



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ,
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİMDALI KLİNİĞİ

**İNFLAMATUAR DERMATOZLARDA (PSÖRIAZİS VULGARİS,
SEBOREİK DERMATİT, PİTRİYAZİS ROSEA, LİKEN PLANUS)
DERMOSKOPIK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Kadir Küçük

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ercan alışkan

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR.....	ii
TABLO LİSTESİ.....	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
GEREÇ VE YÖNTEM	11
BULGULAR.....	17
TARTIŞMA	31
SONUÇLAR.....	45
KAYNAKLAR	47
ÖZGEÇMİŞ	52
EKLER.....	53

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimi tamamladığım TC SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilimdalı'nda, en iyi Şekilde yetiŐmem amacıyla desteğini benden esirgemeyen, eğitimime önemli katkılar sağlayan, anabilimdalı baŐkanımız Doç. Dr. Mustafa TUNCA'ya, istatistiksel analiz konusunda yol göstericiliğini esirgemeyen Dr. Deniz DOĞAN'a, akademik danıŐmanlıđımı yapan tez danıŐmanım Doç. Dr. Ercan ÇALIŞKAN'a ve eğitimim süresince birlikte çalıŐtıđım tüm çalışma arkadaşlarıma içtenlikle teşekkür ederim.

Bu tez çalıŐmasının yapılmasında bana ihtiyaç duyduğum desteği gösteren Yasemin YILDIZ'a, bu tezi bitirerek mezun olacağım günü görmeyi sabırsızlıkla bekleyen anneme ve bugünü görme Őansına eriŐemeyen babama sonsuz minnetlerimi içtenlikle sunarım.

Kadir KÜÇÜK

ANKARA – 2018

KISALTMALAR

LP: Liken planus

PR: Pitriyazis rosea

PsV: Psöriazis vulgaris

SD: Seboreik dermatit

OR: Odds oranı

GA: Güven aralığı

TABLO LİSTESİ

TABLO 1: Dermoskopik bulgular

TABLO 2: Gruplara göre olguların demografik özellikleri

TABLO 3: Gruplara göre olguların dermoskopik bulguları

TABLO 4: Anlamlı istatistiksel fark saptanan dermoskopik özelliklerin gruplar arası çoklu karşılaştırmalarına ait p-değerleri

TABLO 5: Tek değişkenli lojistik regresyon analizine göre kontrol ve PsV gruplarını ayırt etmede dermoskopik özelliklerin etkisi

TABLO 6: Kontrol grubu ile PsV grubunu ayırt etmede her bir dermoskopik özelliğe ait duyarlılık, seçicilik, pozitif ve negatif tahmini değerler

TABLO 7: PsV'yi ayırt etmede en fazla belirleyici olan dermoskopik özellikler (Çoklu değişkenli ileriye dönük olabilirlik oran metoduna göre lojistik regresyon analizi sonucu)

TABLO 8: Kontrol ve PsV gruplarını ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktörlerin bulunduğu lojistik regresyon modeline ait ROC eğrisi altında kalan alan, %95 güven aralığı ve diğer tanısal performans göstergeleri

ŞEKİL LİSTESİ

ŞEKİL 1: El dermoskopu

ŞEKİL 2: Dermoskopik kriterler

ŞEKİL 3: Psöriazis vulgariste sıklıkla saptanan dermoskopik görünümler

ŞEKİL 4: Pitriyazis roseada sıklıkla saptanan dermoskopik görünümler

ŞEKİL 5: Seboreik dermatitte sıklıkla saptanan dermoskopik görünümler

ŞEKİL 6: Liken planusta sıklıkla saptanan dermoskopik görünümler

ŞEKİL 7: ROC eğrisi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada öncelikli amaç inflamatuvar dermatozlardan olan psöriazis vulgaris, liken planus, pitriyazis rosea ve seboreik dermatitin dermoskopik özelliklerinin ortaya konulmasıdır. İkincil amaç elde edilen dermoskopik özelliklerin psöriazis vulgaris tanısını ayırt etme gücünün belirlenmesidir. Son olarak dermoskopinin klinik tanıda girişimsel olmayan bir yöntem olarak yer alıp alamayacağı sorgulanacaktır.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya 91 psöriazis vulgaris, 31 liken planus, 32 pitriyazis rosea, 30 seboreik dermatit hastası olmak üzere toplam 184 hasta (96 erkek, 86 kadın) dahil edildi. Dermoskopik incelemede lezyondaki vasküler yapıların türü ve yerleşimi, skuam, skuamın rengi ve dağılımı, zemin rengi ve pigmentasyonu, Wickham striaları ve alt tipleri, komedon benzeri açıklık ve milia benzeri kist değerlendirildi. Veriler Ki-Kare testi, lojistik regresyon analizi ve ROC eğrisi kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel olarak anlamlı p değeri 0,05'in altında kabul edildi.

Bulgular: Söz konusu hastalıklarda saptanan dermoskopik özellikler şu şekildedir: psöriazis vulgariste damarların düzenli yerleşimi (%91,2), noktasal damar (%98,9), diffüz dağılan skuam (%94,5), beyaz skuam rengi (%68,1) ve koyu eritem (%61,5) izlenmiştir. Liken planusta damarların yamasal yerleşimi (%58,1), noktasal damar (%96,8), koyu eritem (%74,2) ve Wickham striaları (%71) gözlenmiştir. Pitriyazis roseada damarların yamasal yerleşimi (%71,9), noktasal damar (%81,3), periferik dağılan skuam (%34,4), beyaz skuam rengi (%53,1) ve turuncu zemin (%65,6) tespit edilmiştir. Seboreik dermatitte damarların yamasal yerleşimi (%63,3), noktasal damar (%50), yamasal dağılan skuam (%80), beyaz skuam rengi (%56,7) ve açık eritem (%73,3) saptanmıştır. Psöriazis vulgarisi ayırt etmede vasküler yapıların düzenli yerleşiminin ve skuamın diffüz dağılımının duyarlılığı %86,8, seçiciliği %97,8 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Psöriazis vulgaris, liken planus, pitriyazis rosea ve seboreik dermatitte kendine özgü dermoskopik bulgular vardır. Psöriazis vulgaris için ayırt

edici dermoskopik özellikler vasküler yapının düzenli yerleşimi ve skuamın diffüz dağılımıdır. Psöriazis vulgaris tanısına ait dermoskopik modellemeler yapılabilir. Dermoskopi inflamatuvar dermatozların klinik tanısında umut vermektedir.

Anahtar kelimeler: dermoskopi, seboreik dermatit, liken planus, pitriyazis rosea, psöriazis



ABSTRACT

Aim: The first aim of this study is to determine the dermoscopic features of psoriasis vulgaris, lichen planus, pityriasis rosea and seborrheic dermatitis which are inflammatory dermatoses. The secondary purpose is to determine the value of obtained dermoscopic features for distinguishing the psoriasis vulgaris diagnosis. Finally, it will be questioned whether dermoscopy can take place as a noninvasive method in clinical diagnosis.

Materials and methods: A total of 184 patients (96 male, 86 female), including 91 psoriasis vulgaris, 31 lichen planus, 32 pityriasis rosea and 30 seborrheic dermatitis patients were enrolled in the study. On dermoscopic examination, the type and pattern of the vascular structures, scale, color and distribution of scale, background color and pigmentation, Wickham striae and subtypes, comedo-like opening and milia-like cyst were evaluated. Data were analyzed using Chi-Square test, logistic regression analysis and ROC curve. Statistically significant p value was accepted below 0.05.

Results: The determined dermoscopic features of aforementioned diseases are as follows: regular placement of vessels (91.2%), dotted vessels (98.9%), diffuse distribution of scale (94.5%), white colour of scale (68.1%) and dark erythema (61.5%) were seen in psoriasis vulgaris. Patchy placement of vessels (58.1%), dotted vessels (96.8%), dark erythema (74.2%) and Wickham striaes (71%) were observed in lichen planus. Pityriasis rosea were associated with patchy placement of vessels (71.9%), dotted vessels (81.3%), peripheral distribution of scale (34.4%), white color of scale (53.1%) and orangish background (65.6%). Patchy placement of vessels (63.3%), dotted vessels (50%), patchy distribution of scale (80%), white color of scale (56.7%) and light erythema (73.3%) were found in seborrheic dermatitis. While differentiating psoriasis vulgaris diagnosis, sensitivity and specificity of regular placement of vascular structures and diffuse distribution of scales were calculated as 86.8% and 97.8%, respectively.

Conclusion: There are significant dermoscopic findings in psoriasis vulgaris, lichen planus, pityriasis rosea and seborrheic dermatitis. The distinctive dermoscopic features for psoriasis vulgaris are the regular placement of the vascular structure and the diffuse distribution of the scale. Dermoscopic models for the diagnosis of psoriasis vulgaris can be made. Dermoscopy gives hope to the clinical diagnosis of inflammatory dermatoses.

Key words: dermoscopy, seborrheic dermatitis, lichen planus, pityriasis rosea, psoriasis



GİRİŞ VE AMAÇ

İnflamatuvar dermatozlar kendine özgü histopatolojik bulguları olan, hem klinik hem de histopatolojik açıdan ayırt edilmesi zor, geniş bir hastalık grubudur (1). Günlük pratikte sık görülen bu hastalık grubunun kesin tanısının konulmasında, klinik bilginin yanı sıra histopatolojik korelasyon amacıyla biyopsi gerekli olmaktadır (2). Fakat biyopsi girişimsel bir işlem olarak öncelikle tercih edilmez.

İnflamatuvar dermatozlarda derideki inflamasyon, histopatolojik açıdan, likenoid/interfaz, psöriaziform, spongiotik, vezikülobülloz, granülomatöz ve vaskülopatik olarak altı alt paternde incelenir. Bu alt gruplar ayırıcı tanıda çok fazla hastalık içerir. Psöriazis vulgaris, liken planus, pitriyazis rosea ve seboreik dermatit sık görülen ve inflamatuvar dermatozların ayırıcı tanısında yer alan hastalıklardır (3).

Dermoskopi, girişimsel olmayan bir cihaz yardımıyla derinin incelenmesidir (4). 10 ile 1000 kat arası büyütme sağlayan cihazlar yardımıyla yapılan dermoskopide, derinin epidermis, dermoepidermal alan ve papiller dermis kısımları *in vivo* olarak görüntülenebilmektedir (5,6). Dermoskopik bulguların histopatolojik karşılıklarının saptanması sonrasında dermoskopi, histopatolojik inceleme ile klinik tanı arasında önemli bir boşluğu doldurmuştur (6). Günümüzde dermoskopi, geleneksel kullanımı olan pigmente ve pigmente olmayan deri tümörlerinin değerlendirilmesi ötesinde, derinin enfeksiyon ve enfestasyonlarında, inflamatuvar hastalıklarında, saç ve tırnak hastalıklarında ve bazı hastalıkların tedavi takibinde uygulanmaktadır (7).

Çalışmamızda inflamatuvar dermatozlar içerisinde yer alan yukarıda saydığımız hastalıklar (psöriazis vulgaris, liken planus, pitriyazis rosea ve seboreik dermatit) ele alınmıştır. Burada öncelikli amacımız, hastaların dermoskopik incelemelerinden elde edilen veriler ile incelenen hastalıkların dermoskopik özelliklerini ortaya koymaktır. İkincil olarak dermoskopik özellikler, psöriazis vulgaris ve araştırma konusu olan diğer hastalıklar ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilerek, tanımlanmış dermoskopik özelliklerin psöriazis vulgaris tanısı için duyarlılığı ve özgünlüğü incelenecektir. Bu kapsamda ortaya koyduğumuz

dermoskopik bulgular ile bu bulguların ayırıcı tanındaki öneminin, tanının konulmasına yardımcı, girişimsel olmayan bir yöntem olarak klinik kullanımda yer alabilirliği sorgulanacaktır.



GENEL BİLGİLER

DERMOSKOPI VE İNFLAMASKOPI

Dermoskopi, dermoskop adı verilen cihazlar yardımıyla yapılır. Deri 10 ile 1000 kat arası büyütülerek incelenir. 10 kat büyütme el cihazları ile mümkünken, daha yüksek büyütme katsayıları bilgisayar destekli cihazlar ve özel lensler ile mümkün olmaktadır. 10 kattan fazla büyütme ile yapılan incelemeler videodermoskopi adını alır (8).

El cihazları ile yapılan dermoskopide, polarize ve polarize olmayan ışık ile inceleme yapılır. Pek çok nedenle polarize ışık kaynağı günümüzde daha çok tercih edilmektedir. Polarize ışıkla deri üzerine havadan daha yoğun bir madde (immersiyon yağı gibi) sürmeye ihtiyaç yoktur. Özellikle cihazın deriye temas ettirilemediği ya da temasın tercih edilmediği hallerde, lezyonun değerlendirilebilmesine imkân tanır. Ayrıca vasküler yapıların baskı ile kaybolması riskinin az olması ve krizalit yapıların daha iyi gözükmesi, inceleme açısından avantaj sağlar. Öte taraftan, polarize olmayan ışık ile yapılan dermoskopide ise mavi-beyaz renk ve milia-benzeri kist yapıları polarize ışığa göre daha iyi gözlenir. Derinin yüzeysel katmanlarında polarize olmayan ışık daha iyi gözlem yapma olanağı sağlar. Dolayısıyla her iki ışıkla inceleme yapmak dermoskopik inceleme için en uygundur (9).

El cihazlarının kolay taşınabilir olması dermoskopinin uygulama alanlarını her geçen gün artırmaktadır. İnflamatuvar dermatozların incelenmesi olarak adlandırılan inflamaskopi, bu uygulama alanlarından biridir (10).

İnflamaskopi uygulanırken tek başına dermoskop incelemesi yeterli olmaz. Bu değerlendirme öncesinde hastanın öyküsü alınmalı ve fizik muayenesi yapılmalıdır. Daha sonra lezyona ait değerlendirme vasküler yapıların morfolojisini, vasküler yapıların lezyondaki yerleşimini, lezyona ait ek özelliklerin değerlendirilmesini içerecek şekilde gerçekleştirilmelidir (11). Lezyona ait ek özelliklerin değerlendirilmesinde renkler, foliküler anormallikler, skuam rengi, skuam dağılımı, Wickham çizgileri ve pigmentasyon yer alır (12).

PSÖRIAZİS

Psöriazis, çok geniş bir kliniğe sahip, kronik seyirli, inflamatuvar bir deri hastalığıdır (13). Ortalama olarak nüfusun %2-4 kadarında görüldüğü kabul edilir. Dünya çapında yapılan araştırmalarda hastalığın toplumu %8,5'e varan oranda etkileyebildiği tespit edilmiştir. Her yaşta görülebilen hastalık 10 yaş altında daha nadir izlenir. Hastalığın ortaya çıkışı 20-29 ile 30-39 yaş aralığında ve 50-59 ile 60-69 yaş aralığında daha fazladır. Hastalığın görülmesi kadınlar ile erkekler arasında farklılık göstermezken, coğrafik ve genetik olarak farklılık gösterir. Ekvatora daha yakın alanlarda daha az sıklıkta izlenir (14).

Hastalığın çevresel ve genetik etmenlerin ortak katkısı ile ortaya çıktığı düşünülür. Hastalığın genetik etyopatogenezinde bazı HLA tipleri, özellikle HLA-Cw6 ile ilişkisi belirgindir. Hastalıkla ilgili, psöriazise yatkınlık oluşturan ve *psoriasis susceptibility 1* (PSORS1) olarak adlandırılan bir bölge tespit edilmiştir. Bu sebeplerden hastalıkta aile öyküsü önemli bir risk faktörüdür. Çevresel olarak ise, hastalık streptokokal boğaz enfeksiyonundan, HIV enfeksiyonundan, akut stresten, travmadan, sigaradan, alkol tüketiminden, bazı ilaçlardan (β -blokörler, lityum, NSAİİ, ACE inhibitörleri, gemfibrozil, interferon alfa ve gama, imikimod), çoklu doymamış yağ asitleri ve gluten ile beslenmekten olumsuz olarak etkilenir. Ayrıca obezite de hastalığı kötü etkiler. Hastalık çevresel olarak sadece ultraviyole radyasyondan iyi etkilenir (15). Hastalar psöriazis ile beraber miyokard infarktüsü, diyabet, hiperlipidemi, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı, kanser, anksiyete ve depresyon açısından risk altındadır. Psöriazis hastanın yaşam kalitesini belirgin olarak etkilemektedir (16).

Psöriazis denilince akla gelen klasik lezyon iyi ve keskin sınırlı, eritemli zeminde üzeri sedefi skuamla kaplı papül veya plaktır. Lezyonlar simetrik olarak dağılır. Tipik tutulum alanı diz ve dirsek bölgesidir fakat vücudun her yerini tutabilir. Tutulum alanlarına tırnak, dil ve eklemler de dahildir (17).

Psöriazis histopatolojisinde epidermal kalınlaşma ve parakeratoz, granüler tabakada kaybolma, suprapapiller incelme ve rete çizgilerinde uzama, epidermotropizm gösteren CD8⁺ T lenfositler, Munro mikroabseleri, Kojog'un spongiform püstülleri, dermiste CD3⁺ T lenfosit infiltrasyonu izlenir (18-20).

Farklı klinik sınıflamalar da yapılmakla birlikte, vücuttaki tutulum alanı ve baskın klinik görünümüne göre yapılan sınıflamasında psöriazis alt tipleri şöyledir: plak psöriazis (psöriazis vulgaris), guttat psöriazis, püstüler psöriazis, eritrodermik psöriazis, skalp psöriazis, invers psöriazis, palmoplantar psöriazis, genital psöriazis, tırnak psöriazisi ve psöriatik artrit. En sık izlenen klinik formu psöriazis vulgaris olarak da adlandırılan plak psöriazistir (18).

