



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

- **Kutanöz Leishmaniasis**
Cutaneous Leishmaniasis
İsa An ve ark.
- **Psoriaziste Oral Bulgu ve Oral Sağlık**
Oral Findings and Oral Health in Psoriasis
Atiye Oğrum ve ark.
- **Faun Tail Nevüs: Bir Olgu Sunumu**
Faun Tail Nevus: A Case Report
Hatice Duran ve ark.
- **Pustules and Erythema Multiforme**
Püstüller ve Eritema Multiforme
Sibel Doğan et al.
- **Punktat Palmoplantar Keratoderma Tip 1**
Punctate Palmoplantar Keratoderma Type 1
Cahit Yavuz ve Nurten Yavuz
- **Sağmaç Nodülü Sonrası Eritema Multiforme**
Erythema Multiforme After Milker's Nodule
Gülhan Gürel ve Emine Çölgeçen
- **Lichen Planus Pigmentosus-Inversus**
Liken Planus Pigmentosus-Inversus
Serkan Demirkan et al.



Cilt - Vol.: 13 Özel Sayı - Supplement Issue: 1 Mart-March 2019

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



www.turkdermatolojidergisi.com

Supplement
1



Değerli Meslektaşlarım,

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

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

Bilgilerinize sunarız.

Editör
Soner Uzun



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

○ Türk Dermatoloji Derneği Adına İmtiyaz Sahibi/ Owner on Behalf of Turkish Dermatology Society

Emel Çalıkoğlu
Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği,
Aksaray, Türkiye

○ Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Responsible Manager

Emel Çalıkoğlu
Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği,
Aksaray, Türkiye

○ Editör/Editor

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

ORCID ID: orcid.org/0000-0001-7059-5474

○ Editör Yardımcıları/Associate Editors

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

ORCID ID: orcid.org/0000-0002-6821-7199

Murat Durdu
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,
Adana, Türkiye

ORCID ID: orcid.org/0000-0003-1247-3932

○ Editörler Kurulu/Editorial Board

Adem Köşlü
İstanbul, Türkiye

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

Ahmet Akar
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar
Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

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

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

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

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

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

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

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

Türk Dermatoloji Dergisi, Türk Dermatoloji Derneği'nin resmi yayın organıdır.
The Turkish Journal of Dermatology is an official journal of the Turkish Dermatology Society.



Galenos Yayınevi Kurucusu ve Sahibi/
Galenos Publishing House Owner and Publisher
Erkan Mor

Genel Yayın Koordinatörü/Publication
Coordinator
Burak Sever

Web Koordinatörleri/Web Coordinators
Turgay Akpınar

Finans Koordinatörü/Finance Coordinator
Sevinç Çakmak

Grafik Departmanı/Graphics Department
Ayda Alaca
Çiğdem Birinci
Gülşah Özgül

Proje Koordinatörleri/Project Coordinators
Eda Kolukisa
Esra Semerci
Hatice Balta
Zeynep Altındağ

Proje Asistanları/Project Assistants
Duygu Yıldırım
Gamze Aksoy
Melike Eren
Nurcan Acarçay
Pelin Bulut
Saliha Tuğçe Gündücü

Araştırma&Geliştirme/Research&Development
Kerim Sancar Ölmez
Mert Can Köse

Yayınevi İletişim/Publisher Contact

Adres/Address: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21/1
34093 İstanbul, Türkiye

Telefon/Phone: +90 (212) 621 99 25 Faks/Fax: +90 (212) 621 99 27

E-posta/E-mail: info@galenos.com.tr/yayin@galenos.com.tr

Web: www.galenos.com.tr

Yayıncı Sertifika No/ Publisher Certificate Number: 14521

Yayın Tarihi/Publication Date: Mayıs 2019/May 2019

ISSN: 1307-7635 E-ISSN: 1308-5255

Üç ayda bir yayımlanan süreli yayındır.

International scientific journal published quarterly.

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

Ayşe Kavak

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

Ayşe Şebnem Özkan

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

Ayşe Tülin Güleç

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

Ayşen Karaduman

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

Ayten Ferahbaş

Özel Medipol Koşuyolu Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Berna Şanlı

Denizli, Türkiye

Bilal Doğan

Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

Can Baykal

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

Cengizhan Erdem

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

Deniz Seçkin

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

Deniz Yücelten

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

Ekin Bozkurt Şavk

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

Emel Bülbül Başkan

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

Emel Fetil

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

Emine Derviş

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

Erkan Alpsoy

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

Fezal Özdemir

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

Gonca Elçin

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

Göksun Karaman

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

Güliz İkizoğlu

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

Güneş Aksoy

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

Hamdi Özcan

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

Hatice Erdi Şanlı

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

Hilmi Cevdet Altınyazar

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

Işıl İnandır

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

İdil Ünal

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

İkbal Esen Aydıngöz

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

İlgen Ertam

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

İlknur Kıvanç Altunay

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

Kıymet Baz

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

M. Cem Mat

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

M. Teoman Erdem

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

Mehmet Harman

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

Mehmet Salih Gürel

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

Melih Akyol

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

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

Nahide Onsun

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

Necmettin Akdeniz

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

Nihal Kundakçı

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

Nilgün Bilen

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

Nilgün Şentürk

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

Nilsel İlter

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

Oktay Taşkapan

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

Osman Köse

Ankara, Türkiye

Özgür Emek Kocatürk Göncü

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

Özlem Dicle

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

Perihan Öztürk

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

Rafet Koca

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

Rebiay Apaydın Kırın

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

Refika Ferda Artüz

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

Rıfkiye Küçüköğü

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

Sedef Şahin

Acıbadem Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Seher Bostancı

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

Selda Pelin Kartal

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

Serap Utaş

Acıbadem Fulya Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Sevgi Bahadır

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

Şebnem Aktan

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

Şevki Özdemir

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

Şükrü Balevi

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

Tülin Ergun

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

Vahide Baysal Akkaya

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

Varol Aksungur

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

Yalçın Tüzün

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

Zerrin Öğretmen

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



Danışma Kurulu/Advisory Board

Esra Özsoy Adışen

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

Fatma Şule Afşar

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

Afet Akdağ Köse

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

Necmettin Akdeniz

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

Sedat Akdeniz

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

Şebnem Aktan

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

Akın Aktaş

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

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

Melih Akyol

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

Erkan Alpsoy

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

Ercan Arca

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özer Arıcan

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

Refika Ferda Artüz

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

Mustafa Atasoy

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

Didem Didar Altınır Balcı

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

Can Baykal

İstanbul, Türkiye

Dilek Bayramgürler

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

Vahide Baysal Akkaya

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

Kıymet Baz

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

Cemal Bilaç

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

Nilgün Bilen

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

Murat Borlu

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

Seher Bostancı

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

Emel Bülbül Başkan

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

Filiz Canpolat

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

Can Ceylan

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

Ömer Çalka

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

Emine Derviş

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

Özlem Dicle

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

Bilal Doğan

Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

Asena Çiğdem Doğramacı

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

Murat Durdu

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

Recep Dursun

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

Gonca Elçin

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

Burhan Engin

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

Zühal Erbağcı

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

Gönül Ergenekon

Florence Nightingale Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Şeniz Ergin

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

Gül Erkin

Güven Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

İlgen Ertam

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

Sibel Ersoy Evans

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

Ayten Ferahbaş

Özel Medipol Koşuyolu Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Gülsüm Gençdoğan

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

Nadir Göksüğü

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

Canan Görpelioglu

Ankara, Türkiye

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

Ülker Gül

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

A. Tülin Güleç

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

Müge Güler Özden

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

Sühan Günaştı

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

Ali Tahsin Güneş

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

Emel Güngör

Liv Hospital, Dermatoloji ve Veronoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Mehmet Salih Gürel

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

Mehmet Harman

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

Güliz İkizoğlu

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

Turna İlkur

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

Nida Kaçar Gelincik

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

Gökür Kalkan

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye

Yelda Kapıcıoğlu

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

Ayşe Anıl Karabulut

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

Şemsettin Karaca

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

Ayşe Serap Karadağ

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

Ayşen Karaduman

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

Göksun Karaman

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

Selda Pelin Kartal

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

Ayşe Kavak

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

Tamer İrfan Kaya

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

Yeşim Kaymak

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

Rebiay Apaydın Kıran

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

İlknur Kıvanç Altunay

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

Özgür Emek Kocatürk Göncü

Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği,
İstanbul, Türkiye

Pelin Koçyiğit

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

Ayşın Köktürk

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

Rıfkıye Küçüköğlü

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

Ayşe Tülin Mansur

Ahu Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Marmaris, Türkiye

Evren Odyakmaz Demirsoy

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

Yasemin Oram

Amerikan Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Hamdi Özcan

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

Fezal Özdemir

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

Mustafa Özdemir

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

Esen Özkaya

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

Günseli Öztürk

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

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

Perihan Öztürk

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

Serap Öztürkcan

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

Pınar Özüguz

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

Ali Haydar Parlak

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

Deniz Seçkin

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

Dilek Seçkin

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

Özlem Su

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

Mustafa Turhan Şahin

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

Sedef Şahin

Acıbadem Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Berna Şanlı

Denizli, Türkiye

Sezai Şaşmaz

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

Ekin Bozkurt Şavk

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

Neslihan Şendur

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

Nilgün Şentürk

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

Emine Tamer

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

Oktay Taşkapın

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

Aylin Türel Ermertcan

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

Ümit Türsen

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

Yalçın Tüzün

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

Meltem Uslu

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

Serap Utaş

Acıbadem Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Soner Uzun

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

Mualla Uzun Polat

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

İdil Ünal

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

Başak Yalçın

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

Şahin Yazar

Şelale Tıp Merkezi, Antalya, Türkiye

Ayça Cordan Yazıcı

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

Ertan Yılmaz

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



Biyoistatistik Danışmanı/Consultant in Biostatistics

Mehmet Orman

İzmir, Türkiye



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

HAKKIMIZDA

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

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

Yayın politikaları "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" (2016, <http://www.icmje.org/>) temel alınarak hazırlanmıştır.

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

Açık Erişim Politikası

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

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

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

Baskı İzinleri

CC BY-NC-ND lisansı altında yayınlanan materyalin ticari amaçlı kullanımı (satış vb.) için, telif hakkı sahibi ve yazar haklarının korunması için izin gereklidir. Baskı izinleri için başvurular Editör ofisine yapılmalıdır.

Editör: Prof. Dr. Soner Uzun

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

E-posta: sonuzun@hotmail.com

Yazarlara Bilgi

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

Materyal Sorumluluk Reddi

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

Yayınevi Yazışma Adresi

Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.

Adres: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21/1, 34093 İstanbul, Türkiye

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

E-posta: info@galenos.com.tr

Dergimizde acid-free kağıt kullanılmaktadır.



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

ABOUT US

Turkish Journal of Dermatology, is the official scientific publishing of the Turkish Society of Dermatology; it is published every three months, in March, June, September and December. It is a periodical open access journal published in Turkish and English and follows the rules of independent and unprejudiced peer review.

The target audience of the Turkish Journal of Dermatology, is dermatologists. In addition to high quality research articles, Turkish Journal of Dermatology, includes reviews, editor view, letter to the editor and case reports.

The editorial policies are based on the "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" by the International Committee of Medical Journal Editors (2016, archived at <http://www.icmje.org/>) rules.

Turkish Journal of Dermatology is indexed in Web of Science-Emerging Sources Citation Index (ESCI), EMBASE, Scopus, CINAHL, Gale/Cengage Learning, EBSCO, Directory of Open Access Journals (DOAJ), ProQuest, Index Copernicus, British Library, Tübitak/ULAKBİM TR Index, Turk Medline and Türkiye Citation Index.

Open Access Policy

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

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

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

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

Reprinting Permissions

Permission, required for use any published under CC BY-NC-ND license with commercial purposes (selling, etc.) to protect copyright owner and author rights, may be obtained from the Editorial Office:

Editor: Prof. Dr. Soner Uzun

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

E-mail: sonuzun@hotmail.com

Instructions for Authors

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

Rejection of Material Liability

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

Publisher Corresponding Address

Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.

Address: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21/1, 34093 İstanbul, Turkey

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

E-mail: info@galenos.com.tr

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

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

YAZARLARA BİLGİ

Türk Dermatoloji Dergisi, Türk Dermatoloji Derneği'nin süreli yayın organıdır ve yılda 4 sayı olarak yayınlanır. Tüm meslektaşlarımıza açık olan Türk Dermatoloji Dergisi, kendi alanındaki bilimsel gelişmeleri aktarmak amacıyla, deri ve zührevi hastalıklar ile ilgili klinik, epidemiyolojik ve deneysel araştırmaları, derleme yazıları, ilginç olgu sunumlarını, "tanınız nedir?" şeklindeki olgu sunumlarını, klinik ve pratik uygulamalara ilişkin yazıları, editöre mektupları ve editör yorumlarını yayınlar. Yazıların dergide yayınlanmak üzere kabul edilmesi için; orijinal, "kaynak" olarak kullanıma şansının yüksek ve bilimsel olarak üst düzeyde olması ön koşuldur.

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

Türk Dermatoloji Dergisi'nin kısa adı "Turk J Dermatol"dur. Uluslararası indekslerde ve veritabanında, derginin adı Turkish Journal of Dermatology, İngilizce kısaltmasıyla; Turk J Dermatol olarak kaydedilmiştir, kaynaklarda kullanılırken bu şekilde belirtilmelidir. Deneysel, klinik ve ilaç araştırmaları için ilgili uluslararası anlaşmalara uygun (Helsinki Declaration of 1964, revised 2013 -<http://www.vma.net/e/policy/b3.htm>, "Guide for the care and use of laboratory animals - www.nap.edu/catalog/5140.html) etik komisyon raporu gerekmektedir. Araştırma makalelerinde etik onay belgesi (etik onay numarası ile birlikte), olgu sunumlarında bilgilendirilmiş onam formu istenir. Etik kurul onayı ve "bilgilendirilmiş gönüllü onam formu" alındığı araştırmanın "Gereç ve Yöntem" bölümünde belirtilmelidir.

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

Makalelerin formatı "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication (<http://www.icmje.org/>)" kurallarına göre düzenlenmelidir.

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

Yayınlanmak üzere gönderilen yazılar başka yerde yayınlanmamış ve yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Makaledaki tüm yazarlar bilimsel katkı ve sorumluluklarını bildiren toplu imza ile yayına katılmalıdır. Daha önce bilimsel toplantılarda sunulmuş ve kongre kitaplarında 200 kelimeyi geçmeyen özet bildirileri basılmış çalışmalar, sunulduğu bilimsel toplantı belirlenmek koşulu ile değerlendirmeye alınır. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez ve yazar yazının tüm yayın haklarının, Türk Dermatoloji Derneği'ne ait olduğunu kabul eder. Yayınlanan yazıların bilimsel ve hukuksal sorumluluğu yazarlara aittir. Yayına kabul edilen yazılar için yazarlar, Türkçe ve İngilizce açısından olduğu gibi, metinde

temel değişiklik yapmamak kaydı ile düzeltmelerin editörlerce yapılmasını kabul etmiş sayılır.

Türk Dermatoloji Dergisi çift-kör hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan süreli yayın bir organıdır. Hakemler, yazının konusuyla ilgili uluslararası literatürde yayınları ve atıfları olan bağımsız uzmanlar arasından seçilmektedir. Editör, yayın kurallarına uymayan yazıları yayınlamamak veya düzeltmek üzere yazarına geri göndermek ya da biçim olarak yeniden düzenlemek yetkisine sahiptir. Gönderilen yazılar, en az 2 danışman tarafından değerlendirildikten sonra yayın kurulu kararı ile yayınlanır. Gerektiğinde üçüncü bir danışmana gönderilebilir.

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

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

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

Yazım Kuralları

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

Makale gönderimi yapılırken sorumlu yazarın ORCID (Open Researcher ve Contributor ID) numarası belirtilmelidir. <http://orcid.org> adresinden ücretsiz olarak kayıt oluşturabilir.

Yayın Politikası ve Makale Yazım Kuralları aşağıda belirtilen maddeler "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" (2016, <http://www.icmje.org/>) temel alınarak hazırlanmıştır.

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

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

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

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

YAZARLARA BİLGİ

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

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

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

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

a. Yazılar çift aralıklı ve 12 punto olarak, her sayfanın iki yanında ve alt ve üst kısmında 3 cm boşluk bırakılarak yazılmalıdır. Sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesinde yer almalıdır.

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

c. Yazılar aşağıda belirtilen düzene uygun şekilde hazırlanmalıdır:

Orijinal Araştırmalar

Şu şekilde düzenlenmelidir:

Kapak sayfası: Birinci sayfadır ve ayrı düzenlenir. Yazarların tam ve açık isimleri, son aldıkları akademik unvanlar ile 50 karakteri geçmeyecek şekilde yazının başlığı yazılır. Yazarların ilgili oldukları kurum, bölüm ve şehir sıra ile bildirilir. Birden fazla yerde yapılan çalışmalar sembollerle açıklanır. Bu sayfanın altına yazışmaya yetkili, düzeltmeleri yapacak yazarın açık adı, posta ve e-posta adresleri, telefon ve faks numaraları yazılır. Ayrıca çalışma bilimsel toplantıda önceden bildirilen koşullarda tebliğ edildi ya da özeti yayınlandı ise açıklama yapılır.

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

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

Metin: Giriş, Yöntemler, Bulgular, Tartışma, Çalışmanın kısıtlılıkları ile Sonuçlar kısımlarını içermelidir. Bu son kısımda üretilen bilgidен hekimin ve hastasının nasıl yararlanacağı, çıkarılan olumlu ya da olumsuz sonucun mevcut bilgilere etkisi kısaca yazılmalıdır. Metnin özellikle tartışma kısmının alt başlıklara bölünmesi yararlı olabilir. Farmasötik ürünler jenerik veya ticari isimleriyle belirtilmelidir (jenerik isimler yeğlenir). Ticari isimler büyük harfle yazılmalı, firma ve firma şehri ürün adından hemen sonra parantezde belirtilmelidir. Teşekkür yazılacak ise, bilimsel katkı dışında araştırmanın yürütülmesine önemli katkıda bulunanlarla, yazının son şeklinin verilmesine yardım edenlerden bahsedilir. Bunu, kaynaklar, tablo ve şekiller izlemelidir. Tablo ve şekiller metin sonunda yer almalıdır. Her tablo ayrı bir sayfada çift aralıklı olarak yazılmalı ve metin içerisindeki dizine göre Arabik rakamlarla numaralandırılır. Tablo içeriğinin kısa tanımı başlık olarak tablonun üstüne yazılmalıdır.

Şekiller: Her yazı için en çok 6 adet kabul edilir. Metinde geçtiği sıraya göre Arabik rakamlarla numaralanmalıdır. Mikroskopik fotoğraflarda kullanılan boya, büyütme ölçütleri, şekil içerisinde uzunluk birimi (internal scale bar) belirtilmeli ve patolojik piyeslerde santimetrik şablon eklenmelidir. Hasta fotoğraflarında etik değerler korunmalıdır. Gerek histolojik gerek klinik fotoğraflar dijital ortamda yollanmalı ve basım için uygun netlikte olmalıdır. Şekiller, metin içerisinde kullanılacakları yerlere parantez içerisinde şekil numarasıyla belirtilmeli, kaynaklar ve tablolardan sonra ayrı bir sayfada da liste halinde tüm şekillerin alt yazıları sunulmalıdır. Reprodüksiyon olan şekiller için izin mektubu gereklidir.

Kaynaklar: Ayrı sayfada çift aralıklı düzenlenir. Kaynaklar metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılır. Metinde parantez içinde ve cümle sonunda belirtilmelidir. Dergi isimleri Index Medicus'a uygun kısaltılmalı, eğer Index Medicus'ta yer almıyorsa dergi adı tam olarak yazılmalıdır. Ardışık ikiden fazla kaynak kullanımında sadece ilk ve son kaynak numaraları belirtilmelidir (4-8 gibi). Kaynak gösterilen makalenin künyesinde 4 veya daha fazla yazar olduğunda ilk 3 yazarın ismi yazılmalı, sonrasında Türkçe kaynaklarda ve ark., yabancı dildeki kaynaklarda et al. ifadesi kullanılmalıdır. 3 veya daha az yazarlı makalelerde tüm yazarların isimleri yazılmalıdır. Kaynak sayısının araştırmalarda 50 ve derlemelerde 100, olgu sunumlarında da 15 ile sınırlandırılmasına özen gösterilmelidir.

Kişisel bilgi, yayınlanmamış veriler, baskıda gibi ulaşılamayan kaynaklar burada değil, metin içinde parantez ile sunulur. İki yıldan eski "abstract"lar kaynakçaya alınmamalıdır. Kaynakların gerçekliğinden yazarları sorumludur.

Kaynaklar Index Medicus'a uygun şekilde aşağıda örneklendiği gibi yazılmalıdır:

Dergi Makaleleri

Standart makale

Stinco G, Bragadin G, Trotter D, et al. Relationship between sebostatic activity, tolerability and efficacy of three topical drugs to treat mild to moderate acne. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21:320-5.

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

YAZARLARA BİLGİ

Ek

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

Mektup, Özet ve Editöryel

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

Kitaplar

Tek Yazarlı

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

Yazar Olarak Editörler

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

Kitapta Bölüm

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

İnternet Makalesi

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

Derleme

Derleme yazılarında ana metin yer almalıdır. Yazıda, konunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacak alt başlıklar kullanılmalıdır. Bir derleme yazısında; problemin içeriği, tarihi bilgiler, temel bilgiler, yöntem, hayvan ve insan deneyleri, tartışma, sonuç, öneriler ve gelecekte yapılacak çalışmalar gibi bölümlerin bulunması yararlı olacaktır. Yazarının o konuda deneyim sahibi ve atıfta bulunulmuş uluslararası yazılarının olması tercih edilir.

Olgu Sunumları

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

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

Karşıt / yandaş görüş yazıları üç sayfayı; klinik pratik yazıları şekil, resim ve kaynaklarla birlikte üç sayfayı aşmamalıdır.

