Klinik dağılım, kronik lokalize ısı maruziyeti öyküsü ve evreye özgü histopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesiyle büllöz eritema ab ıgne tanısı konuldu. Isı kaynağının ortadan kaldırılması ve topikal kortikosteroid tedavisi sonrasında lezyonlar retiküler hiperpigmentasyon bırakarak geriledi. Bu olgu, eritema ab ıgne'nin büllöz ve purpurik özelliklerle kutanöz vaskülit taklit edebileceğini; ayrıca maruziyetin dönemsel olarak kesilmesinin psödomevsimsel bir klinik seyir oluşturabileceğini göstermektedir. Ayrıntılı maruziyet sorgulaması ve farklı evrelerdeki lezyonlardan biyopsi alınması, bu tür vaskülit taklitçilerinde doğru tanıya ulaşmada belirleyici olarak değerlendirilebilir.



Bildiri No: 5646

Sunum Tipi: Poster Sunum / Case Reports

Frontal Fibrozan Alopesi Ve Follikülitis Dekalvans Birlikteliği: Olgu Sunumu

Kerim Akcan¹, Hami Kork¹, Burhan Engin¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

Kerim Akcan / İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

Amaç: Sikatrisyel alopesiler, kalıcı foliküler kayıpla seyreden heterojen bir hastalık grubudur. Frontal fibrozan alopesi (FFA), liken planopilarisin (LPP) klinik varyantı olup frontotemporal saç çizgisinde gerileme ve perifoliküler inflamasyonla karakterizedir. Follikülitis dekalvans (FD) ise nötrofilik inflamasyon, püstülasyon ve sikatrisyel alopesi ile seyreder. FD ve LPP'nin eşzamanlı birlikteliği FD-LPP fenotipik spektrumu (FDLPPS) olarak tanımlanmıştır. Bu olguda, farklı saçlı deri bölgelerinde FFA ve FD özellikleri gösteren nadir bir sikatrisyel alopesi birlikteliği yer almakta.

Olgu: Kırk altı yaşında kadın hasta saç dökülmesi yakınmasıyla değerlendirildi. Verteks bölgesinde yaklaşık 20 yıldır, frontal bölgede ise yaklaşık 10 yıldır devam eden saç dökülmesi mevcuttu. Daha önce doktora sadece bir kez gittiği ve FFA ön tanısıyla yalnızca karışım tedavi kullandığı, fayda görmediği öğrenildi.

Frontal Fibrozan Alopesi



Frontal bölgede yaklaşık 10 yıldır devam eden saç dökülmesi

Folikülitis Dekalvans



Verteks bölgesinde 10 cm çapında yaklaşık 20 yıldır devam eden saç dökülmesi

Bulgular: Fizik muayenede frontal bölgede alopesik alan, perifoliküler eritem ve skuam; vertexte yaklaşık 10 cm çapında sikatrisyel alopesik alan, yer yer püstül, krut ve tufted foliküller izlendi. Klinik olarak frontal bölge için FFA başta olmak üzere traksiyonel alopesi ve LPP; vertex için FD ve LPP ayırıcı tanıları düşünüldü. Vertex punch biyopsisinde folikül lümenleri ve epitelinde nötrofilik mikroabseler izlenerek FD ile uyumlu bulundu. Frontal bölgeden alınan ilk biyopsi materyali yetersiz olduğundan biyopsi tekrarlandı. Klinik kronolojide vertex tutulumunun frontal alopesiden yaklaşık 10 yıl önce başlaması bifazik seyir açısından dikkat çekici olmakla birlikte klinik ve histopatolojik bulgularla FFA ve FD birlikteliği düşünüldü. Oral doksisisiklin, topikal kortikosteroid ve topikal minoksidil tedavisi başlandı.

Folikülitis Dekalvans



Folikülitis Dekalvans Dermoskopi



Yer yer püstül, krut ve tufted folikül alanları

Sonuç: FFA ve FD birlikteliği, nötrofilik ve lenfositik sikatrisyel alopesiler arasında tanımlanan FDLPPS'nin nadir bir prezentasyonu olabilir. Farklı morfolojik özellikler gösteren saçlı deri alanlarında birden fazla bölgeden biyopsi alınması ve histopatolojik bulguların klinik ve dermoskopik özelliklerle birlikte değerlendirilmesi doğru sınıflandırma ve tedavi planlaması açısından önemlidir.

Bildiri No: 6145

Sunum Tipi: Poster Sunum / Case Reports

Meme Karsinomlu Hastada Tamoksifen Sonrası Multiple Telenjektazi Oluşumu

Hacer Keleş¹

¹Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Hacer Keleş / Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Amaç: Meme kanseri tedavisinde kullanılan endokrin tedavi başlığı altında östrojen reseptör modülatörü tamoksifen, LHRH agonistleri goserelin, leuprolid, seçici östrojen downregülatörü fulvestrant, aromataz inhibitörleri anastrozol, letrozol, eksemestan bulunmaktadır. Bizim vakamızda da in situ komponent bulunduran invaziv duktal karsinoma tanısı ile takip edilen hastada tamoksifen tedavisi sırasında sağ meme mastektomi skarında ve sağ axiller bölgeye de yayılan multiple telenjektaziler saptanmıştır. Biz bu vakada hormon reseptör modülatörlerinin kullanımına bağlı deri değişikliklerinden telenjektazi gelişiminin olabileceğini göstermeyi amaçladık.