Psöriazis tanısı çoğunlukla klinik olarak konulmakla birlikte, bazı vakalarda ayırıcı tanı açısından biyopsi gerekli olur. Psöriazis ayırıcı tanısında kontakt dermatit, atopik dermatit, seboreik dermatit, pitriyazis rubra pilaris, numuler ekzema, ilaç erüpsiyonları, mantar enfeksiyonları, skabiyez yer alır (21).

Psöriazis ile ilgili tanımlanmış dermoskopik özellikler sıklıkla psöriazis vulgaris için geçerlidir. Psöriazis vulgaris lezyonlarında 10 kat büyütme ile yapılan dermoskopik incelemede tüm lezyonda düzenli yerleşim gösteren noktasal veya globüler damar yapıları, halka şeklini almış globüler damarlar, açık kırmızı, koyu kırmızı veya koyu pembe renkli zemin, diffüz dağılmış beyaz renkte skuam izlenmiştir (22-28). Psöriaziste tespit edilen homojen noktasal damar ağı ve açık kırmızı zemin rengi lezyonun intraepidermal karsinom ve yüzeysel bazal hücreli karsinomdan ayırıcı özellikleri olduğu ve halkasal globüler damar yapılarının psöriazis için diğer iki hastalığa göre daha özgün olduğu iddia edilmiştir (29).

SEBOREİK DERMATİT

Seboreik dermatit sebace glandların yoğun olarak yerleştiği alanları tutan, sınırları tam belirlenemeyen, eritemli ve üzerinde yağlı görünüm veren skuam bulunabilen yamaların olduğu inflamatuvar deri hastalığıdır (30). İnfantil dönem ve yetişkin dönemi olarak iki dönemde gözlenir. Yaşamın ilk üç ayında ve 30-60 yaş aralığında insidansı yüksektir (31). Yetişkin toplumun %5 kadarında izlenir. HIV enfeksiyonu olan bireylerde ise %80'e varan oranda gözlenen bir hastalıktır. Erkeklerde kadınlardan daha fazla gözlenir (32). Hastalığın görülme sıklığı 20 yaştan sonra artış gösterir (33). Orta yaşlı ve yaşlı bireylerde oldukça sık gözlenen seboreik dermatit, yaşam kalitesini azaltır (34).

Hastalığın iç ve dış faktörlere bağlı olarak geliştiği kabul edilir. Erkeklerde fazla görülmesi, puberteden sonra artış olması ve sebace bez aktivitesinin hastalıkta etkin olması sebebiyle androjen hormonların etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca derinin hiperproliferasyonu ile de hastalık aktivitesinde artma olduğu iddia edilmektedir (35). Deri yüzeyinde bulunan lipofilik *Malassezia spp.*'in sebum salgısındaki lipidleri lipaz ve fosfolipaz enzimleriyle parçalaması sonrası artan yağ asitlerinin, inflamasyonu tetiklediği ve hastalığa sebep olduğu söylenmektedir (36). Ayrıca seboreik dermatit kış aylarında daha sık izlenir. Stres ile hastalık alevlenebilir. Nörolojik hastalıklar ve immün sistem disfonksiyonunda daha çok gözlenir (37).

Histopatolojide lenfosit ve histiyositlerin inflamatuvar infiltratta yer aldığı spongiyoz, psöriaziform hiperplazi ve foliküler açıklık etrafında parakeratoz izlenir (38). Ayrıca hastaların derisinde NK ve CD16⁺ hücreleri ve çeşitli sitokinler aracılığıyla *Malassezia spp.* 'e karşı olduğu düşünülen, irritasyona ikincil oluşmuş, inflamatuvar değişikliklere sebep olan immün sistem cevabı da vardır (39).

Seboreik dermatit tanısı klinik olarak konur. Nadiren ayırıcı tanı amacıyla biyopsi yapılabilir. Seboreik dermatit sebace glandların yoğun olduğu saçlı deri, yüz, göğüs ve sırt bölgesini tutar. Saçlı deride sadece kepeklenme şeklinde görülebilir (40). Baş bölgesinde kulak arkası, dış kulak yolu, kaşlar, glabellar alan, göz kapağı etrafı blefarit şeklinde, nazolabial oluk tutulur. Ayrıca göbek deliğinde, koltuk altı ve inguinal kıvrımda tutulum izlenebilir. Yaygın tutulum nadirdir ve bazen eritrodermi tablosu ile karşımıza çıkabilir (41). Ayırıcı tanıda genel olarak mantar enfeksiyonu, eritrazma, rozase, kontakt dermatit, atopik dermatit, psöriazis, pitriyazis rosea, sistemik lupus eritematozus, dermatomiyozit, pemfigus foliaceus, Langerhans hücreli histiyositoz yer alır (40-42).

El dermoskopisi ile yapılan incelemede seboreik dermatit lezyonlarında tespit edilen bulgular yamasal yerleşim gösteren nokta damarlar ile sarımsı renkte veya beyaz-sarı renkte yüzeysel skuamlardır. Ayrıca lezyonda dallanma gösteren lineer vasküler yapılar, beyaz alanlar, turuncu zemin rengi, tıkanmış folikül açıklıkları da izlenebilir (43).

PİTRİYAZİS ROSEA

Pitriyazis rosea prodromal dönem ve takiben oluşan aşıkâr kliniği ile, iki döneme ayrılan, döküntü ve papüloskuamöz lezyonlarla karakterize bir hastalıktır (44). Prodromal dönemde kırgınlık, halsizlik, baş ağrısı, eklem ağrısı, boğaz ağrısı, ateş gibi semptomlar gözlenir. Her yaşta görülebilen hastalık en sık 10-35 yaş aralığında görülür. Cinsiyetler arası fark izlenmez fakat kadınlarda fazlaca görüldüğü iddia edilir. Soğuk mevsimlerde daha sık izlendiği öne sürülse de, tüm yıl boyunca görülür (45). Etyolojisinde HHV-6/7 suçlanmaktadır (46).

Pitriyazis roseada döküntü sıklıkla haberci (*herald*) plak ile başlar. Lezyon yuvarlak, pembe-kırmızı renkte eritemli, lezyon kenarı hafif kabarık ve üzerinde skuam olan; genellikle gövde, proksimal ekstremite ve boynu tutan bir lezyondur. Hastalığa ciddi kaşıntı eşlik edebilir. Deri tutulumu dışında oral mukoza tutulumu da gözlenebilir (47). Döküntünün ikinci aşamasında daha küçük, yuvarlak, simetrik dağılım gösteren ve deri çizgilerine paralel seyreden çok sayıda lezyon oluşur.

Hastalık kendiliğinden gerileme eğilimindedir ve çoğunlukla yaklaşık 45 gün sürer. Bu süre 5 aya kadar uzayabilir (48). Pitriyazis rosea tipik kliniği dışında %20 kadar hastada lezyon özellikleri, lezyonun dağılımı, tutulum alanı ve hastalık süresi açısından farklılık gösterir (49). Selim seyrine rağmen pitriyazis rosea, yaşam kalitesini bozar. Gebelikte geçirilmesi fetal risk faktörüdür (50). Pitriyazis rosea relaps ve rekürrens gözlenen bir hastalıktır (51).

Histopatolojik incelemede dermal lenfositik infiltrasyon, eritrosit ekstrasvazasyonu, suprapapiller tabakada kalınlaşma, spongiyoz, diskeratoz, fokal parakeratoz, irregüler akantoz sık görülen bulgulardır (52).

Pitriyazis rosea klinik sınıflaması açısından farklı yöntemler önerilmiştir. *Drago ve ark.* tarafından hastalık; klasik, tekrarlayan, persistan, pediatrik, gebelikle ilişkili ve pitriyazis rosea-benzeri döküntü şeklinde 6 alt başlıkta sınıflandırılmıştır (53).

Hastalığın tanısı çoğunlukla klinik olarak konulur. Öte taraftan haberci plak varlığı, lezyonların yerleşim yeri, lezyonların morfolojisi ve hastalık süreci açısından farklı klinik görünümde karşımıza çıkabilir. Nadir de olsa bu vakalarda ayırıcı tanı açısından biyopsiye ihtiyaç duyulur (54). Pitriyazis rosea ayırıcı tanısında guttat psöriazis, sekonder sifiliz, dermatofitozlar, numuler ekzema, subakut kutanöz lupus eritematozus, pitriyazis likenoides kronika ve kutanöz T hücreli lenfoma yer alır (55).

Dermoskopik olarak pitriyazis roseada yakacık tarzı beyaz skuam, yamasal nokta damarlar, turuncu renkte zemin izlenmektedir (43,56).

LİKEN PLANUS

Liken planus, toplumda görülme oranı %5'e varan kronik, inflamatuvar bir dermatozdur (57). Hastalığın T hücre aracılı immün reaksiyon olduğu düşünülmektedir (58). Bu reaksiyonun tetiklenmesinde genetik yatkınlığın yanı sıra, HCV enfeksiyonu, HBV aşısı, viral ve bakteriyel antijenler, metal iyonları, amalgam ve ilaçlar etkili olur. Ayrıca Koebner fenomeni (travmaya bağlı izomorfik lezyon gelişimi) gözlenir (59). Hastalığın %95'i yetişkinlerde, %5'i çocuklarda saptanır. Yetişkinlerde en sık 30-60 yaş aralığında görülür. Sıklık açısından cinsiyetler arası fark olmadığı kabul edilir fakat hastalığın oral tutulumu kadınlarda daha fazladır (60).

Liken planus deri, mukoza, tırnak ve saçlı deri tutulumu ile geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilir. Her zaman geçerli olmasa da, hastalık kendiliğinden iyileşmeye eğilimlidir (61).

Hastalıkta tipik lezyon mor renkli, üstü düz, poligonal şekilli, kaşıntılı, papül ve plaktır. En karakteristik özelliği, papül ve plakların üzerinde beyaz renkli çizgiler şeklinde görülen Wickham çizgileridir. Lezyonlar simetrik ve bilateral dağılımlıdır. Çoğunlukla ekstremiteleri tutar ve el ile ayak bileğinin fleksör yüzlerinde yer alır (62). Kaşıntı, lezyona eşlik eden ve yaşam kalitesini bozan önemli bir şikayettir (63).

Liken planusta histopatolojik olarak ortokeratoz, hiperkeratoz, akantoz, hipergranüloz, bazal tabakada dejenerasyon, pigment inkontinansı, *Civatte* cisimcikleri, bant benzeri lenfositik infiltrasyon izlenir (64,65).

Tipik özelliklerini taşıyan deri tutulumu haricinde hastalık farklı klinik tiplerde görülebilir. Bu açıdan lezyon dağılımı, lezyon morfolojisi ve birliktelik gösteren durumlar dikkate alınarak 3 farklı sınıflandırma yapılabilir. Lezyon dağılımına göre zosteriform, blaschkoid, invers, mukozal, tırnak tutulumlu liken planus ve liken planopilaris olarak tanımlanır. Lezyon morfolojisi açısından liken planus tipleri: hipertrofik, büllöz, aktinik, anüler, atrofik, eroziv, perforan, pigmente liken planustur. Liken planus pemfigoides ve liken planus eritematozus ise sırasıyla büllöz pemfigoid ve lupus eritematozus ile birliktelik gösteren tiplerdir (66).

Liken planus tanısı klinik olarak konur. Fakat bazı liken planus lezyonlarındaki maligniteye dönüşüm riski sebebiyle ayırıcı tanı ve kesin tanı açısından şüpheli durumlarda biyopsiye ihtiyaç duyulur (67). Liken planus ayırıcı tanısı hastalığın tutulum yerine göre değişir. Klasik tutulumlu liken planus, psöriazis, kronik kutanöz lupus eritematozus, liken simpleks kronikus, graft-versus-host hastalığı, sekonder sifiliz, pitriyazis rosea, mikozis fungoides ile ayırıcı tanıya girer (68).

Dermoskopik olarak liken planus lezyonlarında parlak beyaz renkte Wickham çizgileri ve bu çizgiler ile ilişkili radial lineer veya nokta damarlar izlenir (69-73). Zeminde pembe, kırmızı, mor renkler gözlenir (43,74-76).

Dermatolojik hastalıkların tanısında önemli bir yeri olan dermoskopik incelemenin alt tipi olan inflamaskopi, birçok hastalık için uygulanan bir yöntemdir. Bu hastalıklardan araştırmaya konu ettiğimiz yukarıdaki hastalıkların dermoskopik bulgularının özeti aşağıdaki tablo ile gösterilmiştir (43,76) (Tablo 1).

Tablo 1: Dermoskopik bulgular

<u>Hastalık</u>	<u>Bulgular</u>
Psöriazis Vulgaris	Düzenli dağılmış noktasal damar, halkasal globüler damar, farklı tonlarda eritemli zemin, diffüz dağılmış beyaz skuam
Pitriyazis Rosea	Yamasal nokta damar, yakacık tarzda beyaz skuam , turuncu renkte zemin
Seboreik Dermatit	Yamasal dağılmış nokta damar, dallanan doğrusal damar, beyaz alanlar, turuncu zemin, tıkalı folikül açıklıkları, sarımsı renkte veya beyaz-sarı renkte yüzeysel skuam
Liken Planus	Wickham çizgileri ve çizgiler ile ilişkili radial doğrusal veya nokta damar, komedon benzeri açıklık, pembe, kırmızı veya mor zemin, zeminde pigmentasyon

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma TC SBÜ Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.01.2018 gün ve 2012-KAEK-15/1593 sayılı izni ile yapılmıştır (Bkz EK-2). Bu çalışma *von Elm E ve ark.*'nin "The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies" isimli çalışmasında önerilen kriterlere uygun hazırlanmıştır (77).

Çalışma 2016-2018 yılları içerisinde Gülhane Dermatoloji Polikliniği'ne (ANKARA) başvuran, klinik olarak psöriazis vulgaris, seboreik dermatit, liken planus, pitriyazis rosea tanısı konulmuş hastaların el dermoskopisi kayıtlarından elde edilen verilerle retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri şu şekildedir:

- 1- Klinik olarak psöriazis vulgaris, pitriyazis rosea, seboreik dermatit, liken planus tanısı almış olmak
- 2- Son 3 ayda herhangi bir tedavi almamış olmak
- 3- Hastanın 18 yaş üstünde olması

Hastaların çalışmaya dahil edilmeme kriterleri şu şekildedir:

- 1- Son 3 ayda herhangi bir tedavi almış olmak
- 2- Hastanın 18 yaş altında olması

Hastaların dermoskopik değerlendirmesinde 10 kat büyütme sağlayan polarize el dermoskopu (Dermlite II Pro HR, 3Gen, LLC 31521 Rancho Viejo Road, Suite 104 San Juan Capistrano, CA 92675, U.S.A.) kullanıldı (Şekil 1). Dermoskopik inceleme tek bir kullanıcı tarafından gerçekleştirildi ve incelemede vasküler yapıların kaybolmasını engellemek amacıyla lezyon üzerine minimal baskı uygulandı. Gerekli olması halinde immersiyon yağı olarak sıvı vazelin kullanıldı. Skuam varlığında lezyon üzerindeki skuam hem kaldırılmadan hem de kaldırılarak inceleme yapıldı. Dermoskopik kayıtlar için hasta öyküsü baz alınarak en yeni lezyon dikkate alındı. Dermoskopik inceleme her hastalık için tipik tutulum alanlarındaki (yüz, gövde ve

ekstremiteler) lezyonlara yapıldı. Saçlı deride, kıvrım bölgelerinde, mukozada ve genital alanda yer alan lezyonlar incelemeye alınmadı. Dermoskopik bulguların değerlendirmesi tek araştırmacı tarafından gerçekleştirildi.



Şekil 1: El dermoskopu

Dermoskopik lezyon incelemesinde, yapılan literatür taraması ile oluşturulan kriterlere göre değerlendirme yapıldı. Literatürde belirtilmeyen ek özellikler olabileceği de göz önünde bulunduruldu. Bu incelemede vasküler yapıların türü ve yerleşimi; skuamın varlığı, rengi ve dağılımı; zemin rengi ve pigmentasyonu; Wickham striaları ve alt tipleri; komedon benzeri açıklık ve milia benzeri kist değerlendirildi.

Vasküler yapıların türü noktasal damar, lineer damar ve noktasal-lineer damar birlikteliği olarak üç başlıkta incelendi. Noktasal damar yapısı, damar çapı 0,1 mm altında olan nokta damar ve 0,1 mm ve üzerinde olan globüler damar yapılarının çap farkı göz önünde bulundurulmaksızın, araştırmaya dahil edildi.

Vasküler yapıların yerleşimi düzenli, yamasal, periferik, halkasal ve kümeler halinde yerleşim olarak incelendi. Tüm lezyonda homojen dağılmış damarlar varlığında “düzenli yerleşim”; lezyonun genelinde olup homojen olarak dağılmamış damarlar varlığında “yamasal yerleşim”; lezyonun sadece periferinde olan damarlar varlığında “periferik yerleşim”; kendi içinde yuvarlak benzeri yapılar şeklinde yerleşim varlığında “halkasal yerleşim”; lezyonda bir yerde kümelenme gösteren ama yamasal olarak lezyonda dağılmamış damarlar varlığında “kümeler halinde

yerleşim” olarak değerlendirildi. Birden fazla damar yapısının olduğu lezyonlar için “kombine damar yapıları” ayrıca belirtildi.