Editöre Mektup

Editöre mektup bölümünde, daha önce yayınlanmış yazılara eleştiri ve katkı sağlamak amacıyla yazılar yazılabilir. Yazarlar, yayınlanan makaleler hakkında yorum içeren mektuplar dışında da okurlarımızın ilgi alanlarına giren konular veya özellikle eğitici olgular hakkında da Editöre mektup formatında yorumlarını sunabilirler. Bu yazılar özet içermemeli, kaynakları sınırlı olmalı, kısa ve öz olarak biçimlendirilmelidir. Mektubun sonunda yazarın adı ve tam adresi bulunmalıdır.

Editöryel Yorum

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

İletişim

Editör: Prof. Dr. Soner Uzun

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

E-posta: sonuzun@hotmail.com



Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Turkish Journal of Dermatology, is a periodical published by the Turkish Society of Dermatology every three months. With the aim of communicating the scientific developments in its field, Turkish Journal of Dermatology, which is available for all our colleagues; features clinical, epidemiological and research studies about dermatological and venereal diseases, reviews, interesting case reports, presentations like "what is your diagnosis?", articles related to clinical and practical applications, letters to the editor, and editorial reviews. It is a prerequisite for any prospective article to have a potential to be used as an original "source" and to be scientifically upper level, in order to be accepted.

The presentations presented during the scientific meetings organized by the Turkish Society of Dermatology can be published as a supplement. This journal is published in Turkish and English. The articles written in Turkish should be in accordance with the Turkish Dictionary of Turkish Language Institute and the New Writing Guide.

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

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

An approval of research protocols by ethic committee in accordance with international agreements (Helsinki Declaration of 1964, revised 2013 - available at <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" - www.nap.edu/catalog/5140.html) is required for experimental, clinical and drug studies. Studies performed on human require ethics committee certificate including approval number. For the manuscripts involving cases, a written informed consent should be obtained from the parents or the responsible persons and it should be indicated in the Materials and Methods section.

The authors should acknowledge and provide information at the end of full-text article before references on grants, contracts or other financial support of the study provided by any foundations and institutions or firms.

Manuscripts format should be in accordance with Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication (available at <http://www.icmje.org/>)

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

The articles sent to be published in the journal shouldn't have been published anywhere else previously. All the authors indicated in the article should take part in the article with collective signatures that show their scientific contributions and responsibilities. The works which had previously been presented during scientific meetings and which have

abstracts that are not longer than 200 words in the conference books, are reviewed for eligibility with the condition that the names of the scientific meetings they have been presented in are indicated. No royalty is paid for the articles sent to the journal and the author accepts that all copyrights of the article belong to the Turkish Society of Dermatology.

Turkish Journal of Dermatology is a journal based on double-blind peer-review principles. The scientific board guiding the selection of the papers to be published in the Journal consists of elected experts of the Journal and if necessary, selected from national and international authorities. Editor has the authority not to publish or to return to its author for correction, or to re-arrange and edit those articles which do not meet the requirements of editorial rules. Articles which are sent, are published after the decision of the publishing board, after being reviewed by at least two advisors. They can be sent to a third advisor when necessary.

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

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

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

Preparation of Manuscripts

Manuscripts can only be submitted electronically through the Journal Agent website (<http://tdd-online.org/>) after creating an account. This system allows online submission and review.

The ORCID (Open Researcher and Contributor ID) number of the correspondence author should be provided while sending the manuscript. A free registration can be done at <http://orcid.org>.

The Editorial Policies and General Guidelines for manuscript preparation specified below are based on "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" by the International Committee of Medical Journal Editors (2016, archived at <http://www.icmje.org/>).

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

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

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

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

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

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

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

In order for the article to be reviewed immediately, it must meet the requirements of the below mentioned writing rules:

a. Articles should be written with double space in 12 font size and right, left, upper and lower margins should all be 3 cm. Page numbers should be placed on the bottom right corner of every page.

b. The abbreviations used, should be followed by their original words written clearly in brackets right where they are used, and no special abbreviations should be used. Numerical data between 1 and 10 should be indicated by words while those above 10 should be indicated by numbers. However, numbers between 1-10 that have a descriptive word near them and the numbers at the beginning of the sentences should be indicated by words. Figures and tables should be enumerated in the order of appearance in the text. The caption of the tables should be written above them while those of the figures should be written below. Research articles and article collections should not exceed 10 pages including the text, figures, tables and references, while short announcements and phenomenon presentations should not be longer than 5 pages.

c. The articles should have the below mentioned order:

Original Research

It should be organized as follows:

Cover Page: It is the first page and is organized separately. The Heading is written and should not be longer than 50 characters including the complete and unabbreviated names of the authors, and their academic titles. Their related institutions, department and the city is written in this order. Studies conducted at multiple locations should be explained using symbols. At the bottom of this page, the name, address, e-mail address, mail address, telephone and fax numbers of the authors chosen for correspondence and who will make the

corrections will be written. Also, if the study had previously been announced during a scientific meeting in line with the previously mentioned conditions or its abstract was released, this should be indicated as well.

Abstract (Turkish): It should not exceed 200 words. This summary should include sub-titles of Objective, Methods, Results and Conclusions. A section that includes six key words that are compatible with NLM MeSH terms, should be presented under the summary.

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

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

This should be followed by references, tables and figures. Tables and figures should be at the end of the text. Every table should be in a separate page, and should be written in double space and should be enumerated by Arabic numbers according to their order in the text. A short description of the table content should be indicated above the table.

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

References: Shown in a separate page with double space. References are enumerated according to their order of appearance in the text. They should be shown in brackets in the text, and should be at the end of the sentences. Periodical names should be abbreviated according to Index

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Medicus, and if they are not found in Index Medicus, complete name of the periodical should be given. When more than two consecutive references are indicated, only the first and last reference numbers should be indicated (e.g. 4-8). When there are four or more authors in the tag of the article which is shown as a reference, the first three names should be written and then "ark." and "et. al." terms should be used in Turkish and English references respectively. When there are less than three authors, names of all authors should be indicated. It is preferred that number of references do not exceed 50 for research articles, 100 for reviews and 15 for case reports.

Inaccessible references such as personal information, unpublished data, or data at the stage of publishing, should not be indicated here, but should be indicated in brackets in the text. "Abstracts" more than two years old should not be included in the references. Authors are responsible for the originality of their references.

References should be written in accordance with Index Medicus, as shown below:

For Journal Articles

Standard Article

Stinco G, Bragadin G, Trotter D, et al. Relationship between sebostatic activity, tolerability and efficacy of three topical drugs to treat mild to moderate acne. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21:320-5.

Supplement

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

Letter, Abstract and Editorial

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

For Books

Single Author

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

Editors

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

For Chapters in Books

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

For Electronic Media

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

Review

In review, there should be the main text. Sub-titles that makes the subject easier to understand should be used. It would be helpful if the following are included in a review; content of the problem, historical information, basic information, method, animal and human studies, discussion, conclusion, suggestions and prospective studies. It is preferred when the author is experienced and has articles which have been referred to on an international scale.

Case Reports

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

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

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

Letters to the Editor

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

Editorial Comment

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

Correspondence

Editor: Prof. Dr. Soner Uzun

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

E-mail: sonuzun@hotmail.com

Türk Dermatoloji Dergisi

TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Özgün Araştırmalar / Original Investigations

- 1 Kutanöz Leishmaniasiste Deneyimli Uzman ve Rutin Mikrobiyoloji Laboratuvarı Tarafından Yapılan Lezyonal Yaymaların Tanısal Değeri
The Diagnostic Value of Lesional Skin Smears Performed by Experienced Specialist in Cutaneous Leishmaniasis and Routine Microbiology Laboratory
İsa An, Mehmet Harman, İbrahim Çavuş, Ahmet Özbilgin; Şanlıurfa, Diyarbakır, Manisa, Türkiye
- 6 Psoriasis Vulgaris Tanılı Hastalarda Oral Bulgular ile Ağız ve Diş Sağlığının Değerlendirilmesi
Evaluation of Oral Findings with Oral and Dental Health in Patients Diagnosed with Psoriasis Vulgaris
Atiye Oğrum, Özge Göktürk, Fatma Uçan Yarkaç; Tokat, Bolu, Türkiye

Olgu Sunumları / Case Reports

- 13 Faun Tail Nevüs: Bir Olgu Sunumu
Faun Tail Nevus: A Case Report
Hatice Duran, Ali Fırat Sarp, Sıla Şeremet Uysal, Ceren Dağar, Handan Kelekçi; İzmir, Türkiye
- 16 A Case of Erythema Multiforme Associated with Pustules: Coexistence of Erythema Multiforme Minor and Acute Generalized Exanthematous Pustulosis
Püstüllerle Birliktelik Gösteren Bir Eritema Multiforme Olgusu: Eritema Multiforme Minör ve Akut Jeneralize Ekzantematöz Püstüloz Birlikteliği
Sibel Doğan, Arzu Kılıç, Ferda Artüz, Elçin Kadan; Ankara, Turkey
- 20 Excessive Punctate Palmoplantar Keratoderma Type 1 Lesions in a Patient Accompanied with Renal Failure
Böbrek Yetmezliğinin Eşlik Ettiği Hastada Görülen Aşırı Punctat Palmoplantar Keratoderma Tip 1 Lezyonları
Cahit Yavuz, Nurten Yavuz; Konya, Turkey
- 23 Sağmaç Nodülü Sonrası Eritema Multiforme Gelişen Bir Olgu
A Case of Erythema Multiforme Evolving after Milker's Nodule
Gülhan Gürel, Emine Çölgeçen; Yozgat, Türkiye
- 25 Lichen Planus Pigmentosus-Inversus: A Report of Two Cases
Liken Planus Pigmentosus-Inversus: İki Olgu Sunumu
Serkan Demirkan, Özgür Gündüz, Tuba Devrim; Kırıkkale, Turkey

Çeşitli / Miscellaneous

- 29 Tanınız Nedir?
What is Your Diagnosis?
Evren Odyakmaz Demirsoy, Cengiz Erçin, Mehmet Kılıç, Nilgün Sayman; Kocaeli, Osmaniye, Türkiye
- 31 What is Your Diagnosis?
Tanınız Nedir?
Sibel Doğan, Özay Gököz, Pelin Eşme; Ankara, Turkey



İsa An,
Mehmet Harman*,
İbrahim Çavuş**,
Ahmet Özbilgin**

Kutanöz Leishmaniasiste Deneyimli Uzman ve Rutin Mikrobiyoloji Laboratuvarı Tarafından Yapılan Lezyonal Yaymaların Tanısal Değeri

The Diagnostic Value of Lesional Skin Smears Performed by Experienced Specialist in Cutaneous Leishmaniasis and Routine Microbiology Laboratory

Öz

Amaç: Leishmaniasis, 98 ülkede 12 milyon insanı etkileyen vektör kaynaklı yaygın bir enfeksiyondur. Tanıda en sık kullanılan yöntem leishmania yaymaların mikroskopik incelemesidir. Bu yöntemin tanısal değeri değerlendiricinin deneyimine göre değişkenlik gösterir. Bu çalışmada kutanöz leishmaniasis tanısında lezyonal yaymaların değerlendirilmesinde deneyimin ne kadar önemli olduğunun saptanması amaçlandı.

Yöntemler: Bu çalışmaya 2016 yılının Ocak ve Aralık ayları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran ve deri leishmaniasisi kuşkusu uyandıran lezyonlara sahip hastalar alındı. Bu hastaların tümünden hem rutin mikrobiyoloji laboratuvarında hem de kutanöz leishmaniasisin klinik ve tanısında deneyimli uzman tarafından olmak üzere ayrı yaymalar yapıldı ve birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 98 olgunun 70'inde kutanöz leishmaniasis tanısı laboratuvar değerlendirmeleri ile doğrulandı. Kutanöz leishmaniasisin klinik ve tanısında deneyimli uzman tarafından yapılan yaymaların pozitifliği (%95,7) rutin mikrobiyoloji laboratuvarı tarafından yapılan yaymaların pozitifliğinden (%42,9) yüksekti ($p<0,001$).

Sonuç: Çalışmamızdaki veriler gösterdi ki kutanöz leishmaniasis tanısı için yaymalar kutanöz leishmaniasisin klinik ve tanısında deneyimli uzmanlar tarafından yapılmalı ve değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Kutanöz leishmaniasis, yayma, tanı, GZ-PZR, kültür

Abstract

Objective: Leishmaniasis is a common vector-borne infection affecting 12 million people in 98 countries. The most frequently used method in diagnosis is the microscopic investigation of the leishmania smears. The diagnostic value of this method varies according to the experience of the evaluator. In this prospective study, it was aimed to emphasize the importance of experience in the evaluation of lesional smears used in the diagnosis of cutaneous leishmaniasis.

Methods: In this study, patients who were admitted to Dicle University Medical Faculty Hospital Dermatological and Venereal Diseases Outpatient Clinic between January and December 2016 and who had lesions with suspicious cutaneous leishmaniasis were included. For all the cases, both in the routine microbiology laboratory and in the diagnosis and treatment of cutaneous leishmaniasis, separate smears were performed by an experienced specialist and evaluated independently from each other.

Results: In 70 of 98 cases studied, the diagnosis of cutaneous leishmaniasis was confirmed by laboratory evaluations. The rate of positivity was significantly higher in the smears analyzed by experienced specialist in the clinical and diagnosis of cutaneous leishmaniasis (95.7%) than in the smears analyzed by the routine microbiology laboratory (42.9%) ($p<0.001$).

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

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

**Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Parazitoloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

İsa An, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye
E-posta: is_an89@hotmail.com
ORCID-ID: orcid.org/0000-0003-3366-4551
Geliş Tarihi/Submitted: 16.08.2018
Kabul Tarihi/Accepted: 8.10.2018

Abstract

Conclusion: The data in our study showed that smears should be performed and evaluated by experienced specialists in the clinical and diagnosis of cutaneous leishmaniasis.

Keywords: Cutaneous leishmaniasis, smear, diagnosis, RT-PCR, culture

Giriş

Leishmaniasis, leishmania cinsi protozoonların neden olduğu, deri lezyonlarından sistemik hastalıklara uzanan geniş spektrumlu multisistemik bir hastalıktır. Kutanöz leishmaniasis (KL) deride uzun süren nodülo-ülseratif lezyonlarla seyredip atrofik skarlarla iyileşen bir deri hastalığı tablosudur. Hastalığın klinik ve epidemiyolojik özellikleri parazitler, konak ve çevreyi içeren çok sayıda faktörün rol oynamasına bağlı olarak değişmektedir (1-3).

KL tanısı; mikroskopik inceleme, kültür ortamında izolasyon, genomda bulunan spesifik dizilerin moleküler yöntemlerle incelenmesi yöntemleri ile veya hasta serumunda antikorların arandığı serolojik testlerle yapılabilmektedir. Direkt mikroskopide amastigotların görülebilirliği tecrübe gerektirir. Literatürde bu yöntemle olgularda %30 ile %96,2 arasında değişen oranlarda hastalık etkeni mikroorganizmaların saptandığı bildirilmektedir. Bu oranların farklı olmasında; lezyondan materyal alma yeri ve yöntemi, yaymaların hazırlanma biçimi ve mikroskopik incelemeyi yapan kişinin deneyimi etkili olmaktadır (4,5).

Bu çalışmada KL tanısında lezyonal yaymaların değerlendirilmesinde deneyimin ne kadar önemli olduğunun saptanması amaçlandı.

Yöntemler

Çalışmaya 2016 yılının Ocak ve Aralık ayları arasında, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran her yaş ve cinsiyetten, öykü-fizik muayene ile KL olduğu düşünülen 98 hasta dahil edildi. Bu hastalar arasında tanısı doğrulanan 70 olgu değerlendirildi.

Deri ve zührevi hastalıklar polikliniği'ne başvuran ve KL düşünülen hastalar ilk önce rutin mikrobiyoloji laboratuvarına yönlendirildi. Burada her hastadan 2 adet yayma preparat hazırlanıp mikroskopik inceleme yapıldı. Daha sonra aynı hastalar KL'nin klinik ve tanısında deneyimli uzman tarafından değerlendirildi. Papül, nodül, plak gibi solid lezyonlardan sitolojik örnek almak için dermal kazıntı yöntemi kullanıldı. Örnek alınacak bölge alkolü spanç ile silindikten sonra solid lezyonlar dominant olmayan elin baş ve işaret parmağı arasında sıkıştırıldı, bistüri (15 numara) yardımı ile yaklaşık 5 mm uzunluğunda ve 2-3 mm derinliğinde minik bir insizyon yapıldı. Bistüri ile dermal bölgeden kazıntı yapılarak elde edilen materyaller lam üzerine yayıldı. Üzeri krutlu ülser lezyonlarda ise bistüri ile krut bir kenarından hafifçe kaldırıldıktan sonra açığa çıkan ülser yüzeyinden bistüri ile kazıntı yapıldı. Direkt mikroskopik inceleme için alınan örnek lam üzerine ince bir şekilde yayıldı. Tüm hastalardan en az 4 adet yayma hazırlandı. Bu yaymaların 2'si metil alkolle tespit

edildikten sonra Giemsa ile boyanarak mikroskop altında leishmania amastigotlarının varlığı açısından en az 5 dakika süre ile incelendi. Mikroskopik incelemede, yuvarlak veya oval şekilli, bir köşede koyu mor renkli nükleusu ve bunun hemen yanında kinetoplastı bulunan, sitoplazması soluk mavi renkte yapılar şeklinde görülen amastigot bulunduran yaymalar pozitif olarak kabul edildi.

Hastalardan alınan 4 preparatın ikisi ise moleküler çalışmalarda kullanılmak üzere -20°C'de saklandı.

Kültür için lezyondan elde edilen örnekten modifiye Novy-MacNeal-Nicolle (NNN) besiyerlerine ekim yapıldı. Besiyerleri 260 °C'de saklanmış ve promastigotların varlığı açısından bir ay süreyle gün aşırı kontrol edildi. İlk üremenin gerçekleştiği besiyerlerinden örnekler alındı. Alınan örnekler fazla miktarda üretmek amacıyla Media Designed at Roswell Park Memorial Institute-1640 besiyerinde kültüre alındı.

Polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) ile genotiplendirme çalışmalarında, leishmania parazitlerinin ssu rRNA ve 5,8S rRNA'yı kodlayan genleri ayıran ribozomal internal transcribed spacer 1 bölgesi primer ve problemleri kullanılarak gerçek zamanlı (GZ)-PZR testi uygulandı (6).

Preparatlar steril bir bistüri yardımıyla steril bir petri içersine kazınarak preparat üzerindeki materyal alındı. Bu materyal 1,5 mL'lik ependorf tüpüne aktarıldı ve 200 µL steril phosphate-buffered saline ilave edilerek, iyice karıştırıldı. Daha sonra DNA izolasyon işlemi gerçekleştirildi. DNA izolasyon işlemi ROCHE High Pure PCR Template Preparation Kit'i kullanılarak talimatlara uygun şekilde yapıldı.

GZ-PZR analiz işlemi için toplam 25 µL'lik reaksiyon karışımı (20-50 ng genomik DNA, 1,5 µL H₂O (PCR grade water), 10 µm forward ve reverse primerlerden 1 µL, her bir 4 µm probe için 0,5 µL, 12,5 µL 2X QuantiTect Probe PCR Kit Master karışımı) hazırlandı.

GZ-PZR cihazında (Rotor-Gene® Q) uygulanan protokol; ön denatürasyon 95°C 15 dakika devamında 40 döngü (95°C 15 saniye denatürasyon, 50°C 30 saniye bağlanma, 72°C 20 saniye uzama), sonlanma 95°C 1 dakika ve 40°C 1 dakika daha sonra melting uygulanarak tür ayrımı yapılmıştı.

İstatistiksel Analiz

Çalışmaya dahil edilen hastaların tüm verileri istatistiksel analiz SPSS 18.0 for Windows (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak yapıldı. P değeri 0,05'in altında olduğunda anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Bu çalışmada öykü-fizik muayene ile KL olduğu düşünülen 98 hasta arasında tanısı çeşitli laboratuvar yöntemleri

ile doğrulan 70 hasta değerlendirmeye alındı. Tanısı doğrulan hastaların tümünde kültür ve GZ-PZR pozitif idi.

Hastaların örneklerinden yapılan GZ-PZR analizlerinde 49 (%70) hastada *L. tropica*, 14 (%20) hastada *L. major* ve 7 (%10) hastada *L. infantum/L. donovani* tespit edildi (Tablo 1).

Rutin mikrobiyoloji laboratuvarı tarafından yapılan yaymalarda 30 (%42,9) olguda, KL'nin klinik ve tanısında deneyimli uzman tarafından yapılan yaymalarda ise 67 (%95,7) olguda pozitiflik tespit edildi ($p<0,001$).

Rutin mikrobiyoloji laboratuvarı tarafından yapılan yaymalarda, KL'nin klinik ve tanısında deneyimli uzman tarafından yapılan yaymalarda, modifiye NNN kültürde ve GZ-PZR'de pozitiflik oranları sırasıyla %42,9, %95,7, %100 ve %100 olarak saptandı ($p=0,048$) (Tablo 2).

Tartışma

Ülkemizde KL sık görülen bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Özellikle Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu

bölgesinde görülmesine rağmen, diğer bölgelerde de sporadik olgular bildirilmektedir (7-9).

L. tropica ve *L. major* başlıca Akdeniz havzası, Ortadoğu, Kafkasya ve Orta Asya'da, sıklıkla visceral hastalık yapan *L. infantum* Akdeniz'e kıyısı olan ülkelerde KL'ye yol açar (2,8,9).

Eroğlu ve ark., (8) KL'li hasta örneklerinden izole edilen leishmania izolatlarının tiplendirildiği çalışmada %31,5 oranında *L. infantum*, %68,5 oranında *L. tropica* bildirilmiştir. Serin ve ark., (10) KL olgularının %30'unda *L. infantum* ve %70'inde *L. tropica* tespit etmişlerdir. Özbilgin ve ark., (11) 2011-2014 yılları arasında Türkiye'de *L. major*un etken olduğu 18 KL olgusu bildirmişlerdir. Türkiye'de *L. major* enfeksiyonlarının görülme sıklığındaki artış birkaç faktöre bağlanmıştır. Bu faktörlerden en önemlisi Türkiye'nin komşuları olan Irak ve Suriye'den olan mülteci göçüdür.

Bizim çalışmamızda Türkiye'de yapılan çalışmaları kapsayan literatür bilgileriyle uyumlu olarak 49 (%70) hastada *L. tropica*, 14 (%20) hastada *L. major* ve 7 (%10) hastada *L. infantum/L. donovani* tespit edilmiştir.