Olgu: 40 yaşında kadın hasta tarafımıza başvurduğunda yaklaşık 4 yıldır meme kanseri tanısı ile takip edilmekteydi. İn situ komponent bulunduran invaziv duktal karsinomu mevcuttu. Hastadan alınan iğne biyopsi sonucu raporu şu şekildedir: “ Fibroadipöz meme stromasında tümöral lezyon izlenmiştir. Tümör; hiperkromatik nükleuslu, belirgin nükleollü, atipik epitelyal hücrelerin oluşturduğu solid adalardan ve tek hücre dizeleniminden meydana gelmektedir. Arada izlenen normal asini yapıları çevresinde lenfositik infiltrasyon dikkati çekmiştir. Duktal karsinoma in situ alanı da izlenmiştir. Yapılan immünohistokimyasal çalışmalarda; tümörde P63 ve calponin ile boyanma izlenmemiştir. Ecadherin ile kuvvetli pozitif (+) boyanma, HMWCK ile fokal pozitif (+) boyanma izlenmiştir. ER ile %70 oranında pozitif (+) boyanma, PR ile %70 oranında pozitif (+) boyanma, cerbB2 ile skor 3 boyanma izlenmiştir. Ki67 proliferasyon indeksi %50 civarındadır. Tüm bu bulgularla olguda öncelikle " spesifik olmayan (duktal tip) invaziv karsinom (Modifiye Bloom Richardson'a göre: Tübül formasyonu:3, Nükleer pleomorfizm: 2, mitotik aktivite: 1=Grade II, WHO 2012) düşünülmüştür “. Sonrasında hastaya sağ modifiye radikal mastektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapılmıştı. Mastektomi+lenf nodu diseksiyon materyalinin histopatolojik incelemesinde duktal karsinoma in situ, çapı 4 mm olan perikapsüler tümöral infiltrasyon olmayan lenf nodu saptanmıştı. Yapılan immunohistokimyasal çalışmasında ise tümör hücreleri ER için % 10 (+); PR için %5 (++) ; HER2 için %50 (++) boyanma mevcuttu. Hasta kemoterapi ve radyoterapi tedavileri de almıştı.

Bulgular: Hasta tamoksifen tedavisi altındayken mastektomi skarında ve sağ axillada multiple telenjektaziler gelişmesi üzerine tarafımıza başvurmuştu.

Resim 1: Tamoksifen kullanımı sonrası sağ mastektomi skarında ve sağ axillada gelişen telenjiektaziler



Sonuç: Kanser ilişkili ölümlerin en sık 2. sebebi olan meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. Meme kanserinde cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, anti HER-2 ajanlar, tamoksifenin de içinde bulunduğu endokrin tedaviler, PARP inhibitörleri tedavi seçenekleri arasındadır. Bu tedaviler sırasında bazı deri bulguları meydana gelebilmektedir. Bu vakada da tamoksifen kullanımına bağlı deride telenjiektazi gelişebileceği vurgulanmak istenmiştir.

Bildiri No: 7503

Bildiri Durumu: Kabul: Poster

Diklofenak Enjeksiyonuna Bağlı Gelişen Sweet Sendromu

Zeki TAŞDEMİR¹

¹Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Zeki TAŞDEMİR / Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sweet sendromu (akut febril nötrofilik dermatoz), ilk kez 1964 yılında Robert D. Sweet tarafından tanımlanmış, ateş, lökositoz ve karakteristik ağrılı, eritemli plaklarla seyreden nadir bir dermatozdur. Genellikle maligniteler, otoimmün hastalıklar ya da ilaçlarla ilişkilidir. Bu sunumda, intramüsküler diklofenak enjeksiyonunu takiben gelişen, nadir görülen bir ilaç kaynaklı Sweet sendromu vakası sunulmaktadır.

Olgu: 30 yaşında evli kadın hasta, sağ diz eklem travmasına bağlı olarak derin intramüsküler diklofenak enjeksiyonu aldıktan 8–10 saat sonra yüksek ateş, yaygın halsizlik, artralji ve gövde ile ekstremitelerinde ağrılı, eritemli plaklar gelişmesi üzerine kliniğimize başvurdu (resim 1). Hasta hastaneye ilaç reaksiyonu ön tanısıyla yatırıldı. Öyküsünde benzer yakınmalar, ilaç alerjisi, enfeksiyon (İdrar yolu enfeksiyonu, ishal), diyabet, hipertansiyon ya da tüberküloz bulunmamaktaydı. Daha önce diklofenak kullanımı öyküsü yoktu.

Resim 1:



Dizde sweet sendromuna bağlı eritemli ödemli plak

Bulgular: Fizik muayenede, sırt ve ekstremitelerde psödovezikülasyon gösteren, palpasyonla hassas, çok sayıda eritemli plak izlendi (resim 2). Lenfadenopati ve hepatosplenomegali saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde nötrofil oranı %85, CRP ve ESR yüksek, ancak

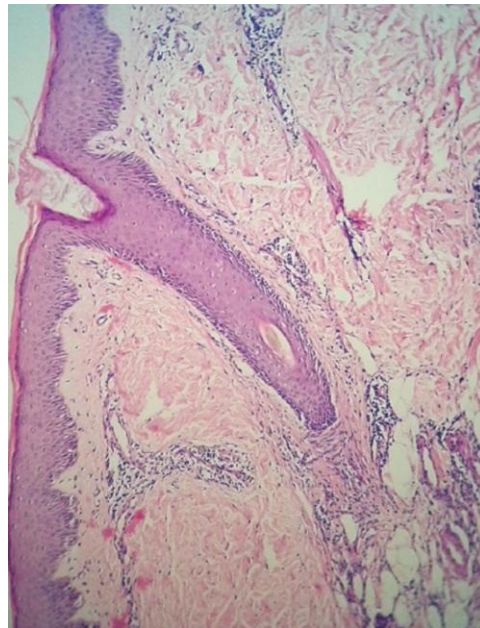
romatoid faktör negatifti. Kan şekeri, idrar, hemokültür ve diz grafisi normaldi. Sağ alt ekstremiteden alınan 4 mm punch biyopside epidermiste hafif spongiyozis ve rete çıkıntılarında yassılaşıma, subepidermal alanda ödem ve nötrofillerden zengin diffüz inflamatuvar infiltrasyon, yer yer nötrofilik lökositlerle yıkım (lökositleklazi) izlendi (resim 3). Vaskülit saptanmadı (resim 4). Bu bulgular eşliğinde ilaç kaynaklı Sweet sendromu tanısı konuldu. Oral metilprednizolon 32 mg/gün başlandı ve 14 günün ardından doz azaltılarak 2 hafta içinde kesildi. Lezyonlar 4 hafta içinde tamamen geriledi. Hasta 4 ay süreyle takip edildi, nüks gözlenmedi. Etik nedenlerle diklofenak ile yeniden karşılaştırma (rechallenge) yapılmadı.