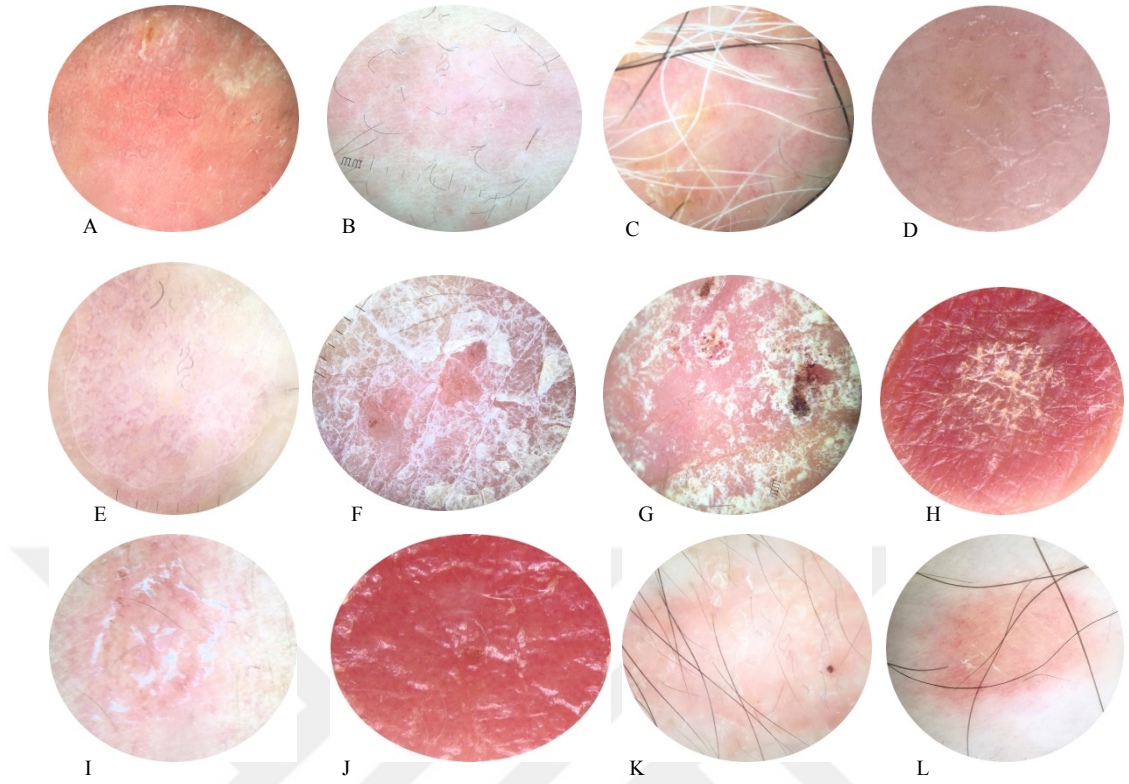
Skuam varlığı var/yok olarak ve skuam rengi beyaz, sarı ve beyaz-sarı renk ikilisi olarak değerlendirildi.

Skuam dağılımı diffüz, periferik, santral ve yamasal olarak incelemeye alındı. “Diffüz skuam” tüm lezyonu kaplayacak şekilde sınırlarına kadar uzanan skuam için, “periferik skuam” lezyonun periferinde yer alan ve lezyonu çevreleyen skuam için, “yamasal skuam” lezyonda dağınık halde ve parçalar halinde bulunan ama diffüz bir dağılım göstermeyen skuam için, “santral skuam” ise sadece lezyon merkezinde yer alan ama lezyonun periferine doğru uzanmayan skuam için tanımlandı.

Zemin rengi açık, koyu ve turuncu zemin olarak üç alt gruba ayrıldı. Koyu ve açık eritem psöriazis eritem skorlamasına benzer bir sistemle değerlendirildi (78). Turuncu zemin ise eritemli zemine sarı rengin de eşlik ettiği zemin olarak tanımlandı. Zemin renginde açık ve koyu eritem değerlendirmesinde eflatun renk, şarap rengine benzer kırmızı renk, mor renge yakın renk koyu eritem olarak ele alındı. Ayrıca eritem skorlaması 1-4 arasında puanlandı. 3 ve 4 puan alan eritem değeri koyu eritem olarak değerlendirildi.

Wickham striaları var ve yok olarak incelendi. Wickham alt tipleri ise lineer, retiküler, anüler, yuvarlak ve retiküler-yuvarlak Wickham olarak tiplendirildi. Çizgisel şekilde yerleşen strialar “lineer Wickham”, dantel benzeri kesişen lineer çizgiler “retiküler Wickham”, merkezi boş halka şekilli strialar “anüler Wickham”, su damlası şekilli strialar “yuvarlak Wickham”, su damlası şeklindeki yapıların dantel ağına benzer şekilli dağılımları ise “retiküler-yuvarlak Wickham” olarak adlandırıldı.

Komedon benzeri açıklık liken planus lezyonları üzerinde yerleşen, üzeri sarı renkli, hiperkeratotik, yağ damlası görünümünde, tıkaç ile kaplı ve dermoskopide açık komedona benzer yapıları tariflemektedir. Milia benzeri kist ise seboreik keratoz lezyonlarında izlenen beyaz inci benzeri yapılara benzer yapılar olarak liken planus lezyonlarında ele alındı. Zemin pigmentasyonu için sarı-kahverengi pigmentasyon ve gri-mavi pigmentasyon varlığı araştırıldı (Şekil 2).



Şekil 2: Dermoskopik kriterler. (A) düzenli yerleşen noktasal damar; (B) yamasal yerleşen noktasal damar; (C) lineer damar; (D) periferel yerleşen damar; (E) halkasal damar; (F) diffüz dağılan beyaz skuam; (G) yamasal beyaz-sarı skuam; (H) santral sarı skuam; (I) periferel skuam; (J) koyu eritem; (K) açık eritem; (L) turuncu zemin.

İstatistiksel incelemede öncelikle hastalara ait demografik veriler ve lezyonların dermoskopik bulgularına ait görülme sıklığı hastalık gruplarına göre analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler; sürekli sayısal değişkenler için ortalama \pm standart sapma (minimum – maksimum) biçiminde, kategorik değişkenler için ise olgu sayısı ve (%) şeklinde, gösterildi.

Liken planus, pitriyazis rosea, psöriazis vulgaris ve seboreik dermatit grupları arasında kategorik değişkenler yönünden farkın önemliliği beklenen frekansın 5'in altında olduğu durumda Olabilirlik Oran testi ile beklenen frekansın 5'in altına inmediği durumlarda ise Pearson'un Ki-Kare testiyle değerlendirildi. 2x2'lik çapraz tablolarda ise beklenen frekansın 5'in altında olduğu durumda Fisher'in Kesin

Sonuçlu Olasılık testi, 5-25 arasında olması halinde Süreklilik Düzeltmeli Ki-Kare testi, 25'ten büyük olması durumunda ise Pearson'un Ki-Kare testi kullanılarak kategorik veriler analiz edildi.

İkinci aşamada dermoskopik özelliklerin ayırt ediciliğinin belirlenebilmesi amacıyla, kontrol grubu ve psöriazis vulgaris grubu oluşturuldu. Kontrol ve psöriazis vulgaris gruplarını ayırt etmede dermoskopik özelliklerin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olup olmadığı tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Her bir değişkene ait odds oranı ve %95 güven aralıkları hesaplandı. Ayrıca, kontrol ve psöriazis vulgaris gruplarını ayırt etmede her bir dermoskopik özelliğe ait duyarlılık, seçicilik, pozitif ve negatif tahmini değerler de hesaplandı. Kontrol ve psöriazis vulgaris gruplarını ayırt etmede en fazla belirleyiciliği olan etkenler, çoklu değişkenli ileriye dönük olabilirlik oranı metodu kullanılarak lojistik regresyon analizi ile tespit edildi. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda $p < 0,10$ olarak saptanan değişkenler aday risk faktörleri olarak regresyon modeline dahil edildiler. Her bir değişkene ait odds oranı, %95 güven aralıkları ve Wald istatistikleri hesaplandı. ROC analizi kullanılarak eğri altında kalan alan ve %95 güven aralıkları hesaplanarak final modelin psöriazis vulgaris tanısını alanları diğer tanı gruplarından ayırt etme başarısı incelendi. Ayrıca, final modelin duyarlılık ve seçicilik düzeyleri tespit edildi.

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programında yapıldı. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların incelemesinin tek bir uygulayıcı tarafından yapılmış olması, ele alınan lezyonların ve hastalıkların tipik klinik varyantlar olması, araştırmanın retrospektif olarak dizayn edilmesi ve histopatolojik inceleme ile tanıların doğrulanmamış olması, lezyon yaşının klinik öyküye bağlı olarak belirlenmesi, tek merkezli bir araştırma olması araştırmanın kısıtlılıklarıdır. Yapılan dermoskopik incelemenin araştırmaya yönelik olmaması, ancak klinik muayenenin bir parçası olarak uygulanmış olması ise elde edilen sonuçların klinik pratiğe yatkınlığı açısından araştırmanın avantajıdır.

Bu tezin yazarı, tez danışmanı ve tez yazım sürecine katkıda bulunanlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.



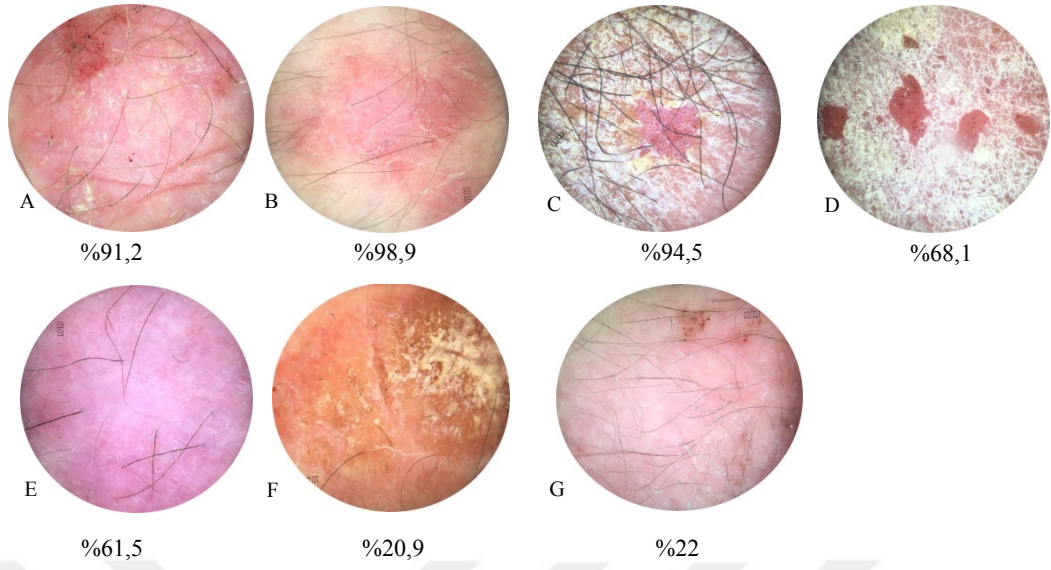
BULGULAR

Çalışmaya 96 erkek, 88 kadın olmak üzere 184 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 31'i liken planus, 32'si pitriyazis rosea, 91'i psöriazis vulgaris ve 30'u seboreik dermatit tanısı almıştır. Hastalara ait demografik özellikler ve hastalıklara göre dağılımı Tablo 2'de gösterildiği şekildedir.

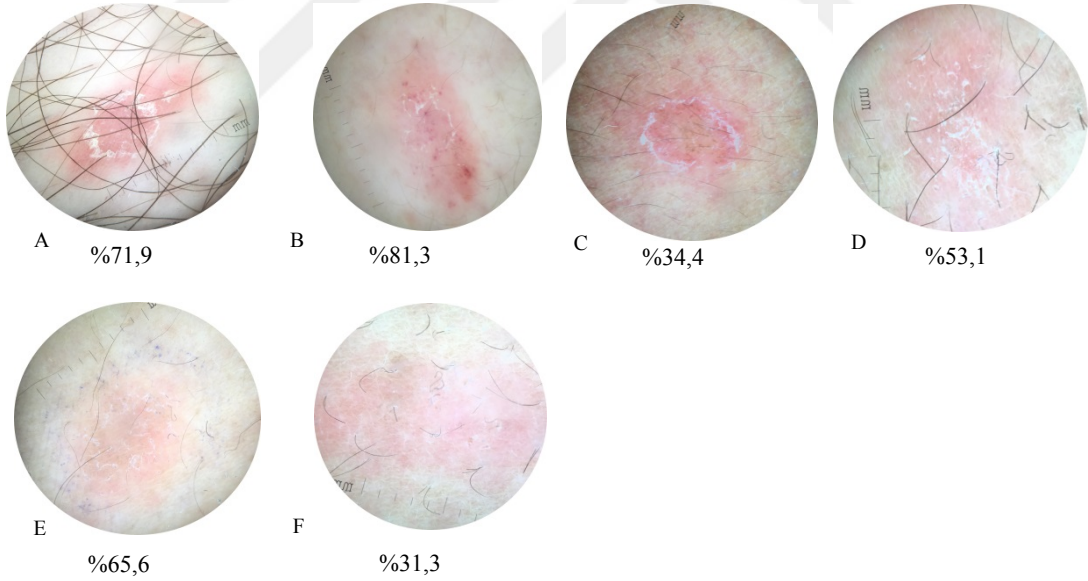
Tablo 2: Gruplara göre olguların demografik özellikleri

	Yaş (yıl)	Erkek/Kadın(%)
LP (n=31)	44,7±17,4 (18-78)	11 (35,5)/20 (64,5)
PR (n=32)	31,7±2,6 (18-70)	19 (59,4)/13 (40,6)
PsV (n=91)	37,6±15,2 (18-72)	56 (61,5)/35 (38,5)
SD (n=30)	44,8±18,5 (18-75)	10 (33,3)/20 (66,7)

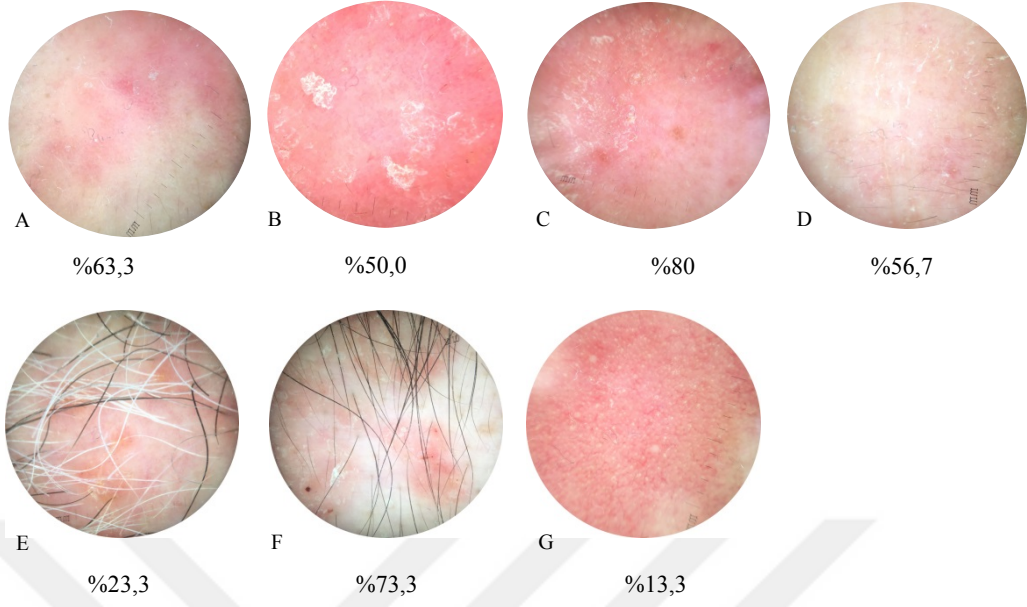
Hastalık gruplarında dermoskopik inceleme sonucunda sıklıkla saptanan bulguların temsili görünüşleri ve sıklıkları aşağıda gösterildiği şekildedir (Şekil3-6). Hastalıklara göre saptadığımız dermoskopik bulguların tamamı Tablo 3'de, gruplar arası ileri analizler ise Tablo 4'de yer almaktadır.