KL klinik olarak birçok deri hastalıklarını taklit edebilir. Bu nedenle KL tanısı mutlaka laboratuvar tanısı ile doğrulanmalıdır. KL tanısı; mikroskopik inceleme, kültür ortamında izolasyon, genomda bulunan spesifik dizilerin moleküler yöntemlerle incelenme, antijenlerinin gösterildiği (direkt aglütinasyon testi, rK39) direkt yöntemler veya hasta serumunda antikorların arandığı serolojik testlerle yapılabilmektedir (12-16). PZR tabanlı yöntemler düşük parazit yükü bulunan olguları bile iyi analiz edebilmesinden

Tablo 1. Gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu ile saptanan leishmania türleri

GZ-PZR sonucu	Sayı	%
<i>L. tropica</i>	49	70,0
<i>L. major</i>	14	20,0
<i>L. infantum/L. donovani</i>	7	10,0
Toplam	70	100,0
GZ-PZR: Gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu		

Tablo 2. Rutin mikrobiyoloji laboratuvarı smear, kutanöz leishmaniasisin klinik ve tanısında deneyimli uzman smear, modifiye Novy-Macneal-Nicolle kültür yöntemi ve GZ-PZR pozitifliği karşılaştırılması

	Rutin mikrobiyoloji laboratuvarı smear		Kutanöz leishmaniasisin klinik ve tanısında deneyimli uzman smear		Modifiye NNN		GZ-PZR		p değeri
	Pozitif	Negatif	Pozitif	Negatif	Pozitif	Negatif	Pozitif	Negatif	0,048
Sayı	30	40	67	3	70	0	70	0	
Yüzde (%)	42,9	57,1	95,7	4,3	100	0	100	0	
GZ-PZR: Gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu, NNN: Novy-Macneal-Nicolle									

Tablo 3. Literatürdeki smear pozitiflik oranları

Yazarın adı	Çalışmanın yapıldığı ülke	Smear pozitiflik yüzdesi	Kaynak numarası
Rahman ve ark.	Pakistan	30	5
Dar ve ark.	Pakistan	32	18
Aviles ve ark.	Ekvador	42	19
Sharquie ve ark.	Irak	60	25
Rodriguez ve ark.	Venezuela	63	20
Tareen ve ark.	Pakistan	76	21
Gurel ve ark.	Türkiye	78	22
El-Safi ve ark.	Sudan	88	23
Uzun ve ark.	Türkiye	90	24
Khatri ve ark.	Yemen	96,2	4

dolayı özellikle düşük parazit yükü bulunan olgularda tercih edilir (17,18).

Mikroskopik inceleme basit, ucuz bir yöntemdir. Literatürde bu yöntemle olguların %30 ile %96,2 arasında değişen oranında hastalık etkeni mikroorganizmaların saptandığı bildirilmektedir (4,5,19-26) (Tablo 3).

Bizim çalışmamızda rutin mikrobiyoloji laboratuvarı tarafından yapılan incelemede olguların %42,9'unda (30 olgu), KL konusunda KL'nin klinik ve tanısında deneyimli uzman tarafından yapılan incelemede ise olguların %95,7'sinde (67 olgu) amastigotlar saptanmıştır.

KL klinik ve tanısında deneyimli uzmanın smear pozitiflik oranının yüksek olmasının nedenlerinin; hastalığın klinik ve anamnez bulgularını iyi bilmek, yayma hazırlama ve inceleme konusunda deneyimli olmak, çok sayıda yayma preparatı hazırlamak ve özellikle kronik olgularda yaymaların daha uzun süre incelenmesi olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın kısıtlılığı sadece yayma sonuçlarının değerlendirmesi nedeniyle deneyimin hangi aşamada etkili olduğunun saptanamamasıdır.

Çalışmamızda rutin mikrobiyoloji laboratuvarı tarafından yapılan yayma, KL'nin klinik ve tanısında deneyimli uzman tarafından yapılan yayma, modifiye NNN kültür yöntemi ve GZ-PZR pozitifliği sırasıyla %42,9, %95,7, %100 ve %100 olarak saptandı. Bu sonuçlara dayanılarak GZ-PZR ve modifiye NNN kültür laboratuvar yöntemlerinin KL tanısında yüksek duyarlılık ve özgünlüğe sahip olduğu söylenilebilir.

Dermatologlar KL'nin tanısı için basit, kolay uygulanabilen ve ucuz bir yöntem olan sitolojik incelemeye gerekli önemi vermemektedirler. Bu nedenle yaymalar, genellikle mikrobiyologlar tarafından değerlendirilmektedir. Sitolojik inceleme konusunda deneyimli olan dermatologlar tarafından yapılacak olan sitoloji kursları ile dermatologlar, yayma konusunda özendirilmelidir.

Sonuç

Sonuç olarak çalışmamızdaki veriler gösterdi ki KL tanısı için yaymalar KL'nin klinik ve tanısında deneyimli uzman tarafından alınmalı ve değerlendirilmelidir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 27.02.2015/153 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

Hasta Onayı: Hastalardan yazılı onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: İ.A., Dizayn: İ.A., M.H., Veri Toplama veya İşleme: İ.A., M.H., İ.Ç., A.Ö., Analiz veya Yorumlama: M.H., Literatür Arama: İ.A., Yazan: İ.A., M. H.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Uzun S, Gürel MS, Durdu M, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous leishmaniasis in Turkey. *Int J Dermatol* 2018;57:973-82.
2. Salman IS, Vural A, Unver A, et al. Cutaneous leishmaniasis cases in nızip, Turkey after the Syrian civil war. *Mikrobiyol Bul* 2014;48:106-13.
3. Turhanoglu M, Alp Erdal S, Bayindir Bilman F. A nine-year evaluation of cutaneous leishmaniasis patients in Diyarbakir Training and Research Hospital, Turkey. *Mikrobiyol Bul* 2014;48:335-40.
4. Khatir ML, Di Muccio T, Gramiccia M. Cutaneous leishmaniasis in North-Western Yemen: a clinicoepidemiologic study and leishmania species identification by polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism analysis. *J Am Acad Dermatol* 2009;61:e15-21.
5. Rahman SB, Bari AU. Laboratory profile in patients of cutaneous leishmaniasis from various regions of Pakistan. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003;13:313-36.
6. Özensoy Toz S, Çulha G, Yıldız Zeyrek F, et al. A real-time ITS1-pcr based method in the diagnosis and species identifications of leishmania parasite from human and dog clinical samples in Turkey. *Plos Negl Trop Dis* 2013;7:e2205.
7. Özbilgin A, Harman M, Karakuş M, et al. Leishmaniasis in Turkey: visceral and cutaneous leishmaniasis caused by leishmania donovani in Turkey. *Acta Trop* 2017;173:90-6.
8. Eroğlu F, Koltas IS, Genc A. Identification of causative species in cutaneous leishmaniasis patients using PCR-RFLP. *J Bacteriol Parasitol* 2011;2:113.
9. Harman M. Kutanöz leishmaniasis. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2017;10:125-32.
10. Serin MS, Daglioglu K, Bagirova M, et al. Rapid diagnosis and genotyping of Leishmania isolates from cutaneous and visceral leishmaniasis by microcapillary cultivation and polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism of minixon region. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2005;53:209-14.
11. Özbilgin A, Çulha G, Uzun S, et al. Leishmaniasis in Turkey: first clinical isolation of Leishmania major from 18 autochthonous cases of cutaneous leishmaniasis in four geographical regions. *Trop Med Int Health* 2016;21:783-91.
12. Harman M. Kutanöz Leishmaniasis. *Turk J Dermatol* 2015;9:168-76.
13. Koltas IS, Eroglu F, Uzun S, et al. A comparative analysis of different molecular targets using PCR for diagnosis of old world leishmaniasis. *Exp Parasitol* 2016;164:43-8.
14. Koltas IS, Eroglu F, Alabaz D, et al. The emergence of Leishmania major and Leishmania donovani in southern Turkey. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2014;108:154-8.
15. Başsorgun Cİ, Ünal B, Karakaş AA, et al. Clinicopathological evaluation of cutaneous leishmaniasis in the mediterranean region of Turkey. *Turk Patoloji Derg* 2015;31:126-30.
16. Eroglu F, Koltas IS, Alabaz D, et al. Clinical manifestations and genetic variation of Leishmania infantum and Leishmania tropica in Southern Turkey. *Exp Parasitol* 2015;154:67-74.
17. Graça GC, Volpini AC, Romero GA, et al. Development and validation of PCR-based assays for diagnosis of American cutaneous leishmaniasis and identification of the parasite species. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2012;107:664-74.
18. Azmi K, Nasereddin A, Ereqat S, et al. Methods incorporating a polymerase chain reaction and restriction fragment length polymorphism and their use as a 'gold standard' in diagnosing Old World cutaneous leishmaniasis. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2011;71:151-5.
19. Dar NR, Khurshid T. Comparison of skin smears and biopsy specimens for demonstration of leishmania tropica bodies in

- cutaneous Leishmaniasis. J Coll Physicians Surg Pak 2005;15:765-67.
20. Aviles H, Belli A, Armijos R, et al. PCR detection and identification of *Leishmania* parasites in clinical specimens in Ecuador: a comparison with classical diagnostic methods. J Parasitol 1999;85:181-7.
 21. Rodriguez N, Guzman B, Rodas A, et al. Diagnosis of cutaneous leishmaniasis and species discrimination of parasites by PCR and hybridization. J Clin Microbiol 1994;32:2246-52.
 22. Tareen A, Afaq S, Haque AU. Comparative study of the diagnosis of cutaneous leishmaniasis by slit skin smear and skin biopsy for histopathology. J RMC 2014;18:83-6.
 23. Gurel MS, Ulukanligil M, Ozbilge H. Cutaneous leishmaniasis in Sanliurfa: epidemiologic and clinical features of the last four years (1997-2000). Int J Dermatol 2002;41:32-7.
 24. el-Safi SH, Peters W, el-Toam B, et al. Studies on the leishmaniasis in the Sudan. 2. Clinical and parasitological studies on cutaneous leishmaniasis. Trans R Soc Trop Med Hyg 1991;85:457-64.
 25. Uzun S, Uslular C, Yucel A, et al. Cutaneous leishmaniasis: evaluation of 3,074 cases in the Cukurova region of Turkey. Br J Dermatol 1999;140:347-50.
 26. Sharquie KE, Hassen AS, Hassan SA, et al. Evaluation of diagnosis of cutaneous leishmaniasis by direct smear, culture and histopathology. Saudi Med J 2002;23:925-8.



Atiye Oğrum,
Özge Göktürk*,
Fatma Uçan
Yarkaç**

Psoriasis Vulgaris Tanılı Hastalarda Oral Bulgular ile Ağız ve Diş Sağlığının Değerlendirilmesi

Evaluation of Oral Findings with Oral and Dental Health in Patients Diagnosed with Psoriasis Vulgaris

Öz

Amaç: Psoriasis vulgaris tanılı hastalarda oral bulgu varlığı ve bu bulguların hastalığın klinik özellikleriyle ilişkisini araştırmak ve hastaların ağız ve diş sağlığını değerlendirmektir.

Yöntemler: Psoriasis vulgaris tanılı 85 hasta ile kontrol grubunu oluşturmak üzere 100 birey çalışmaya dahil edildi. Tüm bireylerde oral bulgu, obezite varlığı, çürük, kayıp ve dolgulu diş (decayed, missing, filled, teeth) (DMFT) değerleri ile ağız ve diş sağlığı değerlendirildi.

Bulgular: Fissürlü dil ve coğrafik dil sıklığı hasta grubunda anlamlı oranda yüksekti (sırasıyla, $p<0,001$; $p=0,049$). Psoriasis vulgaris tanılı hastalar içinde, sistemik immünoşüpresif tedavi alanlarda almayanlara kıyasla fissürlü dil sıklığı anlamlı oranda yüksekti ($p=0,002$). DMFT ortalaması hasta ve kontrol grubunda benzerdi ($p>0,05$). Hasta grubu klinik özelliklerine göre değerlendirildiğinde, geç başlangıçlı psoriasis hastalarında erken başlangıçlılara kıyasla, obez psoriasis hastalarında obez olmayanlara kıyasla diş kaybı daha fazla iken; erken başlangıçlı psoriasislilerde geç başlangıçlı psoriasislilere kıyasla ve immünoşüpresif tedavi almayan psoriasis hastalarında immünoşüpresif tedavi alan psoriasis hastalarına kıyasla dolgulu diş sayısı daha yüksekti (sırasıyla, $p=0,017$; $p=0,002$; $p=0,038$; $p=0,019$).

Sonuç: Psoriasis hastalarının ağız ve diş sağlığı açısından düzenli muayenesi ve bilgilendirilmeleri, diş sağlığının korunmasında fayda sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Psoriasis, psoriasis vulgaris, oral bulgu, oral hijyen, diş, DMFT indeksi

Abstract

Objective: To investigate the presence of oral findings and relationship between these findings and clinical features in patients with psoriasis vulgaris, and to evaluate the oral and dental health of the patients.

Methods: This study included 85 patients with psoriasis vulgaris and 100 participants as a control group. Oral findings, presence of obesity, decayed, missing, filled, teeth (DMFT) values, and oral and dental health were evaluated in all participants.

Results: The frequency of fissured tongue and geographic tongue was significantly higher in the patient group ($p<0,001$; $p=0,049$, respectively). Among patients diagnosed with psoriasis vulgaris, fissured tongue was found more frequently in patients receiving systemic immunosuppressive treatment than in patients non-receiving immunosuppressive treatment ($p=0,002$). The mean of the DMFT was similar in patient and control group ($p>0,05$). When the patient group was evaluated according to clinical characteristics of the disease, the number of missing teeth was higher in patients with late-onset psoriasis than early-onset group, and in patients with obese than non-obese group, whereas the number of filled teeth was higher in patients with early-onset psoriasis than late-onset group, and patients non-receiving immunosuppressive treatment than patients receiving immunosuppressive treatment ($p=0,017$; $p=0,002$; $p=0,038$; $p=0,019$, respectively).

Conclusion: Regular examination and informing of psoriatic patients in terms of oral and dental health may be beneficial in maintaining dental health.

Keywords: Psoriasis, psoriasis vulgaris, oral finding, oral hygiene, tooth, DMFT index

Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi
Hastalıkları Anabilim Dalı,
Tokat, Türkiye

*Bolu Abant İzzet Baysal
Üniversitesi Diş Hekimliği
Fakültesi, Periodontoloji
Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

**Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Periodontoloji Anabilim Dalı,
Tokat, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Atiye Oğrum, Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve
Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,
Tokat, Türkiye
E-posta: aogrum@yahoo.com
ORCID-ID:
orcid.org/0000-0003-2999-2691
Geliş Tarihi/Submitted: 09.11.2018
Kabul Tarihi/Accepted: 11.09.2019

Giriş

Psoriasis çok sayıda komorbiditeleriyle dikkat çeken ve kronik enflamatuvar süreç nedeniyle vücutta çok sayıda organ ve dokuyu etkileyebilen bir hastalıktır. Hastalığa eşlik eden oral bulgulara yönelik yapılan çalışmalarda fissürlü dil yüksek oranda gözlenen bir bulgu olarak bildirilmekle birlikte, fissürlü dilin eşlik ettiği psoriasis klinik özellikleri ve coğrafik dilin görülme sıklığı ve hastalık klinik özellikleriyle olası ilişkisine yönelik çelişkili sonuçlar mevcuttur (1-4). Bununla birlikte, psoriasis hastalarındaki oral bulgular dil patolojileriyle sınırlı değildir. Psoriasis hastalarında diş kayıplarının benzer yaş grubuna kıyasla daha fazla olduğunu bildiren sınırlı sayıda literatür mevcuttur (5). Diş etkileyen patolojiler, hastalık seyri sırasında, hastalığa ya da hastalık dışı faktörlere bağlı olarak gelişebileceği gibi; bu patolojiler hastalığın ortaya çıkması ya da rekürrenslerinde de tetikleyici rol oynayabilir (6,7). Türkiye’de psoriasis hastalığına eşlik eden oral bulgular ve bu bulguların hastalığın klinik özellikleriyle olası ilişkilerini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur (8). Ayrıca, psoriasis hastalarında ağız ve diş sağlığına yönelik değerlendirmeler az sayıdaki uluslararası literatürle sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, Türk psoriasis vulgaris hastalarındaki fissürlü ve coğrafik dil sıklığının ve bunların hastalığın klinik özellikleriyle olası ilişkisinin incelenmesi ve bu hastaların ağız ve diş sağlığı durumunun değerlendirilmesidir.

Yöntemler

Bu prospektif kesitsel çalışma, Nisan 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında psoriasis vulgaris tanılı 85 hasta ve psoriasis hastalığı bulunmayan 100 kontrol grubu olmak üzere 185 birey ile yapıldı. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alındı (etik kurul no: 17-KAEK-024). Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü ve yazılı aydınlatılmış onam alındı.

Hasta ve kontrol grubu için çalışmaya alınma kriterleri; 18-65 yaş arası olmak, herhangi bir sistemik hastalığı (hipertansiyon, diabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği, akut/kronik böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği) bulunmamak iken; kontrol grubunda aranan ek kriter immünoşüpresyon nedeni olan hastalık ya da ilaç kullanımının olmaması idi. Hasta ve kontrol grubundaki bireylere ağız ve diş sağlığını etkileyebilecek glukoz ve asit içeren gıda/sıvı alımı konusunda sorgulandı ve aşırı tüketim saptananlar çalışmaya dahil edilmedi.

Hastaların psoriasis hastalık şiddeti, psoriasis alan ve şiddet indeksi (PAŞİ) skoru kullanılarak hesaplandı ve skoru ≤ 10 olanlar hafif, >10 olanlar orta-şiddetli olarak sınıflandırıldı. Ayrıca, psoriasis, hastalık başlangıç yaşına göre erken başlangıçlı (≤ 40 yaş) ve geç başlangıçlı (>40 yaş) olarak gruplandırıldı. Hastalık süresi, psoriasis nedeniyle sistemik immünoşüpresif tedavi alma durumu, eşlik eden oral mukoza bulgusu (fissürlü dil, coğrafik dil) değerlendirilip kaydedildi. Hasta ve kontrol grubundaki obezite durumu, vücut kitle indeksi (VKİ) <30 kg olanlar ve ≥ 30 kg (obez) olanlar olmak üzere sınıflandırıldı.

Ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesi, tecrübeli bir diş hekimi (>10 yıl) tarafından, Dünya Sağlık Örgütü 1997 kriterlerine göre ayna ve sond kullanılarak yapıldı (9). Hastaların oral hijyen durumu iyi, orta ve kötü olarak derecelendirildi. Diş fırçalama sıklığı $\geq$ günde 2 ve $<$ günde 2 olarak sınıflandırıldı. Diş sağlığının değerlendirmesinde, çürük, kayıp ve dolgulu dişlerin toplamını gösteren indeks (decayed, missing, and filled teeth) (DMFT) kullanıldı. Hastalardan sabit protez kullananlar çalışmaya dahil edilirken, parsiyel ya da total hareketli protez kullananlar çalışma dışı bırakıldı. Ayrıca 20 yaş dişleri, DMFT indeksi hesaplamasında değerlendirmeye alınmadı.

İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama, standart sapma ya da ortanca değerleri şeklinde; kategorik değişkenlere ait veriler ise sayı ve yüzde şeklinde verildi. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlendi. Gruplar arası karşılaştırmalar normal dağılım gösterip göstermemesine göre bağımsız gruplar t-testi veya one-way ANOVA ve Mann-Whitney U testi veya Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. P değerleri 0,05’ten küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Hesaplama hazır istatistik yazılımı kullanıldı (IBM SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY).

Bulgular

Çalışmaya 85 psoriasis vulgaris tanılı ve 100 sağlıklı birey olmak üzere 185 erişkin katıldı. Psoriasis hastalarının 37’si (%44,7) kadın, 48’i (%55,3) erkek iken; kontrol grubunun 52’si kadın (%52), 48’i (%48) erkekti. Hasta grubunun yaş ortalaması $39,56 \pm 11,87$ yıl (18-62 yıl) iken, kontrol grubunun $42,13 \pm 10,74$ yıl (18-63 yıl) olup, grupların cinsiyet dağılımı ve yaş ortalamaları benzerdi ($p>0,05$). Hasta ve kontrol grubunun sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de özetlendi. Hasta ve kontrol grubunun VKİ’si sırasıyla $28,24 \pm 5,54$ ve $27,86 \pm 5,16$ olup benzerdi ($p>0,05$). Hasta ve kontrol grubunun sigara kullanma durumu ve gelir düzeyleri farklıydı (sırasıyla, $p<0,001$ ve $p=0,045$) (Tablo 1).

Psoriasis hastalarının %47,1’de, kontrol grubunun %19’unda en az bir oral bulgu saptanmış olup, oral bulgu, fissürlü dil (Resim 1) ve coğrafik dil saptanma oranı, hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,049$). Hasta grubunda oral hijyen durumu kötü seviyede olan ve diş fırçalama sıklığı günde 2’den az olan birey sayısı kontrol grubuna kıyasla anlamlı oranda yüksekti (sırasıyla, $p=0,046$; $p=0,001$). Hasta ve kontrol grubunun oral bulgu ve oral hijyen durumu Tablo 2’de özetlendi.

Psoriasis klinik özellikleri dikkate alındığında, fissürlü ve coğrafik dil varlığı ile hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık şiddeti, sigara kullanma durumu, VKİ ve aile hikayesi varlığı arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Fissürlü dil görülme sıklığı immünoşüpresif tedavi alan grupta, immünoşüpresif tedavi almayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksekti ($p=0,002$) (Tablo 3).

Hasta ve kontrol grubunda saptanan DMFT ortalaması benzerdi ($p>0,05$). Hasta ve kontrol grubunun DMFT indeksi Tablo 4'te özetlendi.

Psoriazisli hastaların eğitim seviyesi, sigara kullanma durumu ve gelir düzeyi ile DMFT indeksi arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 5'te psoriazisli hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre DMFT indeks değerleri gösterildi.