Resim 2:



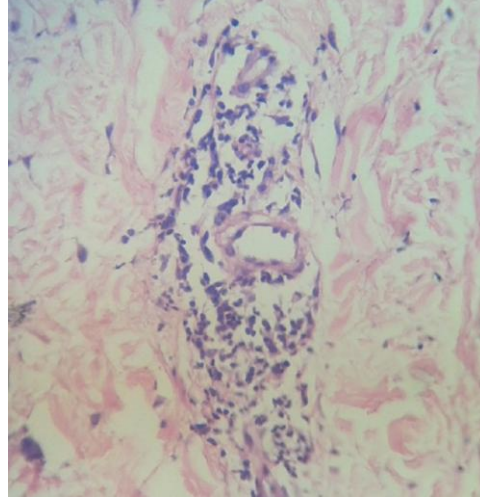
Sweet sendromu lezyonlarında izlenen tipik yalancı vezikül görünümü

Resim 3:



Histopatolojide (H&E, $\times 10$) belirgin subepidermal ödem ile birlikte yoğun nötrofilik infiltrasyon görülmektedir

Resim 4:



Histopatolojide (H&E, $\times 40$) vaskülit olmaksızın yoğun nötrofilik infiltrasyon ve lökositoklazi görülmektedir.

Sonuç: Sweet sendromu; trimetoprim-sülfametoksazol, minosiklin, all-trans retinoik asit ve G-CSF gibi çeşitli ilaçlara bağlı olarak nadiren gelişebilir. Diklofenak ile ilişkili yalnızca birkaç vaka bildirilmiş olup, oral kullanım sonrası güneş maruziyeti ile tetiklenmiştir. Bu vaka, intramüsküler diklofenak uygulamasına bağlı ilk Sweet sendromu olgularından biridir. Walker ve Cohen'in 1996'da tanımladığı ilaç kaynaklı Sweet sendromu tanı kriterleri bu olguda etik nedenlerle tekrar ilaç verilmemesi dışında tümüyle karşılanmıştır

Bildiri No: 7619

Bildiri Durumu: Kabul: Poster

Fasiyal Liken Planus Pigmentosus: Pigmente Lezyonların Ayırıcı Tanısında Tanısal Bir Tuzak

Muhammed Ali Mergen¹, Tubanur Çetinarslan¹, Peyker Temiz², Aylin Türel Ermertcan¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

Muhammed Ali Mergen / Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Liken planus pigmentosus (LPP), gri-kahverengi hiperpigmente makül ve yamalarla karakterize, klinik ve dermoskopik olarak farklı pigmente dermatozlarla karışabilen nadir bir liken planus varyantıdır. Atipik morfoloji ve lokalizasyon tanısal güçlüğü neden olabilir. Bu raporda atipik yerleşimi ve dermoskopik özellikleriyle tanısal güçlük oluşturan fasiyal LPP olgusunun sunulması ve histopatolojik değerlendirmenin ayırıcı tanıdaki öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

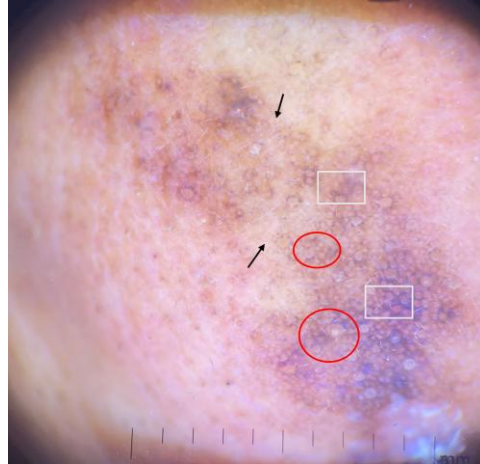
Olgu: Kırk sekiz yaşında kadın hasta, altı aydır burun üzerinde devam eden asemptomatik hiperpigmentasyon nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenede burun ucundan dorsuma doğru lineer uzanım gösteren hiperpigmente makül izlendi (Resim 1). Dermoskopide perifoliküler kahverengi-siyah romboid pigmentasyon, düzensiz foliküler açıklıklar ve tıkaçlar ile perifoliküler kahverengi noktalar saptandı (Resim 2). Pigmente aktinik keratoz ve lentigo maligna ön tanılarıyla yapılan biyopside epidermiste hiperkeratoz, yüzeyde ortokeratoz, perifoliküler alanlarda likenoid interfaz dermatiti, bazal vakuoler dejenerasyon ve papiller dermiste melanin inkontinensi izlendi (Resim 3a ve 3b). Histopatolojik bulgular LPP ile uyumlu değerlendirildi. Topikal kortikosteroid ve kalsinörin inhibitörü kombinasyonu ile tam klinik yanıt elde edildi (Resim 4).