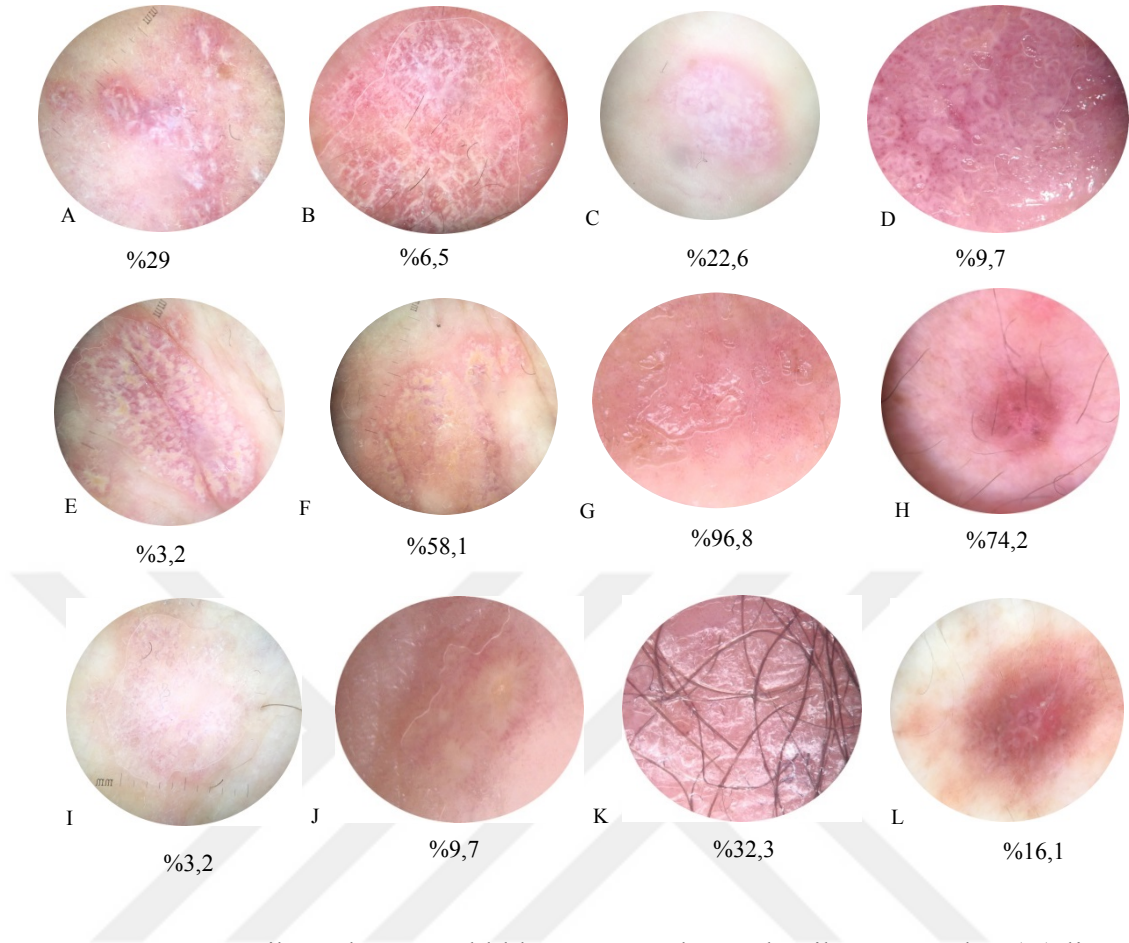
Şekil 3: Psöriazis vulgariste sıklıkla saptanan dermoskopik görünümler. (A) düzenli yerleşim; (B) noktasal damar; (C) diffüz dağılmış skuam; (D) beyaz skuam; (E) koyu eritem; (F) sarı skuam; (G) açık eritem.



Şekil 4: Pityriazis roseada sıklıkla saptanan dermoskopik görünümler. (A) yamasal yerleşim; (B) noktasal damar; (C) periferel dağılım; (D) beyaz skuam; (E) turuncu zemin; (F) açık eritem.



Şekil 5: Seboreik dermatitte sıklıkla saptanan dermoskopik görünümler. (A) yamasal yerleşim; (B) noktasal damar; (C) yamasal dağılım; (D) beyaz skuam; (E) sarı skuam; (F) açık eritem; (G) lineer damar.



Şekil 6: Liken planusta sıklıkla saptanan dermoskopik görünümler. (A) lineer Wickham striası; (B) retiküler Wickham striası; (C) yuvarlak Wickham striası; (D) anüler Wickham striası; (E) retiküler dizilen yuvarlak Wickham striası; (F) yamasal yerleşim; (G) noktasal damar; (H) koyu eritem; (I) halkasal yerleşim; (J) periferik yerleşim; (K) beyaz skuam; (L) sarı-kahverengi pigmentasyon.

Hastalık gruplarında vasküler yapıların dermoskopik incelemesi hem tip hem de lezyon içinde yerleşim açısından değerlendirilmiştir.

Vasküler yapıların tipi açısından (noktasal; lineer; noktasal-lineer) değerlendirilen 184 hastanın 161'inde noktasal damar yapısı tespit edildi ($p<0,001$). Noktasal damar yapısı 91 psöriazis vulgaris hastasının %98,9'unda, 31 liken planus hastasının %96,8'inde, 32 pitriyazis rosea hastasının %81,3'ünde ve 30 seboreik dermatit hastasının %50'sinde gözlemlendi ($p<0,001$). Hastalıklar arasında yapılan ikili karşılaştırmada, ortaya çıkan istatistiksel anlamlılık, noktasal damarların psöriazis vulgaris ve liken planusta, seboreik dermatit ve pitriyazis roseaya nazaran daha sık

görülmesi nedeniyledir (Tablo 4). Öte taraftan hem psöriazis vulgaris ile liken planus arasında, hem de liken planus ile pitriyazis rosea arasında noktasal damarların sıklığı açısından anlamlı farklılık yoktur.

Lineer damar görünümü nadir bir bulgu (PsV:%1,1; LP:%0,0; PR:%6,3) olmakla birlikte en çok seboreik dermatit (%13,3) hastalarında görülmüştür (p=0,019) ve gruplar arası anlamlı farklılık psöriazis vulgaris ile seboreik dermatit arasındaki farklılığa bağlıdır.

Hastalık grupları, vasküler yapıların yerleşim paternleri açısından değerlendirildiğinde, psöriazis vulgariste düzenli yerleşim, diğer 3 hastalıkta ise yamasal yerleşimin ön planda olduğu gözlenmiştir. Bu açıdan toplamda değerlendirilen 184 hastanın 96'sında düzenli yerleşim (p<0,001), 67'sinde yamasal yerleşim (p<0,001), 4'ünde periferal yerleşim (p=0,019) izlenmiştir. Düzenli vasküler yerleşim psöriazis vulgariste en yüksek (%91,2) oranda saptandı ve bu sıklık her 3 hastalığa (LP: %29,0; PR: %12,5; SD: %0,0) göre anlamlıdır (p<0,001). Yamasal yerleşim ise liken planus (%58,1), pitriyazis rosea (%71,9) ve seboreik dermatitte (%63,3), psöriazis vulgarise (%7,7) göre anlamlı olarak sık tespit edilmiştir (p<0,001). Periferal yerleşim en çok liken planusta (%9,7) izlenen bir bulgu olup, psöriazis vulgaris (%0,0) ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,015). Halkasal ve kümeler halinde yerleşim ise çalışma gruplarında çok nadir gözlenmiş ve ilişkili bir istatistiksel anlam saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışma gruplarında skuam değerlendirmesinde skuamın rengi (beyaz; sarı; beyaz-sarı) ve dağılım paterni (diffüz; santral; periferal; yamasal) dikkate alınmıştır.

Klinik pratikle uyumlu şekilde skuam sıklığı en yüksek psöriazis vulgariste (%97,8) ve takiben sırasıyla seboreik dermatit (%83,3), pitriyazis rosea (%56,2) ve liken planusta (%35,5) saptandı. Beyaz skuam sıklığı sırasıyla psöriazis vulgariste %68,1, seboreik dermatitte %56,7, pitriyazis roseada %53,1 ve liken planusta %32,3 oranında saptanmıştır (p=0,006). İstatistiksel anlamlılık sadece psöriazis vulgaris ile liken planus arasındaki farka bağlıdır (p<0,001). Sarı skuam liken planus hastalarının %3,2'sinde, pitriyazis rosea hastalarının %3,1'inde, psöriazis vulgaris hastalarının

%20,9'unda ve seboreik dermatit hastalarının %23,3'ünde saptanan bir bulgudur (p=0,004).

Skuam dağılım şeklinin incelenmesi neticesinde diffüz dağılım (p<0,001), periferel dağılım (p<0,001) ve yamasal dağılım (p<0,001) paternlerinin incelenen hastalıklar açısından anlamlı olduğu; santral dağılım paterninin ise nadir ve anlamının olmadığı saptanmıştır. Buna göre, diffüz dağılım en çok psöriazis vulgariste (%94,5), periferel dağılım pitriyazis roseada (%34,4) ve yamasal dağılım ise seboreik dermatitte (%80) tespit edilmiştir. Her üç hastalık için de bahse konu paternlerin sıklığı, diğer hastalıklara göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Dermoskopik olarak lezyon zemini değerlendirmesi zemin rengi (koyu eritem; açık eritem; turuncu) ve ayrıca pigment varlığı açısından yapıldı.

Zemin renginde koyu eritem liken planusta %74,2, psöriazis vulgariste %61,5 oranında gözlenirken pitriyazis rosea hastalarında sadece 1 vakada, seboreik dermatit hastalarında ise sadece 2 vakada izlenmiştir (p<0,001). Dolayısıyla koyu eritem, kendi aralarında anlamlı fark olmaksızın, liken planus ile psöriazis vulgariste, pitriyazis rosea ile seboreik dermatite göre istatistiksel olarak daha yoğun görülen bir bulgudur (p<0,001).

Açık eritem en sık seboreik dermatitte (%73,3) görülmekle birlikte, pitriyazis rosea ve psöriazis vulgariste sırasıyla %31,3 ve %22,0 oranlarında saptandı. Hiçbir liken planus lezyonunda ise saptanmadı. Yapılan ikili karşılaştırmalarda seboreik dermatit ile diğer üç hastalık arasında anlamlı fark vardır (p<0,001).

Turuncu zemin rengi pitriyazis roseada %65,6, liken planusta %25,8, psöriazis vulgariste %16,5 ve seboreik dermatitte %20 oranında saptandı. Verilerin ileri analizinde turuncu zemin renginin, diğer 3 hastalığa göre, pitriyazis rosea lehine istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0,001).

Zeminde sarı-kahverengi pigmentasyon ise diğer üç hastalığa göre liken planus için anlamlı bir bulgu (p<0,001) olmakla birlikte hastaların %16,1'inde izlenmiş, ancak psöriazis vulgaris ve pitriyazis rosealı hastaların hiçbirinde gözlenmemiştir.

Wickham striası sadece liken planus tanı grubunda 31 hastanın 22'sinde (%71) izlenen bir bulgudur ($p<0,001$). Olguların 9'unda (%29) lineer, 2'sinde (%6,5) retiküler, 3'ünde (%9,7) anüler, 7'sinde (%22,6) yuvarlak ve 1'inde (%3,2) ise retiküler yerleşimli yuvarlak tiptedir.

Komedon benzeri açıklık, milia benzeri kist ve gri mavi pigmentasyon olguların hiçbirinde bulunmamıştır.



Tablo 3: Gruplara göre olguların dermoskopik bulguları

	LP (n=31)	PR (n=32)	PsV (n=91)	SD (n=30)	p-değeri
Vasküler yapıların tipi					
<i>Lineer damar</i>	0 (%0,0)	2 (%6,3)	1 (%1,1) ^a	4 (%13,3) ^a	0,019[†]
<i>Noktasal</i>	30 (%96,8) ^b	26 (%81,3) ^{c,d}	90 (%98,9) ^{a,c}	15 (%50,0) ^{a,b,d}	<0,001[†]
<i>Noktasal+lineer</i>	1 (%3,2)	1 (%3,1)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0,228 [†]
Vasküler yapıların yerleşimi					
<i>Düzenli yerleşim</i>	9 (%29,0) ^{b,e}	4 (%12,5) ^c	83 (%91,2) ^{a,c,e}	0 (%0,0) ^{a,b}	<0,001[‡]
<i>Yamasal yerleşim</i>	18 (%58,1) ^c	23 (%71,9) ^c	7 (%7,7) ^{a,c,e}	19 (%63,3) ^a	<0,001[‡]
<i>Periferik yerleşim</i>	3 (%9,7) ^c	1 (%3,1)	0 (%0,0) ^e	0 (%0,0)	0,019[†]
<i>Halkasal yerleşim</i>	1 (%3,2)	0 (%0,0)	1 (%1,1)	0 (%0,0)	0,528 [†]
<i>Kümelere halinde</i>	0 (%0,0)	1 (%3,1)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0,318 [†]
Skuam rengi					
<i>Beyaz skuam</i>	10 (%32,3) ^c	17 (%53,1)	62 (%68,1) ^c	17 (%56,7)	0,006[‡]
<i>Sarı skuam</i>	1 (%3,2) ^{b,e}	1 (%3,1) ^{c,d}	19 (%20,9) ^{c,e}	7 (%23,3) ^{b,d}	0,004[†]
<i>Beyaz-sarı</i>	0 (%0,0)	0 (%0,0)	8 (%8,8)	1 (%3,3)	0,095 [‡]
Skuamın dağılımı					
<i>Diffüz dağılım</i>	5 (%16,1) ^c	4 (%12,5) ^c	86 (%94,5) ^{a,c,e}	1 (%3,3) ^a	<0,001[‡]
<i>Santral dağılım</i>	0 (%0,0)	1 (%3,1)	1 (%1,1)	0 (%0,0)	0,541 [†]
<i>Periferik dağılım</i>	2 (%6,5) ^f	11 (%34,4) ^{c,d,f}	0 (%0,0) ^c	0 (%0,0) ^d	<0,001[†]
<i>Yamasal dağılım</i>	4 (%12,9) ^b	2 (%6,3) ^d	3 (%3,3) ^a	24 (%80,0) ^{a,b,d}	<0,001[‡]
Zemin rengi					
<i>Koyu eritem</i>	23 (%74,2) ^{b,f}	1 (%3,1) ^{c,f}	56 (%61,5) ^{a,c}	2 (%6,7) ^{a,b}	<0,001[‡]
<i>Açık eritem</i>	0 (%0,0) ^{b,e,f}	10 (%31,3) ^{d,f}	20 (%22,0) ^{a,e}	22 (%73,3) ^{a,b,d}	<0,001[‡]
<i>Turuncu</i>	8 (%25,8) ^f	21 (%65,6) ^{c,d,f}	15 (%16,5) ^c	6 (%20,0) ^d	<0,001[‡]
Zeminde pigment					
<i>Sarı- kahverengi</i>	5 (%16,1) ^{e,f}	0 (%0,0) ^f	0 (%0,0) ^e	2 (%6,7)	<0,001[†]
Wickham striası	22 (%71) ^{b,e,f}	0 (%0,0) ^f	0 (%0,0) ^e	0 (%0,0) ^b	<0,001[†]

[†] Olabilirlik oran testi, [‡] Pearson'un Ki-Kare testi, a: PsV grubu ile SD grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05), b: LP grubu ile SD grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05), c: PR grubu ile PsV grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05), d: PR grubu ile SD grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05), e: LP grubu ile PsV grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05), f: LP grubu ile PR grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05).

Tablo 4: Anlamli istatistiksel fark saptanan dermoskopik ozelliklerin gruplar arasi coklu karstlastirmalarına ait p-degerleri

	LP vs PR	LP vs PsV	LP vs SD	PR vs PsV	PR vs SD	PsV vs SD
Vaskuler yapilarin tipi						
<i>Lineer damar</i>	p=0,492	p=0,999	p=0,053	p=0,166	p=0,418	p=0,013
<i>Noktasal</i>	p=0,104	p=0,445	p<0,001	p<0,001	p=0,020	p<0,001
Vaskuler yapilarin yerlesimi						
<i>Duzenli yerlesim</i>	p=0,190	p<0,001	p=0,002	p<0,001	p=0,114	p<0,001
<i>Yamasal yerlesim</i>	p=0,376	p<0,001	p=0,874	p<0,001	p=0,655	p<0,001
<i>Periferel yerlesim</i>	p=0,355	p=0,015	p=0,238	p=0,260	p=0,999	p=0,999
Skuam rengi						
<i>Beyaz skuam</i>	p=0,156	p<0,001	p=0,097	p=0,191	p=0,980	p=0,356
<i>Sari skuam</i>	p=0,999	p=0,044	p=0,026	p=0,039	p=0,024	p=0,978
Skuamin dagilimi						
<i>Diffuz dagilim</i>	p=0,732	p<0,001	p=0,195	p<0,001	p=0,355	p<0,001
<i>Periferel dagilim</i>	p=0,015	p=0,063	p=0,492	p<0,001	p<0,001	p=0,999
<i>Yamasal dagilim</i>	p=0,426	p=0,068	p<0,001	p=0,604	p<0,001	p<0,001
Zemin rengi						
<i>Koyu eritem</i>	p<0,001	p=0,291	p<0,001	p<0,001	p=0,607	p<0,001
<i>Acik eritem</i>	p<0,001	p=0,010	p<0,001	p=0,417	p=0,002	p<0,001
<i>Turuncu</i>	p=0,004	p=0,379	p=0,814	p<0,001	p<0,001	p=0,870
Zeminde pigment						
<i>Sari-kahverengi</i>	p=0,024	p<0,001	p=0,425	p=0,999	p=0,230	p=0,060

Elde edilen verilere dermoskopik ozellikler acısından değil de, incelenen hastalik grupları acısından bakıldığında ise özetle şu bulgulara ulaşılmıştır:

Dermoskopik olarak noktasal damar (%98,9), damarların duzenli yerlesimi (%91,2), beyaz skuam (%68,1), skuamin diffuz dagilimi (%94,5), zeminde koyu renkli eritem (%61,5) psoriasis vulgaris lezyonları ile birliktelik gösteren bulgulardır. Sari skuam psoriasis vulgaris lezyonlarının 19'unda (%20,9) saptanmıştır. Zeminde acık eritem hastaların 20'sinde (%22) vardır.

Pitriyazis rosea, noktasal damar (%81,3), damarların yamasal yerlesimi (%71,9), beyaz skuam (%53,1), skuamin periferel dagilimi (%34,4), zeminde turuncu renk (%65,6) ile birliktelik göstermektedir. Acık eritemli zemin hastaların 10'unda (%31,3) vardır.