Psoriazis klinik özelliklerine göre DMFT indeksi değerlendirildiğinde, erken başlangıçlı psoriazisli hastalarda, geç başlangıçlı hastalara kıyasla dolgu diş sayısı daha fazla iken ($p=0,038$), geç başlangıçlı hastalarda

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyo-demografik özellikleri

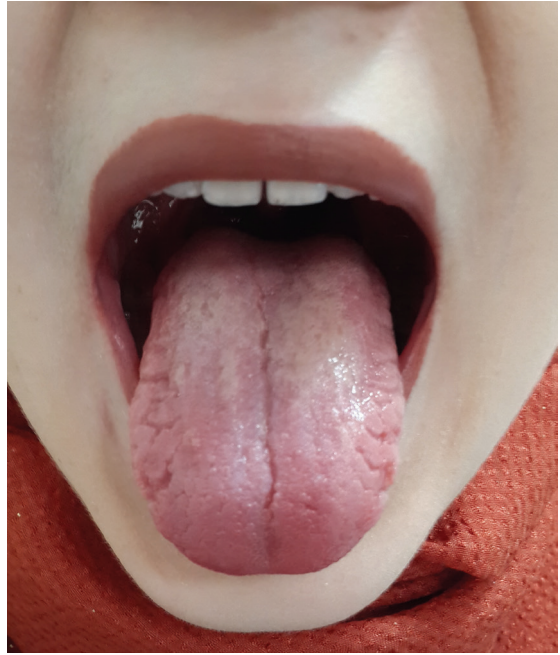
Özellikler		Hasta grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Cinsiyet	Kadın	37 (44,7)	52 (52)	0,323
	Erkek	48 (55,3)	48 (48)	
Medeni durum	Evli	66 (77,6)	86 (86)	0,139
	Bekar	19 (22,4)	14 (14)	
Eğitim durumu	İlköğretim	44 (51,8)	45 (45)	0,180
	Lise	24 (28,2)	23 (23)	
	Önlisans +	17 (20)	32 (32)	
Sigara	Var	47 (55,3)	29 (29)	<0,001
	Yok	38 (44,7)	71 (71)	
Gelir düzeyi	<1500 TL*	46 (54,1)	36 (36)	0,045
	1501-3000 TL	23 (27,1)	36 (36)	
	≥3000 TL	16 (18,8)	28 (28)	

* $p<0,05$ anlamlılık düzeyi saptanan parametre

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun oral bulgu ve oral hijyen durumu

		Hasta grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Oral bulgu (bir ya da birden fazla bulgu)	Var	40 (47,1)	19 (19)	<0,001
	Yok	45 (52,9)	81 (81)	
Fissürlü dil	Var	36 (42,4)	18 (18)	<0,001
	Yok	49 (57,6)	82 (82)	
Coğrafik dil	Var	6 (7,1)	1 (1)	0,049
	Yok	79 (92,9)	99 (99)	
Oral hijyen	İyi	12 (14,1)	23 (23)	0,046
	Orta	33 (38,8)	47 (47)	
	Kötü*	40 (47,1)	30 (30)	
Diş fırçalama sıklığı	<günde 2	74 (87,1)	67 (67)	0,001
	≥günde 2	11 (12,9)	33 (33)	

* $p<0,05$ anlamlılık düzeyi saptanan parametre



Resim 1. Altı numaralı hasta: On sekiz yaşında kadın, sigara-, obezite-, hastalık başlangıç yaşı: 13, hastalık süresi: 5 yıl, PAŞİ: 3,4

PAŞİ: Psoriasis alan ve şiddet indeksi

Tablo 3. Psoriasis klinik özelliklerine göre fissürlü ve coğrafik dil gözlenme durumu

Psoriasis klinik kategorisi	Fissürlü dil n (%)	Coğrafik dil n (%)
Erken başlangıçlı (≤ 40 yaş) (n=71)	32 (45,1)	5 (7)
Geç başlangıçlı (> 40 yaş) (n=14)	4 (28,6)	1 (7,1)
p değeri	0,376	1
Hastalık süresi (< 10 yıl) (n=31)	12 (38,7)	1 (3,2)
Hastalık süresi (≥ 10 yıl) (n=54)	24 (44,4)	5 (9,3)
p değeri	0,607	0,409
Hastalık şiddeti (hafif) (n=75)	32 (42,7)	5 (6,7)
Hastalık şiddeti (orta-şiddetli) (n=10)	2 (40)	1 (10)
p değeri	1	0,540
İmmünoşüpresif tedavi (n=33)	21 (63,6)	1 (3)
İmmünoşüpresif olmayan tedavi (n=52)	15 (28,8)	5 (9,6)
p değeri	0,002	0,397
Sigara (+) (n=47)	20 (42,6)	1 (2,1)
Sigara (-) (n=38)	16 (42,1)	5 (13,2)
p değeri	0,967	0,085
VKİ (≥ 30) (n=32)	16 (50)	3 (9,4)
VKİ (< 30) (n=53)	20 (37,7)	3 (5,7)
p değeri	0,268	0,668
Aile hikayesi (+) (n=23)	11 (47,8)	2 (8,7)
Aile hikayesi (-) (n=62)	25 (40,3)	4 (6,5)
p değeri	0,534	0,660

VKİ: Vücut kitle indeksi

erken başlangıçlılara kıyasla kayıp diş sayısı daha fazlaydı ($p=0,017$). İmmünosupresif tedavi alan psoriazisli hastalarda almayanlara göre dolgulu diş sayısı istatistiksel olarak anlamlı oranda fazlaydı ($p=0,017$). Obez psoriazis hastalarında, obez olmayanlara kıyasla diş kaybı anlamlı oranda yüksekti ($p=0,002$). Hastalık süresi, hastalık şiddeti, sigara kullanımı ve aile hikayesi varlığı ile DMFT indeksi arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Psoriazis hastalarında, hastalık klinik özelliklerine göre DMFT indeksi değerleri Tablo 6'da özetlendi.

Tartışma

Kronik enflamatuvar bir deri hastalığı olan psoriazisin oral bulguları, psoriazis ile histopatolojik olarak benzer bulgular gösterenler ve psoriazise eşlik eden fissürlü dil, coğrafik dil gibi nonspesifik lezyonlar olmak üzere iki grupta incelenir (10,11). Bu bulgulardan psoriazise sıklıkla eşlik edenler, fissürlü dil ve coğrafik dil gibi nonspesifik lezyonlardır (12,13).

Coğrafik dil, etiyolojisi bilinmeyen, kronik inflamatuvar bir oral lezyondur (14-16). Dünya popülasyonunun %0,6-4,8'ini etkilemekte olup, çocuklar ve kadınlarda daha sık görülür ve sıklığı yaşla beraber azalır (17). Psoriazis hastalarında görülme oranı ise, en yüksek oranda jeneralize püstüler psoriazis tipinde olmak üzere, %5,6-%18,1 olarak bildirilmiştir (12,18,19). Psoriazisli hastalarda normal popülasyona oranla

daha sık gözlenmesi, psoriazis ile histopatolojik benzerlik taşıması ve human lökosit antijen Cw6'nın psoriazis ve coğrafik dilde sık gözlenmesi nedeniyle, coğrafik dilin psoriazisin oral lezyonu olduğu düşünülür (18,20). Ayrıca, coğrafik dilin psoriazis hastalarında koebner fenomeni nedeniyle konuşma ya da çiğneme gibi travmalarla ortaya çıktığı düşüncesi de mevcuttur (21). Ancak, coğrafik dilin psoriazis tanısı olmayan bireylerde de görülmesi bu olasılığı şüpheli hale getirir (18,20). Picciani ve ark.'nın (22) coğrafik dilin oral psoriazis ile ilişkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, coğrafik dilin bazı hastalarda oral psoriazis bulgusu, bazılarında ise psoriazise eşlik eden izole coğrafik dil olarak ortaya çıktığını, ayrıca psoriazis hastalarındaki coğrafik dilin klinik görünümünün daha şiddetli ancak sıklıkla asemptomatik olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, Daneshpazhooh ve ark., (23) psoriaziste coğrafik dil varlığını hastalık şiddetiyle ilişkili bulurken, Darwazeh ve ark., (4) yaptığı çalışmada psoriazis tipi, hastalık süresi, alınan tedavi metodu (medikal ya da medikal olmayan), sigara kullanım durumu, psikolojik durum ve hastalık şiddetinin coğrafik dil prevalansını etkilemediği bildirilmiştir. Picciani ve ark., (3) coğrafik dili erken başlangıçlı psoriaziste daha yüksek oranda saptarken, Zargari (10) coğrafik dilin erken başlangıçlı psoriaziste hastalık şiddetinin bir göstergesi olduğunu öne sürmüştür. Bununla birlikte, Shulman ve Carpenter (24) ile Miloğlu ve ark., (17) psoriazis hastalarındaki coğrafik dil görülme oranının normal popülasyonla benzer olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda da, coğrafik dil psoriazis grubunda kontrol grubuna kıyasla yüksek oranda saptanmış olup, görülme sıklığı literatürle uyumluydu. Ayrıca, coğrafik dil varlığı ile hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık şiddeti ve aile hikayesi varlığı arasında ilişki saptanmadı. Coğrafik dil ve sigara ilişkisini araştıran çalışmalarda, sigara kullananlarda coğrafik dilin daha az, yüksek ya da benzer oranlarda görüldüğüne dair sonuçlar mevcuttur (4,10,16,25). Çalışmamızda her iki grupta da coğrafik dil sıklığı sigara kullanan ve kullanmayanlarda benzerdi. Singh ve ark., (19) hormonal faktörlerle ilişkili olarak kadınlarda sık görüldüğü bildirilen coğrafik dilin, psoriazis hastalarında erkek cinsiyette daha yüksek oranda bulunduğunu bildirirken; çalışmamızda

Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun DMFT indeksi değerlendirmesi

DMFT indeksi değerleri	Hasta grubu (n=85)	Kontrol grubu (n=100)	p değeri
D/T	2,6±1,92	3,28±3,18	0,076
M/T	4,59±5,49	4,11±2,99	0,475
F/T	2,81±3,46	3,47±3,46	0,198
DMF/T	10,16±5,56	10,81±6,05	0,454
D/T: Çürük diş ortalaması, M/T: Kayıp diş ortalaması, F/T: Dolgulu diş ortalaması, DMF/T: Çürük, kayıp ve dolgulu diş ortalaması			

Tablo 5. Hasta grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre DMFT indeksi değerlendirmesi

Özellikler		D/T	M/T	F/T	DMF/T
Eğitim durumu	İlköğretim (n=44)	2,45±1,86	6±6,11	2,72±3,55	11,25±6,59
	Lise (n=24)	3,12±2,17	3,2±4,44	2,16±2,61	8,54±3,78
	Önlisans + (n=17)	2,23±1,67	2,88±4,24	3,94±3,97	9,64±5,56
	p	0,270	0,056	0,259	0,145
Sigara	Var (n=47)	2,51±2,1	5,34±6,37	2,51±2,88	10,61±5,35
	Yok (n=38)	2,71±1,7	3,65±4,04	3,18±4	9,6±5,83
	p	0,638	0,143	0,371	0,408
Gelir düzeyi	<1500 TL (n=46)	2,93±2,03	4,52±6,11	2,82±2,71	10,36±5,8
	1500-3000 TL (n=23)	2,21±1,7	5,17±4,74	2,78±4,75	10,17±5,86
	≥3000 TL (n=16)	2,18±1,83	3,93±4,78	2,81±3,25	9,56±4,58
	p	0,222	0,786	0,999	0,885
D/T: Çürük diş ortalaması, M/T: Kayıp diş ortalaması, F/T: Dolgulu diş ortalaması, DMF/T: Çürük, kayıp ve dolgulu diş ortalaması					

hasta ve kontrol grubunda coğrafik dil sıklığı her iki cinsiyette de benzerdi. Ancak, coğrafik dil alevlenme ve remisyon dönemleriyle seyrettiğinden, görülme oranında farklılık olabilir. Hastaların uzun süreli takibiyle gerçek prevalans konusunda daha net sonuçlara ulaşılabilir.

Fissürlü dil, dünya genelinde %5-10 oranında görülmektedir (17). Lezyonlar irreversible olup, tablonun uzun süreli glossitin bir sonucu olduğu düşünülür ve yaşla prevalansı artar (26,27). Psoriazis hastalarında görülme oranı %1,3-47,5 olup, çalışmalarda jeneralize püstüler, eritrodermik ve plak tip psoriaziste yüksek oranda saptandığı bildirilmiştir (13,18,23,25). Bazı çalışmalarda psoriazis hastalarında fissürlü dil varlığının hastalık şiddetinin göstergesi olduğu bildirilse de, fissürlü dilin hastalığa eşlik eden spesifik olmayan bir bulgu olduğuna dair bildiriler de mevcuttur (12,25). Fissürlü dilin geç başlangıçlı psoriazis olgularında daha sık görüldüğü ve özellikle dallanan ve diffüz paternin psoriazis hastalarında daha sık gözlemlendiği de değerlendirilmiştir (1,3). Psoriazis tipi, hastalık süresi, alınan tedavi metodu (medikal ya da medikal olmayan), sigara kullanım durumu, psikolojik durum ve hastalık şiddetinin fissürlü dil prevalansını etkilemediği de bildirilmiştir (4). Çalışmamızda da hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık şiddeti, aile hikayesi varlığı ve sigara kullanma durumu ile fissürlü dil varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamakla birlikte; literatürden farklı olarak sistemik immünosüpresif tedavi

alan hasta grubunda fissürlü dil anlamlı oranda yüksekti. Psoriazis hastalarının ağız ve diş sağlığını değerlendirmeye yönelik veriler az sayıda uluslararası literatürle sınırlı olup, bu çalışma bildiğimiz kadarıyla psoriazis hastalarında ağız ve diş sağlığının araştırıldığı Türkiye'den yapılmış ilk çalışmadır. Çalışmamızda psoriazis hastalarında kontrol grubuna kıyasla sigara kullanma oranı yüksek, düzenli diş fırçalama alışkanlığı düşük oranda ve oral hijyen durumu kötü seviyede idi. Bu bulgularla çalışmamız, psoriazis hastalarının, kontrollerden anlamlı derecede daha kötü ağız sağlığına sahip olduklarını ortaya koymuştur. Oral hijyen bozukluğu, psoriazis hastalarında atakları tetikleyebilen enfeksiyon odakları açısından önemli bir risk oluşturabilir. Bu nedenle, hastaların oral hijyen ve bakıma yönelik bilgilendirilmeleri ve düzenli takipleri hastalık ataklarının önlenmesinde fayda sağlayabilir. Yapılan çalışmalarda psoriazis hastalarında diş kaybının normal popülasyona kıyasla daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (28). Bu durumun kesin nedeni bilinmemekle birlikte, periodontitis ve alveolar kemik kaybının ya da uyarılmış tükürük sekresyonundaki azlığın olaya katkı sağladığı öne sürülmüştür (5,29). Ağız ve diş sağlığı ve diş çürüğü sıklığını etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda, sigara kullanımı, aşırı kilolu ya da obez olma, düşük eğitim seviyesi, yaş ve düşük gelir düzeyinin diş çürüğü sayısını artırdığı saptanmıştır, bununla birlikte bu faktörlerin diş çürüğü gelişimi üzerinde etkisi

Tablo 6. Psoriazis klinik özelliklerine göre DMFT indeksi değerlendirmesi

Psoriazis klinik kategorisi	D/T median (IQR)	M/T median (IQR)	F/T median (IQR)	DMF/T median (IQR)
Erken başlangıçlı (≤ 40 yaş) (n=71)	3 (3)	3 (6)	2 (5)	10 (5)
Geç başlangıçlı (> 40 yaş) (n=14)	2 (1,5)	5 (6,25)	0 (2)	6,5 (11,25)
p değeri	0,092	0,017	0,038	0,461
Hastalık süresi (< 10 yıl) (n=31)	2 (1)	2 (4)	2 (4)	8 (5)
Hastalık süresi (≥ 10 yıl) (n=54)	3 (3)	4 (7)	1 (4,25)	10,5 (5,25)
p değeri	0,850	0,086	0,900	0,053
Hastalık şiddeti (hafif) (n=75)	2 (3)	3 (5)	2 (4)	10 (6)
Hastalık şiddeti (orta-şiddetli) (n=10)	3 (4)	3,5 (7)	1 (3,5)	10,5 (4,75)
p değeri	0,439	0,535	0,467	0,743
İmmünosüpresif tedavi (n=33)	2 (7)	4 (5)	1 (9)	9 (5)
İmmünosüpresif olmayan tedavi (n=52)	3 (3)	2 (5)	3 (5)	10 (7,5)
p değeri	0,465	0,238	0,019	0,181
Sigara (+) (n=47)	2 (3)	3 (6)	1 (4)	10 (6)
Sigara (-) (n=38)	2,5 (2,25)	3 (5,25)	1,5 (4,25)	9 (6)
p değeri	0,471	0,377	0,584	0,361
VKİ (≥ 30) (n=32)	2 (3,75)	5 (5,75)	1 (4)	10,5 (7,75)
VKİ (< 30) (n=53)	3 (3)	2 (4)	2 (4,5)	10 (5)
p değeri	0,178	0,002	0,390	0,193
Aile hikayesi (+) (n=23)	3 (3)	3 (8)	1 (4)	10 (7)
Aile hikayesi (-) (n=62)	2 (3)	3 (5)	2 (4,25)	9,5 (6)
p değeri	0,783	0,838	0,326	0,847

D/T: Çürük diş ortalaması, M/T: Kayıp diş ortalaması, F/T: Dolgulu diş ortalaması, DMF/T: Çürük, kayıp ve dolgulu diş ortalaması, IQR: Interquartile range (çeyrekler arası aralık)

olmadığına dair veriler de mevcuttur (30-32). Çalışmamıza dahil edilen hasta grubunun eğitim seviyesi, gelir düzeyi ve sigara kullanımının DMFT indeksi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir. Ancak psoriazis hastalarının sigara kullanımının kontrol grubuna göre daha yüksek, oral hijyen durumu ve gelir düzeyinin daha kötü olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu açıdan söz konusu karıştırıcı değişkenlerin kontrol altına alındığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Psoriazis hastaları klinik özelliklerine göre kendi içinde değerlendirildiğinde, kayıp diş sayısı geç başlangıçlı psoriazis grubunda erken başlangıçlı gruba kıyasla anlamlı oranda yüksekti. Bu durum geç başlangıçlı psoriazis grubunun yaş ortalamasının daha yüksek olması nedeniyle yaşı getirdiği diş sağlığındaki bozulmayla ilişkili olabileceği gibi, daha yaşlı bireylerin öz bakım beceri ve ilgilerinin genç bireylere göre daha az olması ile de ilişkili olabilir. Dolgulu diş sayısı erken başlangıçlı psoriaziste geç başlangıçlı gruba kıyasla anlamlı oranda yüksek olup, bu durum uzun süreli hastalık tecrübesi olan hastaların, hastalıkta tetikleyici olabilen odakların tedavisi açısından daha bilinçli olması ile ilgili olabilir. Ayrıca, çalışmamızda değerlendirmeye alınan bir veri olmamakla birlikte, erken başlangıçlı psoriazis hastalarının tedavi amacıyla sağlık kuruluşuna daha kolay ulaşılabilir olan şehir merkezinde ikamet etme durumu da diş çürüğünü tedavi ettirmede etkili olabilir. Nitekim, Güçiz Doğan ve ark.'nın (33) Türkiye'de diş çürüğü durumunu araştırdıkları çalışmasında, çürük ve kayıp diş sayısının kırsal bölgelerde, dolgulu diş sayısının kentsel bölgelerde daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir. Obez psoriazisli grupta, kayıp diş sayısının obez olmayan gruba kıyasla yüksek olması da beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir. Çınar ve Murtomaa'nın (34) obezite, ağız sağlığı ve yaşam tarzı faktörleri arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, obezitenin yüksek DMFT indeksi ile olan ilişkisi gösterilmiştir. Çalışmamızdaki immünoşüpresif tedavi almayan grubun çoğunluğunun hafif şiddette psoriazisi olduğu düşünülürse, immünoşüpresif tedavi almayan grupta alanlara kıyasla dolgulu diş sayısının yüksek olması, bu hastaların olasılıkla hastalık nedeni yaşam kalitesindeki etkilenme düzeyi ya da psikolojik etkileniminin daha az olması ve yaşamın içinde daha kolay var olmalarıyla ilişkili olabilir. Bununla birlikte, psoriazis hastalarında hastalığın klinik özellikleri ile ağız ve diş sağlığı arasındaki ilişkiyi araştıran geniş serili, prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Psoriazis hastaları ve kontrol grubunda sigara kullanımı, oral hijyen durumu ve gelir durumunun benzer olmaması ve ağız ve diş sağlığını etkileyebilen söz konusu bu değişkenlerin kontrol altına alınmamış olması çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Ek olarak, geç başlangıçlı psoriazis hasta sayısı göreceli olarak azdır. Ayrıca, bu çalışmaya dahil edilen bireyler, bir bölgedeki üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran kişilerden oluştuğundan sonuçlar toplumun genelini yansıtmayabilir.

Sonuç

Fissürlü dil ve coğrafik dil, psoriazis hastalarında yüksek orandaydı. Fissürlü dil immünoşüpresif tedavi alan psoriazis hastalarında almayanlara kıyasla anlamlı oranda yüksekti. Psoriazis hastalarında DMFT ortalaması normal popülasyondan farklı değildi. Ancak, hasta grubu klinik özelliklerine göre değerlendirildiğinde, geç başlangıçlı grupta erken başlangıçlı gruba kıyasla, obez olanlarda almayanlara kıyasla diş kaybı daha fazla idi. Ayrıca, erken başlangıçlı grupta geç başlangıçlı gruba kıyasla ve immünoşüpresif tedavi almayan grupta alanlara kıyasla dolgulu diş sayısı daha yüksekti. Psoriazis hastalarındaki oral bulguların hastalığın klinik özellikleri ile olası ilişkilerinin ve hastalığın ağız ve diş sağlığına yönelik kısa ve uzun dönem etkilerinin aydınlatılmasına yönelik kontrollü ve geniş serili çalışmaların yapılması faydalı olabilir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışma için Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (etik kurul no: 17-KAEK-024).

Hasta Onayı: Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü ve yazılı aydınlatılmış onam alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: A.O., Ö.G., Dizayn: A.O., Ö.G., Veri Toplama veya İşleme: A.O., F.U.Y., Analiz veya Yorumlama: A.O., Ö.G., F.U.Y., Literatür Arama: A.O., Yazan: A.O., Ö.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Picciani BLS, Teixeira-Souza T, Pessôa TM, et al. Fissured tongue in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2018;78:413-4.
2. Romeo U, Richetta A, Rocchetti F, et al. Oral features in patients with psoriasis: an observational study. *Minerva Stomatol* 2018;67:12-9.
3. Picciani BL, Souza TT, Santos Vde C, et al. Geographic tongue and fissured tongue in 348 patients with psoriasis: correlation with disease severity. *ScientificWorld Journal* 2015;2015:564326.
4. Darwazeh AM, Al-Aboosi MM, Bedair AA. Prevalence of oral mucosal lesions in psoriatic patients: a controlled study. *J Clin Exp Dent* 2012;4:e286-91.
5. Fadel HT, Flyström I, Calander AM, et al. Profiles of dental caries and periodontal disease in individuals with or without psoriasis. *J Periodontol* 2013;84:477-85.
6. Brailov V, Juras DV, Stanimirović A, et al. Dental infection and dermatological diseases: analysis of ninety-two patients and review of the literature. *Acta Clin Croat* 2015;54:77-82.
7. Igawa K, Satoh T, Yokozeki H. Possible association of Henoch-Schönlein purpura in adults with odontogenic focal infection. *Int J Dermatol* 2011;50:277-9.
8. Akoglu G. Psoriasis: Kırsal bölge dermatoloji kliniğinden sosyodemografik ve klinik veriler. *Turk J Dermatol* 2014;1:23-8.
9. WHO. Oral health surveys-Basic methods. In: *Pathfinder Methodology*. Geneva: World Health Organization; 1997:5-9.

10. Zargari O. The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. *Clin Exp Dermatol* 2006;31:192-5.
11. Bruce AJ, Rogers RS. Oral psoriasis. *Dermatol Clin* 2003;21:99-104.
12. Costa SC, Hirota SK, Takahashi MD, et al. Oral lesions in 166 patients with cutaneous psoriasis: a controlled study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14:e371-5.
13. Tomb R, Hajj H, Nehme E. Oral lesions in psoriasis. *Ann Dermatol Venereol* 2010;137:695-702.
14. Zadik Y, Drucker S, Pallmon S. Migratory stomatitis (ectopic geographic tongue) on the floor of the mouth. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:459-60.
15. Goswami M, Verma A, Verma M. Benign migratory glossitis with fissured tongue. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2012;30:173-5.
16. Honarmand M, Farhad Mollashahi L, Shirzaiy M, et al. Geographic tongue and associated risk factors among Iranian dental patients. *Iran J Public Health* 2013;42:215-9.
17. Miloğlu O, Göregen M, Akgül HM, et al. The prevalence and risk factors associated with benign migratory glossitis lesions in 7619 Turkish dental outpatients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107:e29-33.
18. Picciani BL, Silva-Junior GO, Michalski-Santos B, et al. Prevalence of oral manifestations in 203 patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25:1481-3.
19. Singh S, Nivash S, Mann BK. Matched case-control study to examine association of psoriasis and migratory glossitis in India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2013;79:59-64.
20. Picciani BL, Domingos TA, Teixeira-Souza T, et al. Geographic tongue and psoriasis: clinical and histopathological, immunohistochemical and genetic correlation- a literature review. *An Bras Dermatol* 2016;91:410-21.
21. Gonzaga HFS, Consolaro A. [Qual a importância do exame bucal na psoríase?] *An Bras Dermatol* 1993;135:368-70.
22. Picciani B, Santos VC, Teixeira-Souza T, et al. Investigation of the clinical features of geographic tongue: unveiling its relationship with oral psoriasis. *Int J Dermatol* 2017;56:421-7.
23. Daneshpazhooh M, Moslehi H, Akhyani M, et al. Tongue lesions in psoriasis: a controlled study. *BMC Dermatol* 2004;4:16.
24. Shulman JD, Carpenter WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Dis* 2006;12:381-6.
25. Hernández-Pérez F1, Jaimes-Avelaño A, Urquiza-Ruvalcaba Mde L, et al. Prevalence of oral lesions in patients with psoriasis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:E703-8.
26. Gonzaga HF, Marcos EV, Santana FC, et al. HLA alleles in Brazilian patients with fissured tongue. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27:e166-70.
27. Darwazeh A MG, Almelaih AA. Tongue lesions in a Jordanian population. Prevalence, symptoms, subject's knowledge and treatment provided. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011;16:745-9.
28. Preus HR, Khanifam P, Kolltveit K, et al. Periodontitis in psoriasis patients: A blinded, case controlled study. *Acta Odontol Scand* 2010;68:165-70.
29. Könönen M, Murtomaa H. Number of remaining teeth and rehabilitation with removable dentures in psoriatics. *J Oral Rehabil* 1990;17:319-25.
30. Costacurta M, Di Renzo L, Bianchi A, et al. Obesity and dental caries in pediatric patients. A cross-sectional study. *Eur J Pediatr Dent* 2011;12:112-6.
31. Arzu Aykut Yetkiner, İlhan Uzel, Berna Kuter, et al. Çocuklarda diş çürüğü ve vücut kitle indeksi ilişkisinin incelenmesi. *J Pediatr Res* 2014;1:142-6.
32. Ferrazzano GF, Sangianantoni G, Cantile T, et al. Relationship between social and behavioural factors and caries experience in school children in Italy. *Oral Health Prev Dent* 2016;14:55-61.
33. Güçiz Doğan B, Gökalep S. Türkiye'de diş çürüğü durumu ve tedavi gereksinimi. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Derg* 2008;32:45-57.
34. Cinar AB, Murtomaa H. Interrelation between obesity, oral health and life-style factors among Turkish school children. *Clinical oral investigations* 2011;15:177-84.



● Hatice Duran,
● Ali Fırat Sarp*,
● Sıla Şeremet Uysal,
● Ceren Dağar,
● Handan Kelekçi

Faun Tail Nevüs: Bir Olgu Sunumu

Faun Tail Nevus: A Case Report

Öz

Faun tail nevüs altta yatan vertebra ve spinal kord anomalileri için işaret olabileceğinden dermatologlar açısından önemli, genellikle lumbosakral bölgeye yerleşen farklı uzunlukta kıllardan oluşan üçgen şeklinde konjenital anormal hipertrikozdur. Burada bel bölgesinde doğumundan beri olan kıllanma şikayeti ile başvuran, dermatolojik muayenede porto şarabı lekesi ile birlikte torakolomber hipertrikozu bulunan ve manyetik rezonans görüntüleme ile spina bifida occulta ve siringohidromiyeli tespit edilen 20 yaşında erkek hasta faun tail nevüsün klinik önemini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Anahtar kelimeler: Faun tail nevüs, spinal disrafizm

Abstract

Faun tail nevus is a triangular abnormal congenital hypertrichosis which consisting of hairs in different lengths usually located in the lumbosacral region, and important for dermatologists as it may be a marker for underlying vertebral and spinal cord anomalies. In this report a 20-year-old male patient who applied with the complaints of hair growth since his birth in the lumbar region, has thoracolumbar hypertrichosis along with port wine stain in the dermatological examination, and diagnosed with spina bifida occulta and syringohydromyelia by magnetic resonance imaging was presented to emphasize the clinical importance of faun tail nevus.

Keywords: Faun tail nevus, spinal dysraphism

Giriş

Spinal disrafizm, spinal kordun mezenkimal, kemik ve nöronal dokularının inkomplet füzyonu ile karakterize bir grup konjenital anomalidir (1). Etiyolojisinde poligenik mekanizmalar ve folik asit eksikliği gibi çevresel faktörler rol oynar (2). Faun tail nevüs altta yatan vertebra ve spinal kord anomalileri için işaret olabilen, genellikle lumbosakral bölgeye yerleşen farklı uzunlukta kıllardan oluşan üçgen şeklinde konjenital anormal hipertrikozdur (1,3). Posterior orta hatta yerleşerek spinal disrafizm açısından belirteç olabilecek diğer kutanöz bulgulardan bazıları dermal sinüs, gamze, subkutanöz lipom, porto şarabı lekesi, akrokordon, hemanjiom, aplasia cutis, telenjektazi ve kapiller malformasyonlardır (4,5).

Bu yazıda porto şarabı lekesi ile birlikte torakolomber hipertrikozu bulunan ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile spina bifida occulta ve siringohidromiyeli

tespit edilen 20 yaşında erkek hasta, faun tail nevüsün klinik önemini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Olgu Sunumu

Yirmi yaşında erkek hasta doğumdan beri bel bölgesinde var olan kıllanma nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Anamnezinde sırt ağrısı, idrar tutamama, alt ekstremitelerde uyuşma, karıncalanma veya kas zayıflığı gibi şikayetlerinin olmadığı ve daha önce bu durum için ayrıntılı inceleme yapılmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede torakolomber bölgede orta hatta üçgen şeklinde yoğun hipertrikoz ve kırmızı renkte basmakla solan maküler döküntüler mevcuttu (Resim 1,2). Hastanın nörolojik muayenesi olağandı. Yapılan MRG'de T2 vertebra düzeyinde belirgin olmak üzere tüm spinal kord boyunca uzanan siringohidromiyeli; T8, T9, T10, T11 seviyelerinde dorsal vertebral elemanlarda spina bifida occulta ile uyumlu inkomplet füzyon mevcuttu

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

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

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Hatice Duran, İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
E-posta:
haticedemirelendi@hotmail.com
Geliş Tarihi/Submitted: 13.11.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 14.01.2015

**Sunulduğu Kongre: XXV. Ulusal
Dermatoloji Kongresi-Analya**

(Resim 3,4,5). Kozmetik kaygı dışında aktif şikayeti olmayan hasta beyin cerrahisi poliklinik takibine alındı ve lezyon hastanın psikososyal yaşamını bozduğundan hipertrikozu için lazer epilasyona yönlendirildi.



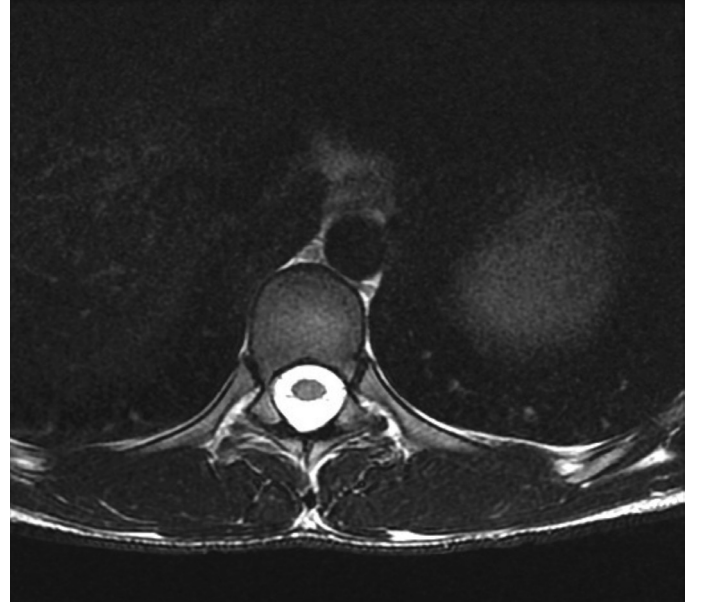
Resim 1. Torakolomber bölgede orta hatta üçgen şeklinde yoğun hipertrikoz ve kırmızı renkte basmakla solan maküler döküntüler



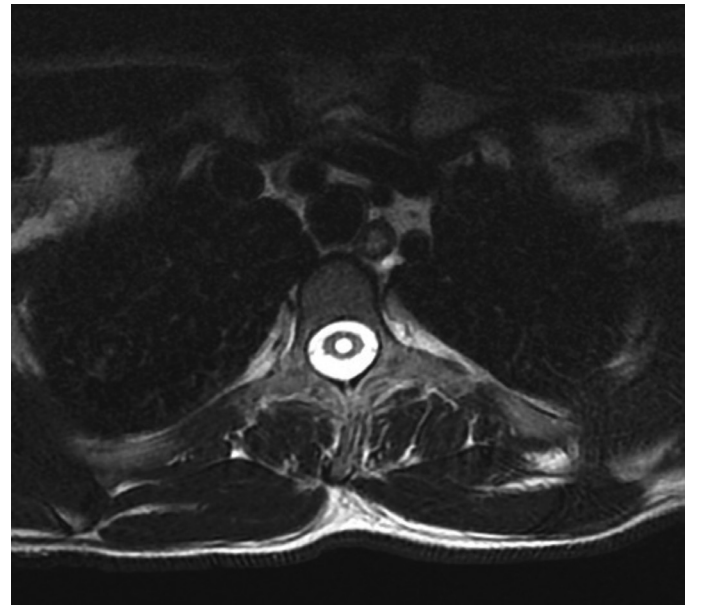
Resim 2. Torakolomber bölgede orta hatta üçgen şeklinde yoğun hipertrikoz ve kırmızı renkte basmakla solan maküler döküntüler

Tartışma

Spinal disrafizm nörolasyon bozukluğuna bağlı olarak mezenkimal, kemik ve nöral dokuların inkomplet füzyonu ile karakterize bir grup spinal konjenital anomalidir (1). Gestasyonel birinci ayda nöral tüp ile hemen üzerindeki ektoderm yakın komşuluk içindedir. Bu durum merkezi sinir sistemi lezyonlarına deri lezyonlarının sık olarak eşlik etmesini açıklayabilir. Embriyolojik gelişim sürecinde intrauterin 3. ve 4. haftalarda mid-dorsal hat boyunca nöroektoderm epitelyal ektodermden ayrılmaya başlar. Bu nedenle eşlik eden kutanöz



Resim 3. T2A aksiyel manyetik rezonans görüntüleme kesitinde T10 vertebrada posterior elemanlarda spina bifida occulta ile uyumlu inkomplet füzyon



Resim 4. T2A aksiyel manyetik rezonans görüntüleme kesitinde siringohidromiyeli ile uyumlu santral kanal genişlemesi

anomaliler en sık orta hatta gözlenir. Etiyolojisinde poligenik mekanizmalar ve folik asit eksikliği gibi çevresel faktörler rol oynar (2).

Spina bifida, insidansı tüm dünyada bin doğumda 1-2 olgu ile en sık görülen konjenital anomalilerden biridir. Spina bifida lezyonları spina bifida occulta, spina bifida kistika (miyelomeningosel), meningesel ve lipomeningesel olmak üzere dörde ayrılır. Bu malformasyonların en sık yerleşim yeri lomber ve sakral bölgelerdir. Vertebranın inkomplet füzyonu sonucu oluşan spina bifida occulta nadiren semptomatiktir ve genellikle tesadüfen tespit edilir (1).

Faun tail nevüs spinal disrafizm gibi altta yatan spinal ve vertebral anomaliler için belirteç olabilen anormal hipertrikoz ile seyreden posterior orta hat lezyonudur (3). Posterior orta hatta bulunan herhangi bir kutanöz anomali spinal disrafizme ait bir belirteç olabilir. Spinal disrafizmi olan olguların yarısına yakınında bu bulgular mevcuttur (4). Spinal disrafizm açısından belirteç olabilecek diğer kutanöz bulgulardan bazıları dermal sinüs, gamze, subkutanöz lipom, porto şarabı lekesi, akrokordon, hemanjiyom, aplasia cutis, telenjektazi ve kapiller malformasyonlardır (5). Olgumuzda spina bifida occulta ve porto şarabı lekesi mevcuttu. Dermatologlar tarafından tespit edilebilecek bu işaretler erken yaşta cerrahi tedavi ile düzeltilebilecek patolojiler için önemli ipucu teşkil edebilir. Bu olgularda nörolojik muayene normal olsa bile

eşlik eden spinal ve vertebral anomalileri tespit etmek için mutlaka MRG gibi ileri radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır (1,3). Hastamızda nörolojik muayene normal olmasına rağmen MRG ile spina bifida occulta ve siringohidromiyeli tespit edildi.

Spina bifidanın bilinen tek bir sebebi olmadığından oluşumunu tamamen engelleyecek bir yöntem yoktur. Koruma amaçlı doğurganlık çağındaki tüm kadınların gebelikten üç ay önce başlayarak hamileliğin 12. haftasına kadar 0,4 mg/gün folik asit kullanmaları önerilmektedir (1). Hipertrikozun tedavisinde kıllanmanın derecesi ve hastanın ihtiyaçlarına göre kırpma, ağda, fiziksel ve kimyasal elektroliz ve lazer epilasyon yöntemleri uygulanabilir (6). Kozmetik kaygı güden olgumuz tüylerden kurtulması için lazer epilasyona yönlendirildi.

Sonuç

Sonuç olarak, olgumuzda nörolojik muayene normal olmasına rağmen siringohidromiyeli ve spina bifida occulta tespit edilmiştir. Bu olgu hastaların nörolojik muayenesi normal olsa bile ilerde oluşabilecek sakatlıkların erken tespit ve tedavisi için hastalara ileri görüntüleme yöntemlerinin kullanılması gerektiğini hatırlatmak amacıyla sunulmuştur.

Etik

Hasta Onayı: Hastadan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: H.D., A.F.S., S.Ş.U., C.D., Konsept: H.D., Dizayn: S.Ş.U., Veri Toplama veya İşleme: H.D., Analiz veya Yorumlama: S.Ş.U., Literatür Arama: H.D., A.F.S., S.Ş.U., Yazan: H.D.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Brar BK, Mahajan BB, Mittal J. The longest faun tail forming dreadlocks with underlying spina bifida occulta. Dermatol Online J 2013;19:12.
2. Smithells RW, Sheppard S, Schorah CJ, et al. Possible prevention of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. Lancet 1980;16;1:339-40.
3. Yamini M, Sridevi KS, Babu NP, et al. Faun tail nevus. Indian Dermatol Online J 2011;2:23-4.
4. Calikoğlu E, Oztas P, Yavuzer Anadolu R, et al. Faun tail with aplasia cutis congenita and diastematomyelia. Dermatology 2004;209:333-4.
5. Drolet B. Birthmarks to worry about: Cutaneous markers of dysraphism. Dermatol Clin 1988;16:447-53.
6. Trüeb RM. Causes and management of hypertrichosis. Am J Clin Dermatol 2002;3:617-27.



Resim 5. T2A manyetik rezonans görüntüleme kesitinde T2-3 vertebralari düzeyinde



● Sibel Doğan,
● Arzu Kılıç*,
● Ferda Artüz*,
● Elçin Kadan**

A Case of Erythema Multiforme Associated with Pustules: Coexistence of Erythema Multiforme Minor and Acute Generalized Exanthematous Pustulosis

Püstüllerle Birliktelik Gösteren Bir Eritema Multiforme Olgusu: Eritema Multiforme Minör ve Akut Jeneralize Ekzantematöz Püstüloz Birlikteliği

Abstract

Adverse cutaneous drug reactions (ACDRs) can mimic a variety of dermatologic diseases, causing confusion and additional work-up for differential diagnoses. In this report, a case who admitted with non-follicular pustules with extensive targetoid lesions during follow-up is presented. In this case, erythema multiforme (EM)-like lesions were predominant and pustules that were concordant with acute generalized exanthematous pustulosis were thought to be triggered after drug intake. ACDRs can mimic several different infectious and inflammatory entities, and they should be kept in mind in cases accompanied by EM-like lesions with pustules. To our knowledge, EM-like lesions with a small number of pustules are first described in the literature in this case report.

Keywords: Erythema multiforme, acute generalized exanthematous pustulosis, adverse cutaneous drug reaction

Öz

Advers kutanöz ilaç reaksiyonları [adverse cutaneous drug reactions (ACDR)] birçok dermatolojik hastalığı taklit ederek karışıklığa ve ayırıcı tanı için fazladan tetkik yapılmasına neden olabilmektedir. Bu sunumda yaygın targetoid lezyonlar ile birlikte takipte nonfolliküler püstüller ile başvuran bir olgu tanımlanmaktadır. Bu olguda eritema multiforme (EM) benzeri lezyonların ağırlıkta olduğu ve akut jeneralize ekzantematöz püstüloz ile uyumlu olan püstüllerin ilaç alımı sonrası tetiklendiği düşünülmektedir. ACDR'ler çeşitli enfeksiyöz ve enflamatuvar antiteleri taklit edebilirler ve olgularda EM benzeri lezyonlar ve püstüllerin birlikteliğinde ilaç reaksiyonları akla getirilmelidir. Bildiğimiz kadarı ile az sayıda püstül ile birlikte EM benzeri lezyonlar ilk olarak sunulan olguda tanımlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Eritema multiforme, akut jeneralize ekzantematöz püstüloz, advers kutanöz ilaç reaksiyonu

Introduction

Adverse cutaneous drug reaction (ACDR) is used as a term to define all of the side effects of a drug or its metabolite on skin and its appendages. Drug reactions can mimic a variety of dermatoses with different clinical appearances (1). In this report a patient who presented with extensive erythema multiforme (EM) like lesions and

demonstrated non-follicular pustules on follow-up induced after multiple drug intake is described.

Case report

A forty-three-year-old female patient admitted to outpatient clinic of dermatology for widespread skin eruption that started a few days ago. Medical history revealed that a treatment of amoxicilline/

Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Dermatology, Ankara, Turkey

*Ankara Numune Training and Research Hospital, Clinic of Dermatology, Ankara, Turkey

**Ankara Numune Training and Research Hospital, Clinic of Clinic Pathology, Ankara, Turkey

Correspondence/ Yazışma Adresi:

Sibel Doğan, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Dermatology, Ankara, Turkey
E-mail: sibel.dogan@hacettepe.edu.tr
ORCID-ID: orcid.org/0000-0002-5383-6886
Submitted/Geliş Tarihi: 03.11.2014
Accepted/Kabul Tarihi: 26.01.2015

Presented: XXI. Prof. Dr. Lütfü Tat Symposium

©Copyright 2019 by Turkish Society of Dermatology

Turkish Journal of Dermatology published by Galenos Publishing House.

clavulanic acid, etodolac and acetaminophen for an upper respiratory tract infection was given to the patient 12 days ago. She did not have a history of drug reaction or allergy. Elevated targetoid erythematous plaques that extensively distributed on abdomen, back and extremities were noted on dermatologic examination (Figure 1). Conjunctivas, oral and genital mucosa were normal. She had accompanying fever (38.5 °C) and nausea. Depending on drug history and targetoid extensive lesions, the patient was hospitalized with a prediagnosis of EM/EM-like drug eruption. Differential diagnoses included generalized granuloma annulare and subacute cutaneous lupus erythematosus. On laboratory examination, the patient had a high leukocyte count [$18.26 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.4-11.3) with neutrophilia 89.1% (45.5-73.1%)], remaining parameters were unremarkable. Eosinophilia was not present on performed blood smears.