Resim 1: Klinik görünüm



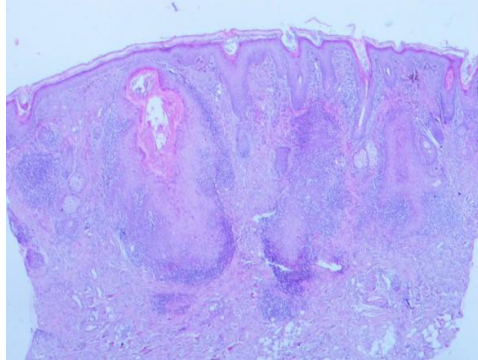
Burun ucundan dorsuma lineer uzanım gösteren hiperpigmente makül

Resim 2: Dermoskopik görünüm



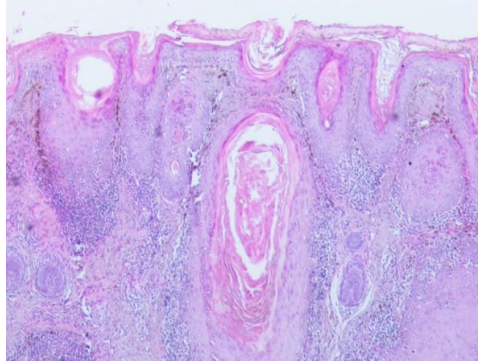
Perifoliküler kahverengi-siyah romboid yapılar oluşturan pigmentasyonlar (dikdörtgen), yer yer foliküler açıklıklar yer yer foliküler tıkaçlar (halka) ve yer yer perifoliküler kahverengi dotlar (ok)

Resim 3a: Histopatoloji



Epidermiste hiperkeratoz, yüzeyde ortokeratoz, perifoliküler kronik lenfositik hücre infiltrasyonu, bazalde destruksiyon ve vakuolizasyon (HE,X20)

Resim 3b: Histopatoloji



Papiller dermiste melanin inkontinensi (HE, X40)

Resim 4: Tedavi sonrası klinik görünüm



Bulgular: Fasyal LPP, özellikle lineer ve lokalize yerleşim gösterdiğinde klinik ve dermoskopik olarak pigmente aktinik keratoz ve lentigo malignayı taklit edebilir. Ayrıca perifoliküler pigmentasyon, foliküler açıklıklarda değişiklikler ve periostial kahverengi-siyah noktalar folikülotropik mikozis fungoides olgularında da görülebileceğinden ayırıcı tanıda bu hastalık da göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç: Atipik fasyal hiperpigmente lezyonlarda klinik ve dermoskopik bulguların histopatolojik inceleme ile birlikte değerlendirilmesi, gereksiz girişimlerin önlenmesi ve doğru tanıya ulaşılması açısından önemlidir.

Bildiri No: 7686

Sunum Tipi: Sözlü Sunum

Seboreik Dermatitin Giyim Tercihleri, Sosyal Davranış ve Damgalanma Üzerindeki Etkisi: Kesitsel Bir Çalışma

Orhan Şen¹

¹Kayseri Şehir Hastanesi

Orhan Şen / Kayseri Şehir Hastanesi

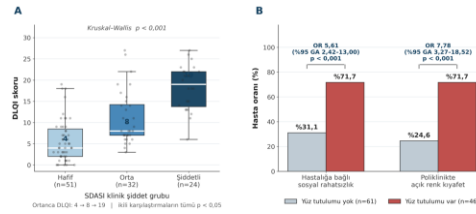
Amaç: Seboreik dermatit (SD), sık görülen, kronik ve tekrarlayıcı bir inflamatuvar dermatozdur; lezyonların görünür alanlara yerleşmesi nedeniyle klinik görünümüyle orantısız bir psikososyal yük oluşturabilir. Bu çalışmada SD hastalarında klinik şiddet, anatomik tutulum, günlük kaçınma davranışları, yaşam kalitesi ve bitkisel/alternatif ürün kullanımı arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tek merkezli, kesitsel çalışmaya ardışık 107 erişkin SD hastası dahil edildi. Tüm değerlendirmeler uzman hekim tarafından yüz yüze görüşmeyle yapıldı. Klinik şiddet Seboreik Dermatit Alan ve Şiddet İndeksi (SDASI), yaşam kalitesi Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), kaşıntı şiddeti son 24 saat için Sayısal Derecelendirme Ölçeği (NRS) ile değerlendirildi. Anatomik tutulum, hastalığa bağlı sosyal rahatsızlık, kaçınma davranışları (koyu renk kıyafetten kaçınma, gün içinde lezyonları kontrol etme, kuaföre gitmekten çekinme), poliklinik başvurusundaki kıyafet rengi ve bitkisel/alternatif ürün kullanımı kaydedildi. Veriler nonparametrik testler, çoklu doğrusal regresyon, lojistik regresyon ve kıyafet rengi için aracılık analizi ile değerlendirildi; olasılık oranı (OR) ve %95 güven aralığı (GA) hesaplandı.