Liken planus lezyonlarında ise noktasal damar (%96,8), damarların yamasal yerleşimi (%58,1), zeminde koyu eritem (%74,2) ve Wickham striaları (%71) ile birliktelik izlenmiştir. Düzenli yerleşim gösteren damarlar 9 (%29) hastada mevcuttur.

Seboreik dermatit, noktasal damar (%50), damarların yamasal yerleşimi (%63,3), beyaz skuam (%56,7), skuamın yamasal dağılımı (%80), zeminde açık eritem (%73,3) ile ilişkilidir. Sarı skuam, hastaların %23,3'ünde tespit edilmiştir.

Analizimizin ikinci aşamasında dermoskopik bulguların psöriazis vulgaris tanısını koydurmadaki duyarlılık, seçicilik, pozitif ve negatif tahmini değerlerinin incelenmesi amacıyla hastalar kontrol (SD, PR ve LP) ve psöriazis vulgaris olarak 2 gruba ayrıldı. Psöriazis vulgaris grubunda 91 (56 erkek, 35 kadın), kontrol grubunda 93 (40 erkek, 53 kadın) hasta mevcuttu. Psöriazis vulgaris grubunda ortalama yaş $37,6 \pm 15,2$ (18-72), kontrol grubunda ise $40,3 \pm 17,3$ (18-78)'tü.

Dermoskopik özelliklerin psöriazis vulgaris ve kontrol grubunu ayırt etmedeki özelliklerinin tek değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 5'te belirtilmiştir.

Tablo 5: Tek değişkenli lojistik regresyon analizine göre kontrol ve PsV gruplarını ayırt etmede dermoskopik özelliklerin etkisi

	Kontrol grubu (n=93)	PsV grubu (n=91)	p-değeri	Odds Oranı (OR) (%95 Güven Aralığı)
Vasküler yapıların tipi				
<i>Lineer damar</i>	6 (%6,5)	1 (%1,1)	0,094	0,161 (0,019-1,366)
<i>Noktasal</i>	71 (%76,3)	90 (%98,9)	<0,001	27,887 (3,670-211,916)
<i>Noktasal+lineer</i>	2 (%2,2)	0 (%0,0)	0,999	-
Vasküler yapıların yerleşimi				
<i>Düzenli yerleşim</i>	13 (%14,0)	83 (%91,2)	<0,001	63,846 (25,122-162,261)
<i>Yamasal yerleşim</i>	60 (%64,5)	7 (%7,7)	<0,001	0,046 (0,019-0,111)
<i>Periferik yerleşim</i>	4 (%4,3)	0 (%0,0)	0,999	-
<i>Halkasal yerleşim</i>	1 (%1,1)	1 (%1,1)	0,988	1,022 (0,063-16,593)
<i>Kümelere halinde</i>	1 (%1,1)	0 (%0,0)	0,999	-
Skuam rengi				
<i>Beyaz skuam</i>	44 (%47,3)	62 (%68,1)	0,005	2,381 (1,307-4,339)
<i>Sarı skuam</i>	9 (%9,7)	19 (%20,9)	0,038	2,463 (1,049-5,781)
<i>Beyaz-sarı</i>	1 (%1,1)	8 (%8,8)	0,042	8,867 (1,086-72,408)
Skuamın dağılımı				
<i>Diffüz dağılım</i>	10 (%10,8)	86 (%94,5)	<0,001	142,760 (46,810-435,388)
<i>Santral dağılım</i>	1 (%1,1)	1 (%1,1)	0,988	1,022 (0,063-16,593)
<i>Periferik dağılım</i>	13 (%14,0)	0 (%0,0)	0,998	-
<i>Yamasal dağılım</i>	30 (%32,3)	3 (%3,3)	<0,001	0,072 (0,021-0,245)
Zemin rengi				
<i>Koyu eritem</i>	26 (%28,0)	56 (%61,5)	<0,001	4,123 (2,220-7,659)
<i>Açık eritem</i>	32 (%34,4)	20 (%22,0)	0,063	0,537 (0,279-1,034)
<i>Turuncu</i>	35 (%37,6)	15 (%16,5)	0,002	0,327 (0,163-0,655)
Zeminde pigment				
<i>Sarı-kahverengi</i>	7 (%7,5)	0 (%0,0)	0,999	-
Wickham striası	22 (%23,7)	0 (%0,0)	0,998	-

Tek değişkenli analiz sonucunda istatistiksel olarak noktasal damar yapısı ($p<0,001$, Odds Oranı (OR)=27,89; Güven aralığı (GA) 3,67-211,92), vasküler yapıların düzenli yerleşimi ($p<0,001$, OR=63,846; GA 25,12-162,26) ve yamasal yerleşimi ($p<0,001$, OR=0,05; GA 0,02-0,11), beyaz skuam ($p=0,005$, OR=2,38; GA 1,30-4,34), sarı skuam ($p=0,038$, OR=2,46; GA 1,05-5,78), beyaz ve sarı skuam birlikteliği ($p=0,042$, OR=8,87; GA 1,09-72,4), skuamın diffüz dağılımı ($p<0,001$, OR=142,76; GA 46,81-435,39) ve yamasal dağılımı ($p<0,001$, OR=0,07; GA 0,02-0,25), zeminde koyu renkli eritem ($p<0,001$, OR=4,12; GA 2,22-7,66) ve turuncu renk ($p=0,002$, OR=0,33; GA 0,16-0,66) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Her bir değişkene ait hesaplanan tanısal parametreler Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6: Kontrol grubu ile PsV grubunu ayırt etmede her bir dermoskopik özelliğe ait duyarlılık, seçicilik, pozitif ve negatif tahmini değerler

	Duyarlılık	Seçicilik	PTD	NTD
Vasküler yapıların tipi				
<i>Lineer damar</i>	%1,1	%93,5	%14,3	%49,2
<i>Noktasal</i>	%98,9	%23,7	%55,9	%95,7
<i>Noktasal+lineer</i>	%0,0	%97,8	%0,0	%50,0
Vasküler yapıların yerleşimi				
<i>Düzenli yerleşim</i>	%91,2	%86,0	%86,5	%90,9
<i>Yamasal yerleşim</i>	%7,7	%35,5	%10,4	%28,2
<i>Periferik yerleşim</i>	%0,0	%95,7	%0,0	%49,4
<i>Halkasal yerleşim</i>	%1,1	%98,9	%50,0	%50,5
<i>Kümelere halinde</i>	%0,0	%98,9	%0,0	%50,3
Skua rengi				
<i>Beyaz skuam</i>	%68,1	%52,7	%58,5	%62,8
<i>Sarı skuam</i>	%20,9	%90,3	%67,9	%53,8
<i>Beyaz-sarı</i>	%8,8	%98,9	%88,9	%52,6
Skua dağılımı				
<i>Diffüz dağılım</i>	%94,5	%89,2	%89,6	%94,3
<i>Santral dağılım</i>	%1,1	%98,9	%50,0	%50,5
<i>Periferik dağılım</i>	%0,0	%86,0	%0,0	%46,8
<i>Yamasal dağılım</i>	%3,3	%67,7	%9,1	%41,7
Zemin rengi				
<i>Koyu eritem</i>	%61,5	%72,0	%68,3	%65,7
<i>Açık eritem</i>	%22,0	%65,6	%38,5	%46,2
<i>Turuncu</i>	%16,5	%62,4	%30,0	%43,3
Zeminde pigment				
<i>Sarı-kahverengi</i>	%0,0	%92,5	%0,0	%48,6
Wickham striası	%0,0	%76,3	%0,0	%43,8

PTD: Pozitif tahmini değer, NTD: Negatif tahmini değer

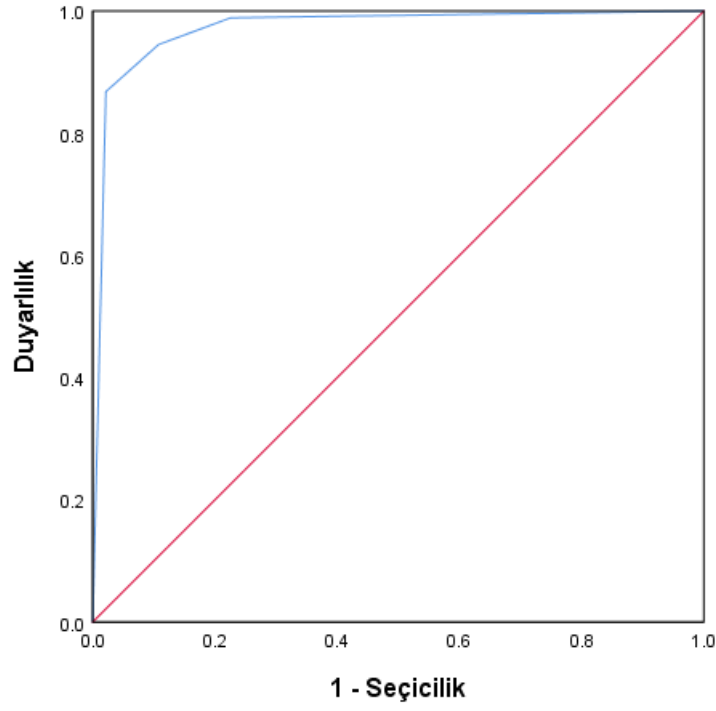
Tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonrası çoklu değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizin yapılmasında izlenen süreç şu şekildedir: öncelikle tüm dermoskopik özelliklerin çoklu etkileri incelenmiş, alternatif olarak bir sonraki aşamada tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda $p>0.10$ olarak saptanan tüm dermoskopik özellikler bir arada değerlendirilmiş, ilaveten tek

değişkenli istatistiksel analizler sonucunda $p < 0.10$ olarak saptanan tüm dermoskopik özellikler birlikte incelenmiş, daha sonra sadece tek değişkenli istatistiksel analiz sonucu önemli çıkan tüm dermoskopik özellikler modele dahil edilerek değerlendirilmiştir. Bütün bu incelemeler sonucunda Tablo 7’de belirtilen sonuca birçok kez ulaşılmıştır. Sonuçta kontrol ve psöriazis vulgaris gruplarını ayırt etmede en fazla belirleyici olan dermoskopik özelliklerin sırasıyla skuamın diffüz dağılımı (OR=89,05; GA 21,44-369,83) ve vasküler yapıların düzenli yerleşimi (OR=37,62; GA 9,34-151,48) olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Yapılan analizde beyaz ve sarı skuam birlikteliği model denklemini zorlayıcı bir etmen olmuş fakat son modele girmeyi başaramamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 7: PsV’yi ayırt etmede en fazla belirleyici olan dermoskopik özellikler (Çoklu değişkenli ileriye dönük olasılık oranı metoduna göre lojistik regresyon analizi sonucu)

	Odds oranı (OR)	%95 Güven aralığı		Wald	p-değeri
		Alt sınır	Üst sınır		
Adım 1					
<i>Diffüz dağılım</i>	142,760	46,810	435,388	76,043	<0,001
Adım 2					
<i>Diffüz dağılım</i>	89,048	21,441	369,830	38,185	<0,001
<i>Düzenli yerleşim</i>	37,616	9,341	151,480	26,048	<0,001

Çoklu değişkenli analiz sonucu elde edilen verilere bağlı olarak Alıcı İşlem Karakteristiği Eğrisi adı verilen ROC eğrisi (*Receiver Operating Characteristic curve*) ve tanılabilirlik göstergeleri incelenmiştir. Kontrol ve psöriazis vulgaris gruplarını ayırt etmede söz konusu modele ait ROC eğrisi altında kalan alan 0,972 olarak (GA 0,947-0,996) saptanmıştır ($p < 0,001$). Başka bir ifade ile söz konusu lojistik regresyon modeline göre psöriazis vulgaris tanısını alanların diğer tanı gruplarından %97,2’lik bir güçle ayırt edilebildiği görülmüştür. Mevcut modelin duyarlılığı %86,8, seçiciliği %97,8; pozitif ve negatif tahmini değerleri ise sırasıyla %97,5 ve %88,3 olarak saptanmıştır (Şekil 7 ve Tablo 8).



Şekil 7: ROC eğrisi

Tablo 8: Kontrol ve PsV gruplarını ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktörlerin bulunduğu lojistik regresyon modeline ait ROC eğrisi altında kalan alan, %95 güven aralığı ve diğer tanısal performans göstergeleri

Eğri altında kalan alan	0,972
%95 Güven aralığı	0,947-0,996
Duyarlılık	79/91 (%86,8)
Seçicilik	91/93 (%97,8)
Pozitif tahmini değer	79/81 (%97,5)
Negatif tahmini değer	91/103 (%88,3)

TARTIŞMA

Psöriazis vulgaris, liken planus, pitriyazis rosea ve seboreik dermatite ait dermoskopik özellikleri incelediğimiz çalışmada, gruplar içinde ve gruplar arası analizlerimiz, bu hastalıkların belli dermoskopik bulguları daha yoğun sergilediğini saptamıştır. Bu kapsamda, öncelikle her bir hastalıkta saptadığımız bulgular tartışılacaktır.

LİKEN PLANUS

Liken planus dermoskopisinde en çarpıcı bulgu hem sıklığı (%71) hem de sadece bu grupta saptanması açısından Wickham strialarıdır. 31 hastanın 22'sinde (%71) tespit edilen Wickham striaları en çok lineer ve yuvarlak yapıda izlenmiştir. *Vázquez-López ve ark.*'nin yaptığı çalışmada 25 liken planus hastasının 23'ünde (%92) Wickham striası tespit edilmiştir. Bu çalışmada Wickham strialarının yuvarlak, dallanma gösteren, retiküler veya anüler şekillerde olduğu ifade edilmiş fakat hangi oranda buldukları raporlanmamıştır (79). *Lallas ve ark.*'nin liken planus, seboreik dermatit, psöriazis vulgaris ve pitriyazis rosea hastalarının dermoskopik bulgularını karşılaştırmalı olarak incelediği çalışmada, Wickham striaları 25 liken planus hastasının 24'ünde (%96) izlenmiş; fakat striaların alt tipleri belirtilmemiştir (80). *Tan ve ark.*'nin 9 hasta ve toplam 43 lezyon üzerinde yaptığı çalışmada, 16 lezyonda (%37,2) Wickham striası saptanmıştır. Bu striaların tiplendirmesinde ise en çok yaprak damarlarına benzer şekilde yerleşen Wickham alt tipi, yazarlar tarafından ilk defa ve 6 lezyonda (%13,95) saptanmıştır. Bu tip, lineer uzanım gösteren striaların özel geometrik bir şekli olarak düşünülebilir. Diğer saptanan stria tipleri, 4 lezyonda retiküler (%9,3), 2 lezyonda yıldızlı gökyüzüne benzeyen (%4,65), 1 lezyonda yuvarlak (%2,32), 1 lezyonda ışınsal uzantılar gösteren (%2,32) şekilde raporlanmıştır. Yıldızlı gökyüzü şeklinde tariflenen tip, nokta görünümlü beyaz yapıların yıldızlı gökyüzüne benzer şekilde dağılmış halini, ışınsal uzantılar şeklindeki tip ise lineer beyaz çizgilerin yıldız patlaması paternine benzer halini göstermektedir. Bu iki tip ilk defa yazarlar tarafından tanımlanmıştır. Ayrıca *Tan ve ark.* Wickham strialarının dermoskopik inceleme ile çıplak göze

oranla çok daha görünür olduğunun, dolayısıyla dermoskopinin daha etkin bir inceleme metodu olduğunun altını çizmişlerdir (81). *Güngör ve ark.*'nin 170 klasik liken planus lezyonu üzerinde yaptığı çalışmada da Wickham striaları liken planus lezyonlarında önde gelen bulgudur. Bu çalışmada lezyonların 152'sinde (%89,4) Wickham striaları tespit edilmiştir. Wickham strialarının alt gruplarına bakıldığında ise en yüksek oranda saptanan, 170 hastanın 110'unda (%64,7) izlenen retiküler tiptir. Retiküler tipi sırasıyla globüler (%8,8), lineer (%7,6), ışınsal uzantılar şeklindeki (%5,2), kombine (%1,7) ve halkasal (%1,1) tip izlemektedir. Lezyonların %10,5'inde ise Wickham striaları hiç saptanmamıştır (82).

Literatürdeki bu çalışmalarla karşılaştığımızda, çalışmamızda saptanan Wickham striası sıklığı *Vázquez-López ve ark.*, *Lallas ve ark.* ile *Güngör ve ark.*'nin yaptığı çalışmadan daha az, *Tan ve ark.*'nin çalışmasına göre ise 2 kata yakın oranda fazla izlenmiştir. Bu farklılık incelenen hasta popülasyonlarının, nitelik ve sayısal farklılıklarına ya da lezyonların maturitesi veya tedavi altında olup olmadıklarına bağlı olabilir. Farklı oranlarda elde edilse de Wickham striaları liken planus lezyonları için en belirgin ve çarpıcı bulgudur. Liken planus lezyonlarında dermoskopik inceleme öncelikle Wickham strialarının tespit edilmesi amacıyla uygulanmalıdır.