Figure 1. Widespread erythematous targetoid plaques on the trunk and extremities. Red circle: atypical targetoid lesion

Antinuclear antibody, cryoglobulin, anti-cardiolipin antibodies were negative and serum immunoglobulin, rheumatoid factor and complement levels were within normal range. Bacterial and fungal cultures were negative. At the third day of hospitalization, the patient developed non-follicular pustules at the edges of edematous targetoid plaques (Figure 2). Acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP) and subcorneal pustular dermatosis were included to the differential diagnoses. A biopsy was performed from one of the elevated erythematous plaques. On histopathologic examination, superficial perivascular dermatitis, interface vacuolar degeneration of basal membrane and spongiosis with intraepidermal vesicle formation were observed and interpreted as EM (Figure 3). According to the clinical presentation consisting of EM like lesions with pustules induced after drug intake, final diagnosis was made as EM and AGEP overlap. Short term topical steroid (beclomethasone dipropionate cream twice/day) and systemic anti-histamine (hydroxyzine tablet 3x1 p.o.) therapy was commenced after immediate drug withdrawal. The patient had full recovery in clinical and laboratory aspects in 10 days with this treatment. Informed consent was taken from the patient.

Discussion

EM is an acute, self limited disease which can occur in relapsing episodes. Main triggering factors are assumed



Figure 2. Extensive coalescing annular and targetoid plaques with non-follicular pustules at the edges. Red circle: atypical target-targetoid lesion. Red arrows: pustule formation

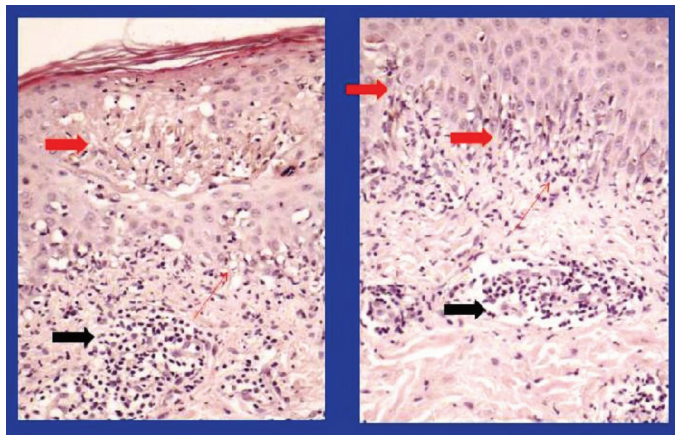


Figure 3. H&E stain x40 magnification. bold red arrow; spongiosis and lymphocyte exocytosis in the epidermis, light red arrow; vacuolar degeneration at the basal membrane, black arrow; superficial perivascular mononuclear cell infiltration

to be herpes simplex viral infections and drugs which initiate type IV hypersensitivity reaction in predisposed individuals (1,2). Approximately 50% of EM cases are considered to be induced by drugs (2). Most common triggering drugs are sulfanomides, anticonvulsant drugs; barbiturates, carbamazepine, phenytoin, antibiotics; ampiciline as in our case, tetracyclines, cephalosporine, trimetoprim+sulphametoksazole, rifampicine, isoniacide, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) such as aspirine, phenylbutazone and piroxicam (1,2). EM-like drug eruptions are induced by the abnormal metabolism of offending drug. Individuals who have different genetic features for drug metabolism show deficiency in detoxification of reactive drug metabolites. These metabolites are believed to act as haptens and induce immunologic reactions binding to epithelial proteins (1,2). EM is generally subdivided into minor and major forms according to the mucosal involvement, distribution and severity of the disease. EM minor cases are due to recent herpes virus infections where characteristic acral target lesions appear. EM major cases are generally due to preceding drug intake and can present with target and/or targetoid lesions. At disease onset, erythematous papules appear and transform into pathognomonic target or so called iris lesions which consists of 3 different shades of circles where the darkest part is located at the center. Drug induced EM is characterised with atypical or targetoid lesions which may not demonstrate this full configuration but resemble it by its annular or ring shaped appearance. AGEP which is later recognized as a distinct entity is characterized with non-follicular sterile pustules generally induced after drug intake or infections (3). AGEP can also present with purpura, oedema, bullae and mucosal erosions. In severe forms, it is also known to overlap with toxic epidermal necrolysis (1-4). To our knowledge only one case was described in the literature

who presented with EM major and AGEP (3). The clinics of this case was dominated with lesions concordant with AGEP but also rare targetoid lesion were observed leading to a suspicion of AGEP-EM major overlap.

Amoxicilline/clavulanic acid and NSAID usage induced atypical target/targetoid lesions which were histopathologically consistent with EM in our case. The drugs also induced fever, leukocytosis and non-follicular pustules concordant with AGEP simultaneously in the same patient. Although AGEP is known to overlap with other ACDs, predominant EM like lesions with few pustules was first to be defined in our case. By the presentation of this case, we would like to remind that ACDs may overlap with each other mimicking several different infectious and inflammatory diseases. The rapid improvement of our patient with drug withdrawal and treatment consisting of systemic antihistamines and topical corticosteroids supported the diagnosis of ACD. Although the exact inciting agent of ACD was not able to be defined because of multiple drug intake of the patient, further investigations including drug patch testing can be performed for the identification of the causative drug. For persistent cases with targetoid lesions accompanied with pustules linear IgA dermatosis, subcorneal pustular dermatose, IgA pemphigus and other neutrophilic dermatoses should be kept in mind. Such cases should also be evaluated by laboratory parameters, cultures for bacteriologic investigations and histopathologic examination including "immunoflorescence" studies (1,3,5). Hypersensitivity reactions to antibiotics and NSAIDs are commonly reported. Nonimmediate hypersensitivity reactions are classically known as maculopapular exanthems in which specific T lymphocytes may play a role (6). In selected cases, skin drug testing including patch tests, intradermal tests and drug provocation tests can be used for diagnosis. Nonimmediate reactions are generally assessed by delayed-reading skin tests, patch tests, and drug provocation tests and these tests have been well validated mainly for β -lactam antibiotics but less for other classes of antibiotics, NSAIDs and anticonvulsant drugs (6,7).

Ethics

Informed Consent: It was taken from the patient.

Peer-review: Internally peer-reviewed.

Authorship Contributions

Surgical and Medical Practices: S.D., E.K., A.K., Concept: S.D., Design: S.D., Data Collection or Processing: S.D., E.K., Analysis or Interpretation: S.D., E.K., A.K., F.A., Literature Search: S.D., E.K., A.K., F.A., Writing: S.D., E.K., A.K., F.A.

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

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

References

1. Khan DA. Cutaneous drug reactions. *J Allergy Clin Immunol* 2012;130:1225-6.
2. Sokumbi O, Wetter DA. Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema multiforme: a review for the practicing dermatologist. *Int J Dermatol* 2012;51:889-902.
3. Lin JH, Sheu HM, Lee JY. Acute generalized exanthematous pustulosis with erythema multiforme-like lesions. *Eur J Dermatol* 2002;12:475-8.
4. Bouvresse S, Valeyrie-Allanore L, Ortonne N et al. Toxic epidermal necrolysis, DRESS, AGEP: do overlap cases exist? *Orphanet J Rare Dis* 2012;7:72.
5. Roujeau JC, Bioulac-Sage P, Bourseau C, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis. Analysis of 63 cases. *Arch Dermatol* 1991;127:1333-8.
6. Romano A, Caubet JC. Antibiotic allergies in children and adults: from clinical symptoms to skin testing diagnosis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2014;2:3-12.
7. Dogan S, Atakan N, Saygi S. Evaluation of drug patch testing in patients using anticonvulsant drugs. *Turkiye Klinikleri J Dermatol* 2014;24:6-11.



© Cahit Yavuz,
© Nurten Yavuz*

Excessive Punctate Palmoplantar Keratoderma Type 1 Lesions in a Patient Accompanied with Renal Failure

Böbrek Yetmezliğinin Eşlik Ettiği Hastada Görülen Aşırı Punctat Palmoplantar Keratoderma Tip 1 Lezyonları

Öz

Palmoplantar keratodermalar (PPK) el ve ayaklarda kalınlaşma ile karakterli bir grup hastalıktır. Kalıtsal veya edinsel olabilirler. Difüz, fokal ve punktat formlar ana gruplardır. PPK'lerde esas problem stratum korneumun anormal proliferasyonudur. Polikliniğimize başvuran hiperkeratotik nodüler tarzda el içi ve ayak tabanı lezyonları olan hasta yazıda ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Palmoplantar keratoderma, Buschke-Fischer-Brauer hastalığı, böbrek yetmezliği

Abstract

Palmoplantar keratodermas (PPKs) are a group disease characterized by thickening of palms of the hands and soles of the feet. They may be inherited or acquired. Diffuse, focal and punctate forms are the main groups. Abnormal proliferation of stratum corneum is the main problem in PPKs. In this study, the patient who admitted to our outpatient clinic with hyperkeratotic nodular lesions in the palm of the hand and the sole of the foot was discussed.

Keywords: Palmoplantar keratoderma, Buschke-Fischer-Brauer disease, renal failure

Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Konya Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Dermatoloji Kliniği,
Konya, Türkiye

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Konya Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi, Kliniği
Konya, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Cahit Yavuz, Sağlık Bilimleri
Üniversitesi, Konya Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, Konya, Türkiye
E-posta: cahit.yavuz@saglik.gov.tr
ORCID-ID:
orcid.org/0000-0003-4675-8127
Geliş Tarihi/Submitted: 28.10.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 3.11.2016

Giriş

Palmoplantar keratodermalar (PPK) el ve ayaklarda kalınlaşma ile karakterli bir grup hastalıktır. Kalıtsal veya edinsel olabilirler. Difüz, fokal ve punktat formlar ana gruplarıdır. PPK'lerde esas problem stratum korneumun anormal proliferasyonudur.

Punktat PPK tip 1 ilk olarak 1879 yılında bildirildi (1). 1910 yılında Buschke ve Fischer hastalığı tanımladı (2). Brauer 1913 yılında hastalığın kalıtsal yönünü tanımladı ve o günden sonra hastalık "Buschke-Fischer-Brauer hastalığı" olarak anılmaya başlandı (3). Hastalık genellikle yaşamın erken dönemlerinde başlamaktadır. Ancak geç başlangıçlı Buschke-Fischer-Brauer tipi tanımlanmıştır (4). Hastalığın prevalansının 1,17/100000 olduğu sanılmaktadır (2). Patofizyolojisi net olarak bilinmemektedir.

Moleküler genetik çalışmalarda sorumlu genin 15q22 lokasyonunda yerleştiği gösterilmiştir (5).

El içi ve ayak tabanında yerleşen çok sayıda hiperkeratotik küçük papüller hastalığın klinik bulgudur. Lezyonlar ayak tabanında basınç etkisiyle daha belirgin olma eğilimindedirler. Bununla birlikte hastalar el içi lezyonları günlük aktiviteler arasında koparmaktadırlar. Bu nedenle ayak taban lezyonlarının daha belirgin olduğu düşünülmektedir (6).

Buschke-Fischer-Brauer keratoderması benign ve malign durumlarla birliktelik gösterebilir. Kolon kanserini, prostat kanseri, meme kanseri ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri birlikte görülebilecek malign hastalıklardandır. Nörolojik bozukluklar, tırnak distrofileri,

psoriasis ve keratozis pilaris ise birlikte olabilecek benign durumlardandır (7).

Olgu Sunumu

Altmış üç yaşında erkek hasta yakınları tarafından el içi ve ayak tabanındaki çok sayıda ağrılı lezyonlarla polikliniğimize getirildi (Resim 1,2). Hastanın anamnezinden bu lezyonların çocukluk çağından bu yana olduğu ve böbrek yetmezliği tanısıyla haftada 3 kez diyalize girdiği öğrenildi. Böbrek yetmezliği tanısı alıp günlük aktiviteleri kısıtlandıktan sonra lezyonların arttığını belirtti. Hastanın babasında ve bir oğlunda da aynı lezyonlar varmış. Başlarda kendisi el içi ayak lezyonları temizleyebilirken yaşı ilerledikçe böbrek hastalığının da etkisiyle temizlemekte zorlandığı öğrenildi. Başlangıçtan bu yana kendisi lezyonları temizleyebildiği için tedavi almamış.

Dermatolojik muayenede el içi ve ayak tabanında, ayak tabanında daha belirgin olmak üzere çok sayıda küçük çaplı hiperkeratotik papüllerin olduğu görüldü. Ayak taban lezyonları nedeniyle hastanın ayakta durmakta zorluk çektiği öğrenildi. Ayak taban lezyonlarının son zamanlarda artışı böbrek yetmezliği nedeniyle hastanın lezyonları temizleyememesine bağlandı.

Tartışma

Buschke-Fischer-Brauer keratodermasında esas sorun stratum korneumun aşırı proliferasyonudur. Lezyonlar el içi ve ayak tabanında yerleşim gösterir. Hastalık yaşamın erken

dönemlerinde genellikle çocuklukta başlar. Geç başlangıçlı tipi tanımlanmıştır. Patofizyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte sorumlu genin 15q22 lokusunda bulunduğu Gao ve ark., (5) tarafından bildirilmiştir.

Buschke-Fischer-Brauer keratoderması klinik olarak el ve ayaklarda yerleşen düzensiz sınırlı hiperkeratotik papüllerle karakterlidir. Lezyonlar çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte ayak taban lezyonları basınç etkisiyle ağrılı olabilir. Nesneleri elle tutmak ve yürümek hasta için ağrı verici olabilir. Tırnaklarda kalınlaşma, subungual hiperkeratozis ve renk değişiklikleri eşlik edebilir.

Arsenik maruziyeti, verruka vulgaris, costanın akrokeratoelastoyidozu, kallus ve fokal akral hiperkeratoz ayırıcı tanımlar arasında düşünülmelidir. Hastamızın lezyonundan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde boynuzsu tabakada kalınlaşma ve alt yapılarda düzleşme görüldü.

Birlikte olabilecek benign ve malign durumlar açısından hasta değerlendirildi. Eşlik eden böbrek yetmezliği dışında özellik saptanmadı.

Buschke-Fischer-Brauer keratodermasında tedavi zordur. Küratif olmamakla birlikte daha çok keratolitik ajanlar tercih edilmektedir. Sistemik retinoidler yan etkileri nedeniyle yakın izleme hastalara verilebilir. Alitretinoin hastalar için bir alternatif tedavi seçeneği olabilir. Raone ve ark., (8) bir hastanın alitretinoin tedavisinden fayda gördüğünü bildirmişlerdir. Cerrahi eksizyon uygun olgularda düşünülmelidir.

Hastamızın yürümesini engelleyen ayak tabanı lezyonları için cerrahi eksizyon planladık ve uygulandı. Hastaya eksizyon sonrası böbrek yetmezliği nedeniyle sistemik retinoid başlanmadı. Topikal keratolitik ajanlarla tedaviye devam edildi. Hasta cerrahi eksizyon sonrası ayakta durmaya ve günlük işlerini az da olsa kendisi yapabilmeye başladı.

Etik

Hasta Onayı: Hastanın onayı alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: C.Y., Dizayn: C.Y., Veri Toplama veya İşleme: C.Y., Analiz veya Yorumlama: C.Y., Literatür Arama: C.Y., Tedavi ve Takip: N.Y., Yazan: C.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. El Amri I, Mamai O, Ghariani N, et al. Etude clinique et genetique de la keratodermie palmoplantaire de Buschke-Fischer-Brauer dans une famille tunisienne. Ann Dermatol Venereol 2010;137:269-75.
2. Oztas P, Alli N, Polat M, et al. Punctate palmoplantar keratoderma (Brauer-Buschke-Fischer Syndrome). Am J Clin Dermatol 2007;8:113-6.



Resim 1. Ağrılı hiperkeratotik el içi lezyonları



Resim 2. Ağrılı hiperkeratotik ayak tabanı lezyonları

3. Gupta R, Mehta S, Pandhi D, et al. Hereditary punctate palmoplantar keratoderma (PPK) [Brauer-Buschke-Fischer Syndrome]. *J Dermatol* 2004;31:398-402.
4. Al Mutairi N, Joshi A, Nour-Eldin O. Punctate palmoplantar keratoderma (Buschke-Fischer-Brauer Disease) with psoriasis: A rare association showing excellent response to acitretin. *J Drugs Dermatol* 2005;4:627-34.
5. Gao M, Yang S, Li M, et al. Refined localization of a punctate palmoplantar keratoderma gene to a 5.06-cM region at 15q22.2-15q22.31. *Br J Dermatol* 2005;152:874-8.
6. Antonio JR, Oliveira GB, Rossi NC, et al. Exuberant clinical picture of Buschke-Fischer-Brauer palmoplantar keratoderma in bedridden patient. *An Bras Dermatol* 2014;89:819-21.
7. Kumari R, Thappa D. Keratosis palmoplantaris punctata (Buschke-Fischer-Brauer) with keratosis pilaris. *Indian J Dermatol* 2006;51:223-4.
8. Raone B, Raboni R, Patirizi A. Alitretinoin: a new tretamnet option for hereditary punctate palmoplantar keratoderma (Brauer-Buschke-Fischer syndrome). *J Am Acad Dermatol* 2014;71:e48-9.



● Gülhan Gürel,
● Emine Çölgeçen

Sağmaç Nodülü Sonrası Eritema Multiforme Gelişen Bir Olgu

A Case of Erythema Multiforme Evolving After
Milker's Nodule

Öz

Sağmaç nodülü, paravaksinya virüs ile enfekte sığırdan bulaşan deri lezyonlarıdır. Hastalık genellikle ellerde tek veya multipl deri lezyonları şeklinde ortaya çıkar. Bu yazıda sağmaç nodülü sonrası eritema multiforme gelişen bir olgu sunmaktayız. On yedi yaşında kadın hasta polikliniğimize avuç içlerinde ve ayak üzerlerinde kızarıklık ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünden hastanın yaklaşık 15 gün önce ilk kez inek sağma tecrübesi olduğunu ardından 5 gün sonra sol el işaret parmağında ağrısız kabarıklık ve su toplama olduğunu öğrendik. Yaklaşık 1 haftadır da avuç içi ve ayak üzerlerinde kızarıklık, kaşıntı ve yanma şikayetleri mevcuttu. Bu olguyu nispeten nadir bildirilmesi ve ardından nadiren eritema multiforme gelişmesi açısından sunmayı uygun bulduk.

Anahtar kelimeler: Eritema multiforme, sağmaç nodülü, paravaksinya virüs

Abstract

Milker's nodules are cutaneous lesions, acquired by contact with cattle, infected with paravaccinia virus. The disease generally manifests as solitary or multiple skin lesions on the hands. In this study, we presented the case of erythema multiforme which developed after milker's nodule. A 17-year-old female patient admitted to our outpatient clinic with complaints of redness and itching in the palms and feet. We learned from the patient's history that she had cow milking experience for the first time in her life about 15 days ago, followed by a painless swelling and fluid retention in her left-hand index finger after five days. She also had complaints of redness, itching, and burning on her palms and feet for one week. We decided to report this case because it is relatively rare presented and after milker's nodule, the erythema multiforme development rarely seen in the clinical entity.

Keywords: Erythema multiforme, milker's nodule, paravaccinia virus

Yozgat Bozok Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi
Hastalıkları Anabilim Dalı,
Yozgat, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Gülhan Gürel, Yozgat Bozok
Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve
Zührevi Hastalıkları
Anabilim Dalı, Yozgat, Türkiye
E-posta:
gulhanozturkgurel@hotmail.com
ORCID-ID:
orcid.org/0000-0001-5716-8750
Geliş Tarihi/Submitted: 02.11.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 22.11.2016

©Telif Hakkı 2019 Türk Dermatoloji Derneği

Türk Dermatoloji Dergisi, Galenos
Yayınevi tarafından basılmıştır.

Giriş

Sağmaç nodülü, genellikle enfekte ineklerin memelerine veya vücutlarının başka yerlerine temas sonucu oluşan, çoğunlukla ellerde ve ön kollarda, bazen de vücudun diğer yerlerinde ortaya çıkan benign seyirli viral bir deri enfeksiyonudur. Etken DNA virüsü olan Poxvirüs ailesine mensup paravaksinya virüsüdür. Dünya çapında yaygın görülen bu hastalık, özellikle ineklerle yakın temasta bulunan mesleklerde (çiftçilik ve veterinerlik gibi) görülür (1).

Burada sağmaç nodülü sonrası eritema multiforme gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

On yedi yaşında kadın hasta polikliniğimize avuç içlerinde ve ayak üzerlerinde kızarıklık ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünden hastanın yaklaşık 15 gün önce ilk kez inek sağma tecrübesi olduğunu ardından beş gün sonra sol el işaret parmağında ağrısız kabarıklık ve su toplama olduğunu öğrendik. Yaklaşık bir haftadır da avuç içi ve ayak üzerlerinde kızarıklık, kaşıntı ve yanma şikayetleri mevcuttu. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık ya da ilaç öyküsü yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde; bilateral ayak dorsumunda ve palmar bölgede el dorsumuna doğru yayılan eritemli hedef benzeri lezyonlar, sol

el işaret parmağı fleksör yüzde çevresi hafif eritemli yaklaşık 2x2 cm çaplı ağrısız ortası büllöz lezyon mevcuttu (Resim 1, 2). Fizik muayenede patolojik bulguya rastlanmadı.

Hastanın öyküsü ve dermatolojik muayenesi dikkate alınarak sağmaç nodülü sonrası gelişen eritema multiforme tanısı konuldu. Hastaya punch biyopsi yapılması önerildi fakat hasta kabul etmediğinden yapılamadı. Hastanın aydınlatılmış yazılı onamı alınarak yayınlanmasına karar verildi. Bu tanılarla hastaya sistemik antihistaminik ve topikal kortikosteroid tedavileri ve sol el işaret parmağındaki lezyona lokal yara bakımı önerildi.

Tartışma

Sagmaç nodülü, çoğunlukla sığırlarla yakın temasta bulunulan mesleklerde görülen zararsız deri lezyonlarıdır. Genellikle kalıcı immünite bırakmaktadır (2). İnkübasyon süresi yaklaşık 5-15 gün; lezyon sayısı da 1 ila 5 arasındadır. Skar dokusu bırakmadan 4-6 haftada gerilemektedir. Klinik tablo genellikle asemptomatik olup nadiren ateş, lenfadenopati ve eritema multiforme gelişebilmektedir.



Resim 1. Bilateral ayak dorsumunda ve palmar bölgede el dorsumuna doğru yayılan eritemli hedef benzeri lezyonlar, sol el işaret parmağı fleksör yüzde çevresi hafif eritemli yaklaşık 2x2 cm çaplı ağrısız ortası büllöz lezyon



Resim 2. Bilateral ayak dorsumunda ve palmar bölgede el dorsumuna doğru yayılan eritemli hedef benzeri lezyonlar, sol el işaret parmağı fleksör yüzde çevresi hafif eritemli yaklaşık 2x2 cm çaplı ağrısız ortası büllöz lezyon

Sekonder bakteriyel enfeksiyon daha sık görülen bir komplikasyondur (3).

Parapoxvirüslerin insandan insana geçişi bildirilmemiştir (4). Sağmaç nodülü olguları sporadik olgular ya da minör epidemiler şeklindedir (5). Finlandiya'da 1974 yazında 44 olgu bildirilmiş olup, 3 olguda morbiliform döküntü ve 7 olguda eritema multiforme (2'si büllöz lezyonlarla karakterize) gözlenmiştir (6). Hansen ve ark. (7). Danimarka'da 2 yıllık periyotta 15 sağmaç nodülü olgusu bildirmiş bunlardan 3 tanesi eritema multiforme benzeri sekonder erüpsiyon geliştirmiştir. Slattery ve ark., (5) ise 2005'te allojenik kök hücre nakli olan multiple miyelomlu olguda sağmaç nodülü sonrası eritema multiforme ve graft versus host reaksiyonu gelişen bir olgu bildirmişlerdir.

Sagmaç nodülü tanısı öykü, dermatolojik muayene ve histopatolojik inceleme ile konulur. Viral partiküller elektron mikroskopisi ile gösterilebilir. PCR teknikleri ve viral doku kültürleri de tanıda yardımcıdır (3). Parapoxvirüs enfeksiyonlarının spesifik tedavisi bulunmamaktadır (5).

Biz bu olguyu nadir bildirilmesi ve ardından nadiren eritema multiforme gelişmesi açısından sunmayı uygun bulduk. Sağmaç nodülü gibi zoonozlarda doğru tanı gereksiz tedavi girişimlerini önlemektedir. Riskli meslek gruplarının bilgilendirilmesi ve hasta hayvanların tespiti de hastalığın önlenmesinde büyük katkı sağlayacaktır.

Etik

Hasta Onayı: Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: G.G., E.Ç., Dizayn: E.Ç., Veri Toplama veya İşleme: G.G., Analiz veya Yorumlama: E.Ç., Literatür Arama: G.G., Yazan: G.G.

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

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

Kaynaklar

1. Arıcan Ö, Uzunali E. Sağmaç nodülü. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2011;21:113-4.
2. Kaviarasan PK, Yamini M, Prasad P, et al. Milkers' nodule. Indian J Dermatol 2009;54 (Suppl 1):78-9.
3. Adriano AR, Quiroz CD, Acosta ML, et al. Milker's nodule-case report. An Bras Dermatol 2015;90:407-10.
4. Buller RM. Poxviruses. In: Specter S, Hodinka R, Young SA, eds. Clinical virology manual. 3rd ed. Washington, D.C.: American Society of Microbiology 2000;472-86.
5. Slattery WR, Juckett M, Agger WA, et al. Milkers' nodules complicated by erythema multiforme and graft-versus-host disease after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for multiple myeloma. Clin Infect Dis 2005;40:63-6.
6. Kuokkanen K, Launis J, Mörttinen A. Erythema nodosum and erythema multiforme associated with milker's nodules. Acta Derm Venereol 1976;56:69-72.
7. Hansen SK, Mertz H, Kroghdal AS, et al. [Milker's nodules]. Ugeskr Laeger 1997;159:436-7.



© Serkan Demirkan,
© Özgür Gündüz,
© Tuba Devrim*

Lichen Planus Pigmentosus-Inversus: A Report of Two Cases

Liken Planus Pigmentosus-Inversus:
İki Olgu Sunumu

Abstract

Lichen planus pigmentosus (LPP)-inversus has been identified in a few East European cases primarily intertriginous areas such as axilla and groin which is not contacting with sunlight, and involvement in other skin areas was rarely detected. Because the lesions are similar to LPP in clinical and histological appearance, this condition, which is characterized by hyperpigmented, brown macules or plaques, is called LPP-inversus. Until today, actinic LP, linear LP, zosteriform, and LP pigmentosus clinical subtypes of lichen planus have been described. LPP-inversus is a rare form of LP and so far, there have been few case reports. LPP-inversus has been reported mostly in Caucasians and Asians, and axilla was the most involved body region. In a small proportion (approximately 10%) of the cases, classical LP or LPP lesions may be located outside the flexural areas. So far, about 50 cases have been reported; also we presented two new cases that we diagnosed.

Keywords: Lichen planus, inversus, pigment

Öz

Liken planus pigmentosus (LPP)-inversus Doğu Avrupalı birkaç olguda primer olarak aksilla ve kasık gibi güneş görmeyen intertriginöz alanlarda tanımlanmış olup, diğer deri bölgelerinde tutulum ise nadiren saptanmıştır. Lezyonlar klinik ve histolojik görünüm olarak LPP'ye benzediğinden dolayı, hiperpigmente, kahverengi makül veya plaklarla karakterize bu durum LPP-inversus olarak adlandırılmıştır. Liken planusun günümüze kadar aktinik LP, lineer LP, zosteriform, LP pigmentosus klinik alt tipleri tanımlanmıştır. LPP-inversus; LP'nin nadir bir formudur ve çok az vaka bildirimi olmuştur. Beyaz ırk ve Asyalılarda en fazla bildirilmiş olup aksilla olgularında en fazla tutulan bölge olmuştur. Olguların az bir kısmında (yaklaşık %10) klasik LP veya LPP lezyonları fleksural alanların dışında bulunabilmektedir. Şu ana kadar yaklaşık 50 olgu bildirimi olmuştur; biz de tanı koyduğumuz iki yeni olguyu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar kelimeler: Liken planus, inversus, pigment

Kırıkkale University Faculty
of Medicine, Department of
Dermatology, Kırıkkale, Turkey

*Kırıkkale University Faculty
of Medicine, Department of
Medical Pathology,
Kırıkkale, Turkey

Correspondence/ Yazışma Adresi:

Serkan Demirkan, Kırıkkale
University Faculty of Medicine,
Department of Dermatology,
Kırıkkale, Turkey
E-mail:
serkan.demirkan@yahoo.com.tr
ORCID-ID:
orcid.org/0000-0002-3960-3891
Submitted/Geliş Tarihi: 01.11.2016
Accepted/Kabul Tarihi: 06.12.2016

Introduction

Lichen planus (LP) inversus was primarily diagnosed by Pock et al., (1) on sunless intertriginous areas such as axilla and inguen in some East European patients, and its occurrence was rarely detected on the other areas of skin. Since lesions were similar to LP pigmentosus (LPP) in clinical and histological a small portion of the cases (approximately 10%), classical LP or LPP lesions could be available out of flexural areas (1). Because the lesions are

similar to LPP in clinical and histological appearance, this condition, which is characterized by hyperpigmented, brown macules or plaques, is called LPP inversus. Actinic LP, linear LP, zosteriform and LPP clinical subtypes of LP have been described. LPP-inversus is a rare form of LP and there have been few case reports (1,2). In a small number of cases (approximately 10%), LPP lesions may be located outside the flexural areas (3). Pock et al., (1) reported in their first statements

that large lesions had a tendency of linear or angular configuration (3,4).

This condition is generally asymptomatic but there may be occasionally a mild pruritus. There is no occurrence on mucosa, hairy skin and nails. While some cases can regress without any treatment within a few weeks, some cases can continue for years (1,3). Approximately 50 cases have been reported to date and we present two new cases of LPP-inversus.

Case 1

A 63-year-old man was admitted with 2 months history of lesions on his body. The patient had no treatment, no known disease and no medication. There were macules and plaques on the lateral body sides, back and arm median faces, some with annular shape, some with erythematous, some with hyperpigmented, 1-5 cm in diameter (Figure 1). There were no pathological findings in the mucous membranes, scalp and nails. Dermoscopic examination revealed diffuse brown patches (Figure 2). Skin biopsy revealed interstitial lymphocyte in superficial dermis, melanophages in superficial dermis, infrequent lymphocytes in deep dermis and focal lymphocytic infiltration near skin attachments (Figure 3). The patient did not benefit from topical steroid and tacrolimus treatments.

Case 2

A 48-year-old woman presented with a 6-month history of discoloration in the bilateral inframamarian regions. She

had antifungal and antibiotic treatments and had no benefit from these treatments. There were hyperpigmented macules with a diameter of 1-4 cm in the bilateral inframamarian regions (Figure 4). There was no finding of wood light examination. No mycotic element was detected in direct mycotic examination with potassium hydroxide. There were no pathological findings in the mucous membranes, scalp and nails. Dermoscopic examination revealed diffuse brown patches (Figure 5). Histopathological examination revealed interstitial lymphocyte infiltration rare melanophages in superficial dermis (Figure 6). The patient did not benefit from topical steroids and tacrolimus treatments.

Discussion

Uyar and Sivriköz (5) reported that 8.9% of 161 patients having LPP had it on their axilla, 6.5% of them had it on friction areas of their and 3.2% of them had it on inguinal areas with a frequent impact on popliteal area. In 2001, Pock et al., (1) named this version of LPP which histopathologically had the characteristics of LPP and specifically occurred on the intertriginous areas of skin as LPP-inversus. Together with our

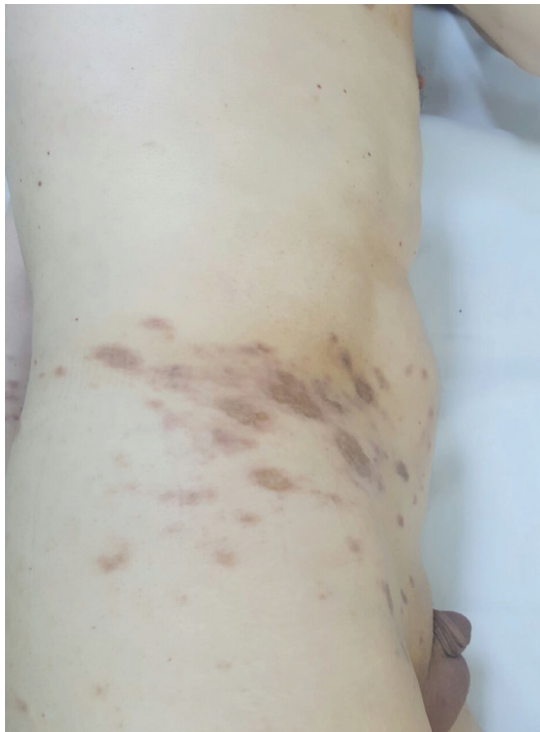


Figure 1. Macules and plaques on the lateral body sides, back and arm median faces, some with annular shape, some with erythematous, some with hyperpigmented, 1-5 cm in diameter



Figure 2. Diffuse brown patches dermoscopic examination

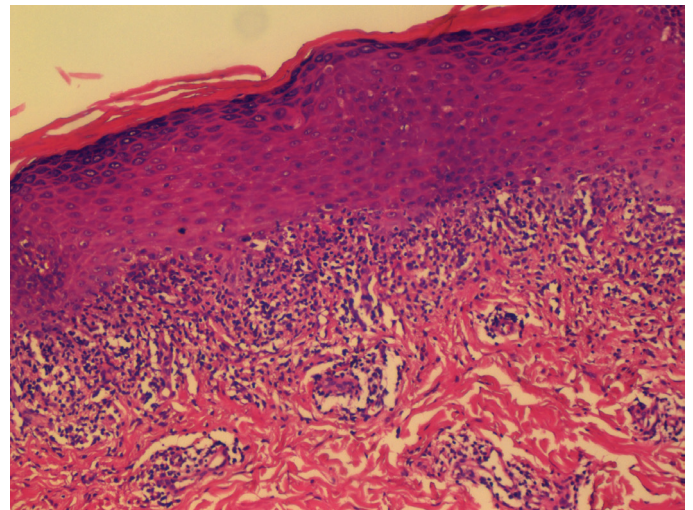


Figure 3. Interstitial lymphocyte in superficial dermis, melanophages in superficial dermis, infrequent lymphocytes in deep dermis and focal lymphocytic infiltration near skin attachments (H and E, ×100)

cases, 11 cases from Turkey and 52 cases from the world have been reported so far. 14 of these patients (26.9%) are male while 28 of them (73.1%) are female (5-9). It can be inferred from this information that it is much more frequent among females ($p < 0.001$).

LPP-inversus is characterized by well limited macules which may be a little symptomatic and change colour from purple to brown by clinically affecting intertriginous areas. Some cases which are similar to our case occurring with lesions in annular plaques have been reported in literature so far. It is also reported that it occurs on external auditory canal and antitragus (3,4,6,10).



Figure 4. Hyperpigmented macules with a diameter of 1-4 cm in the bilateral inframamarian regions



Figure 5. Diffuse brown patches dermoscopic examination

Very few patients with LPP-inversus also have typical PL plaques on areas which are not intertriginous as in our first case. While LPP lesions generally occur on sun-exposed areas, LPP-inversus lesions generally occur on sunless areas as in the case of our patient. In patients with LPP-inversus, there is no occurrence on mucosae, hairy skin and nails as in our case. There is also no relationship determined between LPP-inversus and viral hepatitis, infections, drugs or neoplastic illnesses. Since it occurs on intertriginous areas and observed in 2 patients who get dressed tightly, it is reported that friction can have an impact on the occurrence of the lesions (11,12).

In dermoscopy, it is reported that the appearance of multiple granular stains can be an indicator of poor prognosis, as well as the fact that lesions are long term and there can be no response to treatment (7). But there were no findings without diffuse brown patches in dermoscopy examination on our two cases. There were no findings like this without hyperpigmented macula in our two cases.

In histopathology, it is reported in literature that there can be both regressive type lichenoid reaction as in our cases and significant lichenoid reaction in biopsy specimens taken from the same patient. Lichenoid infiltration, which includes lymphocyte and histiocyte in various dominance on orthokeratotic atrophic epidermis, is observed in the specimens. There are macrophages which include pigment incontinence and melanin on superficial dermis. While it is accepted that early-onset intensive lichenoid reaction leads to epidermoid atrophy and significant pigment incontinence, there is no epidermoid hyperplasia observed as it is available in LP. Pigmentation which is observed on deeper dermis, contrary to ashy dermatosis, and which leads to a change of bluish-gray colour through Tyndall impact is available on superficial dermis (1,13,14). Skin biopsy showed lymphocytic infiltrate, macrophages that contain melanin, and pigment incontinence especially

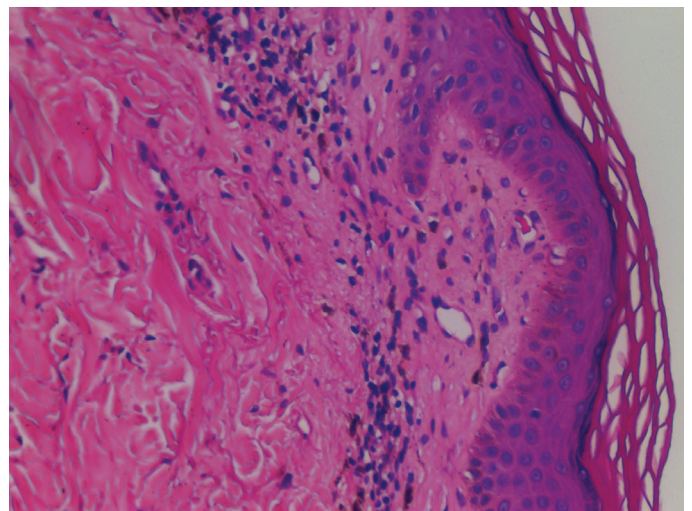


Figure 6. Interstitial lymphocyte infiltration rare melanophages in superficial dermis (H and E, $\times 400$)

in the superficial dermis in our cases. Accumulation of immunoglobulin and complement which is observed in classical LP and determined through immunofluorescent staining has not been reported in literature. In our case, accumulation of immunoglobulin and complement through immunofluorescent has been researched but there is no accumulation determined too.

A sum of molecular pathogenesis of LP has not been understood yet. It is thought that T-lymphocyte derived cytotoxic activity plays a role against basic keratinocytes in LPP-inversus as in classical LP (15).

What comes to mind in definitive diagnosis of LPP inversus is Dowling Degos, acanthosis nigricans, erythema dyschromicum perstans, Riehl melanosis, cutaneous drug reactions, actinic LP, candidal intertrigo, erythrasma, postinflammatory hyperpigmentation, lichenoid toxicodermatitis. These illnesses can clinically and histopathologically be distinguished from LPP-inversus.

Calcineurin inhibitors and potent topical corticosteroids have been tried but generally failed as in our two cases (16). Spontaneous remissions have been reported but there is no proved effective treatment for LPP-inversus.

Conclusion

In conclusion, the best strategy in the management of this condition is to "wait and watch".

Ethics

Informed Consent: Consent form was filled out by all participants.

Peer-review: Internally peer-reviewed.

Authorship Contributions

Concept: S.D., Ö.G., Design: S.D., Data Collection or Processing: S.D., Analysis or Interpretation: S.D., Ö.G., Literature Search: S.D., Ö.G., Writing: S.D.

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

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

References

1. Pock L, Jelínková L, Drlík L et al. Lichen planus pigmentosus-inversus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:452-4.
2. Cho S, Whang KK. Lichen planus pigmentosus presenting in zosteriform pattern. *J Dermatol* 1997;24:193-7.
3. Jung YJ, Lee YH, Lee SY, et al. A Case of Lichen Planus Pigmentosus-inversus in a Korean Patient. *Ann Dermatol* 2011;23:61-3.
4. Bennàssar A, Mas A, Julià M, Iranzo P, Ferrando J. Placas anulares en grandes pliegues: cuatro casos de liquen plano pigmentoso-inverso. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:602-5.
5. Uyar B, Sivriköz ON. A case of lichen planus pigmentosus-inversus. *Türk Derm* 2012;46:160-2.
6. Mohamed M, Korbi M, Hammedi F, et al. Lichen planus pigmentosus inversus: a series of 10 Tunisian patients. *Int J Dermatol* 2016;55:1088-91.
7. Murzaku EC, Bronsnick T, Rao BK. Axillary lichen planus pigmentosus-inversus: Dermoscopic clues of a rare entity. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:e119-20.
8. Dizen-Namdar N, Kural E, Pulat O, et al. Lichen planus pigmentosus inversus: 5 Turkish cases. *J EADV* 2016;30:446-556.
9. Gaertner E, Elstein W. Lichen planus pigmentosus-inversus: Case report and review of an unusual entity. *Dermatol Online J* 2012;18:11.
10. Nijhawan RI, Borkin MS, Wilentz SE. Case Presentation Lichen planus pigmentosus-inversus involving the post-auricular sulci. *Dermatology Online Journal* 2013;19:14.
11. Majima Y, Hiroaki Yagi H, Ikeda Y, et al. Two cases of lichen planus pigmentosus inversus: possible causative role of tightly fitting underclothes. *EJD* 2013;23:904-5.
12. Ohshima N, Shirai A, Saito I, Asahina A. Lichen planus pigmentosus-inversus occurring extensively in multiple intertriginous areas. *J Dermatol* 2012;39:412-4.
13. Saray Y, Güleç T, Seçkin D. Lichen Planus Pigmentosus: Report of Four Cases. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2004;14:222-6.
14. Barros HR, Almeida JRP, Dinato SLM, et al. Lichen planus pigmentosus inversus. *An Bras Dermatol*. 2013;88(6 Suppl 1):146-9.
15. Shai A, Halevy S. Lichen planus and lichen planus-like eruptions: pathogenesis and associated diseases. *Int J Dermatol* 1992;31:379-84.
16. Al-Mutairi N, El-Khalawany M. Clinicopathological characteristics of lichen planus pigmentosus and its response to tacrolimus ointment: an open label, non-randomized, prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24:535-40.



● Evren Odyakmaz
Demirsoy,
● Cengiz Erçin*,
● Mehmet Kılıç**,
● Nilgün Sayman

Tanınız nedir?

What is your Diagnosis?

Olgu Sunumu

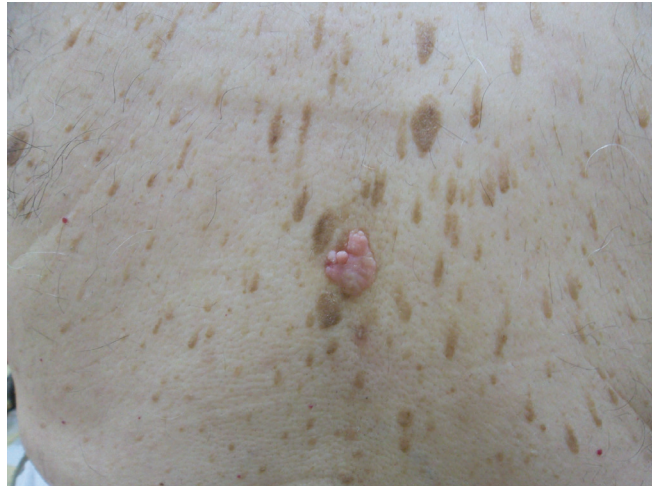
Seksen iki yaşındaki erkek hasta sırtında 1 yıl önce fark ettiği kırmızı kabarıklık nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sırtında çok sayıda kahverengi, hiperkeratotik papül ve plakların yanı sıra, sırt orta hatta kırmızı-pembe renkte, 15 mm çapında yer yer parmaklı çıkıntılı olan tümoral lezyon olduğu görüldü (Resim 1). Bu lezyonun dermoskopik incelemesinde nokta şeklinde damarlanma, ve ince beyaz çizgiler görüldü. Seboreik keratoz ile uyumlu bulunan diğer lezyonlardan klinik ve dermoskopik olarak farklı olan kırmızı-pembe tümörden biyopsi alındı. Alınan dokunun histopatolojik bulguları Resim 2'de görülmektedir.

Tanı

Histopatolojik olarak vasküler yapısı zengin fibröz bağ dokusu içinde trabeküler patern gösteren birbirleriyle ilişkili bazaloid hücrelerin görülmesi üzerine klinik ve histopatolojik özellikleri ile hastaya Pinkus'un fibroepitelyoması tanısı konuldu. Lezyon plastik ve rekonstrüktif cerrahi anabilim dalı tarafından total olarak çıkartıldı.

Pinkus'un fibroepitelyoması ilk olarak 1953 yılında tanımlanan, nadir görülen bir bazal hücreli karsinom tipidir (1). Genellikle soliter, deri ile aynı renkte, eritematöz ya da hiperpigmente, üzeri düz ya da papillomatoz papül, plak ya da saplı tümörler olarak görülebilmektedir. Klinik olarak dermal nevüs, yumuşak fibrom, seboreik keratoz gibi rutin olarak eksizyon ya da biyopsi gerektirmeyen benign deri tümörleri ile karışabilmektedir (2). En sık 40-60 yaş arasında görülmesine rağmen literatürde az sayıda çocuk olgu da vardır. Kadın ve erkekte eşit sıklıkla görülmektedir. Bazal hücreli karsinomun bir tipi olmasına rağmen bazal hücreli karsinomları görmeyi alışık olduğumuz baş ve boyun gibi güneş gören bölgelerden çok gövdede ortaya çıkmakta, hastamızda olduğu gibi en sık lumbosakral bölgede karşımıza çıkmaktadır (2-4).

Dermoskopi tanı koymada yardımcı olabilecek bir yöntemdir. Tipik bir dermoskopik bulgusu olmamakla birlikte şimdiye kadar bildirilen olgularda polimorfik damar yapıları, kısa beyaz çizgilenme, milia benzeri kistler, ülserasyon ve mavi-gri pigmentasyon görüldüğü bildirilmiştir (3,4).



Resim 1. Sırtta kahverengi, hiperkeratotik papüller, plaklar ve sırt orta hatta kırmızı-pembe renkte, parmaklı çıkıntılı olan tümoral lezyon

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

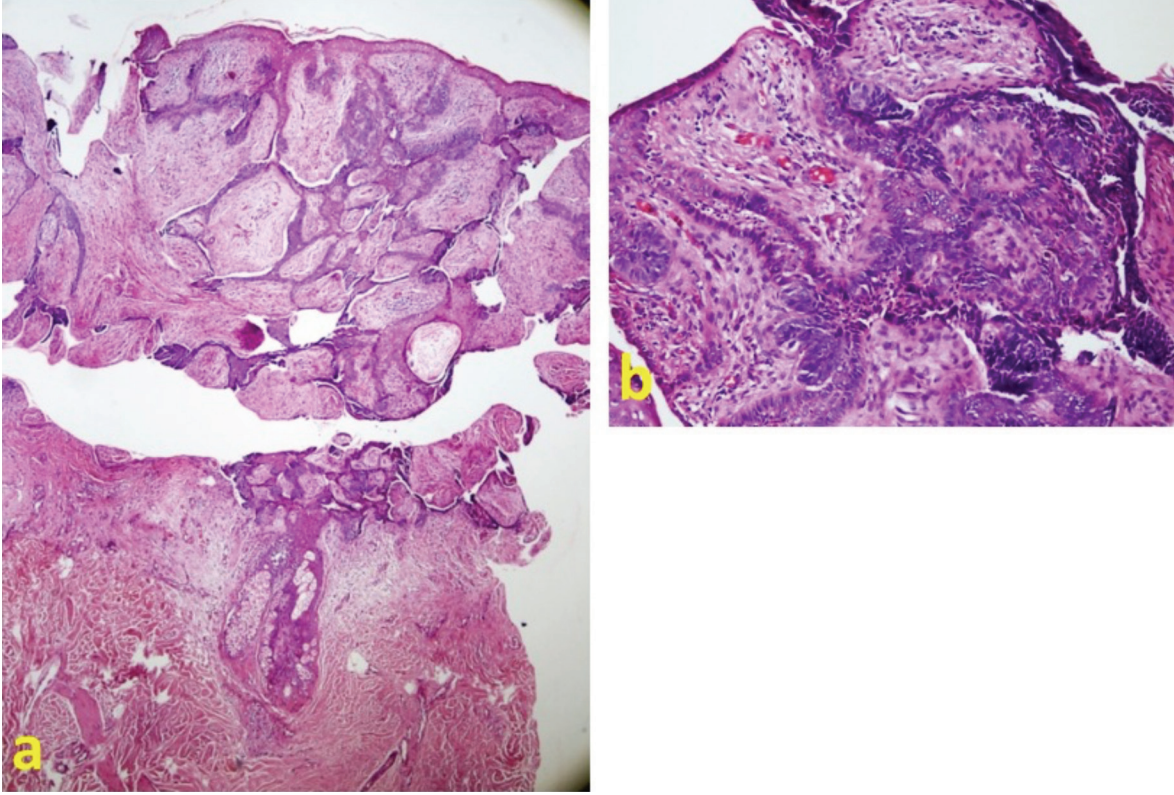
*Kocaeli Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Tıbbi Patoloji
Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

**Kadirli Devlet Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği,
Osmaniye, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Evren Odyakmaz Demirsoy,
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Dermatoloji Anabilim Dalı,
Kocaeli, Türkiye
Tel.: +90 262 303 72 62
E-posta:
evrenodyakmaz@yahoo.com
ORCID-ID:
orcid.org/0000-0002-8120-9548
Geliş Tarihi/Submitted: 22.05.2017
Kabul Tarihi/Accepted: 16.06.2017

**Sunulduğu Kongre: XXV. Ulusal
Dermatoloji Kongresinde poster
olarak sunulmuştur (P148).**



Resim 2. a) Hematoksilen-eozin x40, b) hematoksilen-eozin x200

Bizim olgumuzda da lezyonun dermoskopik incelemesinde nokta şeklinde damarlanma ve kısa beyaz çizgiler görüldü.

Histopatolojik olarak bazaloid hücrelerin kalın fibröz bir stroma içine gömülü olarak görülmesi bu tipi diğer bazal hücreli karsinom tiplerinden ayıran temel özelliktir (5).

Genellikle yavaş büyür ve bu tümörlerin şimdiye dek lokal invazyon ya da metastaz yaptığı bildirilmemiştir (2). Cerrahi eksizyon esas tedavi yöntemi olmakla birlikte imiquimod ve kriyoterapi gibi bazal hücreli karsinom tedavisinde kullanılan diğer tedavi yöntemleri Pinkus'un fibroepitelyomasında da kullanılabilecek tedavi yöntemleridir (2-4).

Kaynaklar

1. Pinkus H. Premalignant fibroepithelial tumors of skin. *AMA Arch Derm Syphilol* 1953;67:598-615.
2. Reggiani C, Zalaudek I, Piana S, et al. Fibroepithelioma of Pinkus: case reports and review of the literature. *Dermatology* 2013;226:207-11.
3. Zamberk-Majlis P, Velázquez-Tarjuelo D, Avilés-Izquierdo JA, et al. Dermoscopic characterization of 3 cases of fibroepithelioma of Pinkus. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:899-902.
4. Zalaudek I, Ferrara G, Broganelli P, et al. Dermoscopy patterns of fibroepithelioma of pinkus. *Arch Dermatol* 2006;142:1318-22.
5. Val-Bernal JF, Gómez-Ortega JM, Fernández-Llaca H, et al. Fibroepithelioma of pinkus with tumor giant cells. *Am J Dermatopathol* 2002;24:336-9.



ID Sibel Doğan ,
 ID Özyay Gököz*,
 ID Pelin Eşme

What is your Diagnosis?

Tanınız nedir?

Case Report

A 28-year-old female patient admitted for pruritic bleeding papules and plaques that appeared on the scalp and spread to the face and bilateral upper extremities since two years. Medical history revealed that she was treated with systemic clomiphene citrate (CC) (50 mg/day) for the last 3 years on the 3-7 days of her menstrual period. Intermitant oral medroxyprogesterone (5 mg/day) for 3-5 days was also given to the patient for 2-3 times per year. A previous skin biopsy performed from scalp lesions was reported as capillary proliferation. On dermatological examination, hemorrhagic crusted papules and nodules which were peripherally hyperpigmented were noticed. There were red to purple smaller numerous lesions on the face and dorsal aspects of

upper extremities. Dermatoscopy of the lesions revealed bright red vascular clods and lagoons within structureless white and brown areas (Figure 1 and 2).

What is your diagnosis regarding this case?

Diagnosis

The consultation of the pathologic specimen revealed proliferation of endothelial vessels with few inflammatory cells containing lymphocytes and eosinophils which was interpreted as angiolymphoid hyperplasia and eosinophilia (ALHE) on clinicopathological council of dermatology and pathology departments. There was no eosinophilia on peripheral blood smear and total immunoglobulin E (IgE) level was normal (34.4 UI/mL, range: 1.31-165). Because of the disseminated distribution

Hacettepe University Faculty
of Medicine, Department of
Dermatology, Ankara, Turkey

*Hacettepe University Faculty
of Medicine, Department of
Medical Pathology,
Ankara, Turkey

Correspondence/ Yazışma Adresi:

Sibel Doğan, Hacettepe University
Faculty of Medicine,
Department of Dermatology,
Ankara, Turkey
E-mail:
sibel.dogan@hacettepe.edu.tr
ORCID-ID:
orcid.org/0000-0002-5383-6886
Submitted/Geliş Tarihi: 06.04.2018
Accepted/Kabul Tarihi: 19.06.2018

©Copyright 2019 by Turkish Society
of Dermatology

Turkish Journal of Dermatology published
by Galenos Publishing House.



Figure 1. Hemorrhagic crusted papules and nodules on the scalp, red to purple smaller numerous lesions on the face and elbow

and presence of numerous lesions, topical imiquimod was started twice a day for 15 days on the lesions. On the control visit, the patient had significant relief from pruritus and marked improvement of the lesions was observed with total regression of lesions on the extremities. Dermatoscopic examination revealed that vascular component of the lesions were completely cleared by imiquimod therapy (Figure 3 and 4).

ALHE is a rare benign reactive disease with unknown origin. Trauma, infections, vaccination and hormonal

triggers including pregnancy and oral contraceptive usage are identified as inducing agents (1-5). To our knowledge, this is the first case of disseminated ALHE induced after *in vitro* fertilization (IVF) therapy performed by CC. CC is a non-steroidal selective estrogen receptor modulator used for inducing gonadotropin releasing hormone peaks and ovulation in patients with unovulatory states. CC has both estrogenic and antiestrogenic properties. Headache, flushing and abnormal uterine bleeding have been reported as its side effects however data is lacking about its potential side effect on the skin (6). Through literature review, there

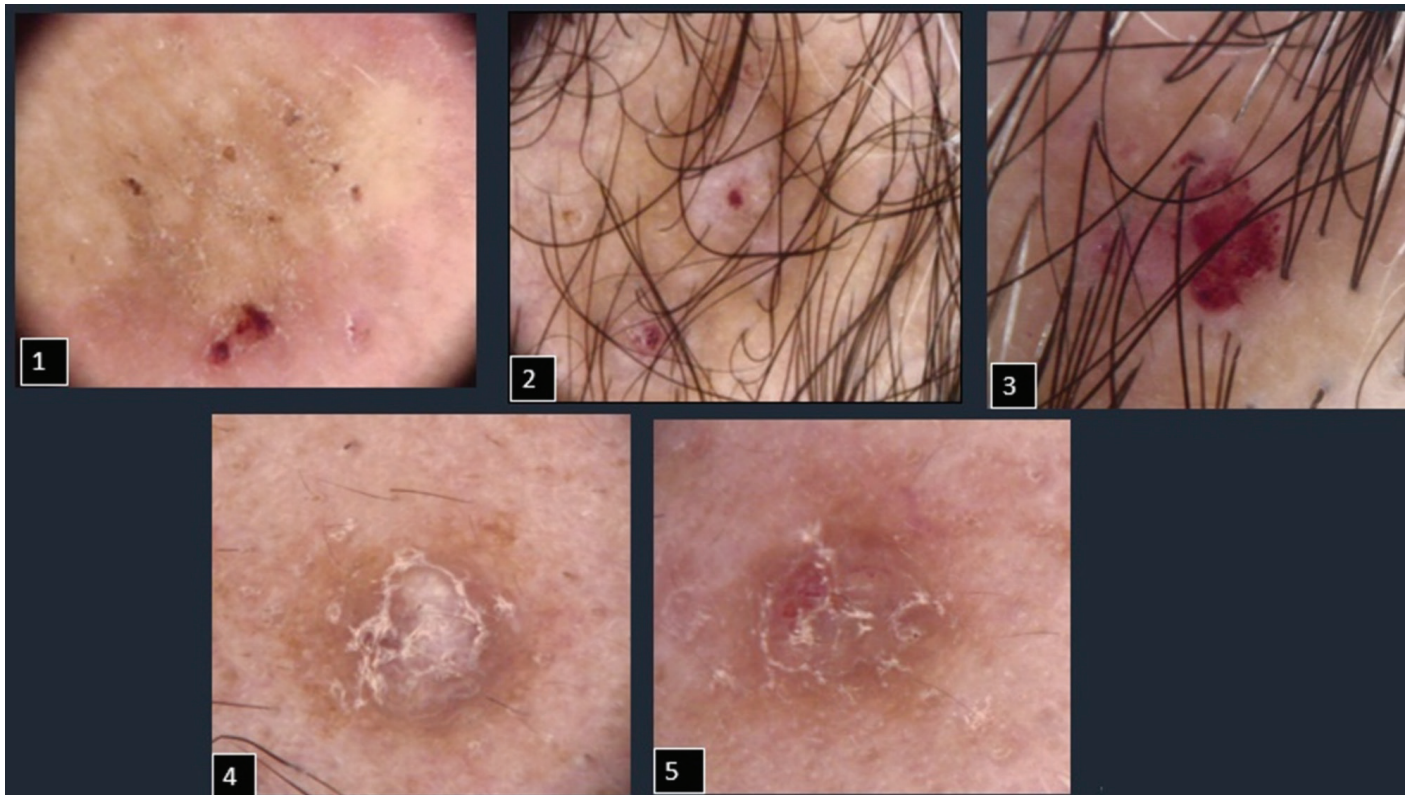


Figure 2. Hemorrhagic crusts, red vascular lagoons and scales surrounded by hyperpigmented rim are observed dermatoscopically on the angiolymphoid hyperplasia and eosinophilia papules/nodules



Figure 3. Marked improvement of angiolymphoid hyperplasia and eosinophilia lesions on the face and scalp

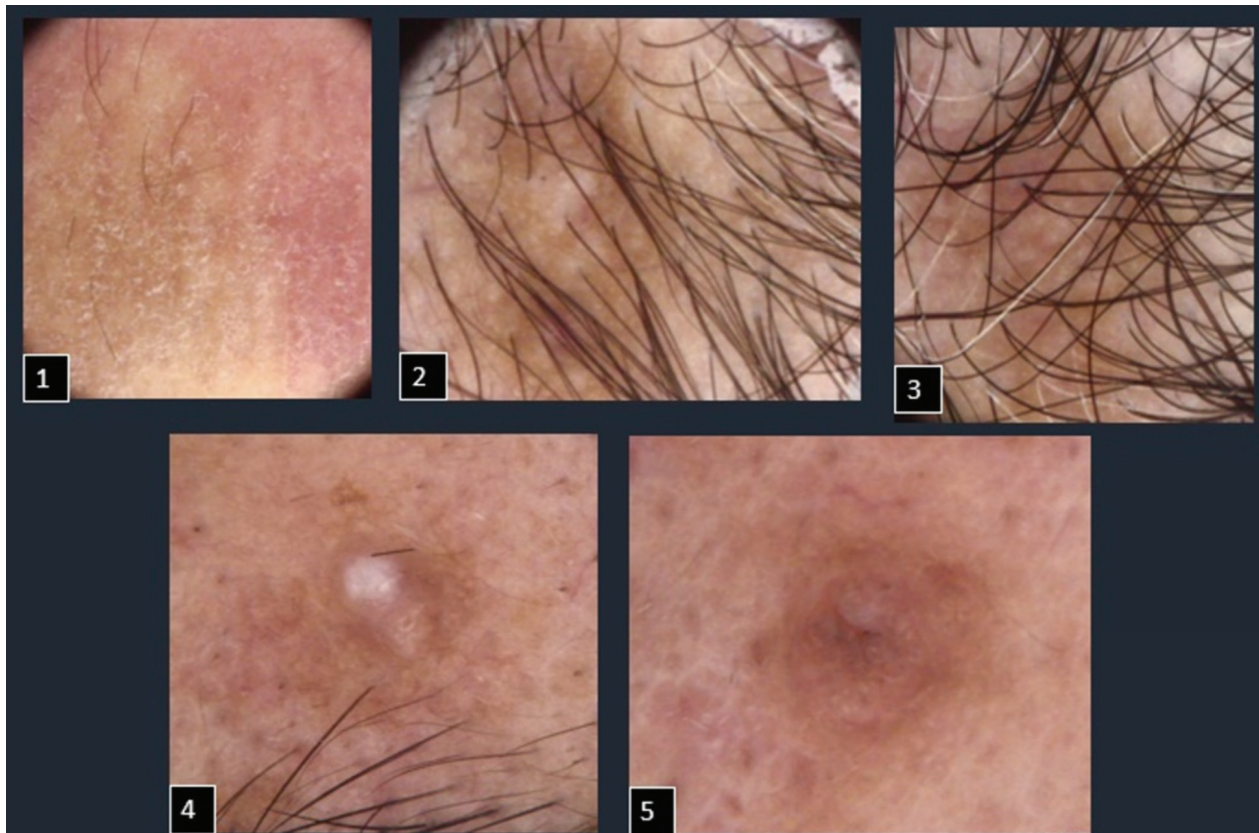


Figure 4. Total regression of vascular lagoons, scaling and crusting after topical imiquimod therapy

is only one report regarding CC's side effect on the skin, a 35-year old woman developed six primary cutaneous melanomas during her third pregnancy who had received CC treatment for nearly 2 years previously (7). Because bad prognosis of melanoma is associated with pregnancy, claims about CC to activate or progress precursor dysplastic lesions into malignant melanoma through its hormonal effects were found important. Occurrence of the disease in association with sex hormones is noteworthy. In fact, it's shown that there is a high number of estrogen and progesterone receptors in the tumor cells of some patients (8). Although taken intermittently, progesterone can also be an inciting or facilitating factor for ALHE's development. But due to the continuous usage of CC and appearance of new lesions despite progesterone lacking periods during 3 years of IVF treatment, this was accepted as a low possibility. However it should be kept in mind that ALHE can be associated with pregnancy or with use of oral contraceptive pills and regressing after their withdrawal.

Treatment of ALHE depends on the extent of the disease and consists of different modalities such as intralesional and systemic corticosteroids, cryotherapy, curettage, electrodesiccation, radiation, surgical excision and laser therapies (1,3). Although accepted as a reactive process, ALHE is resistant to most of treatment modalities and tends to reoccur. The most common suggested treatment modality is surgical excision (1). However excision and

ablative methods are not suitable in young patients, patients with facial lesions and/or disseminated neumerous lesions. Topical treatments seem to be a better choice in these instances. Successful treatment of refractory ALHE with topical imiquimod was achieved previously (9,10). Topical tacrolimus and intralesional interferon α -2 injections are also used with success (11,12). Because of the extent and distribution of numerous lesions with pruritus and bleeding, we chose to give topical imiquimod as a first line therapy in our case. The rapid cessation of pruritus and associated bleeding was remarkable together with the improvement of skin lesions after 15 days of topical application of imiquimod.

Conclusion

In conclusion, IVF treatment consisting of CC can induce disseminated ALHE. Short-term topical imiquimod is an efficient agent to be used in ALHE with rapid relief of symptoms and improvement of lesions.

References

1. Adler BL, Krausz AE, Minuti A, et al. Epidemiology and treatment of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (ALHE): A systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2016;74:506-12.e11.
2. JS Park, MJ Lee. A case of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (ALHE) in the genital area accompanied by varicocele. *Int J Dermatol* 2009;48:1264-6.
3. Jeon EK, Cho AY, Kim MY, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia that was possibly induced by vaccination in a child. *Ann Dermatol* 2009;21:71-4.

4. Zarrin-Khameh N, Spoden JE, Tran RM. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia associated with pregnancy: a case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2005;129:1168-71.
5. Uyar B, Karaarslan S. Widespread angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Turk J Dermatol* 2013;7:161-3.
6. Usadi RS, Merriam KS. On-label and off-label drug use in the treatment of female infertility. *Fertil Steril* 2015;103:583-94.
7. Kuppens E, Bergman W, Welvaart K, et al. Multiple primary melanomas in a patient with familial-type DNS during clomiphene-induced pregnancy. *Melanoma Res* 1992;2:71-4.
8. Moy, RL, Luftman DB, Nguyen QH, et al. Estrogen receptors and the response to sex hormones in angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Arch Dermatol* 1992;128:825-8.
9. Rodendo P, Delomo J, Idoate M. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia successfully treated with imiquimod. *Br J Dermatol* 2004;151:1110-1.
10. Gencoglan G, Karaca S, Ertekin B. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia successfully treated with imiquimod. A case report. *Dermatology* 2007;215:233-5.
11. Mashiko M, Yokota K, Yamanaka Y, et al. A case of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia successfully treated with tacrolimus ointment. *Br J Dermatol* 2006;154:803-4.
12. Shenefelt PD, Rinker M, Caradonna S. A case of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia treated with intralesional interferon alfa-2a. *Arch Dermatol* 2000;136:837-8.