Bulgular: Hastaların 61'i (%57,0) kadındı; ortalama yaş 24 (çeyrekler arası aralık 21-28) idi. Saçlı deri tutulumu %98,1, kulak %48,6, yüz %43,0, gövde %23,4 oranındaydı; hastalık %47,7 hafif, %29,9 orta, %22,4 şiddetliydi (Tablo 1). SDASI, DLQI ve NRS birbiriyle güçlü ilişkiliydi ($\rho=0,58-0,80$; $p < 0,001$); hafiften şiddetliye doğru ortalama DLQI 4'ten 8 ve 19'a (Şekil 1A), NRS 3'ten 5,5 ve 6,5'e yükseldi ($p < 0,001$). Çoklu doğrusal regresyonda SDASI ($\beta=0,99$) ve NRS ($\beta=1,41$) DLQI varyansının %78,6'sını bağımsız olarak açıkladı (Tablo 2). Sosyal rahatsızlık %48,6 oranında bildirildi ve en güçlü öngörücüsü yüz tutulumuydu (OR 5,61; %95 GA 2,42-13,00); yüz tutulumu açık renk kıyafet tercihinin de öngördü (OR 7,78; %95 GA 3,27-18,52) (Şekil 1B). Kaçınma davranışlarından koyu kıyafetten kaçınma %52,3, gün içinde lezyon kontrolü %69,2, kuaför çekincesi %63,6 oranındaydı; hastaların %43,9'u üçünü birden bildirdi. Bitkisel/alternatif ürün kullanımı %37,4 olup hafif hastalıkta %21,6'dan orta hastalıkta %40,6'ya, şiddetli hastalıkta %66,7'ye yükseldi ($p < 0,001$) (Şekil 2A). Lojistik regresyonda tek bağımsız öngörücü klinik şiddetti (SDASI puanı başına OR 1,24; %95 GA 1,05-1,47; $p=0,011$) (Şekil 2B);

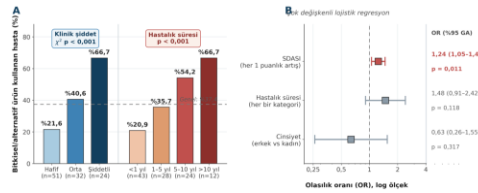
hastalık süresi ve cinsiyet anlamlı değildi. En sık kullanılan ürünler sirke (%32,5), zeytinyağı (%25,0) ve argan yağı (%15,0) idi. Açık renk kıyafet ile DLQI arasında saptanan pozitif ilişki ($\beta=+4,86$; $p < 0,001$), şiddet ve kaşıntıya göre düzeltildiğinde ortadan kalktı ($\beta=0,001$; $p=0,99$; açıklanma oranı %100; %95 GA %71-150).

Şekil 1.Klinik ziyaretinde giyilen kıyafet rengi, klinik şiddet ve dermatolojiye özgü yaşam kalitesi arasındaki ilişki



DLQI skoru klinik şiddet gruplarına göre anlamlı biçimde artmaktadır (ortanca 4 → 8 → 19; Kruskal–Wallis $p < 0,001$) (A). Yüz tutulumu olan hastalarda hem hastalığa bağlı sosyal rahatsızlık hem de poliklinikte açık renk kıyafet tercihi belirgin şekilde daha sıktır (B).

Şekil 2.Seboreik dermatitli hastalarda davranışsal kaçınma ve alternatif tedavi arama davranışları



Bitkisel/alternatif ürün kullanımı klinik şiddet ve hastalık süresi ile birlikte kademeli olarak artmaktadır (A). Ancak çok değişkenli lojistik regresyonda tek bağımsız belirleyici klinik şiddettir; hastalık süresi ve cinsiyet anlamlı değildir (B).

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun temel özellikleri

Özellik	Değer
Yaş, yıl — ortanca (ÇAA)	24 (21–28; 18–53)
Cinsiyet — n (%)	
Kadın	61 (57,0)
Erkek	46 (43,0)
Hastalık süresi — n (%)	
<1 yıl	43 (40,2)
1–5 yıl	28 (26,2)
5–10 yıl	24 (22,4)
>10 yıl	12 (11,2)
Anatomik tutulum — n (%)	
Saçlı deri	105 (98,1)
Kulak	52 (48,6)
Yüz	46 (43,0)
Gövde	25 (23,4)
Klinik şiddet — n (%)	
Hafif	51 (47,7)
Orta	32 (29,9)
Şiddetli	24 (22,4)
SDASI — ortanca (ÇAA)	4,35 (1,88–6,82)
DLQI — ortanca (ÇAA)	8,00 (4,00–15,00)
NRS — ortanca (ÇAA)	5,00 (3,00–7,00)

ÇAA: çeyrekler arası aralık; SDASI: Seboreik Dermatit Alan ve Şiddet İndeksi; DLQI: Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi; NRS: Kaşıntı Şiddeti Sayısal Derecelendirme Ölçeği

Tablo 2. Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI) için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi

Bağımsız değişken	β	%95 GA	p	VIF
SDASI	0,99	0,66 – 1,33	<0,001	2,42
NRS	1,41	1,10 – 1,71	<0,001	1,52
Hastalık süresi	0,17	–0,61 – 0,95	0,672	1,48
Gövde tutulumu	1,22	–0,73 – 3,16	0,217	1,54



DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE *Yeni Ufuklar*

7-10 Ekim 2026
Hilton Dalaman

Düzeltilmiş $R^2 = 0,777$; model F testi $p < 0,001$ ($R^2 = 0,786$). β : standardize edilmemiş regresyon katsayısı; GA: güven aralığı; VIF: varyans şişme faktörü (tüm değerler $\leq 2,5$; anlamlı çoklu bağlantı saptanmamıştır). Hastalık süresi sıralı değişken olarak (1–4 kategori) modellenmiştir.

Sonuç: Seboreik dermatit, görünür klinik tablosunu aşan belirgin bir psikososyal ve davranışsal yüke yol açmaktadır. Yüz tutulumu sosyal rahatsızlığın ana belirleyicisiyken; klinik pratikte gözlemlenen kıyafet rengi tercihi bağımsız bir psikososyal gösterge olmayıp doğrudan hastalık şiddetini yansıtmaktadır. Şiddetli vakalarda belirgin şekilde artan bitkisel/alternatif ürün kullanımı ise konvansiyonel tedaviye yönelik karşılanmamış beklentilere işaret etmekte ve olası ürün-ilaç etkileşimleri açısından rutin klinik sorgulamayı zorunlu kılmaktadır. Sonuç olarak, özellikle yüz tutulumu olan ve şiddetli SD olgularında klinik değerlendirmeye yaşam kalitesi ve kaşıntı ölçeklerinin dahil edilmesi hastaya yaklaşımı güçlendirecektir.