Yapmış olduğumuz analizde en çok lineer lezyonlar, %29 oranında (9/31) saptanmıştır. Bunu %22,6 oranında yuvarlak (7/31), %9,7 oranında anüler (3/31), %6,5 oranında retiküler (2/31), %3,2 oranında retiküler yerleşimli yuvarlak (1/31) Wickham izlemiştir. Literatürde Wickham strialarının tiplendirmesi üzerinde anlaşılmiş ortak kriterler bulunmamaktadır. Biz değerlendirmemizde lineer, yuvarlak, retiküler ve anüler şeklindeki lezyon yapısını temel alarak daha sade bir tiplendirme yaptık. *Tan ve ark.* tarafından tanımlanmış yaprak damarlarına benzer stria tipini ve ışınsal uzantılar gösteren stria tipini lineer uzanım gösteren stria tipinin bir varyasyonu olarak kabul ettik. Yıldızlı gökyüzüne benzeyen tiplendirme ise çalışmamızda yuvarlak tipin içerisinde değerlendirildi. Bu açıdan baktığımızda *Tan ve ark.*'nin sonuçları %16,2 lineer, %9,3 retiküler ve %6,97 yuvarlak tip olarak hesaplanabilir. Bu veriler ile kıyaslama yaptığımızda, çalışmamızda lineer ve yuvarlak tip strialar daha çok saptanmış olup, retiküler tip strialar daha az oranda

gözlenmiştir. *Güngör ve ark.*'nın yaptığı çalışmaya göre de retiküler tip Wickham striaları oldukça az tespit edilmiştir. Benzer şekilde lineer ve yuvarlak tip striaları bizim çalışmamızdaki kriterlere göre hesapladığımızda lineer tip %12,94, yuvarlak tip %8,82 ve anüler tip %1,17 olarak bulunmaktadır. Çalışmamızda saptadığımız lineer, yuvarlak ve anüler tip lezyonlar oransal olarak daha fazla gözlenmektedir. Retiküler ve yuvarlak tipin kombinasyonundan oluşan kombine tip çalışmamızda saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda retiküler yerleşimli yuvarlak Wickham yapısı 1 hastada izlenmiştir. Hasta sayımızın ve incelenen lezyon sayısının sınırlı oluşu bu farklılığın ortaya çıkmasındaki temel etken olabilir. Bir diğer ihtimal lezyon yaşının bizde yeni çıkan lezyonlara sınırlı olması sebebiyle Wickham yapılarının daha farklı izlenmiş olmasıdır. Bu fikrimizi *Vázquez-López ve ark.*'nin çalışmalarında belirttikleri liken planus lezyonlarında zamanla retiküler tip Wickham stria oluşumuna dair gözlemleri desteklemektedir (79).

Çalışmamızda vasküler yapılar, %96,8'i noktasal, %3,2'si noktasal-lineer olmak üzere tüm lezyonlarda saptanmıştır. Bu yapıların yerleşimi açısından yamasal yerleşim (%58,1) en belirgin dağılım şeklidir.

Vázquez-López ve ark.'nin yaptığı çalışmada ise lineer ve noktasal vasküler yapı hastaların %80'inde (20/25) tespit edilmiş ve yerleşimi periferal olarak raporlanmıştır. Noktasal damar yapısı ise sadece 3 hastada bulunmuştur (79).

Lallas ve ark.'nin yaptığı çalışmada 25 liken planus hastasının tamamında vasküler yapılar saptanmış, bu yapıların dermoskopik olarak 9'u noktasal (%36), 3'ü lineer (%12) ve 13'ü noktasal-lineer (%52) damar olarak belirtilmiştir. Vasküler yapıların yerleşimi %60 oranında periferal, %40 oranında yamasaldır. Bu çalışmada lineer ve noktasal-lineer damar kombinasyonu ile periferal dağılım istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur (80). Bulgularımız bu çalışma ile vasküler yapıların yerleşimi ve tipi açısından farklılık göstermektedir.

Tan ve ark.'nin yaptığı çalışmada vasküler yapılar 43 lezyonun 15'inde (%34,88) saptanmıştır. Vasküler yapıların tipi ise %53,33 ile noktasal, %46,67 ile lineer damar yapılarıdır. Vasküler yapıların yerleşimi raporlanmamıştır (81). Bu çalışmada vasküler yapılar çalışmamıza göre daha az raporlanmıştır.

Güngör ve ark.'nın yaptığı çalışmada vasküler yapı 170 klasik liken planus lezyonunun 46'sında izlenmiştir. Vasküler yapıların dağılımı 4 periferal yerleşen nokta damar, 15 diffüz yerleşen noktasal damar, 8 yerleşim tipi belirtilmemiş globüler damar, 19 lineer damardır. Globüler ve nokta damarların çalışmamızda noktasal damar yapısı olarak incelendiğini ele alacak olursak toplamda 27 nokta damar ve 19 lineer damar izlendiği hesaplanabilir. Bu şekilde oransal olarak vasküler yapı gözlenen lezyonların yarısından fazlasında noktasal damar yapısı izlenmiştir fakat lineer damar yapısı da noktasal damar yapısı kadar görülmüştür. Vasküler yapıların yerleşimi ise daha çok diffüz yapıdadır. 170 lezyonun 124'ünde herhangi bir vasküler yapı olmaması da dikkat çekicidir (82). Bu açıdan bakıldığında bulgularımız vasküler yapıların tipi açısından lineer damar dışında *Güngör ve ark.* ile uyumludur fakat lezyonda tespit edilme oranı açısından belirgin farklılık göstermektedir. Vasküler yapıların yerleşimi çalışmamızda yamasal şekilleyen *Güngör ve ark.* tarafından diffüz olarak raporlanmıştır. Vasküler yapıların yerleşimini tariflemekte Wickham striaları ile ilişkisinin çalışmamızda düzenli yerleşimi bozan bir etmen olarak ele alınması bu farklılığı oluşturan etmen olabilir. Liken planus lezyonlarında vasküler yapıların Wickham striaları ile ilişkisinin daha net şekilde tanımlanması daha net sonuçların ortaya çıkmasını sağlayabilir.

Genel olarak bakıldığında çalışmamızda lineer damar tipi az bulunmuştur. Noktasal damar tipi ise oldukça fazladır. Vasküler yapıların yerleşiminde, önceki literatür verilerinden farklı olarak, periferal yerleşim az sayıda tespit edilmiştir. Yamasal ve düzenli yerleşim ise daha ön plana çıkan bulgulardır. Öte taraftan, bizim çalışmamız da dahil olmak üzere literatürde liken planus dermoskopisindeki vasküler yapılara dair birbiriyle uyumsuz verilerin netlik kazanması için daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Liken planus hastalarında dermoskopik olarak zeminde sıklıkla koyu eritem saptandı (%74,2). *Lallas ve ark.*'nın yaptığı çalışmada hastaların %64'ünde koyu eritem, %24'ünde sarımsı zemin izlenmiştir (80). Turuncu zemini sarı ve kırmızı renklerin beraberliği olarak tanımladığımız çalışmamızda liken planus hastalarında %25,8 oranında turuncu zemin görülmüştür ve bu açıdan bulgularımız *Lallas ve ark.* ile benzerdir.

Güngör ve ark.'nin yaptığı çalışmada 64 pembe (%37,6) ve 66 mor (%38,8) renk izlenmiş, kırmızı renk ise hiç saptanmamıştır (82). Çalışmamızda mor ve pembe olarak raporlanmış olan renkler koyu eritem olarak kabul edilmiştir. Bu sebeple saptamış oldukları koyu renk oranı %76,47 olarak kabul edilebilir ve bu oran bizim çalışmamız (%74,2) ile benzerdir.

Hastaların 10'unda (%32,3) beyaz skuam, 1'inde (%3,2) sarı skuam tespit edilmiştir. Skuam, liken planus hastalarında önceki dört çalışmadan sadece *Lallas ve ark.*'nin yaptığı çalışmada raporlanmıştır. Hastaların 2'sinde (%8) beyaz skuam, 3'ünde (%12) sarı skuam izlenmiştir (80). Skuam çalışmamızda daha fazla oranda tespit edilen bir bulgudur ve hakim renk beyazdır.

Skuamın dağılımı çalışmamızda diffüz (%16,1), yamasal (%12,9) ve periferal (%6,5) olarak bulunmuştur. Santral skuam hiç izlenmemiştir. *Lallas ve ark.* ise skuam dağılımını yamasal (%8) ve santral olarak (%12) raporlamıştır (80). Skuam varlığının hastayla ilgili kseroz ve nemlendirici kullanımı gibi kişisel faktörlere bağlı değişebileceği akılda tutulmalıdır.

Sarı-kahverengi pigmentasyon çalışmamızdaki 31 liken planus hastasının 5'inde saptanmıştır. *Vázquez-López ve ark.*'nin yaptığı çalışmada sarı-kahverengi pigment yapısı 25 hastanın 5'inde, *Tan ve ark.*'nin yaptığı çalışmada 43 lezyonun 33'ünde ve *Güngör ve ark.*'nin yaptığı çalışmada 170 lezyonun 20'sinde, saptanmıştır. Bulgularımız iki çalışmadaki bulgular ile benzerken, sarı-kahverengi pigmentasyon *Tan ve ark.*'na göre oldukça az oranda saptanmıştır (79,81,82).

Özet olarak, liken planus lezyonlarında Wickham striası, koyu eritem, yamasal yerleşim ve noktasal damar en ilişkili dermoskopik bulgulardır. Açık eritem ise saptanmamaktadır.

PİTRİYAZİS ROSEA

Çalışmamızda pitriyazis rosea hastalarında dermoskopik bulgular yamasal yerleşimli (%71,9) noktasal damar (%81,3), periferal dağılımlı (%34,4) beyaz skuam (%53,1) ve turuncu zemin rengidir (%65,6).

Literatürde yaptığımız taramada pitriyazis rosea ile ilgili karşılaştırmalı analiz içeren *Lallas ve ark.*'nin yaptığı bir yayın bulduk. Bu çalışmada 20 pitriyazis rosea hastası incelenmiştir. Hastaların tamamında noktasal damar yapısı, %75'inde yamasal yerleşim, %70'inde periferal dağılımlı skuam, %85'inde beyaz skuam rengi, %65'inde sarımsı zemin rengi bildirilmiştir. Noktasal damar ve sarı skuam rengi dışındaki bulgular istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca vakaların %15'inde diffüz dağılımlı skuam, %5'inde santral skuam gözlenmiştir (80).

Vasküler yapıların tipi ve yerleşimi açısından bulgularımız örtüşmektedir. Skuam rengi her iki çalışmada da beyazdır fakat çalışmamızda daha az oranda saptanmıştır ve istatistiksel olarak diğer hastalıklardan öne çıkan bir bulgu olmamıştır. Hastalarımızın %43,8'inde skuam saptanmamıştır. Skuamın periferal dağılımı da oransal olarak az miktarda görülmüştür. Skuam görülen hastaların içinde ise olguların %61,1'inde periferal skuam gözlenmiştir. Bu açıdan bakıldığında oransal olarak birbirine yakındır. Her iki çalışmada da aynı şekilde tariflenen fakat farklı isimlendirilen zemin rengi, benzer orandadır.

Özet olarak, pitriyazis rosea lezyonlarında vasküler yapıların yamasal yerleşimi, skuamın periferal dağılımı ve turuncu zemin en ilişkili dermoskopik bulgulardır. Noktasal damar ve beyaz skuam bunlara eşlik etmektedir.

SEBOREİK DERMATİT

Seboreik dermatit lezyonlarında dermoskopik olarak öne çıkan bulgular vasküler yapıların yamasal yerleşimi (%63,3), skuamın yamasal dağılımı (%80) ve zeminde açık eritemdir (%73,3). Noktasal damar, olguların %50'sinde gözlenmiş, lineer damar yapısı 4 hastada (%13,3) tespit edilmiştir. Skuam renginde beyaz renk olguların %56,7'sinde, sarı renk ise olguların %23,3'ünde bulunmuştur.

Lallas ve ark.'nin yüz bölgesindeki inflamatuvar dermatozlar ile ilgili yaptığı bir çalışmada 22 seboreik dermatit hastasının %86,4 ünde noktasal damar, %4,5'inde lineer damar izlenmiştir. Noktasal damarların dağılımı yamasal tariflenmiştir. Beyaz skuam %27,3'ünde, sarı skuam %77,3'ünde görülmüştür. Zemin rengi ve skuamın dağılımı belirtilmemiştir (83). Vasküler yapıların yerleşimi açısından bulgularımız

uyumludur fakat noktasal damar yapısı az oranda saptanmıştır. Lineer damar yapısı ise aksine daha fazla orandadır ve çalışmamızda diğer hastalıklardan ayrılan bir bulgu olmuştur. Skuam rengi *Lallas ve ark.* tarafından seboreik dermatit için sarı renk olarak raporlanmış ve diğer hastalıklardan ayrılan bir özellik olarak belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda beyaz renk görece daha fazla, sarı renk görece az oranda raporlanmıştır. Benzer şekilde sarı renk, psöriazis vulgaris haricinde liken planustan ve pitriyazis roseadan ayrılan yön olmuştur.

Lallas ve ark.'nın bahsettiğimiz önceki çalışmasında 41 seboreik dermatit hastasının %59'unda vasküler yapıların yamasal yerleşimi, %20'sinde sarı skuam ve %41'inde beyaz-sarı skuam rengi, %66'sında skuamın yamasal dağılımı öne çıkan dermoskopik bulgular olmuştur. Olguların %95'inde noktasal damar, %5'inde noktasal-lineer damar, %34'ünde vasküler yapıların düzenli yerleşimi, %24'ünde beyaz skuam ve %17'sinde skuamın diffüz dağılımı gözlenmiştir. Zemin rengi %66 olguda koyu eritem, %15 olguda açık eritem, %17 olguda sarımsı renkte raporlanmıştır (80).

Vasküler yapıların tipi bakımından noktasal damar, çalışmamızda daha az oranda saptanmıştır. Lineer damar yapısı ise diğer hastalıklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık görülmüştür. Nokta-lineer damar birlikteliği ise hiç gözlenmemiştir. Vasküler yapılar tamamen yamasal yerleşimdedir ve bu açıdan *Lallas ve ark.*'nın bildirdiğinden yaklaşık 2 kat fazla gözlenmiştir. Bu oransal farklılıklarda tespit ettiğimiz nokta damar yapısının azlığı etkili olmuştur.

Skuam açısından karşılaştırdığımızda skuamın yamasal dağılımı her iki çalışmada birbirine paralel olarak bulunmuştur. Skuam rengi ise çalışmamızda görece az oranda sarı olarak tespit edilmiştir. Bu renk liken planus ve pitriyazis rosea ile yapılan karşılaştırmada anlamlı olarak farklı tespit edilmişken, psöriazis vulgaris ile yapılan karşılaştırmada fark bulunmamıştır. *Lallas ve ark.*'na göre yüksek oranda tespit ettiğimiz beyaz skuam ise diğer hastalıklar ile anlamlı fark oluşturmamıştır. Beyaz-sarı skuam birlikteliği ise sadece 1 hastada bulunmuştur. Bu farklılık inceleme yaptığımız hasta popülasyonundan kaynaklı bir farklılık olabilir. Bir başka açıdan ise seboreik dermatit de diğer hastalıklar gibi beyaz skuamın daha fazla görüldüğü bir hastalık olabilir. Sarı skuam ise daha özgün bir bulgu olarak seboreik dermatite eşlik

ediyor olabilir. Fakat psöriazis vulgaris ile seboreik dermatit lezyonları sarı skuam ve beyaz skuam açısından birbirine benzeşmektedir. Bu durum da sarı rengin sadece seboreik dermatite ait olmayabileceğini göstermektedir.

Zemin rengi turuncu renk açısından benzer özellik göstermektedir. Açık ve koyu eritem açısından ise farklılık mevcuttur. Çalışmamızda açık eritem anlamlı bir bulgu iken, koyu eritem *Lallas ve ark.* tarafından daha fazla ve psöriazis vulgaris lezyonlarına benzer oranda izlenmiştir, fakat istatistiksel olarak hiçbir hastalıkla anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızın aksine koyu veya açık eritem seboreik dermatit lezyonlarında öne çıkan bir bulgu olmamıştır. Öte taraftan zemin rengi değerlendirilmesinde uygulanan kriterler de farklıdır.

Özet olarak, seboreik dermatit lezyonlarında vasküler yapıların yamasal yerleşimi, skuamın yamasal dağılımı ve açık eritem en ilişkili dermoskopik bulgulardır. Noktasal damar ve beyaz skuam bunlara eşlik etmektedir. Sarı skuam dikkate değer bir bulgudur.

PSÖRİAZİS VULGARİS

Psöriazis vulgaris lezyonları dermoskopik olarak diğer hastalıklardan ayrılan ve belirgin bulgusal farklılıklar gösteren grup olmuştur. Vasküler yapıların tipi olguların %98,9'unda noktasal damardır. Sadece 1 vakada lineer damar yapısı izlenmiştir. Vasküler yapıların yerleşimi %91,2 oranında düzenlidir. Olguların sadece 7'sinde yamasal ve 1 olguda halkasal yerleşim gözlenmiştir.

Literatürde *Vázquez-López ve ark.* tarafından yapılan çalışmada incelenen 20 psöriazis vulgaris hastasının tamamında noktasal damar yapısı izlenmiştir ve damarların homojen yerleşim gösterdiği belirtilmiştir. Liken planus hastaları ile yaptığı karşılaştırmada bu özellik anlamlı oranda farklılık göstermiştir (79). Çalışmamız bu bulgular ile uyumludur fakat liken planus ile yapılan karşılaştırmada vasküler yapıların yerleşimi açısından farklılık varken vasküler yapıların tipi açısından fark gözlenmemiştir.

Vázquez-López ve ark.'nın bildirdiği 4 hastalık bir seride halkasal damar yapılarının homojen dağılımı görülmüştür (25). Bu bulgu ise çalışmamızda sadece 1 hastada vardır.

Lallas ve ark.'nin çalışmasında 83 psöriazis vulgaris hastasının tamamında noktasal damar, %88'inde düzenli yerleşim, 7 hastada halkasal yerleşim, 2 hastada yamasal yerleşim bildirilmiştir. Yaptıkları karşılaştırmada sadece düzenli yerleşimde farklılık vardır (80). Çalışmamız vasküler yapıların tipi ve yerleşim özellikleri açısından bu çalışma ile benzerdir.

Çalışmamızda skuam rengi, psöriazis vulgaris hastalarının %68,1'inde beyaz, %20,9'unda sarı ve %8,8'inde beyaz-sarı renktedir. Skuamın dağılımı ise çok yüksek oranda (%94,5) diffüzdür. Az sayıda lezyonda santral (%1,1) ve yamasal (%3,3) dağılım izlenmiştir.

Lallas ve ark.'nin çalışmasında skuam rengi psöriazis vulgaris hastalarının %70'inde beyazdır, sarı skuam hiç izlenmemiştir ve beyaz-sarı skuam olguların sadece 2'sinde (%2) vardır. Yazarlar skuamın dağılımını %45 oranında diffüz, %13 oranında yamasal, %12 oranında santral, %2 oranında periferik olarak bildirmişlerdir. Sarı skuam rengi açısından seboreik dermatit ile yaptıkları karşılaştırmada seboreik dermatit, psöriazis vulgarise göre anlamlı ölçüde sarı skuamla birliktelik göstermiştir. Beyaz skuam rengi ise psöriazis vulgaris ile beraberlik gösteren renktir. Bu çalışmada skuamın diffüz dağılımı psöriazis vulgaris ile ilişkili olmasına rağmen sadece hastaların yarıya yakınında izlenmiştir (80).

Çalışmamızda skuam rengi psöriazis vulgaris için büyük oranda beyazdır, ancak seboreik dermatit ile aralarında anlamlı fark yoktur. Sarı skuam rengi açısından seboreik dermatit ile aralarında fark yokken, diğer iki hastalıkla istatistiksel farklılık ortaya çıkmıştır. Beyaz-sarı skuam rengi de diğer üç hastalığa oranla yüksektir. Psöriazis vulgaris hastalarında sarı skuam renginin de saptanması ve seboreik dermatit ile aralarında fark olmaması çalışmamızın *Lallas ve ark.*'nin çalışmasından ayrılan bir yönüdür.

Çalışmamızda skuamın diffüz dağılımının yüksek oranda saptanması, *Lallas ve ark.*'na paralel şekilde, öne çıkan bir bulgudur.

Zemin rengi açısından, psöriazis vulgaris hastalarında koyu eritem %61,5, açık eritem %22,0 ve turuncu zemin %16,5 oranında tespit edilmiştir. Gruplar arası ikili karşılaştırmalarda psöriazis vulgaris, koyu eritem açısından liken planus ile farklılık göstermezken, seboreik dermatit ve pitriyazis roseaya göre yüksekliği istatistiksel olarak anlamlıdır. Açık eritem ise liken planus ve pitriyazis rosea ile fark oluşturmazken seboreik dermatite göre daha az oranda gözlenmektedir. Turuncu zemin rengi de yine pitriyazis rosea hastalığına göre daha az izlenmiş, diğer hastalıklardan farklılık göstermemiştir.

Lallas ve ark.'nin yaptığı çalışmada psöriazis vulgaris lezyonlarının %41'inde açık eritem, %58'inde koyu eritem vardır. Olguların %1'inde sarımsı zemin gözlenmiştir. Psöriazis vulgaris lezyonları liken planus, seboreik dermatit ve pitriyazis rosea lezyonlarından açık eritem yönüyle anlamlı fark göstermiş, fakat koyu eritem açısından fark göstermemiştir (80).

Bu açıdan bakıldığında çalışmamız zemin rengi itibariyle *Lallas ve ark.*'nin çalışmasından farklı bulgular içermektedir. Koyu eritem her iki çalışmada birbirine yakın oranlarda izlenen bir bulgu olsa da, çalışmamızda koyu eritem seboreik dermatit ve pitriyazis rosea lezyonlarından ayrılan yönü oluşturmuş ve liken planus ile arasında fark gözlenmemiştir. *Lallas ve ark.*'nin yaptığı çalışmada ise koyu eritem lezyonlarda genel olarak bulunan ve farklılık oluşturmayan bir bulgudur. Çalışmamızda psöriazis vulgariste saptanan koyu eritemin liken planus ile arasında fark olmaması, *Lallas ve ark.* ile paralel bir bulgudur. Fakat liken planus lezyonlarının mor ve pembe benzeri renklerinin koyu eritem başlığı altında incelenmesi aslında farklılığı gizliyor olabilir. Bu farklılığın ortaya konulması için zemin renginin değerlendirilmesinde liken planus lezyonlarına ait renklerin farklı başlıkta ifade edilmesi ve psöriazis vulgaris lezyonlarında da kullanılması uygun olacaktır.

Zeminde açık eritem çalışmamıza dahil edilen psöriazis vulgaris hastalarında daha az oranda görülmüştür. Seboreik dermatit hastaları ile yapılan karşılaştırmada ise seboreik dermatit hastalarında anlamlı ölçüde fazla oranda gözlenen bir bulgudur. Pitriyazis rosea ile psöriazis vulgaris arasında ise fark izlenmemiştir. Psöriazis vulgaris lezyonlarının seboreik dermatit lezyonlarından bu yönüyle ayrılmasındaki

sebepler ise eritem değerlendirmesinin nesnel kriterlere dayanmaması, kaba bir ayrımın yapılmış olması ve dolayısıyla araştırmacıların yorumundaki farklılıklara bağlı olabilir.

Turuncu zemin rengi çalışmamızda anlamlı fark oluşturmasa da *Lallas ve ark.*'na göre yüksek oranda tespit edilmiştir.

Özetle, psöriazis vulgaris lezyonlarında vasküler yapıların düzenli yerleşimi, skuamın diffüz dağılımı ve koyu eritem en ilişkili dermoskopik bulgulardır. Noktasal damar ve beyaz skuam bunlara eşlik etmektedir. Sarı skuam dikkate değer bir bulgudur. Zeminde her rengin olabileceği unutulmamalıdır.

Çalışmamızda ayrıca saptamış olduğumuz dermoskopik bulguların psöriazis vulgaris tanısı açısından ayırt edici gücünü ortaya koymaya çalıştık. Bu açıdan yaptığımız tek değişkenli analiz sonucunda psöriazis vulgaris hastalarında: noktasal damar yapısı yaklaşık 27 kat, vasküler yapıların düzenli yerleşimi yaklaşık 63 kat, beyaz skuam yaklaşık 2 kat, sarı skuam yaklaşık 2 kat, beyaz-sarı skuam yaklaşık 8 kat, skuamın diffüz dağılımı yaklaşık 142 kat, koyu eritem yaklaşık 4 kat daha sık görülmüştür. Vasküler yapıların yamasal yerleşimi ise yaklaşık 25 kat, skuamın yamasal dağılımı yaklaşık 14 kat ve zeminde turuncu renk yaklaşık 3 kat az görülmektedir.

Lallas ve ark.'nin çalışmasında psöriazis vulgaris tanısını ayırt etmek için yaptıkları tek değişkenli analizde vasküler yapıların düzenli yerleşimi, beyaz skuam ve skuamın düzenli dağılımı psöriazis vulgaris tanısını ayırt ettiren nitelikler olmuşken, vasküler yapıların yamasal yerleşimi, beyaz-sarı skuam, skuamın yamasal ve periferik dağılımı ile turuncu zemin rengi, psöriazis vulgaris tanısından uzaklaştıran özellikler olarak belirtilmiştir (80).

Çalışmamızdaki sonuçlar *Lallas ve ark.* ile karşılaştırıldığında, vasküler yapıların düzenli ve yamasal yerleşimi, beyaz skuam rengi, skuamın diffüz ve yamasal dağılımı ile turuncu zemin rengi açısından her iki çalışma paraleldir. Fakat çalışmamızda *Lallas ve ark.*'nin belirttiklerinden ayrılan sonuçlar da vardır.

Noktasal damar tipi, çalışmamızda ayırt ettirici bir etken olmaya eğilimlidir. Bunun sebebi ise muhtemelen seboreik dermatit lezyonlarında tespit edilen nokta

damar yapısının azlığıdır. Seboreik dermatit lezyonlarında tespit edilen nokta damar tipinin yeni çalışmalarda kapsamlı incelenmesi sonuçlara dair katkı sağlayabilir.

Beyaz skuam rengi her iki çalışmada da benzer olmakla birlikte bizim çalışmamızda, *Lallas ve ark.*'na göre daha zayıf bir etkidir. Sarı ve beyaz-sarı skuam rengi bizim hasta grubumuzda psöriazis vulgaris için ayırt edici nitelik göstermişken, *Lallas ve ark.* için riski azaltan özelliklerdir. Ayrıca beyaz-sarı skuam rengi, beyaz skuama ve sarı skuama göre çok daha güçlü bir özellik göstermişken, *Lallas ve ark.*'nın yaptığı çalışmada aksine riski azaltan bir etmendir. Bu sonucun ortaya çıkmasında, çalışmamızda psöriazis vulgaris lezyonlarının sarı skuam rengi ile daha ilişkili olup seboreik dermatit lezyonlarında sarı skuamın literatüre göre daha az ilişkili olması etkili olabilir. Skuam renginin daha geniş bir hasta grubuyla tekrar gözden geçirilmesi literatüre katkı sağlayabilir.

Skuamın dağılımı açısından her iki çalışma benzer özellikler gösterirken periferik dağılım çalışmamızda psöriazis vulgarisi ayırt etmede herhangi bir katkı sağlamamıştır.

Zemin rengi açısından ise, çalışmamızda koyu eritem psöriazis vulgaris lezyonlarında daha çok görülmeye eğilimliyken, *Lallas ve ark.* açık eritemi psöriazis vulgaris riskini arttıran bir özellik olarak raporlamıştır. Bu farklılık zemin renginin tanımlanmasına bağlı bir farklılık olarak gözükmektedir. Temelde zemin rengi psöriaziste ayırt edici bir nitelik olabilir. Bunun ortaya konması için zemin renginin nesnel kriterlere dayalı değerlendirilmesi gereklidir.

Ayrıca *Lallas ve ark.*'nın yaptığı çalışmada vasküler yapıların düzenli yerleşimi ve skuamın diffüz dağılımı psöriazis vulgaris riskini sırasıyla yaklaşık 27 kat ve 6 kat arttıran dermoskopik özellikler iken, çalışmamızda bu iki özelliğe ait tahmini rölatif risk değeri sırasıyla yaklaşık 63 kat ve 142 kat olmuştur (80). Bu açıdan bakıldığında her ne kadar araştırmamızda rölatif risk hesaplanmasa da, bu iki özellik psöriazis vulgaris tanısını ayırt etmede daha ön planda yer alan bulgular olabilirler.

Dermoskopik bulguların ayırt edici gücünü psöriazis vulgaris açısından çok değişkenli olarak incelediğimizde, psöriazis vulgariste sadece vasküler yapıların

düzenli yerleşimi yaklaşık 37 kat, skuamın diffüz dağılımı yaklaşık 89 kat fazla görülmüştür.

Lallas ve ark.'nin psöriazis vulgaris tanısını ayırt etmede tek değişkenli analiz sonucu anlamlı saptanan ve tüm dermoskopik özellikler ile yaptığı çok değişkenli iki farklı analiz sonucunda vasküler yapıların düzenli yerleşimi sırasıyla psöriazis vulgaris riskini yaklaşık 143 kat ve 17 kat, açık eritem ise sırasıyla yaklaşık 182 kat ve 11 kat artırmıştır. Her iki analizde beyaz-sarı skuam psöriazis vulgaris riskini azaltan bir etmendir. Koyu zemin rengi ise tüm dermoskopik bulgular ile yapılan analizde riski 22 kat artırmıştır. Sarımsı zemin rengi ise anlamlı bulgular ile yapılan analizde riski azaltan bir etmen olmuştur (80).

Çalışmamızda yaptığımız çok aşamalı, çok değişkenli analizde sadece iki kriter psöriazis vulgaris tanısını ayırt etmede öne çıkmıştır. Bu yönüyle *Lallas ve ark.*'nin bulgularıyla, vasküler yapıların yerleşimi dışında, zemin rengi ve skuam rengi açısından uyumlu değildir. Bu sonucun ortaya çıkmasında psöriazis vulgaris dermoskopisinin skuam rengi ve zemin rengi açısından diğer hastalıklara benzer özellikler sergilemesi etkili olabilir. Skuamın dağılımının psöriazis vulgariste belirgin farklılık göstermesi de skuam dağılımının bir etmen olarak model içerisinde yer almasını sağlamış olabilir. Vasküler yapıların düzenli yerleşimi ile ilgili hesaplanan tahmini rölatif risk değerlerini birebir karşılaştırmak mümkün olmasa da, *Lallas ve ark.*'nin hesapladığı değerden 2 kat yüksek olması vasküler dağılım tipinin daha ön planda bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Çok değişkenli analiz sonucunda sadece skuamın diffüz dağılımı ve vasküler yapıların düzenli yerleşiminin yer alması ise bize psöriazis vulgaris tanısını ayırt etmede lezyonun geometrik düzenlenişinin diğer özelliklere göre daha önemli olduğunu düşündürmektedir.

Psöriazis vulgaris tanısını ayırt etmede vasküler yapıların düzenli yerleşimi ve skuamın düzenli dağılımı duyarlı ve seçici bir kriter olmuştur. Bu iki kriter birlikte %86,8 duyarlılığa, %97,8 seçiciliğe sahiptir (GA 0,947-0,996). *Lallas ve ark.*'nin yaptığı çalışmada düzenli yerleşen noktasal yapılar, düzenli dağılan beyaz skuam ve zeminde açık renk eritem psöriazis vulgaris lezyonlarını ayırt etmede %84,9 duyarlılık ve %88 seçicilik ile önerilen model olmuştur (GA 0,896-0,974)

(80). Her iki model birbiriyle tam örtüşmese de, benzer duyarlılık ve seçiciliğe sahiptir ancak seçicilik daha güçlü yönüdür.

Psöriazis vulgaris ile diğer üç hastalık arasında ayırt edici dermoskopik özelliklere yönelik yaptığımız incelemede düzenli vasküler yerleşim ve diffüz dağılan skuam kriterlerinin güçlü birer özellik olarak ön plana çıkması dermoskopinin klinik tanıda yol gösterebilecek bir yöntem olma potansiyelini arttırmaktadır. Yapılacak daha güçlü modellemeler ile bu hastalığın tanısı ve ayırıcı tanısında biyopsi gerekliliğinin azalabileceğini düşünmekteyiz.

Pan ve ark. yaptıkları çalışmada, psöriatik plakları yüzeysel bazal hücreli karsinom ve intraepidermal karsinomadan ayırmada dermoskopiyi faydalı bir araç olarak belirtmişlerdir (29). Dolayısıyla, ayırt edici dermoskopik bulgulara sahip olma potansiyeli taşıyan psöriazis vulgarisin tedavi seyrinde ve tedaviye bağlı oluşabilecek deri malignitelerinin takibinde, dermoskopi yararlı bir araç olabilir. Bu konunun daha geniş hasta grupları, farklı psöriatik tutulumlar ve tümörler ile karşılaştırmalı incelenmesinin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

SONUÇLAR

Psöriazis vulgaris, liken planus, pitriyazis rosea, seboreik dermatit lezyonlarında anlamlı ölçüde farklılık gösteren dermoskopik özellikler mevcuttur.

Noktasal damar yapısı tüm lezyonlarda gözlenebilen baskın damar tipini oluşturmaktadır. Vasküler yapıların yerleşimi psöriazis vulgariste düzenli, diğer üç hastalıkta yamasal şekilde karşımıza çıkar.

Skuam rengi her dört hastalık için daha çok beyazdır ve dermoskopik olarak anlamlı fark oluşturmamaktadır. Sarı skuam psöriazis vulgaris ve seboreik dermatit hastalarında benzer oranda ve liken planus ile pitriyazis roseadan istatistiksel olarak farklı şekilde yüksek izlenmiştir. Sarı skuam sadece seboreik dermatit lezyonlarıyla değil psöriazis vulgaris lezyonları ile de ilişkilidir. Skuam renginin psöriazis vulgaris ile seboreik dermatit için benzerliği daha geniş hasta gruplarında karşılaştırmalı olarak incelenmelidir. Skuamın dağılımı psöriazis vulgaris hastalarında düzenli, pitriyazis rosea hastalarında periferik, seboreik dermatit hastalarında yamasal olarak gözlenmiştir.

Zemin rengi, liken planus ve psöriazis vulgaris hastalarında koyu eritem, seboreik dermatit hastalarında açık eritem ve pitriyazis rosea hastalarında turuncu renk olarak tespit edilmiştir. Zemin renginin nesnel kriterlere dayalı olarak tanımlanması ilişkili bulguların dermoskopik önemini arttırabilir.

Psöriazis vulgaris, bu hastalıklar içerisinde dermoskopik olarak ayırt ettirici bulgulara sahiptir. Bu özellikler düzenli yerleşen vasküler yapılar ve düzenli dağılan skuam olarak modellenmiştir. Psöriazis vulgaris lezyonlarının dermoskopik özelliklerinin daha geniş hasta grupları ile doğrulanması daha seçkin modellemelerin yapılmasını sağlayabilir.