Bildiri No: 7830

Sunum Tipi: Poster Sunum

Tedaviye Dirençli Alopesi Areata Olgularında Ritlesitinib Deneyimi: Beş Olgu Serisi

BETÜL DEMİR TEPEYAZI¹, SERVER SERDAROĞLU¹, BURHAN ENGİN¹, TUĞBA KEVSER UZUNÇAKMAK¹, ÇİĞDEM OBA KAYMAZ¹

¹İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

BETÜL DEMİR TEPEYAZI / İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Amaç: Alopesi areata (AA), anajen kıl folikülüne karşı immün toleransın kaybı sonucu, sitotoksik CD8⁺ T lenfositler ve doğal öldürücü (NK) hücrelerin folikülü hedef almasıyla gelişen otoimmün bir hastalıktır [1]. Yaygın ve uzun süreli tutulumu olan olgularda topikal immünoterapi, sistemik kortikosteroid ve konvansiyonel immünsupresifler sıklıkla yetersiz kalmaktadır. Ritlesitinib, JAK3 ve TEC kinaz ailesini irreversibl olarak inhibe eden oral bir ajan olup, JAK1/2 inhibitörlerinden (tofasitinib, barisitinib) farklı bir etki profiline sahiptir [2]. Bu çalışmada, mevcut tedavilere dirençli beş alopesi areata olgusundaki ritlesitinib deneyimimizi sunmayı amaçladık; olguların ikisi daha önce iki farklı JAK inhibitörüne yanıtsızdı.

Olgu: Olgu 1: Kırk üç yaşında kadın hasta, on yıldır AA tanılı. Sistemik kortikosteroid, topikal immünoterapi (SADBE, 5 yıl), barisitinib (2 yıl) ve tofasitinib (2,5 yıl) ile yanıt alınamamıştı. Başlangıç SALT (Severity of Alopecia Tool) [3] skoru 60 iken ritlesitinib başlandı. Dört aylık tedavi sonunda SALT skoru 20'ye geriledi (%67 iyileşme; SALT50 yanıtı). Olgu 2: On sekiz yaşında erkek hasta, altı yıldır AA tanılı. Yalnızca topikal immünoterapi (DPCP, toplam 70 seans) uygulanmış, yanıt elde edilememişti. Başlangıç SALT skoru 100 iken ritlesitinib başlandı. Bir aylık tedavi sonunda SALT skoru 90 olarak ölçüldü (%10 iyileşme; SALT50 yanıtı yok); ancak tutulum alanlarında yaygın vellüs kıl çıkışı izlendi. Olgu 3: Yirmi bir yaşında kadın hasta, on altı yıldır alopesi universalis tanılı. Topikal immünoterapi (SADBE ve DPCP, 6 ay) ve sistemik kortikosteroid (3 ay) uygulanmıştı. Başlangıç SALT skoru 100 iken ritlesitinib başlandı. Üç aylık tedavi sonunda SALT skoru 100 olarak devam etti (SALT50 yanıtı elde edilemedi). Olgu 4: Yirmi iki yaşında erkek hasta, on sekiz yıldır AA tanılı. Topikal immünoterapi (SADBE, 2 yıl), siklosporin (3 ay), barisitinib (1 yıl) ve tofasitinib (2 yıl) ile yanıtsızdı. Başlangıç SALT skoru 60 iken ritlesitinib başlandı. Üç aylık tedavi sonunda SALT skoru 30'a geriledi (%50 iyileşme; SALT50 yanıtı). Olgu 5: Elli üç yaşında kadın hasta, dokuz aydır AA şikâyeti mevcut. Sistemik kortikosteroidten fayda görmemişti. Başlangıç SALT skoru 100 iken ritlesitinib başlandı. Üç aylık tedavi sonunda SALT skoru 90 olarak ölçüldü (%10 iyileşme; SALT50 yanıtı yok).

OLGU 4



Şekil a

Olgu 4



Şekil b

OLGU 5



Şekil a

OLGU 5



Şekil b

Bulgular: Olguların üçü kadın, ikisi erkekti; yaş ortalaması 31,4 (18–53) idi. Hastalık süresi dokuz ay ile on sekiz yıl arasında değişmekteydi; dört hastada AA, bir hastada alopesi universalis mevcuttu. Tüm hastalar en az bir sistemik veya topikal immünmodülatör tedaviye dirençliydi; iki hasta (Olgu 1 ve 4) hem barisitinib hem tofasitinibe yanıtıydı. Ritlesitinib kullanım süresi 1–4 ay arasındaydı. Kısa izlem süresine rağmen daha önce iki farklı JAK inhibitörüne yanıtı olmayan iki hastada (Olgu 1 ve 4) SALT50 yanıtı düzeyinde klinik olarak anlamlı terminal kıl büyümesi elde edildi (sırasıyla %67 ve %50 iyileşme). Olgu 2'de birinci ayda SALT skorundaki azalma sınırlı olmakla birlikte yaygın vellüs kıl çıkışı erken yanıt bulgusu olarak değerlendirildi. Alopesi universalis olgusunda (Olgu 3) üçüncü ay sonunda SALT skorunda değişiklik izlenmedi; Olgu 5'te ise iyileşme sınırlı kaldı (%10). İzlemde hiçbir hastada tedavinin kesilmesini gerektiren yan etki, ciddi enfeksiyon veya laboratuvar anormallliği saptanmadı; bu bulgu ALLEGRO programının entegre güvenlik analiziyle uyumluydu [4].

Sonuç: Serimizde önceki JAK inhibitörü tedavilerine yanıtı olmayan iki olguda ritlesitinib ile anlamlı saç büyümesi elde edilmesi dikkat çekicidir; benzer şekilde barisitinib başarısızlığı sonrası ritlesitinibe geçilen serilerde de yanıt bildirilmiştir [5,6]. Bu gözlem, ritlesitinibin JAK3/TEC ailesi üzerinden sitotoksik CD8⁺ T ve NK hücre aracılı folikül hasarını hedefleyen farklılaşmış etki mekanizmasıyla açıklanabilir [2] ve JAK1/2 inhibitörleriyle alınan başarısızlığın sınıf etkisi olarak yorumlanmaması gerektiğini düşündürmektedir. Buna karşılık iki olguda üçüncü ay sonunda yanıt elde edilememiştir. ALLEGRO faz 2b/3 çalışmasında SALT ≤ 20 yanıt oranının 24. haftada %23 iken 48. haftada %43'e yükseldiği, yani saç büyümesinin sıklıkla geç başladığı göz önüne alındığında [7], üçüncü ayda yanıt alınamayan olgularımızın erken dönemde yanıtı kabul edilmesi uygun değildir; tedavinin yeterli süre sürdürülmesi önerilmektedir. Sonuç olarak ritlesitinib, çoklu tedavi başarısızlığı olan dirençli alopesi areata olgularında etkili ve iyi tolere edilen bir seçenek olarak öne çıkmaktadır; yanıtın öngörülmesinde hastalık süresi, tutulum paterni ve önceki tedavi yanıtlarının rolünü aydınlatmak için geniş serilere ve uzun süreli izleme ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: alopesi areata, ritlesitinib, JAK inhibitörü

Bildiri No: 9204

Sunum Tipi: Poster Sunum

Yaygın Papüloveziküler Lezyonlarla Seyreden Polimorf Işık Erüpsiyonu: Bir Olgu Sunumu

Furkan BOZKURT¹

¹AFYONKARAHİSAR DEVLET HASTANESİ

Furkan BOZKURT / AFYONKARAHİSAR DEVLET HASTANESİ

Amaç: GİRİŞPolimorf ışık erüpsiyonu (PMIE) en sık görülen fotodermatozudur. 'Güneş alerjisi' olarak da adlandırılmaktadır.PMIE güneş gören alanlarda güneş maruziyeti sonrasında saatler içerisinde ortaya çıkıp günler sonra kaybolan kaşıntılı döküntülerle karakterizedir.Klinik görünümü oldukça değişken olmakla birlikte en sık papüler lezyonlar şeklinde izlenir. Papüloveziküler form daha nadir görülmekte olup tanısallık güçlüğü oluşturmaktadır.Hastalık oluşumunda en sık UVA olmak üzere, UVB veya UVA ve UVB kombinasyonu rol oynar. Etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte güneş ışınları ile indüklenen bir antijene karşı gecikmiş tipte hipersensitivite reaksiyonu olduğu düşünülmektedir.

Olgu: Otuz beş yaşında erkek hasta, yoğun güneş maruziyeti sonrası her iki ön kolda birkaç haftadır mevcut olan Haziran ayında başlayan kaşıntılı deri lezyonları nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede bilateral ön kolların ekstansör yüzlerinde simetrik dağılım gösteren eritemli zeminde çok sayıda papüloveziküler lezyon izlendi. Eşlik eden sistemik semptom tariflememekteydi. Hastanın sistemik hastalık öyküsü bulunmuyordu. Klinik değerlendirme sonucunda polimorf ışık erüpsiyonu tanısı düşünüldü. Hastaya kortikosteroid, vazelin ve gliserin içeren topikal karışım krem ile kaşıntı semptomu için sistemik antihistaminik tedavisi ve SPF50 güneş kremi başlandı.Bir hafta sonraki kontrolünde hastanın lezyonlarında büyük oranda gerileme saptandı, kaşıntı şikayeti tariflememekteydi. Kontrol muayenesinde papüloveziküler lezyonların büyük kısmının regrese olduğu görüldü.

1.FOTOĞRAF



Hastanın Başvuru Sırasındaki Lezyonları

2.FOTOĞRAF



Hastanın İki Hafta Tedavi Uygulandıktan Sonra Kontrol Muayenesindeki Lezyonları



DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE *Yeni Ufuklar*

7-10 Ekim 2026
Hilton Dalaman

Bulgular: Dermatolojik muayenede bilateral ön kolların ekstansör yüzlerinde simetrik dağılım gösteren eritemli zeminde çok sayıda papüloveziküler lezyon izlendi. Eşlik eden sistemik semptom tariflememekteydi. Hastanın sistemik hastalık öyküsü bulunmuyordu.

Sonuç: Polimorf ışık erüpsiyonu sıklıkla papüler morfoloji ile karşımıza çıkmakla birlikte papüloveziküler varyantı ayırıcı tanıda kontakt dermatit, Lupus Eritematozus, solar ürtiker, atopik dermatit, seboreik dermatit ve diğer ekzematöz dermatozlarla karışabilmektedir. Hikaye ve klinik bulgular ayırıcı tanı için sıklıkla yeterlidir. Fototest yöntemi tanıyı desteklemek için kullanılabilir. Şiddetli olgularda sistemik kortikosteroid tedavisi, antimalaryal tedaviler, azatiyoprin ve siklosporin ile başarılı şekilde tedavi yapılabilir. Bu olgu, yaygın papüloveziküler lezyonlarla seyreden atipik klinik görünümü ve topikal tedaviye hızlı yanıtı nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

Bildiri No: 9285

Sunum Tipi: Sözlü Sunum

Dermatoskopik Bulgular Eşliğinde Bir Lipoid Proteinoz Olgusu

MEHMET AKBAŞ¹, PINAR KORKMAZ¹, BEYZA DAĞLI¹

¹GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

MEHMET AKBAŞ / GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

Amaç: Lipoid proteinoz (LP), ekstrasellüler matriks protein-1 (ECM1) genindeki mutasyonlara bağlı gelişen, deri ve mukozalarda hiyalin materyal birikimiyle karakterize nadir, otozomal resesif bir genodermatozudur. Bu olguda LP'nin klasik klinik özellikleri ile farklı anatomik bölgelerde saptanan dermatoskopik bulguların sunulması amaçlandı.

Olgu: Yirmi bir yaşında erkek hasta, çocukluğundan beri mevcut olan farklı görünümlü deri lezyonları nedeniyle başvurdu. Alında ve yüzde geçneyen çukurcuk ve izler, dirseklerde kalınlaşma, üst ve alt göz kapağı kenarlarında boncuk dizisi şeklinde kabarıklıklar ve kirpik batmasından yakınmaktaydı. Dil hareketleri kısıtlıydı ve ses kısıklığı nedeniyle konuşma terapisi almaktaydı.

Bulgular: Deri ve mukoza muayenesinde alında ve yüzde farklı çap ve şekillerde krater benzeri atrofik skarlar, bilateral dirseklerde kalın verrüköz plaklar, dudak mukozasında sert beyaz papüller, coğrafik dil ve lingual frenulumda kalınlaşma izlendi. Dil protrüzyonu sınırlıydı. Üst ve alt göz kapaklarında kirpik dipleri boyunca uzanan sarı-beyaz papüller moniliform blefarozis olarak değerlendirildi (resim 1). Polarize dermatoskopide göz kapağı kenarlarında beyaz-sarı klodlar ve düzensiz sıralanmış kirpikler görüldü. Dirseklerdeki verrüköz plaklarda hafif skuam eşliğinde, oluk ve sırtlar şeklinde dağılım gösteren pembe-gri klodlar izlendi (resim 2). Laringoskopide vokal kordlarda orta derecede kalınlaşma saptandı. Trikiyazis ve distikiyazis dışında oküler tutulum saptanmadı. Nörolojik muayene normaldi ve kraniyal manyetik rezonans görüntüleme patoloji saptanmadı. Klinik bulgularla LP düşünülen hastada ECM1 gen analizi planlandı.

moniliform blefarozis dermatoskopisi



yüzde atrofik skarlar

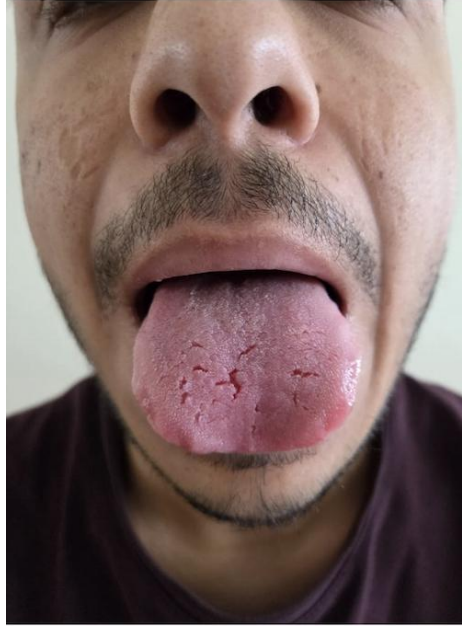


coğrafik dil ve dilde fissürleşme

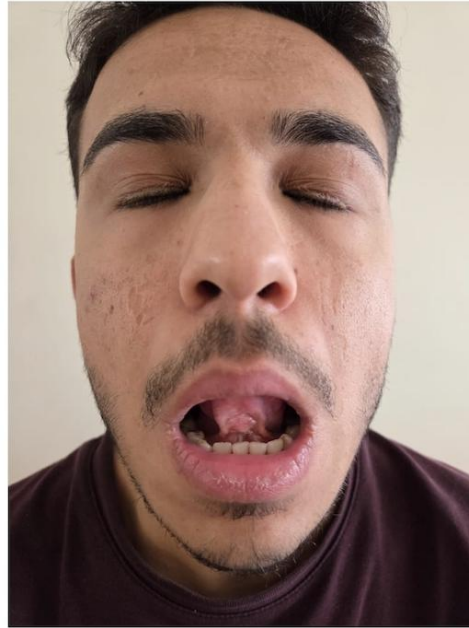


DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİDE *Yeni Ufuklar*

7-10 Ekim 2026
Hilton Dalaman



frenulumda kalınlaşma



dirsekte verrüköz plak



Sonuç: Lipoid proteinoziste dermatoskopik görünüm, lezyonun anatomik lokalizasyonu ve morfolojisine göre değişkenlik gösterebilir. Moniliform blefaroziste görülen beyaz-sarı klodlar ile verrüköz plaklarda izlenen serebriform dağılımlı pembe-gri klodlar, klinik bulguları destekleyen dikkat çekici dermatoskopik özelliklerdir. LP, mukokutanöz bulguların yanı sıra laringeal, oküler ve nörolojik tutulum gösterebilir; daha nadiren diğer visseral organlar da etkilenebilir. Bu nedenle hastaların sistemik tutulum açısından multidisipliner değerlendirilmesi önemlidir.