Tüm bu özelliklerin çok daha geniş hasta gruplarında nesnel kriterlere dayalı olarak karşılaştırmalı şekilde incelenmesi, dermoskopik görünümde deri tipinin etkisinin araştırılması, dermoskopik özelliklerin daha geniş ölçüde ortaya konmasını ve sonuçların genellenebilmesini sağlayacaktır.

Sonuç olarak dermoskopi, inflamatuvar dermatozların klinik tanısında yer alabilecek girişimsel olmayan bir metot olarak umut vadetmektedir.



KAYNAKLAR

1. Tod B, Jordaan HF, Schneider JW. Retrospective Value of Skin Biopsy in Histologically Confirmed Cases of the Perivascular Dermatitis Subgroup of the Inflammatory Dermatoses. *Am J Dermatopathol.* 2016;38(1):26-32.
2. Alsaad KO, Ghazarian D. My approach to superficial inflammatory dermatoses. *J Clin Pathol.* 2005;58(12):1233-41.
3. Gru AA. Introduction to inflammatory dermatoses: Histological clues for the practicing pathologist. *Semin Diagn Pathol.* 2017;34(3):210-19.
4. Ayhan E, Ucmak D, Akkurt Z. Vascular structures in dermoscopy. *An Bras Dermatol.* 2015;90(4):545-53.
5. Micali G, Lacarrubba F, Massimino D, Schwartz RA. Dermatoscopy: alternative uses in daily clinical practice. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(6):1135-46.
6. Russo T, Piccolo V, Lallas A and Argenziano G. Recent advances in dermoscopy [version 1; referees: 2 approved] *F1000Research* 2016, 5(F1000 Faculty Rev):184
7. Zalaudek I, Lallas A, Moscarella E, Longo C, Soyer HP, Argenziano G. The dermatologist's stethoscope-traditional and new applications of dermoscopy. *Dermatol Pract Concept.* 2013;3(2):67-71.
8. Lacarrubba F, Verzi AE, Dinotta F, Scavo S, Micali G. Dermatoscopy in inflammatory and infectious skin disorders. *G Ital Dermatol Venereol.* 2015;150(5):521-31.
9. Wang SQ, Marghoob AA, Scope A. Principles of dermoscopy and dermoscopic equipment. In: *Atlas of Dermoscopy, Second Edition.* London: Informa Healthcare, 2012;3-9.
10. Papakonstantinou E, Raap U. Alternative uses of dermoscopy in general dermatology. *J Surg Dermatol* 2017;2(2): 67–74.
11. Zalaudek I, Argenziano G, Di Stefani A, Ferrara G, Marghoob AA, Hofmann-Wellenhof R et al. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatology.* 2006;212(1):7-18.
12. Lallas A, Zalaudek I, Argenziano G, Longo C, Moscarella E, Di Lernia V et al. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatol Clin.* 2013;31(4):679-94.
13. Di Meglio P, Villanova F, Nestle FO. Psoriasis. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2014;4:a015354.
14. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol.* 2013;133(2):377-85.
15. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol.* 2007;25(6):535-46.
16. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet.* 2015;386(9997):983-94.
17. Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(Suppl 2):ii18-23.

18. Raychaudhuri SK, Maverakis E, Raychaudhuri SP. Diagnosis and classification of psoriasis. *Autoimmun Rev.* 2014;13(4-5):490-5.
19. De Rosa G, Mignogna C. The histopathology of psoriasis. *Reumatismo.* 2007;59(Suppl 1):46-8.
20. Ozkanli S, Zemheri E, Karadag AS, Akbulak O, Zenginkinet T, Zindanci I et al. A comparative study of histopathological findings in skin biopsies from patients with psoriasis before and after treatment with acitretin, methotrexate and phototherapy. *Cutan Ocul Toxicol.* 2015;34(4):276-81.
21. de Moll EH, Chang MW, Strober B. Psoriasis in adults and children: Kids are not just little people. *Clin Dermatol.* 2016;34(6):717-23.
22. Lallas A, Apalla Z, Tzellos T, Lefaki I. Photoletter to the editor: Dermoscopy in clinically atypical psoriasis. *J Dermatol Case Rep.* 2012;6(2):61-2.
23. Zalaudek I, Argenziano G. Dermoscopy subpatterns of inflammatory skin disorders. *Arch Dermatol.* 2006;142(6):808.
24. Lallas A, Apalla Z, Karteridou A, Lefaki I. Photoletter to the editor: Dermoscopy for discriminating between pityriasis rubra pilaris and psoriasis. *J Dermatol Case Rep.* 2013;7(1):20-2.
25. Vázquez-López F, Zaballos P, Fueyo-Casado A, Sánchez-Martín J. A dermoscopy subpattern of plaque-type psoriasis: red globular rings. *Arch Dermatol.* 2007;143(12):1612.
26. Moscarella E, Longo C, Zalaudek I, Argenziano G, Piana S, Lallas A. Dermoscopy and confocal microscopy clues in the diagnosis of psoriasis and prokeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(5):e231-3.
27. Xu C, Liu J, Chen D, Liu Y, Sun Q. Roles of dermoscopy in differential diagnosis of psoriasis and eczema. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2014;94(36):2833-7.
28. Abdel-Azim NE, Ismail SA, Fathy E. Differentiation of pityriasis rubra pilaris from plaque psoriasis by dermoscopy. *Arch Dermatol Res.* 2017;309(4):311-14.
29. Pan Y, Chamberlain AJ, Bailey M, Chong AH, Haskett M, Kelly JW. Dermatoscopy aids in the diagnosis of the solitary red scaly patch or plaque-features distinguishing superficial basal cell carcinoma, intraepidermal carcinoma, and psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(2):268-74.
30. Gupta AK, Bluhm R, Cooper EA, Summerbell RC, Batra R. Seborrheic dermatitis. *Dermatol Clin.* 2003;21(3):401-12.
31. Ramos-E-Silva M, Sampaio AL, Carneiro S. Red face revisited: Endogenous dermatitis in the form of atopic dermatitis and seborrheic dermatitis. *Clin Dermatol.* 2014;32(1):109-15.
32. Del Rosso JQ. Adult seborrheic dermatitis: a status report on practical topical management. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2011;4(5):32-8.
33. Palamaras I, Kyriakis KP, Stavrianeas NG. Seborrheic dermatitis: lifetime detection rates. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(4):524-6.
34. Sanders MGH, Pardo LM, Franco OH, Ginger RS, Nijsten T. Prevalence and determinants of seborrheic dermatitis in a middle-aged and elderly population: the Rotterdam Study. *Br J Dermatol.* 2018;178(1):148-53.

35. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2013;31(4):343-51.
36. Amado Y, Patiño-Uzcátegui A, Cepero de García MC, Tabima J, Motta A, Cárdenas M et al. Seborrheic dermatitis: predisposing factors and ITS2 secondary structure for *Malassezia* phylogenetic analysis. *Med Mycol.* 2013;51(8):868-75.
37. Ijaz N, Fitzgerald D. Seborrheic dermatitis. *Br J Hosp Med.* 2017;78(6):88-91.
38. Sampaio AL, Mameri AC, Vargas TJ, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, Carneiro SC. Seborrheic dermatitis. *An Bras Dermatol.* 2011;86(6):1061-71.
39. Faergemann J, Bergbrant IM, Dohsé M, Scott A, Westgate G. Seborrheic dermatitis and *Pityrosporum* (*Malassezia*) folliculitis: characterization of inflammatory cells and mediators in the skin by immunohistochemistry. *Br J Dermatol.* 2001;144(3):549-56.
40. Berk T, Scheinfeld N. Seborrheic dermatitis. *Pharm Ther.* 2010;35(6):348-52.
41. Bukvić Mokos Z, Kralj M, Basta-Juzbašić A, Lakoš Jukić I. Seborrheic dermatitis: an update. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2012;20(2):98-104.
42. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. *J Clin Investig Dermatol.* 2015;3(2).
43. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in General Dermatology: A Practical Overview. *Dermatol Ther.* 2016;6(4):471-507.
44. Harman M, Aytekin S, Akdeniz S, Inalöz HS. An epidemiological study of pityriasis rosea in the Eastern Anatolia. *Eur J Epidemiol.* 1998;14(5):495-7.
45. Rebora A, Drago F, Broccolo F. Pityriasis rosea and herpesviruses: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010;28(5):497-501.
46. Tamer F, Sarifakioglu E, Orenay OM, Yildirim U. Persistent and Generalized Purpuric Lesions in an Adolescent: A Rare Atypical Form of Pityriasis Rosea. *Indian Dermatol Online J.* 2017;8(3):217-18.
47. Sonthalia S, Kumar A, Zawar V, Priya A, Yadav P, Srivastava S et al. Double-blind randomized placebo-controlled trial to evaluate the efficacy and safety of short-course low-dose oral prednisolone in pityriasis rosea. *J Dermatolog Treat.* 2018;1:1-6.
48. Drago F, Broccolo F, Rebora A. Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61(2):303-18.
49. Zawar V, Chuh A. Follicular pityriasis rosea. A case report and a new classification of clinical variants of the disease. *J Dermatol Case Rep.* 2012;6(2):36-9.
50. Chuh A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. A position statement on the management of patients with pityriasis rosea. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(10):1670-81.
51. Eisman S, Sinclair R. Pityriasis rosea. *BMJ.* 2015;351:5233.
52. Ozyürek GD, Alan S, Cenesizoğlu E. Evaluation of clinico-epidemiological and histopathological features of pityriasis rosea. *Postepy Dermatol Alergol.* 2014;31(4):216-21.
53. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, Broccolo F, Parodi A. Pityriasis Rosea: A Comprehensive Classification. *Dermatology.* 2016;232(4):431-7.

54. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. *World J Clin Cases*. 2017;5(6):203-11.
55. Mahajan K, Relhan V, Relhan AK, Garg VK. Pityriasis Rosea: An Update on Etiopathogenesis and Management of Difficult Aspects. *Indian J Dermatol*. 2016;61(4):375-84.
56. Chuh AA. Collarette scaling in pityriasis rosea demonstrated by digital epiluminescence dermatoscopy. *Australas J Dermatol*. 200;42(4):288-90.
57. Lai YC, Yew YW. Lichen planus and lichenoid drug eruption after vaccination. *Cutis*. 2017;100(6):6-20.
58. Pickert A. Concise review of lichen planus and lichenoid dermatoses. *Cutis*. 2012;90(3):1-3.
59. Payette MJ, Weston G, Humphrey S, Yu J, Holland KE. Lichen planus and other lichenoid dermatoses: Kids are not just little people. *Clin Dermatol*. 2015;33(6):631-43.
60. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol*. 2015;1(3):140-49.
61. Wagner G, Rose C, Sachse MM. Clinical variants of lichen planus. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2013;11(4):309-19.
62. Lukács J, Schliemann S, Elsner P. Lichen planus and lichenoid reactions as a systemic disease. *Clin Dermatol*. 2015;33(5):512-9.
63. Welz-Kubiak K, Reich A, Szepietowski JC. Clinical Aspects of Itch in Lichen Planus. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(4):505-8.
64. Parihar A, Sharma S, Bhattacharya SN, Singh UR. A clinicopathological study of cutaneous lichen planus. *Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery* 2015;19(1):21-6.
65. Arora SK, Chhabra S, Saikia UN, Dogra S, Minz RW. Lichen planus: a clinical and immunohistological analysis. *Indian J Dermatol*. 2014;59(3):257-61.
66. Lehman JS, Tollefson MM, Gibson LE. Lichen planus. *Int J Dermatol*. 2009;48(7):682-94.
67. Le Cleach L, Chosidow O. Clinical practice. Lichen planus. *N Engl J Med*. 2012;366(8):723-32.
68. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *The Scientific World Journal*. 2014;2014: Article ID 742826, 22 pages.
69. Litaïem N, Mansour Y, Jones M, Zeglouï F. Dermoscopic signs of lichen planus. *BMJ Case Rep*. 2016;2016: bcr-2015-213923.
70. Vázquez-López F, Gómez-Díez S, Sánchez J, Pérez-Oliva N. Dermoscopy of active lichen planus. *Arch Dermatol*. 2007;143(8):1092.
71. Vazquez-Lopez F, Palacios-Garcia L, Gomez-Diez S, Argenziano G. Dermoscopy for discriminating between lichenoid sarcoidosis and lichen planus. *Arch Dermatol*. 2011;147(9):1130.
72. Todorovic-Zivkovic D, Argenziano G, Popovic D, Zalaudek I. Clinical and dermoscopic findings of a patient with co-existing lichen planus, lichen sclerosus and morphea. *Eur J Dermatol*. 2012;22(1):143-4.

73. Vázquez-López F, Vidal AM, Zalaudek I. Dermoscopic subpatterns of ashy dermatosis related to lichen planus. *Arch Dermatol.* 2010;146(1):110.
74. Friedman P, Sabban EC, Marcucci C, Peralta R, Cabo H. Dermoscopic findings in different clinical variants of lichen planus. Is dermoscopy useful? *Dermatol Pract Concept.* 2015;5(4):51-5.
75. Pezzini C, Piana S, Longo C, Benati E, Borsari S, Specchio F et al. A solitary pink lesion: dermoscopy and RCM features of lichen planus. *Dermatol Pract Concept* 2017;7(4):43-5.
76. Lallas A, Giacomel J, Argenziano G, García-García B, González-Fernández D, Zalaudek I et al. Dermoscopy in general dermatology: practical tips for the clinician. *Br J Dermatol.* 2014;170(3):514-26.
77. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(4):344-9.
78. van de Kerkhof PCM, Nestlé FO. Psoriasis. In: *Dermatology, Third Edition.* Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012;142.
79. Vázquez-López F, Manjón-Haces JA, Maldonado-Seral C, Raya-Aguado C, Pérez-Oliva N, Marghoob AA. Dermoscopic features of plaque psoriasis and lichen planus: new observations. *Dermatology.* 2003;207(2):151-6.
80. Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, Apalla Z, Karakyriou E, Karatolias A, Lefaki I, Sotiriou E, Ioannides D, Argenziano G, Zalaudek I. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J Dermatol.* 2012;166(6):1198-205.
81. Tan C, Min ZS, Xue Y, Zhu WY. Spectrum of dermoscopic patterns in lichen planus: a case series from China. *J Cutan Med Surg.* 2014;18(1):28-32.
82. Güngör Ş, Topal IO, Göncü EK. Dermoscopic patterns in active and regressive lichen planus and lichen planus variants: a morphological study. *Dermatol Pract Concept.* 2015;5(2):45-53.
83. Lallas A, Argenziano G, Apalla Z, Gourhant JY, Zaballos P, Di Lernia V, Moscarella E, Longo C, Zalaudek I. Dermoscopic patterns of common facial inflammatory skin diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28(5):609-14.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Kadir KÜÇÜK

Doğum yeri ve tarihi: Muğla, 25.05.1987

Uyruğu: T.C

İletişim adresi ve telefonu: kadir4103@hotmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

08.09.2014 günü uzmanlık eğitimine başladım. 2011 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. Liseyi Muğla Anadolu Lisesi'nde okudum ve 2005 yılında mezun oldum. İlköğrenimimi Emirbeyazıt İlköğretim Okulu'nda Muğla'da 2001 yılında tamamladım.

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2011 yılında Hv. Tbp. Tğm. Kadir KÜÇÜK, stajyer tabip subay

2012 yılında Hv. Tbp. Ütğm. Kadir KÜÇÜK, uçuş tabibi

2014 yılında Hv. Tbp. Ütğm. Kadir KÜÇÜK, uzmanlık öğrencisi

IV- Mesleki Deneyimi

2011 yılında mezuniyet sonrası stajyer tabip subay kursuna katıldım. 2012 yılında 10.'uncu Tanker Üs K.lığı İncirlik/ADANA'da uçuş tabibi olarak iki yıl boyunca birinci basamak muayene merkezinde çalıştım.

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Dermatoloji Derneği ve Ankara Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği üyesiyim.

VI- Bilimsel İlgi Alanları

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler

EKLER



EK1. TEZ KONUSU ONAY FORMU



TC
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi

Sayı : 86241737- Deri Hst.AD. -2

11 Ocak 2018

Konu : Tez Konusu

DR.KADİR KÜÇÜK

Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Başkanlığında görev yapmakta olan Araştırma Görevlisi Dr.Kadir KÜÇÜK'e eğitim süresi içerisinde tamamlamak üzere "Inflamatuvar dermatozlarda (psöriazis vulgaris, seboreik dermatit, pitriyazis rosea, liken planus) dermoskopik özelliklerin incelenmesi" konulu tez verilmiş olup, tez danışmanı olarak da Doç.Dr.Ercan ÇALIŞKAN görevlendirilmiştir.

Rica ederim.

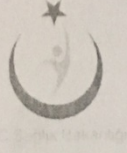
Doç.Dr.Mustafa TUNCA
SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi
Deri ve Zühr.Hst.AD.Bşk.V.

Dağıtım :
Gereği :
Tıp Fakültesi Dekanlığına
Doç.Dr.Ercan ÇALIŞKAN
Dr.Kadir KÜÇÜK
Eğitim Dosyası

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
General Dr.Tevfik Sağlam Cad. No:1 Etilik Keçiören/Ankara
Tel: 0 (312) 304 44 57 Faks: 0 (312)

İrtibat: Ayşegül TÜRKER 4457
Ünvanı: Uzman

EK2. ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/1593

24.01.2018

Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU

“İnflamatuar Dermatolozlarda (Psöriazis Vulgaris, Pitriyazis Rosea, Seboreik Dermatit, Liken Planus) Dermoskopik Özelliklerin İncelenmesi” adlı Retrospektif klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı’na arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Op. Dr. Ömer Faruk TANER
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı