

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Süleyman PİŞKİN

**SAÇLI DERİDE
PSORİASİS VE SEBOREİK DERMATİT AYRIMINDA
DERMOSKOPİNİN KULLANIMI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Sezin FIÇICIOĞLU

EDİRNE-2011

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve becerilerimin gelişmesinde büyük katkıları bulunan ve tez çalışmamı yöneten değerli hocam Sayın Prof. Dr. Süleyman Pişkin'e, bu süre içerisinde tecrübe ve bilgileri ile yetişmemde emeği geçen hocalarım Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Adnan Görgülü'ye ve Sayın Doç. Dr. Özer Arıcan'a teşekkürü borç bilirim. Ayrıca tezimin istatistiksel analizlerini yapan Sayın Doç. Dr. Necdet Süt'e, beraber çalışmaktan her zaman mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma tüm yardımlarından ve katkılarından dolayı teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
PSORİASİS	3
SEBOREİK DERMATİT	12
DERMOSKOPİ	20
MATERYAL VE METOD	27
BULGULAR	29
TARTIŞMA	46
SONUÇLAR	52
ÖZET	54
SUMMARY	56
KAYNAKLAR	58
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

IL	: İnterlökın
HLA	: Human Leukocyte Antigen (İnsan Doku Uygunluk Antijeni)
UV	: Ultraviyole
SD	: Seboreik Dermatit
M	: Malassezia

GİRİŞ VE AMAÇ

Psoriasis; keskin sınırlı, üzeri sedefî beyaz skuamlarla kaplı eritemli plak veya papüller ile karakterize, epidermal proliferasyon artışı ile seyreden, tırnakları ve eklemleri de tutabilen, kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Sıklıkla dizlerde, dirseklerde, sakral bölgede, eklemlerin ekstansör yüzlerinde ve saçlı deride, simetrik olarak yerleşen lezyonlarla seyretmektedir (1-5). Saçlı deri, hastalığın seyri boyunca en sık saptanan tutulum alanlarından biridir; hastaların %50-80'inde tek başına ya da diğer bölgelerle birlikte saçlı deri tutulumu görülür. Bu bölgedeki lezyonların görülebilir olması nedeniyle, saçlı deri tutulumu, hastaların en çok yakındıkları konulardan biridir, ayrıca saçların varlığı nedeniyle tedavide sıkıntılar yaşanmaktadır. Saçlı deri tutulumu, psoriatik artrit gelişimi için prognostik bir faktör olarak da görülmektedir (6-8).

Seboreik dermatit ise toplumda sık görülen, etiyojisi kesin olarak bilinmeyen, iyileşme ve nükslerle karakterize kronik seyirli bir deri hastalığıdır; özellikle sebace bezlerden zengin saçlı deri, yüz ve üst gövdede eritem ve deskuamasyonun ön planda olduğu bir klinik tabloya yol açar. Deride kaşıntı, kızarıklık ve kepeklenme gibi yakınmalar ile yaşam kalitesini kötü yönde etkileyen hastalık, lezyonların saçlı deriye sınırlı kaldığı durumlarda psoriasis ile karışabilmektedir (9-11).

Dermoskopi, deri yüzey mikroskopisi veya epiluminesan mikroskopisi olarak da isimlendirilen, epidermisteki renk ve yapıyı belirginleştiren, dermoepidermal bileşkeyi ve papiller dermisi görünür hâle getiren, *in vivo* ve non-invaziv bir yöntemdir. Bazı dermoskopik paternler, kesin olarak bazı hastalıklarda gözlemlendiğinden, tanı amaçlı kullanılabilir. Şimdiye dek özellikle melanositik ve non-melanositik pigmente deri lezyonlarının

değerlendirilmesinde kullanılmasına karşın, son yıllarda psoriasis ve liken planus gibi inflamatuvar dermatozlarda, saçlı deri ve saç hastalıklarında da faydalı şekilde kullanılmaya başlanmıştır ve spesifik dermoskopik bulgular ortaya konulmuştur (12,13).

Psoriasis ve seboreik dermatit, benzer klinikopatolojik özelliklerinden dolayı, özellikle de sadece saçlı deri tutulumu olduğunda ayrımı oldukça zor olabilen dermatozlardır. Son yıllarda, dermoskopi ile görüntülenen çeşitli mikrovasküler paternler sayesinde bu iki hastalığın birbirinden ayırt edilebileceği ortaya konmuştur (14,15).

Bu çalışmada, dermoskopinin saçlı derideki psoriasis ve seboreik dermatitin klinik ayırımında yararlı olup olamayacağının araştırılması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

PSORİASİS

Psoriasis; deri, saçlı deri ve tırnakların kronik, inflamatuvar ve proliferatif bir hastalıdır. Klinik olarak keskin sınırlı, üzeri sedefi beyaz skuamlarla kaplı, eritemli plak veya papüller ile karakterizedir. Skuamların renginden dolayı halk arasında “sedef hastalığı” olarak da bilinir (1-4).

Her iki cinsi eşit sıklıkta etkileyen ve her yaşta görülebilen hastalık, genellikle genç erişkin dönemde başlar, alevlenme ve remisyonlarla kronik bir seyir izler (5).

Tarihçe

Yunancada “psora” terimi kaşıntılı ve skuamlı deri hastalıklarını tanımlamak için kullanılmıştır. Bilinen en eski deri hastalıklarından olan psoriasis hakkındaki ilk bilgiler Hippocrates’a (MÖ 416-377) aittir. Celsus (MÖ 25-MS 45) ise hastalığın kliniğini ve günümüzde “Auspitz fenomeni” olarak bilinen, skuamların kazınması sonucu ortaya çıkan kanamayı tarif etmiştir. Ferdinand von Hebra 1841’de hastalığın ayrıntılarını ortaya koyarak “psoriasis” adını kullanan ilk kişi olmuştur (1,16).

Epidemiyoloji

Psoriasis, en sık görülen dermatozlardan biri olup toplumda %2-3 oranında saptanır. Dermatoloji kliniklerine başvuran hastaların %6-8’ini psoriasis hastaları oluşturmaktadır. Psoriasis prevalansı çeşitli ülkeler ve ırklar arasında farklılık gösterir. Beyaz ırkta sık; Eskimolarda, Kızılderililerde, siyah ve sarı ırkta daha seyrek görülmektedir (17).

Psoriasis her iki cinsi eşit oranda etkiler ve her yaşta ortaya çıkabilir, ancak hastalık başlama yaşının 16-22 ve 57-60 olmak üzere iki aralıkta yoğunlaştığı, kadınlarda ortalama 3-4 yaş daha erken başladığı gösterilmiştir. Aile anamnezi varlığında, başlangıç daha erken olabilmektedir (18-20).

Etiyoloji

Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamasına karşın psoriasis, ortaya çıkışında çeşitli genlerin, çevresel faktörlerin, infeksiyonların, ilaçların, psikik durumun ve stresin rol oynadığı multifaktöriyel bir hastalık olarak görülmektedir.

Olguların yaklaşık %30'unda aile öyküsü olması, monozigot ikizlerde %60-70 gibi yüksek bir oranda görülmesi kalıtımın rolünü göstermektedir (17). Psoriasisın genetik temelini inceleyen çalışmalar, hastalığın oluşumunda tek bir genin değil, birden çok sayıda genin rolü olduğunu işaret etmektedir. Genom taramaları sonucu, günümüze değin on gen lokusunun psoriasisle ilişkili olduğu belirlenmiştir (21). Psoriasis ve insan doku uygunluk antijenleri (human leukocyte antigen-HLA) arasındaki ilişki ise ilk defa 1972'de saptanmış, çeşitli psoriatik popülasyonlarda, özellikle HLA-Cw6 başta olmak üzere HLA-B13, HLA-B17, HLA-B37, HLA-B57 ve HLA-DR7 gibi birçok majör doku uygunluk antijeni ile birliktelik gösterilmiştir. Başlangıç yaşındaki bimodal yoğunlaşmanın, hastalığın patogenetik olarak tip 1 ve tip 2 olmak üzere iki farklı formunun bulunmasından kaynaklandığı ileri sürülmüştür. Tip 1 psoriasisın erken başlangıçlı, herediter karakterde, HLA, özellikle HLA-Cw6, beraberliğinin kuvvetli olduğu ve şiddetli seyrettiği; tip 2 psoriasisın ise geç başlangıçlı, sporadik, hafif seyirli, HLA beraberliği göstermeyen form olduğu gözlenmiştir (16,17,22).

Psoriasisde klinik bulguların ortaya çıkmasına yol açan endojen veya ekzojen bir çok risk faktörü bulunmaktadır. Ekzojen faktörler arasında ultraviyole (UV), X ışınları, dermabrazyon, cerrahi girişimler, intradermal ya da subkutan enjeksiyonlar, dövme, aşı, böcek ısırıkları, yanıklar, kronik iritan dermatitler ve psoriasis sağaltımında kullanılan bazı topikal ajanlar sayılabilir (23).

Endojen faktörler arasında infeksiyonlar ilk sırada yer alır. Sıklıkla streptokokal boğaz infeksiyonlarının psoriasis tetiklediği bilinmektedir ve daha çok çocuklarda başlatıcı etkisinin bulunduğu gözlenmiştir (24). İnsan immün yetmezlik virüs (HIV) infeksiyonu psoriasisın ortaya çıkışında veya kötüleşmesinde rol oynayabilir (25). Yine çok sayıda çalışmada hepatit C infeksiyonu ile psoriasis birlikteliği bildirilmiştir (4,5,23).

Lityum, beta blokerler, antimalaryalar, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve nonsteroidal antiinflamatuvarlar, simetidin, kalsiyum kanal blokerleri, lipid düşürücüler ve terbinafin gibi bazı ilaçların, hipokalseminin, sistemik ya da topikal kortikosteroid tedavisinin birden kesilmesinin psoriasis tetikleyebildiği bilinmektedir (1,3).

Psikosomatik mekanizmanın, hastalığın etiolojisinde önemli rol oynadığına inanılmaktadır. Psikik faktörler ve stres hastalığı başlatabildiği gibi daha önceden varolan klinik tabloyu da alevlendirebilmektedir (26). Bunların dışında hormonal faktörler, alkol ve sigara kullanımı psoriasis tetikleyebilir; son yıllarda bunlara, obezite, diyabetes mellitus, hipertansiyon, dislipoproteinemi ve koroner kalp hastalığı gibi komorbiditeler de eklenmiştir (27-29).

Mekanik, fiziksel, allerjik veya başka kaynaklı travmanın psoriasis lezyonu oluşumundaki rolü, ilk kez 1877 yılında Heinrich Koebner tarafından tanımlanmış ve “Koebner fenomeni” veya “izomorfik yanıt” olarak isimlendirilmiştir. Her tür kutanöz travma, irritasyon, dermatoz ve bazı tedavi yöntemleri olguların % 30-50’sinde Koebner fenomeni oluşturmaktadır; genellikle travmadan 10-14 gün sonra, travma alanında tipik psoriasis lezyonları ortaya çıkmaktadır. Ancak reaksiyonun gelişimi için hem epidermal hem de dermal travma oluşması gerekmektedir. Psoriasis için tipik olsa da psoriasis özü olmayan Koebner fenomeninin hastalar arasındaki sıklığı oldukça değişken olup %24-75 arasında bildirilmiştir (18,30).

Patogenez

Psoriasis patogenezini anlamaya yönelik yoğun çalışmalara rağmen lezyonların oluşum mekanizması hâlâ net olarak anlaşılamamıştır. T lenfosit aracılı bir hastalık olduğu görüşü ağırlık kazanmışsa da, güncel görüş, psoriasis tek bir hücre grubu tarafından oluşturulmadığı; T lenfositler, dendritik hücreler, makrofajlar, mast hücreleri, nötrofiller ve keratinositler arasındaki karmaşık ilişkiler sonucu ortaya çıktığı şeklindedir (4,21).

Tam gelişmiş psoriasis lezyonlarında dendritik antijen sunan hücreler, naturel killer (NK) hücreler gibi doğal immün hücrelerle, adaptif immün hücrelerin ve inflamasyon hücrelerinin karışımı vardır. Normalde T lenfositlerin çoğu damar içinde ve lenf nodlarında bulunur ve bunlar maturasyon için uyarılmamış (naif CD45RA+) T hücreleridir. Dermis ve epidermiste nadir bulunan T lenfositler ise daha önce immün aktivasyondan kalma rezidüel T (hafıza CD45RO+) hücreleridir. T helper (CD4+) hücreler dermiste, T sitotoksik (CD8+) hücreler ise çoğunlukla epidermis ve dermoepidermal bileşkede yerleşirler. Psoriasisste,

hem T helper (CD4+) hem de T sitotoksik (CD8+) hücreler önemli rol oynar. CD4+ T hücreler gerekli tip 1 sitokin ortamı [interlökin (IL)-12, interferon- γ (INF- γ) ve tümör nekroz faktör- α (TNF- α)] sağlayarak, CD8+ T hücrelerin aktivasyonuna yol açar. İmmün cevabı takiben nötrofiller ve diğer immün sistem hücreleri de dermiste toplanabilir (31).

İnterferon- γ ve TNF- α , T hücre-keratinosit etkileşimini kolaylaştırır. TNF- α aynı zamanda keratinositlerden vasküler endotelial büyüme faktörünün (VEGF), interlökin (IL)-1 ve IL-6 gibi proinflamatuvar sitokinlerin, nötrofiller için kemotaktik etkili olan IL-8'in üretimini uyarır. VEGF interselüler adhezyon molekülü (ICAM) ve vasküler hücre adhezyon molekülü (VCAM) ekspresyonunu, endotel hücre proliferasyonunu uyarır, sonuç olarak aktif T hücrelerinin toplanmasına neden olur. INF- γ hem CD4+ hem de CD8+ T hücreleri tarafından salgılanır ve psoriasisde temel sitokin olarak düşünülür. INF- γ ve diğer sitokinler keratinositlerin aşırı proliferasyonuna neden olur. Prolifere olan keratinositlerin proliferasyon olmayan keratinositlere oranı, normal deride yaklaşık %60 iken, psoriasisde hemen hemen %100'dür ve ortalama hücre siklus zamanı 28 günden 3-4 güne düşmüştür (31,32).

Keratinositlerin psoriasisde gözlenen artmış proliferasyonu yanında, özellikle tip 1 keratinler olan K16 ve K17 başta olmak üzere farklı keratinlerin ekspresyonunda belirgin değişimler gözlenir. Ayrıca psoriatik derideki keratinositler, normal derideki keratinositlere oranla apoptozise ve infeksiyonlara karşı daha dirençlidirler (21,33).

Klinik

Psoriasis, psoriasis vulgaris ve atipik psoriasisler olmak üzere iki klinik formda ortaya çıkabilir.

Psoriasis vulgaris: Klasik psoriasis formu olup; gövde, diz, dirsek, intergluteal bölge ve saçlı deride keskin sınırlı, üzeri sedefî beyaz renkli skuamlarla kaplı makül, papül ya da plaklarla karakterizedir. Tüm yaş grupları içinde en sık bildirilen formdur ve psoriasis hastalarının %80-90'ı psoriasis vulgaristir (18).

Hastalık genellikle 2-3 mm çapında eritemli, skuamlı makülopapüller şeklinde başlar. Merkezden çevreye doğru genişleyerek büyüyen lezyonlar, eskidikçe, geniş, üzeri kalın ve yapışık skuamlarla kaplı plaklar halini alır. Çocuklarda başlangıç genellikle gövde, saçlı deri ve ekstremitelerde nokta veya damla şeklinde lezyonlarla olup, uzun süre bu şekilde kalır. Yetişkinlerde ise plak oluşturma eğilimi fazla olup, genellikle diz, dirsek, sakrum ve saçlı

deriden başlar (1,5). Hastaların yaklaşık %80'inde kaşıntı ya da yanma vardır ve genellikle şiddetli psoriasis olgularında kaşıntı daha belirgindir.

Lezyon çapları 1-3 mm olanlara psoriasis punktata, 2-3 cm olanlara psoriasis nummularis, daha büyük olanlara plak psoriasis denir. Ortadan iyileşip halka şekilleri oluşursa psoriasis anularis, harita şekilleri ortaya çıkarsa psoriasis jeografika, düzensiz kenarlı olanlar psoriasis serpijinoza ismini alır. Guttat psoriasis ise özellikle çocuklarda, farinjeal streptokok infeksiyonun tetiklediği, ani başlangıçlı, üzerleri skuamli, çok sayıda küçük, yağmur damlası benzeri, kırmızı-pembe renkli papüller şeklinde ortaya çıkar. Psoriasisli olguların yaklaşık %10'u guttat psoriasisidir (3,4).

Yerleşim yerlerine göre bir ayırım yapılırsa saçlı deri psoriasis, palmoplantar psoriasis, tırnak psoriasis, invers psoriasis, genital ve perianal psoriasis olarak sınıflandırılabilir (1,18).

Psoriasis tanısında lezyonların tipik görünümünün yanı sıra fenomenlerin tespit edilmesi de önemlidir. Skuamlar küretaj ile kaldırılacak olursa, donmuş mum damlası kazındığındaki beyazlaşmayı ve katmanlar halinde kalkışı andırdığı için, buna "mum lekesi fenomeni" denmektedir. Küretaj devam ettirildiğinde skuamlar tamamen kalktıktan sonra, dermal papillaların üstündeki epiderminin son katmanının zar şeklinde kalktığı görülmektedir. Bu fenomen, psoriasis için tipik olan "son zar fenomeni"dir. Küretaj devam ettirilecek olursa, dermal papilla uçlarının açılması ile bu bölgelere uyan kapiller damarların tahribi ile oluşan noktasal kanama odakları görülür ki buna da "Auspitz fenomeni" adı verilmektedir. İyileşen psoriasis plaklarının çevresinde görülen eritemsiz alan ise "Woronoff halkası" olarak isimlendirilmektedir (18,30).

Saçlı deri psoriasis: Saçlı deri, psoriasisin bütün klinik formlarında en sık etkilenen bölgelerden biridir. Psoriasisli olguların %50-80'inde tek başına veya diğer bölge psoriasis ile birlikte bulunur (6,34). Bir çok hasta için saçlı deri tutulumu, lezyonların görünür olması ve deskuamasyon, kaşıntı gibi semptomları nedeni ile hastalıklarının en zor yönünü oluşturmakta, önemli psikolojik sorunlara yol açabilmekte ve yaşam kalitelerini anlamlı derecede bozmaktadır. Ayrıca saçlı deri, tırnaklar ve intertriginöz bölgelerin tutulumu, psoriatik artrit gelişimi açısından risk faktörleri olarak görülmektedir (35).

Son yıllarda saçlı deride bol miktarda saptanan malassezia türlerinin kolonizasyonuna bağlı olarak ortaya çıkan Koebner fenomeni sonucu psoriasis geliştiği ya da malassezia ve

diğer mikroorganizmaların, alternatif kompleman arayolunu tetikleyerek psoriasis gelişimine neden olabilecekleri düşünülmektedir (8,36).

Saçlı deri psoriasisinin bulguları; ince skuamlardan, kalın plaklara kadar değişkenlik gösterebilir. Keskin sınırlı, eritemli, üzeri beyaz skuamlarla kaplı lezyonlar, saçlı deri sınırında sonlanabilir ya da komşu deriye yayılabilir. Pitiriazis amiantasea adı verilen klinik formda, altındaki deriye sıkıca yapışık kalın skuamlar psoriasisin erken bir bulgusu olarak özellikle çocuklarda ve genç yetişkinlerde görülebilir. Saçlı deri psoriasisini genellikle saç kaybına neden olmaz, ancak bazen psoriatik plaklardaki saç yoğunluğunda azalma ve telogen saçlarda dökülmeye artış izlenebilir. Kronik hiperkeratotik lezyonlar sikatrisyel alopesiye yol açabilir (6,8).

Saçlı deri psoriasisinde lezyonların yaygınlığını ve şiddetini belirlemek için kullanılan skalalar arasında; Saçlı Deri Modifiye Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (S-mPASI), Psoriasis Saçlı Deri Şiddet İndeksi (PSSI), Doktorun Global Değerlendirmesi (Physician's Global Assessment-PGA) ve Hastanın Global Değerlendirmesi (Patient's Global Assessment) bulunmaktadır (7,35).

Atipik psoriasisler: Püstüler psoriasis, eritrodermik psoriasis ve artropatik psoriasis atipik psoriasis grubunu oluşturmaktadır. Bu tipler, klinik belirtiler, yerleşim yerleri ve prognoz açısından psoriasis vulgaristen farklıdır, tedaviye daha dirençlidir. Atipik psoriasislerde mum lekesi fenomeni, Auspitz fenomeni, Koebner fenomeni gibi tanı fenomenleri de genellikle negatif saptanır (37-39).

Histopatoloji

Psoriasis histopatolojisinde tipik değişiklikler, epidermis ve üst dermiste ortaya çıkmaktadır. Erken lezyonlarda dermiste hafif, yüzeysel perivasküler hücre infiltrasyonu, dermal papillalarda kapiller dilatasyon, ödem ve az sayıda eritrosit ekstrasvazasyonu görülür. Bunların ardından epidermisin alt hücre katmanlarında fokal sponjiyoz ve lenfositik ekzositoz gelişir. Vasküler permeabilite artışı nedeniyle, nötrofiller dermal kapillerler dışına çıkar ve hızla epidermise doğru çekilirler. Bunun sonucunda epidermis içinde sponjiyotik vakuollerle çevrili nötrofillerin oluşturduğu "Kogoj'un sponjiyotik püstülleri" ve daha sık olarak stratum korneumda küçük parakeratotik alanlar ile birlikte piknotik nükleuslu nötrofilik debris biçiminde izlenen "Munro mikroabseleri" ortaya çıkar (40). Başlangıç döneminde epidermal hiperplazi, yeni gelişmekte olduğundan minimaldir; papillamatoz ve uzamış rete çıkıntıları gözlenmeyebilir. Tam gelişmiş lezyonlardaki keskin sınırlı indürasyon ve canlı

kırmızı renk, yüzeysel dermisteki yoğun lenfositik infiltrasyona ve dermal papillalardaki ileri derecede dilate ve kıvrımlı kapillerlere bağlıdır. Bu kapillerler, belirgin papillamatoz ve incelmış suprapapiller epidermis nedeniyle bazal keratinositlere âdeta yapışık biçimde bulunur ve Auspitz fenomeni, dermal papillalardaki bu değişiklikleri göstermektedir. Stratum korneumun tamamı parakeratotiktir, bu da klinikteki sedefî renkli skuamlara işaret eder. Parakeratotik stratum korneum içindeki Munro mikroabseleri tipik olup granüler tabaka incelmış, yer yer kaybolmuştur. Epidermal hiperplazi bu dönemde oldukça belirgindir (41). Kronik lezyonlarda deri yüzeyi palpasyonla kalın ve serttir; histopatolojik olarak kompakt ortokeratotik hiperkeratoz, akrosiringiumda kama tarzında hipergranüloz görülür. İyileşmekte olan lezyonlarda ise patolojik değişiklikler de geri dönüşüm sürecine girer; yüzeysel perivasküler lenfositik infiltrasyon azalır, psoriasiform hiperplazi ve papillamatoz geriler (40,41).

Laboratuvar

Psoriasis tanısında özel bir laboratuvar bulgusu olmayıp, çok geniş lezyonlu hastalarda, hızlanmış epitel proliferasyonu nedeniyle nükleik asit parçalanmasındaki artışa bağlı olarak, hiperürisemi ve hafif derecede anemi saptanabilir. Yaygın psoriasis vulgaris, jeneralize püstüler psoriasis ve eritrodermik psoriasisde serum albümininin azalmasına bağlı olarak negatif nitrojen dengesi gözlenebilir. Hastalığın aktivitesi ve yaygınlığına paralel olarak sedimantasyon hızı ve C reaktif protein düzeyleri artabilir (1,5).

Tanı

Psoriasis tanısında, klinik bulgulardan, yukarıda sözü edilen, hastalığa ait çeşitli fenomenlerden ve histopatolojik incelemelerden yararlanılır. Tipik bir psoriasis olgusunda tanı koymak kolaydır. Ancak atipik formlar ve bazı özel lokalizasyonlar, tanıda karışıklık yaratabilir (42).

Ayırıcı Tanı

Kronik plak tip psoriasis; nummuler ekzema, mikozis fungoides, tinea korporis, pitiriazis rubra pilaris, subakut kutane lupus eritematozus, liken simpleks kronikus ve hipertrofik liken planus ile, guttat psoriasis; pitiriazis rozea, pitiriazis likenoides et varioliformis akuta ve sekonder sifiliz ile karışabilir (3). İntertrijinöz bölge psoriasis ise kandidiyazis, intertrigo ve Hailey-Hailey hastalığından ayırt edilmelidir. Saçlı deri, yüz ve

göğüs tutulumu seboreik dermatitle benzerlik gösterir. Tırnak tutulumu en sık onikomikoz ile karışmaktadır. Palmoplantar psoriasis lezyonlarının ayırıcı tanısında; kronik ekzema, dermatofit infeksiyonları, liken simpleks kronikus, keratodermalar ve sekonder sifiliz yer alır (42). Genital bölge lokalizasyonunda ise Reiter hastalığı, liken planus, seboreik dermatit, intertrigo ve tinea inguinalis ile ayırım yapılmalıdır. Eritrodermik psoriasis, pitiriyazis rubra pilaristen, Sezary sendromundan ve diğer nedenlere bağlı gelişen eritrodermilerden ayırt etmek zor olabilmektedir (5,42).

Saçlı deri psoriasisinin ayırıcı tanısında ilk olarak seboreik dermatit, atopik dermatit, derin ve yüzeysel mantar hastalıkları, liken planus ve lupus eritematozus akla gelmelidir. Seboreik dermatitte skuamalar sarımsı renkte ve yağlı görünümlüdür; yüz, göğüs ön yüz, interskapular bölge gibi seboreik alanlarda da lezyonlar vardır. Ancak bazen, özellikle de saçlı deriye sınırlı lezyonların varlığında, bu iki hastalığı ayırt etmek oldukça zor olabilmektedir. Bazı vakalarda histopatolojik inceleme de ayırıcı yardımcı olamayabilir. Hem seboreik dermatit hem de psoriasis özelliklerinin bir arada bulunduğu bu tabloyu tarif etmek için “seboriasis” ya da “sebopsoriasis” terimleri kullanılmaktadır. Mantar infeksiyonlarında saçlar kırıktır, püstül oluşumu izlenebilir ve alopesi belirgindir. Liken planusun saçlı deri tutulumunda foliküler yerleşimli morumsu papüller ve son dönemde sikatrisyel alopesi oluşumu görülür. Lupus eritematozusta ise atrofi ve foliküler hiperkeratoz karakteristiktir. Saçları dökülmüş kişilerde, bu bölgedeki persistan skuamalı plak varlığında Bowen hastalığı da akla gelmelidir (6,8,43).

Klinik Seyir ve Prognoz

Psoriasis alevlenme ve remisyon dönemleri ile yıllarca sürer. Erken başlangıç ve aile öyküsü kötü prognostik kriterleridir. Eritrodermik ve püstüler formlar mortalite riskine sahiptir, artropatik psoriasis ise morbiditeye sebep olur. Guttat formlar ise diğerlerine göre daha iyi prognozludur (2-5).

Tedavi

Psoriasisde tam kür sağlanamadığı için tedavinin hedefi; mevcut lezyonların ortadan kaldırılması, yeni lezyon gelişiminin önlenmesi ve remisyon sürelerinin uzatılmasıdır. Seçilecek yöntem olgunun kliniğine uygun, kolay uygulanabilir, ilaca bağlı toksisite ve yan etkiler açısından güvenilir olmalıdır (5). Uygulanan tedavilerle; deoksiribonükleik asit sentezini inhibe ederek mitozu baskılamak, epidermal hiperproliferasyonu normale

döndürmek ve antiinflamatuvar etki sağlamak amaçlanır. Tedaviler, hastalığın immünoopatogenezinin son yıllarda giderek daha iyi anlaşılmasına paralel olarak, T hücrelerine ve T hücre kaynaklı sitokinlere odaklanmaya başlamıştır. Tedavi yöntemleri; topikal tedaviler, foto(kemo)terapi ve sistemik tedaviler olarak üç başlıkta incelenebilir (2-4).

Topikal tedaviler: Topikal tedaviler, genelde hafif ve orta şiddette psoriasis hastalarında tercih edilir. Şiddetli psoriasis hastalarında ise topikal ilaçlar sistemik tedavilerle kombine edilerek kullanılabilen ve bu tedavilerin etkinliğini artırabilmektedir. Psoriasisin topikal tedavisinde, çok uzun yıllardır kullanılan antralin, katran, salisilik asit, vazelin, kortikosteroidler ve son yıllarda sıklıkla kullanılmaya başlanan D vitamini analogları, retinoidler ve kalsinörin inhibitörleri yer almaktadır (44,45).

Foto(kemo)terapi: Fototerapi, psoriasis tedavisinde sık kullanılan yöntemlerden biridir. Özellikle topikal tedavilerle kontrol altına alınamayan, vücut yüzey alanının %5'inden fazlasının tutulduğu yaygın psoriasis vakalarında, sistemik tedavilerden önce, keratinosit farklılaşmasını düzenleyici etkisi nedeniyle fototerapinin kullanılması kabul görmektedir. Psoriasis tedavisinde, ultraviyole (UV) B (290-320 nm), dar bant UVB (311 nm) ve UVA (320-400 nm) kullanılır. Psoralen ve UVA'nın bir arada kullanıldığı psoralen+UVA (PUVA) tedavisi de diğer bir seçenektir (46).

Sistemik tedaviler: Şiddetli psoriasis vulgaris, artropatik psoriasis, eritrodermik ve püstüler psoriasis ile topikal tedavilere ve fototerapiye yanıt vermeyen orta şiddetli psoriasis vulgaris olgularında sistemik tedavi tercih edilmektedir. Psoriasisde en sık kullanılan sistemik tedavi ajanları metotreksat, retinoidler ve siklosporindir. Sistemik kortikosteroidler, yalnızca şiddetli artropatik psoriasis ve eritrodermik psoriasisde kullanılabilir (47,48). Bunların dışında, mikofenolat mofetil, hidroksiüre ve psoriasisin oluşumundaki moleküler mekanizmaları etkileyen, etanersept, infliksimab ve adalimumab gibi TNF alfa blokeri biyolojik ajanlar da sistemik tedavide yer almaktadır (49,50).

Saçlı deri psoriasisinde tedavi: Saçlı deri psoriasisinin tedavisinde, uygulanan pek çok ajana rağmen iyi planlanmış, kontrollü çalışmaların azlığı nedeni ile kesin bir protokol geliştirilememiştir. Saçların varlığı nedeni ile oldukça zorlaşan tedavide ana unsur; solüsyon, losyon, jel, köpük, emülsiyon, krem ya da şampuan gibi uygun bir formülasyonda aktif madde

içeren topikal preparatlardır. Formülasyon; tedavinin etkinliğinde, güvenilirliğinde ve hastanın tedaviye uyumunda büyük öneme sahiptir. Topikal tedavide kullanılan ajanlar arasında salisilik asit gibi keratolitikler, katran, antralin, topikal kortikosteroidler, vitamin D analogları ve çinko piriton yer alır (7,35,43). Bunlar arasında topikal kortikosteroid ve vitamin D analoglarının kombinasyonunun en güvenilir ve en etkili tedavi seçeneği olduğu gösterilmiştir (51-53). Fototerapi, Grenz ışınları, antifungaller, intralezyonel kortikosteroid ve sistemik tedaviler de saçlı deri psoriasisinin sağaltımında yer almaktadır (54,55).

SEBOREİK DERMATİT

Tarihçe

Seboreik dermatit (SD)'i ilk olarak 1897 yılında Unna tanımlamış, hastalığın nedeni olarak da *Malassezia furfur* (*M. furfur*)'dan ya da diğer adıyla *Pitrosporum ovale*'den şüphelendiğini belirtmiştir. Uzun yıllar SD'nin, yerleşim yerinden yola çıkarak, sebace bezlerin bir disfonksiyonu sonucu oluştuğu düşünülmüş, skuamlarda çok miktarda saptanan *M. furfur* ise bir yan bulgu olarak yorumlanmıştır (9-11). 1984'te Shuster'in sistemik ketokonazol ile SD'nin baskılandığını göstermesinin ardından yapılan çalışmalar sonucunda ise SD aktivitesinin, pitrosporum ile ilişkili olduğu netlik kazanmıştır ancak hâlâ SD, sebum ve *M. furfur* arasındaki etkileşim tam olarak açıklanamamıştır (11).

Epidemiyoloji

Sık görülen bir deri hastalığı olan SD, erişkin popülasyonun % 1-5'ini etkilemektedir ve erkeklerde daha yaygındır (11,56). İnfantil formu ise yenidoğanların %70'inde genellikle ilk üç ayda görülür ve bir yaş civarında geriler (57-59). Erişkinlerde 3-4. dekatta pik yapan hastalık, Afrikalılarda daha seyrek görülmektedir (58,59). Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immundeficiency Syndrome-AIDS) hastalarında, SD insidansının % 30-80'e ulaştığı, bu hastalarda SD'nin daha ağır seyrettiği ve hastalık şiddetinin CD4+ T hücre sayısındaki azalmayla korele olduğu bildirilmektedir (56,58,59). SD'nin insidansının arttığı diğer durumlar arasında, Parkinson gibi nörolojik bozukluklar, ailesel amiloidoz ve trizomi 21 de bulunmaktadır (58,59). SD'nin; kontrollü veriler olmasa da stresle tetiklendiği, UV ışınlarının ise SD'de iyileşme sağladığı gözlenmektedir. Bununla birlikte, bazı hastalarda UVA ile yapılan fototerapi sonrasında SD geliştiği de rapor edilmiştir (59).

Etiyoloji

Seboreik dermatitin etiyojisi tam olarak bilinmemekle beraber, birçok eksojen ve endojen faktör, hastalığın gelişiminden sorumlu tutulmaktadır.

Sebore: SD, adına karşın, artmış sebum üretimi (sebore) ile ilişkili değildir ve sebace bezler primer olarak etkilenmez. Bununla birlikte, hastalığın sebace glandların yoğun olduğu bölgelere yerleşmesi ve sebum üretiminin aktif olduğu dönemlerde görülmesi, fonksiyone sebace bezlerin hastalık gelişimi için gerekli olduğunu göstermektedir (57,59).

Malassezia türleri: Malassezialar ya da pitrosporular; dimorfik, lipofilik mayalardır ve normal deri florasında sebumdan zengin alanlarda bulunurlar. Yedi tipi bilinmektedir, bunlar; *M. furfur*, *M. sympodialis*, *M. pachydermatitis*, *M. restricta*, *M. slooffiae*, *M. obtusa* ve *M. globosa*'dır (60). *M. globosa* ve *M. restricta* SD'li hastalarda en sık saptanan türlerdir. Bununla beraber bazı araştırmacılar *M. furfur*, *M. sympodialis*, *M. obtusa* ve *M. slooffiae* türlerini de SD'li hastalarda saptamışlardır (61). SD tedavisinde antifungallerin etkili olması, malassezia sayısındaki azalmayla hastalığın düzelmesi, malasseziaların bu hastalıktaki rolünü en kuvvetli şekilde düşündüren bulgulardır. Ancak malassezia yoğunluğu ile SD şiddeti arasında bir korelasyon bulunmamıştır (59). Malasseziaların moleküler analizleri sonucu, konakçının lipidlerine bağımlı oldukları görülmüş, lipaz ve diğer enzimleriyle sebumdaki yağları parçalayıp oluşturdukları serbest yağ asitlerinin ve trigliseridlerin, derinin inflamasyonuna yol açtığı, keratinositlerden proinflamatuvar sitokin üretimine sebep olduğu düşünülmüştür (57,62,63).

İmmünolojik bozukluklar: Bazı otörler SD'nin, derinin mantarlara ve onların toksinlerine karşı gösterdiği anormal immün yanıt nedeniyle oluştuğunu düşünmektedirler (63). Hastaların lezyonsuz derileri ile sağlıklı bireylerin derileri, SD'li hastaların lezyonel derisiyle karşılaştırıldığında; SD'li hastaların lezyonel derisinde NK hücrelerde, CD16+ T lenfositlerde, inflamatuvar interlökinlerde artış ve kompleman sistem aktivasyonu saptanmış; SD'li kişilerde şiddetli bir inflamatuvar reaksiyon olduğu düşünülmüştür (56). SD'nin, HIV pozitif ve AIDS'li hastalarda relatif olarak daha şiddetli oluşu ve immün yetmezlik arttığında SD lezyonlarının da artması, bozulmuş immün cevap görüşünü desteklemektedir (64). Malasseziaların sadece bazı korneositlerde bulunduğu ve bu korneositlerdeki hücrel bir bozukluğun hastalığa yol açtığı da düşünülmektedir (65).

Diğer faktörler: Klorpromazin, fenotiyazin, altın, metildopa, nöroleptikler (haloperidol, karbamazepin), simetidin, buspiron, griseofulvin, interferon alfa, etionamid, lityum, psoralen ve stanozolol gibi ilaçlar, SD benzeri lezyonlara neden olabilir, ancak bunu hangi mekanizmayla oluşturdukları bilinmemektedir (57).

Seboreik dermatitin Parkinson, epilepsi, fasyal paralizi, poliomyelit, siringomiyeli, kuadripleji, refleks sempatik distrofi gibi çeşitli nörolojik hastalıklarla birlikte sık görülmesi ve hastaların birçoğunda emosyonel stresin hastalığı tetiklemesi, nörotransmitterlerin hastalık etiolojisinde rol alabileceğini düşündürmektedir (57,66-68).

Deri kan akımı ve ısısı, SD'nin dağılımından sorumlu olabilir. Düşük ısı ve nemin mevcut olduğu kış aylarında hastalığın genellikle kötüleştiği, ılıman iklimlerde ve yaz aylarında ise düzeldiği gözlenmektedir (10,69).

Riboflavin, piridoksin, niasin ve çinko eksikliğinde SD benzeri dermatitler gelişebilmektedir. Bebeklik çağındaki SD'de, biotin eksikliği ve anormal esansiyel yağ asitleri metabolizması suçlanmaktadır (70).

Seboreik dermatit, sıklıkla sebace glandların en aktif olduğu adolesan ve genç erişkin dönemde gözlenir. Yapılan araştırmalarda, sebace bez hücrelerinin androjen sitümülyasyonuna cevap verdiği görülmüştür. SD'nin erkeklerde daha sık görülmesinin nedeni de sebace bez aktivitesinin androjen kontrolü altında olması olarak gösterilmiştir (71,72). SD'nin neonatal formunun genellikle 6 ila 12. aylarda kaybolması da hastalığın androjenik maternal hormon sitümülyasyonuna bir cevap olabileceğini düşündürmektedir (73).

Kronik alkolizm, alkolik pankreatit, AIDS, hepatit C ve çeşitli kanserler, Down sendromu ve Hailey-Hailey hastalığı gibi bazı genetik hastalıklar, SD'ye predispozisyon yaratabilmektedir. SD; rozasea ve akne vulgaris gibi dermatolojik hastalıklarla da beraber bulunabilir (57,74). Ayrıca pitrosporom foliküliti ve tinea versikolor gibi, malassezia türleri ile ilişkili hastalıklar da SD'li kişilerde sıklıkla gözlenir (75,76).

Seboreik dermatit patogenezinde netleşmiş bir genetik predispozisyon bulunmamaktadır (58,59). *Demodex folliculorum*'un da SD etiolojisinde direkt ya da indirekt role sahip olabileceği düşünülmektedir (77).

Klinik Bulgular

Seboreik dermatitin belirleyici klinik özellikleri şunlardır:

1. Soluk kırmızı ya da sarımsı kırmızı renkte, pitiriyaziform, bazen yağlı, hafif ya da yoğun skuamlarla kaplı, keskin sınırlı maküller veya ince plaklarla seyredir.

2. Sebace bezlerin aktif olduğu yaşamın ilk aylarında ya da post pubertal dönemde görülür.

3. Saçlı deri, yüz, kulaklar, presternal bölge, daha nadir olarak da aksilla, inguinal ve meme altı kıvrımları, umbilikus gibi intertrijinöz bölgelerde yerleşir.

Çeşitli klinik paternler sergileyebilen SD kabaca, infantil form ve erişkin form başlıkları altında incelenebilir. Çoğunlukla sınırlı bir tutulum gösterse de nadiren jeneralize ve hatta eritrodermik formlar görülebilir (11,73).

İnfantil Seboreik Dermatit

İnfantil seboreik dermatit (ISD), sıklıkla yaşamın ilk üç ayında görülür ve ortalama 6 ila 12. aylarda spontan olarak kaybolur. Asıl olarak saçlı deri ve intertrijinöz alanları tutar, ancak yüzün orta kısmı, retroauriküler bölge, boyun, göğüs ve ekstremitelerin proksimallerinde lezyonlar görülebilir. Saçlı deri tutulumu oldukça karakteristiktir; skuamalar başlangıçta verteks ve ön fontanel bölgesine yerleşir, daha sonra inflamasyon ve sızıntı ile yapışkan skuamlı ve krutlu hale gelen lezyonlar, yayılarak saçlı derinin büyük kısmını kapsar. Saç kaybı gözlenmez ve inflamasyon hafiftir (11). Yüzdeki lezyonlar daha çok orta hat ve kaşlarda lokalizedir. İntertrijinöz bölgelerde, bez bağlama alanında eritemli plaklar görülebilir, bu lezyonlarda inflamasyon ve sızıntı izlenebilir; maserasyon nedeniyle fırsatçı infeksiyonlar (kandida albicans, stafilokokus aureus infeksiyonları) tabloya eklenebilir (57,73).

Leiner hastalığı nadir görülen bir durum olup, SD'in eritrodermik varyantıdır. İlk kez Leiner tarafından 1908 yılında tanımlanmıştır. Herediter ve herediter olmayan iki tipi vardır. Herediter tipte kompleman 5 (C5) disfonksiyonuna bağlı opsonizasyon bozukluğu sorumludur. Ağır seyirli bir tablo olup, tüm vücudu tutan eritemli, skuamlı lezyonlarla birlikte anemi, şiddetli diyare ve kusma görülür. Sıklıkla bakteriyel infeksiyonlar tabloya eşlik eder (57,58,78).

Erişkin Tip Seboreik Dermatit

Seboreik dermatit, erişkinlerde sıklıkla saçlı deri ve yüz bölgesini tutmakla birlikte, gövdede ve intertrijinöz bölgelerde de lezyonlar görülebilir; bazen jeneralize olarak eritrodermi tablosu oluşturabilir. Özellikle yaşlılarda SD'nin eritrodermi nedeni olabileceği unutulmamalıdır (9-11).

Saçlı deride kepeklenme, SD'nin en hafif formu olarak kabul edilir; eritem ve irritasyon olmaksızın ince, beyaz skuamlar bulunur ve pitiriazis kapitis simplex olarak adlandırılır. Saçlı derinin SD'sinde kepeklenmeye ek olarak inflamasyon ve kaşıntı mevcuttur. Lezyonlar özellikle verteks ve paryetal bölgelerde, psoriasiste görülen ayrık plakların aksine, difüz paternde görülürler. Bazen frontal saç çizgisinin ötesine uzanarak "korona seboreika" denilen taç benzeri bir görüntü oluşturabilirler (57). Kaşıntı bazen yoğun olabilir, kaşıma ve sürtünme etkisiyle folikülitler oluşabilir, kronik olgularda geri dönüşümlü bir saç dökülmesi de eşlik edebilir. Retroauriküler bölgede eritem, yağlı skuamlar, krutlu fissüre alanlar gelişebilir, dış kulak yolunda da lezyonlar görülebilir, nonpürülan otitis eksterna görülebilir (58,59).

Yüzde, genellikle simetrik olarak, kaşların medial kısmı, glabella ve nazolabial kıvrımlarda eritem ve skuam oluşur; göz kapaklarının kenarlarında kızarıklık ve ince skuamlarla birlikte başlayan seboreik blefarit, küçük ülserler ve ardından gelen sikatris ile kirpik yıkımına neden olabilir (58,75).

Gövdede en sık tutulan alanlar presternal, interskapular ve intertrijnoz bölgelerdir. Özellikle erkeklerde, presternal ve interskapular bölgelerde yağlı skuamlarla kaplı kırmızı-kahverengi foliküler papüller bir araya gelerek çok sayıda sirsine plaklar oluşturabilir; bu plaklar özellikle göğüs orta hatta taç yaprağı şeklini alabildiği için bu form "petaloid seboreik dermatit" adını alır. Daha nadir görülen "pitiriaziform tip" ise pitiriazis roze benzeri bir görüntü sergileyen jeneralize eritematoskuamöz erüpsiyon şeklinde görülür. Skuamlı oval lezyonlar, uzun eksenleri kostalara paralel biçimde yerleşim gösterir. Bazen bu tarz lezyonlar birkaç alanda sınırlı kalabilir (11,57,74).

Seboreik dermatitin fleksural tutulumunda skuamlar çok belirgin olmayıp, intertrigo şeklinde bir görünüm mevcuttur. Fissürler gelişebilir, terle birlikte fırsatçı infeksiyon yerleşimiyle sulantılı bir dermatit ortaya çıkabilir (56).

Pitiriazis amiantasea; saçlı deride kalın skuamlarla karakterize, etiolojisi tam olarak bilinmeyen, genel olarak SD spektrumu içinde sınıflandırılan bir hastalıktır. Saçlı deride tek veya çok sayıda, kalın, gümüş rengi, saça yapışık skuamlarla başlar ve skuamların kalınlığı giderek artarak kılları bir kılıf gibi sarar. Skuamların damdaki kiremitlerin dizilişine benzer tabakalaşması tipiktir. Deri normal görünümde veya eritemli olup, hafif sızıntılı olabilir; atrofi, sikatris veya alopesi yoktur (57,59).

Seboreik dermatitte deri, irritasyona karşı dayanıksızdır. Güneşe maruziyet, ısı, ateşli hastalıklar, uygunsuz topikal ajanlar alevlenmelere ve disseminasyona yol açar; irrite seboreik

dermatitte lezyonlar daha eritemli ve erosiv hâle gelebilir. Pitrosporum foliküliti de seboreik dermatit seyriindeki bir başka komplikasyondur. Daha çok immünitesi bozuk kişilerde, SD yerleşim yerlerinde oldukça kaşıntılı, eritematöz foliküler papüller ve bazen püstüller ile seyreder (56,76).

Erişkinlerde SD kronik tekrarlayıcı bir seyir gösterir, sistemik bulgular yoktur. Ancak şiddetli ve yaygın SD’de altta yatan bir HIV infeksiyonu şüphesi akla gelmelidir. Parkinson hastalarında karakteristik yağlı sebore ile birlikte SD’nin sık görüldüğü unutulmamalıdır (57,75).

Histopatoloji

Seboreik dermatit; psoriasis ve kronik dermatit özelliklerini birlikte gösteren nonspesifik bir histoloji sergiler; bulgular hastalığın evresine göre değişkenlik gösterebilir. Akut ve subakut dönemde hafif veya orta derecede sponjiyoz, süperfisyal perivasküler lenfositik infiltrasyon, hafif psoriasiform hiperplazi, orto-parakeratozla birlikte foliküler tıkaçlar ve foliküler ostiumlarda nötrofilleri de içeren skuam-krut formasyonu görülür. Kronik dönem lezyonlarında bu bulgulara yüzeysel pleksustaki kapiller ve venüllerde belirgin dilatasyon eklenir, irregüler akantoz ve fokal parakeratoz görülebilir. Histopatolojik bulgular psoriasise benzerdir; ayırt ettirici ana bulgu ise sponjiyozdur, ayrıca nötrofil ekzositozu, Munro mikroabsesi ve parakeratotik korneum tabakası SD’de yoktur (10,57).

Histopatoloji, AIDS hastalarında daha ağır olup klasik SD’den bazı farklılıklar gösterir. Sponjiyoz çok seyrek, parakeratoz yaygındır, nekrotik keratinositler görülür, lenfosit kümeleri ile dermo-epidermal bileşke oblitere olmuştur, dermiste ise damar duvarları kalınlaşmıştır, plazma hücreleri artmıştır ve lökositoklazi mevcuttur (11,79).

Ayrırcı Tanı

Seboreik dermatitin ayrırcı tanısında çok sayıda hastalık yer almaktadır. Bunlar arasında başta psoriasis olmak üzere kontakt dermatit, pitiriyasis roze, dermatofit infeksiyonları, kandidiyazis, eritrazma, akut fleksural dermatit, pemfigus eritematozus, pemfigus foliaseus, benign familial pemfigus, pitiriyasis versikolor, atopik dermatit, impetigo, Darier hastalığı ve ilaç erüpsiyonları sayılabilir (11,57).

İnfanıl SD, ayrırcı tanısında yer alan atopik dermatitten, daha erken başlaması, inflamasyonun daha az oluşu, dağılım paterninin farklı oluşu, en önemlisi de kaşıntının olmayışı ile ayırt edilir. SD’li bebekler atopik dermatitli bebeklerin aksine iyi beslenirler ve

kaşıntı olmadığından huzursuz değildir (80). İrritan diaper dermatiti, bez bağlama alanına sınırlıdır ve SD'nin aksine deri kıvrımlarını tutmaz. İlk göstergesi psoriasiform diaper dermatit olabilen infantil psoriasis ise bazen hem klinik hem de histolojik olarak SD'den ayrımı zor olmaktadır. Skabies de bebeklerde dermatit oluşturabilir, ancak yoğun kaşıntı ve ekskoryasyonlar SD'den ayrımı sağlar. Bebeklerde SD'nin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir diğer hastalık ise Langerhans hücreli histiositozdur. Langerhans hücreli histiositozda genel durum bozukluğu ve hepatosplenomegali ile birlikte tedaviye dirençli, eritemli skuamli ve hemorajik karakterde döküntüler mevcuttur (57,75,81).

Erişkinlerde, özellikle de sadece saçlı deriye sınırlı lezyonların varlığında, psoriasis ile ayırım zor olabilmektedir. Genel olarak psoriasis plakları daha ayırık, daha az kaşıntılı, sebore ile ilişkisiz ve tabaka tabaka ayrılan daha kalın, sedefi renkli skuamla kaplıdır. Lezyonların saçlı deriye sınırlı olmayıp, diz ve dirsek gibi bölgelerde psoriasis plakları bulunması ya da tırnak tutulumu olması durumunda da ayırım kolaylaşır. Ancak bazen saçlı deri psoriasis ve seboreik dermatit bir arada olabilir. Saçlı deride, deri kuruluğuna bağlı olarak ortaya çıkabilen kuru deskuamasyonda, SD'nin aksine, saçlar da kuru ve kırılmalıdır (58,59). Prepubertal dönemde saçlı deride görülebilen *Trichophyton tonsurans* infeksiyonları da alopesi oluşturmadan, sadece deskuamasyonla seyredildiği için ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Saçlı derinin arka kısımlarında görülen hafif eritem ve skuam dermatomiyozit bulgusu olabilir (9). SD'nin yüz bölgesi tutulumu, rozasenin erken lezyonları ve sistemik lupus eritematozusun kelebek şeklindeki döküntüsü ile benzerlik gösterebilir. Üstelik rozase de SD ile birlikte olabilen bir hastalıktır (57,74). Gözlük sapına bağlı olarak gelişebilen allerjik kontakt dermatit retroauriküler SD'yi, otomikoz ise dış kulak yolunun SD'sini taklit edebilir. Gövdede pitiriyaziform SD, pitiriyazis roze ile; petaloid tip SD ise pitiriyazis versikolor ile karışabilir. Göğsün ve sırtın orta hattında, yüzün santralinde yerleşmiş krutlu lezyonlar varlığında, pemfigus eritematozus ve pemfigus foliaceus ile ayırım için biyopsi yapmak gerekir (73,75). Foliküler SD; yağlı, kubbemsi, küme oluşturma eğilimindeki kahverengi papüllerle seyreden Darier hastalığı ile karışabilir. İntertrijinöz bölgelerdeki SD'nin ayırıcı tanısında; eritrazma, invers psoriasis, intertrijinöz dermatit, kandidiyazis ve daha nadir olarak Langerhans hücreli histiositoz; eritrodermi durumunda da Sezary sendromu unutulmamalıdır (58,79).

Prognoz

Seboreik dermatit, remisyon ve nükslerle giden kronik bir seyir izler ve yaşam kalitesini negatif yönde etkiler. Genellikle sıcak mevsimlerde düzeliyor, soğuk aylarda

kötüleşir. SD'ye, seyri sırasında, uygulanan topikal tedavilere karşı gelişebilen kontakt dermatit, fırsatçı infeksiyonlar ya da ciddi formlarda dizhidrotik ekzema eklenebilir (56,59).

Tedavi

Seboreik dermatitin, infantil tip hariç olmak üzere, kronik bir hastalık olduğu ve daimî şifa olmayıp uzun yıllar düzenli tedavi gerektirdiği unutulmamalıdır; bu nedenle ana kural, agresif yaklaşımla hastaya zarar vermemektir. Tedavinin ana unsurları; skuamların giderilmesi, maya kolonizasyonunun inhibisyonu, fırsatçı infeksiyonların kontrolü, eritem ve kaşıntının azaltılmasıdır. Genelde tüm hastalar basit topikal uygulamalardan fayda görür ve ana tedavi ajanları antifungal şampuanlar, topikal imidazoller ve düşük potensli topikal kortikosteroidlerdir (57,82).

İnfantil SD'de, selim gidişli ve geçici tabiatından dolayı, genelde banyo ve nemlendirme gibi basit uygulamalar yeterli olmaktadır. Saçlı deri tutulumunda şampuanlar skuamları giderebilir. Beşik başlığı şeklinde yaygın tutulum söz konusuysa bebe yağı, hidrofilik kremler ya da ılık zeytinyağı kompresleriyle yumuşatma ve ardından şampuan uygulaması yapılmalıdır. Güçlü keratolitik şampuanlar, salisilik asit ve aşırı mekanik iritasyon uygulanmamalıdır. Hafif etkili kortikosteroidler, inflamasyonu baskılama amacıyla başlangıçta kısa sürelerle kullanılabilirler. Yaygın ve inatçı lezyonlarda, imidazol krem, hem kandida ve bakterilere etkili olur, hem de inflamasyonda gerileme sağlar (83).

Erişkin SD'de tedavinin ana unsuru topikal antifungallerdir. SD'de kullanılabilen topikal antifungaller; azoller (ketokonazol, nidazol), alilaminler (terbinafin), benzilaminler ve hidroksipiridonlar (sikloproks)'tur. Bu ajanlar hem fungistatik hem de antiinflamatuvar etki gösterir. Bunlar arasında en çok kullanılan ketokonazol olup, şampuan ve krem formları bulunmaktadır. Topikal antifungallerin uzun süreli kullanımı, topikal steroidler gibi deride atrofi ve telenjiektazi oluşumuna neden olmaz, ancak iritan kontakt dermatit, kaşıntı, yanma, kuruluk gibi yan etkiler oluşabilir (57,82,84,85).

Oral antifungaller (terbinafin, ketokonazol ve itrakonazol) ise etkin olmalarına rağmen sadece ağır ya da tedaviye dirençli olgularda tercih edilmelidir. Hepatotoksisite açasından terbinafin ve itrakonazol, ketokonazole göre daha güvenlidir (82,85,86).

Topikal kortikosteroidler krem ya da losyon formunda, saçlı deri, yüz ve gövdede tek başlarına ya da antifungallerle kombine edilerek kullanılabilir. Ancak uzun süre kontrolsüz kullanımda atrofi, telenjiektazi, rebound fenomeni, steroid rozasesi, taşıflaksi ve perioral

dermatit gibi riskler olabileceği unutulmamalıdır (87). Akut jeneralize SD’de ise kısa süreli oral kortikosteroidler (30 mg/gün prednizolon) iyileşmeyi hızlandırır (57).

Tedavide yer alan diğer seçenekler arasında, oral isotretinoin; topikal olarak uygulanabilecek selenyum, çinko, metronidazol, lipohidroksi asit, lityum tuzları (lityum süksinat, lityum glukonat), azeleik asit, kalsinörin inhibitörleri gibi ajanlar ve UVB yer alır (83,84,88-92). Bakteriyel infeksiyon varlığında topikal ve oral antibiyotikler kullanılabilir (93-95).

DERMOSKOPI (DERMATOSKOPI)

Tanım

Dermatoskopi (dermatoscopy) “dermato” ve “scopia” sözcüklerinin bileşiminden oluşmakta ve “deri bakısı” anlamına gelmektedir.

Deri yüzey mikroskopisi veya epiluminesan mikroskopi (ELM) olarak da isimlendirilen dermoskopi, kullanım kolaylığına rağmen basit bir büyüteç değildir. Deri tabakalarında üst üste binmiş yapıların, çıplak gözle görülmeyen morfolojik özelliklerin değerlendirilmesine olanak tanıyan gelişmiş bir alettir. Epidermisteki renk ve yapıyı belirginleştiren, dermoepidermal bileşkeyi ve papiller dermisi görünür hâle getiren *in vivo* ve noninvaziv bir yöntem olan dermoskopi ile elde edilen görüntü, klinik ve histopatolojik görüntüden farklı olmakla beraber bu ikisi arasında bağlantı sağlar (12,96).

Tarihçe

Dermoskopi yöntemi, ilk olarak, 1663’de Kolhaus’un tırnak yatağındaki kan damarlarını mikroskop ile incelemesine dayanır. Unna 1893 yılında, bir lupus vulgaris olgusunda immersiyon yağı ve lam kullanarak inceleme yapmış ve bunun için “diaskopi” terimini kullanmıştır. Zeiss 1916’da binoküler dermoskopu üretmiş, “dermatoskopi” terimini ise 1920’de ilk kez Alman dermatolog Saphier kullanmıştır. Daha sonra 1950’li yıllarda Goldman, dermoskopu geliştirmiş ve ilk kez pigmente deri lezyonlarını değerlendirmede kullanmıştır. Mackie 1971’de, yüzeyel mikroskopi yöntemi ile pigmente deri tümörlerini ayrıntılı olarak incelemiştir ve bu araştırmalar Avrupa’da çeşitli gruplar tarafından sürdürülmüştür. Bahmer ve Rohrer 1986 yılında, dermoskopik görüntülerin fotoğraflarını çekmek üzere bir alet geliştirmişlerdir. Günümüze değin dermoskopi hızla ilerlemiş, taşınabilir basit dermoskopların yanı sıra bugün artık fiberoptik kamera ile dermoskopik

görüntülerin izlenip kaydedildiği bilgisayar sistemleri kullanılmaya başlanmıştır. Roma’da 2001’de yapılan “Consensus Net Meeting on Dermoscopy” toplantısında bu yöntemi tanımlamada “Dermoskopi (Dermoscopy)” teriminin kullanılması önerilmiştir (12,96,97).

Dermoskopi Yöntemi

Dermoskopi yöntemi, temelde, deri yüzeyinin; ışığın kırılma, sapma ve yansımalarını önleyecek şekilde düzleştirilmesinden sonra, yeterli aydınlatma altında, büyütülerek incelenmesini içerir. Fizik kuralları gereği, cisimler üzerine düşen ışığın bir kısmını emerken bir kısmını da yansıtır. Yansıyan ışık miktarı deri yüzeyinin düzensizliğine bağlı olarak değişebilir. Bu durum özellikle dermoepidermal bileşkedeki ve dermisteki lezyonların görüntülerinin net olarak elde edilmesini engeller. Deri yüzeyinin düzleştirilmesi amacıyla, lam ve bir dolgu sıvısından yararlanılır. Bu sıvı, stratum korneumu saydamlaştırır, ışığın deri yüzeyindeki kırılma, sapma ve yansımalarının önüne geçer. Bu amaçla en sık kullanılan dolgu sıvısı immersiyon yağı olmakla birlikte, 60° alkol de uygulanabilir. Aydınlatma için bol ışık veren halojen lambalar kullanılır (97).

Günümüzde kullanılan ışık tipine göre iki dermoskop kategorisi bulunmaktadır. Bunlar, nonpolarize ışığı kullananlar (nonpolarize dermoskop-NPD) ve polarize ışığı kullananlardır (polarize dermoskop-PD). NPD’ler deri yüzeyinin altındaki yapıları gösterebilmek için dolgu sıvısına gereksinim duyarlarken, PD’ler duymazlar. PD derinlerde lokalize olan yapıların, kontakt NPD yüzeyel yapıların daha iyi görülmesine olanak sağlamaktadır. Otörler, PD ve NPD’nin eşdeğer sonuçlar vermediği, ancak her bir dermoskobun verdiği bilginin birbirini tamamlayıcı nitelikte olduğu sonucuna varmışlardır (97-99).

Dermoskopi Aletleri

Dermoskopinin artan popülaritesinin nedenlerinden biri de yeni, kullanımı daha kolay olan aletlerin geliştirilmiş olmasıdır. Gelişmiş optiğe sahip bu yeni aletler, aydınlatma için ışık yayan diyot lambası (light emitting diod-LED lamba) kullanırlar; bu da deri lezyonlarının daha iyi görünmesine imkân verebilmektedir (97).

El dermoskobu: Hızlı ve kolay kullanım sağlayan, küresel temas halkası ve renksiz lensi olan, halojen bir aydınlatma donanımına sahip, x10 büyütme yapabilen bir alet olup, inceleme yağlı ya da yağsız yapılabilir. Büyütme ve aydınlatma özelliklerinin sabit oluşu ve

yakın muayene gerektirmesi dezavantajıdır. Eski aletlerde görüntü ve bilgi depolanmadığından, aynı hastanın geriye dönük değerlendirilmesi mümkün olmasa da günümüzde fotoğraf makinesine bağlanabilen el dermoskopları yaygın olarak kullanılmaya başlanmış ve bu dezavantaj ortadan kaldırılmıştır (12,96,98).

Dermapot: Kullanımı kolay olan dermapot, x10 büyütme kadar görüntü alabilen özel bir dijital refleks kameradır. Görüntü kalitesi iyidir ve bağlı olduğu fotoğraf makinesi sayesinde görüntülerin standart şekilde depolanması bir diğer avantajıdır. Dezavantajı ise dermoskoptaki gibi, aydınlatma ve büyütme özelliklerinin modifiye edilememesidir (12,96-99).

Stereomikroskop: Epidermal ve subepidermal yapıların üç boyutlu ve yüksek kalitede görüntüsünü alabilen binoküler optik mikroskoptur. Üç farklı ışık yoğunluğunda, x6 ile x40 arasında büyütme yapabilir. Dijital fotokamera ve videokamerası vardır. Büyük ve hantal olması, kullanımının zaman alması, fotoğraf çekiminin zor ve fotoğraf depolama kapasitesinin sınırlı olması dezavantajıdır (12,96-99).

Videodermoskop: Yüksek çözünürlüğe sahip bir video kamera içeren başlık ve lezyonların indirekt değerlendirilmesini sağlayan ekrandan oluşur. Sisteme bağlanan bilgisayar sayesinde görüntüler kolaylıkla saklanabilir, hafızasındaki görüntülerle karşılaştırma imkânı sağladığından hasta takibini kolaylaştırır ve bilgisayar ağı ile telekonsültasyona imkân tanır (12,96-99).

Dermoskopinin Kullanım Alanları

Dermoskopi, günümüzde özellikle melanositik ve nonmelanositik pigmente deri lezyonların incelenmesinde ve tanısında yaygın bir biçimde kullanılmaktadır. Bu amaçla farklı algoritmalar geliştirilmiştir. İn situ melanom ve invaziv melanomun, benign lezyonlardan ayırt edilmesi, dermoskopinin en önemli pratik kullanım alanıdır (100-102). Fakat son yıllarda dermoskopinin kullanım alanı oldukça genişlemiştir. Mukoza ve tırnak hastalıklarında, saç ve saçlı deri hastalıklarında, tinea kapitis ve skabies gibi infeksiyöz hastalıklarda; senil hemanjiom, pyojenik granülom, soliter anjiokeratom gibi vasküler proliferasyonlar ve hemanjiomlarda; psoriasis, liken planus, Darier hastalığı, porokeratozis Mibelli, pigmente purpurik dermatoz, pitiriazis rosea, sikatrisyel alopesi ve ürtikeryal

vaskülit gibi inflamatuvar dermatozlarda bazı dermoskopik paternler tarif edilmiş ve bu hastalıkların tanısında da giderek artan sıklıkta kullanılmaya başlanmıştır (13,103-109). Aynı zamanda dermoskopi, saç transplantasyonunda foliküler yoğunluğu, psoriasis tedavisinde potent topikal steroidlerin yan etkilerini değerlendirmede de kullanılabilir (15,107,110,111).

Saçlı Deri Dermoskopi Bulguları

Saçlı deri ve saç hastalıklarında klinik tanı her zaman inspeksiyonla konulamamakta ve deri biyopsisi gibi invaziv yöntemlere başvurulabilmektedir; ancak zaman zaman histopatolojik inceleme bile tanı koymada yeterli olamamaktadır. Pratikte her gün kullanabilecek noninvaziv metotlara ihtiyaç duyulmaktadır ve bu nedenle dermoskopiden başarılı bir şekilde yararlanılmaya başlanmıştır. Bu yeni tekniği tarif etmede “trikoskopi” terimi de kullanılmaktadır. Dermoskopi kullanımı, tanının doğruluğunu artırır ve saç hastalıklarının patogenezi anlamaya katkıda bulunur (14,107).

Saçlı deri, el dermoskobu veya videodermoskop ile incelenebilir. Dermoskopide geleneksel olarak immersiyon yağı kullanılmış, ancak mutajenik özellikleri olabilen bu yağ günümüzde terk edilmiş, bunun yerine ultrason jeli, termal su, ya da 60° tıbbi alkol kullanılmaya başlanmıştır; ayrıca bunlar olmaksızın kuru dermoskopi de etkin biçimde uygulanabilmektedir.

Saçlı derideki dermoskopi bulguları; interfoliküler alandaki vasküler paternleri ve pigment paternini, foliküler-perifoliküler işaretleri ve saç shaftının özelliklerini içerir. Saç shaftının özelliklerini incelemek için kuru dermoskopi yeterlidir; vasküler ve foliküler paternler ise arayüz sıvısı ile daha net gözükme (14,112,113).

1-İnterfoliküler vasküler paternler: İnterfoliküler vasküler paternler; interfoliküler basit kırmızı halkalar, interfoliküler bükülmüş kırmızı halkalar ve arborize kırmızı çizgilerdir.

a-İnterfoliküler basit kırmızı halkalar (basit luplar): Dermoskop tanjansiyel açı ile tutulduğunda çok sayıda, düzenli yerleşmiş, nispeten aralıklı, ince, kırmızı, kement şeklinde; açı dikleştirildiğinde ise kırmızı noktalar şeklinde görülen vasküler yapılardır. Tek başlarına ya da altta yatan dallanan geniş kırmızı çizgiler şeklindeki pleksus ile birlikte, sağlıklı saçlı deride görülebilmektedir. Dağılımları lokal ya da difüz olabilir. Bu patern inflamatuvar saçlı

deri hastalıklarında da görülebilirken, diskoid lupus eritematozusta (DLE) atrofi nedeni ile görülmez (112,113).

b-İnterfoliküler bükülmüş kırmızı halkalar (kıvrımlı luplar): Bunlar da yine çok sayıda, nispeten daha aralıksız yerleşmiş, kıvrımlı, bükülmüş kement şeklindeki vasküler yapılardır. Tüm psoriasis ve folikülitis dekalvans hastalarında, klinik olarak psoriasise benzeyen SD’li hastalarda sıklıkla gözlenir. Psoriasisde dağılımları yaygın iken, folikülitis dekalvansta etkilenen folikül merkezlerinde görülür (112). Basit luplardaki gibi, kıvrımlı luplar da dermoskopi ya da videodermoskopinin kamera probu saçlı deriye tanjansiyel açıda yerleştiğinde net görülürken; açı dik olduğunda, düşük büyütmelede ışınal olarak yerleşmiş kırmızı noktalar, kırmızı globüller; büyük büyütmelede ise polimorfik boncuklu çizgi ya da daireler, glomerüler damarlar şeklinde görülür (15,114). Mikroskopik yöntemlerin kullanıldığı çalışmaların da desteklediği üzere, basit ve bükülmüş luplar dermal papillalardaki kapillerlere karşılık gelmektedir. Lup morfolojisinin, üstteki epiderminin durumu ile korele olduğu düşünülmektedir. Basit luplar, normal bir epidermisle birlikte görülürken, epidermal atrofisinin olması durumunda izlenmez. Bükülmüş luplar ise epidermal hiperplazi durumunda ve hiperplazinin derecesiyle orantılı bir biçimde görülmektedir. Buna ek olarak, kıvrımlı luplar basit luplara kıyasla daha çok kanla doludur ve dolayısıyla daha görünür haldedir. Kapiller yapıdaki değişikliklerin üstteki epidermal değişimi mi başlattığı yoksa bunun bir sonucu mu olduğu bilinmemektedir (14,112,113).

c-Arborize kırmızı çizgiler (dallanan damar): Kamera probunun tanjansiyel bir biçimde açılması halinde, basit lupların altında, onlarınkinden daha geniş bir çapa sahip kırmızı çizgiler olarak görülen dallanan damarlardır. Genellikle fokal bir paterndir, normal ve hastalıklı saçlı deride önemli bir oranda gözlenir. Dallanan kırmızı çizgilerin subpapiller pleksusa karşılık geldiği düşünülmektedir (14,113).

2-İnterfoliküler pigment paterni (bal peteği pigment paterni): Bal peteği paterni, homojen, devamlı, altın sarısından kahverengiye kadar değişik renkte halkalar şeklindeki pigmentasyonu ifade eder Koyu tenli kişilerde, alopesilerde ya da güneşe maruz kalan açık tenli ve kısa saçlı kişilerde görülebilir. Genelde, miktarı saç kaybının derecesi ile koreledir. Tam alopesilerde difüzken, bazı saçlı bölgelerde yamasal tarzda olabilir. DLE’de, androjenik

alopeside, alopesi areatada, liken planopilariste, folikülitis dekalvansta, kronik telogen effluviumda ve trikotillomanide görülebilir (14,112,115).

Pigmentin konfigürasyonu, dermoskopi ile tespit edilen melanositik lezyonların pigment ağlarında görülen konfigürasyona benzemektedir. Pigment ağı rete çıkıntılarını temsil etmekte, açık renkli bölgeler ise dermal papilla uçlarını örten ve daha ince olan, daha az melanin içeren suprapapiller epidermise karşılık gelmektedir.

3-Foliküler paternler: İki tip foliküler patern vardır:

a-Sarı noktalar: En iyi epiluminesan videodermoskopi ile görüntülenebilir. Alopesi areatanın her tipinde %95 oranında saptanır. Sarı-pembe, yuvarlak ya da polisiklik noktalar şeklinde, özellikle alopesik maküldeki folikül açıklıklarında görülür. Sarı noktalar muhtemelen keratinöz materyalle ve sebumla tıkalı olan foliküler infundibulumun distansiyonunu yansıtmaktadır (14,116,117).

b-Beyaz noktalar: Liken planopilaris ya da folikülitis dekalvansa sahip az sayıdaki hastada, hemen her zaman bal peteği paterni ile ilişkili olacak biçimde, peripilar yerleşimde görülür. Bu bölgelerde ilerlemiş hastalık ve yoğun saç kaybı karakteristiktir. Beyaz noktalar büyük olasılıkla foliküler destrüksiyon bölgelerini işaret etmektedir ki bu bulgu primer sikatrisyel alopesinin önemli bir göstergesidir (13,14,112,118).

Psoriasisste Dermoskopik Bulgular

Psoriasisdeki dermoskopik bulgular, sadece kronik plak tip psoriasis lezyonlarında tanımlanmıştır ve vasküler yapıları kapsamaktadır. Terminolojide çeşitlilik mevcut olup, kırmızı nokta, kırmızı globül, glomerüler damar şeklinde belirtilebilen yapılar aynı lezyonların farklı büyütmelelerdeki karşılıkları gibi gözükmemektedir. Çoğu zaman homojen bir patern sergilemekle birlikte, globüler halka ya da ışınal yayılım şeklinde de görülebilir (119-121).

Saçlı derideki psoriasis lezyonları için yapılan videodermoskopik incelemeler sonucunda ise interfoliküler kıvrımlı luplar tarif edilmiştir. Bu yapılar, prop saçlı deri yüzeyine dik açı ile yerleştirildiğinde küçük büyütmelelerde kırmızı nokta ve globüller, büyük büyütmelelerde ise polimorfik boncuklu daireler şeklinde görülür. Bazı çalışmalarda bu bulgular psoriasis plaklarının yanı sıra normal deride de görülmüş ve bu, psoriasisin

oluşumunda mikrosirkülasyondaki bir defektin rolü olduğu hipotezini desteklemiştir. Psoriasisite tarif edilen bu vasküler yapılar, uzamış dermal papillalardaki kıvrımlı ve genişlemiş kapillerlere karşılık gelmekte, sayıları ve belirginlikleri hastalık aktivitesi ile korele gibi görünmektedir (14,15,112).

Seboreik Dermatitte Dermoskopik Bulgular

Seboreik dermatitte yapılan videodermoskopik incelemelerde dallanan damar ve interfoliküler basit lupların belirleyici bulgu olduğu gösterilmiş, kıvrımlı lup, kırmızı nokta ve globül, glomerüler damar gibi yapılar saptanmamıştır. SD'de subpapiller pleksus boyunca horizontal olarak proliferen olan damarların dallanan damar şeklinde gözüktüğü düşünülmüştür (14,15,114).

MATERYAL VE METOD

Çalışmamız, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda Mayıs 2011- Eylül 2011 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 09.02.2011 tarihli TÜBADK 2011/24 kodlu etik kurul onay belgesi alındı (Ek I). Çalışma, Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Fonu tarafından desteklendi (Proje no:2011/80-Ek II). Çalışmaya alınan hastalardan yazılı onay alındı (Ek III).

Çalışmamıza Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda poliklinikte ayaktan ya da serviste yatırılarak takip edilen, 18 yaş üstü, saçlı deri tutulumu olan, son bir aydır tedavi almamış psoriasis ve SD hastaları alındı. Psoriasis grubundaki tüm hastalar, psoriasis vulgaris klinik tipindeydi. Psoriasis ve seboreik dermatit tanıları, anamnez ve klinik muayene bulgularına dayanılarak aynı hekim tarafından konuldu. Anamnezlerinde yaş, cinsiyet, hastalık süresi, tanıya yönelik biyopsi yapıp yapılmadığı, aile öyküsü, daha önce ne tür tedaviler aldığı, başka bilinen hastalık varlığı sorgulandı. Psoriasis hastalarında ek olarak, tırnak tutulumu değerlendirildi, eklem tutulumuna yönelik artrit ve artralji varlığı sorgulandı. Saçlı derideki hastalık şiddetini belirlemek için psoriasis hastalarında Psoriasis Saçlı Deri Şiddet İndeksi (PSSİ) kullanıldı. Seboreik dermatit hastalarında ise kabul görmüş bir şiddet indeksi olmaması sebebiyle PSSİ hesaplaması kullanıldı ve Seboreik Dermatit Saçlı Deri Şiddet İndeksi (SDSSİ) olarak belirtildi. PSSİ ve SDSSİ hesaplamasında, Tablo 1'de gösterildiği gibi, saçlı derideki eritem, infiltrasyon ve deskuamasyon semptomlarının her birinin şiddeti değerlendirildikten sonra toplandı ve bu toplam, saçlı derideki tutulum alanı değeri ile çarpıldı.

Tablo 1. Psoriasis Saçlı Deri Şiddet İndeksi ve Seboreik Dermatit Saçlı Deri Şiddet İndeksi hesaplaması

Skor	0	1	2	3	4	5	6
Eritem İnfiltrasyon Deskuamasyon	Yok	Hafif	Orta	Ağır	Çok ağır		
Alan (%)	0	<10	10<.. <lt;30< td=""><td>30<..<lt;50< td=""><td>50<..<lt;70< td=""><td>70<..<lt;90< td=""><td>90<..<lt;100< td=""></lt;100<></td></lt;90<></td></lt;70<></td></lt;50<></td></lt;30<>	30<.. <lt;50< td=""><td>50<..<lt;70< td=""><td>70<..<lt;90< td=""><td>90<..<lt;100< td=""></lt;100<></td></lt;90<></td></lt;70<></td></lt;50<>	50<.. <lt;70< td=""><td>70<..<lt;90< td=""><td>90<..<lt;100< td=""></lt;100<></td></lt;90<></td></lt;70<>	70<.. <lt;90< td=""><td>90<..<lt;100< td=""></lt;100<></td></lt;90<>	90<.. <lt;100< td=""></lt;100<>

PSSİ ya da SDSSİ = [Eritem (0-4)+İnfiltrasyon (0-4)+Deskuamasyon (0-4)]*Alan (0-6)

PSSİ:Psoriasis Saçlı Deri Şiddet İndeksi, **SDSSİ:**Seboreik Dermatit Saçlı Deri Şiddet İndeksi.

Hastalığa ilişkin lezyon yerleşimleri ve saçlı deride çekim yapılan bölgeler kaydedildi. Son bir ay içerisinde tedavi almış, konnektif vasküler hastalıklar gibi damarsal yapıyı etkileyecek bir hastalığı olan, gebe ya da emziren ve psoriasis-seboreik dermatit ayrımı kesin olarak yapılamayan hastalar çalışmaya alınmadı.

Hastalara supin pozisyonda, saçlı derideki lezyonlu bölgelerden dermoskopik çekim yapıldı. Dermoskopik imajlar dijital bir fotoğraf makinesine (Powershot G9, 6x büyütme; Canon, Leofarma, Ankara, Türkiye) bağlı el dermoskopu (Dermlite III, 10x büyütme; 3Gen, Leofarma, Ankara, Türkiye) aracılığıyla elde edildi. Polarize ve nonpolarize filtrelere sahip, kontakt ve nonkontakt çekim yapabilen dermoskop polarize moda kullanıldı. Lezyonlu bölgedeki skuam ve krutlar bistürinin sırt kısmı ile kaldırıldıktan sonra 60° tıbbi alkol arayüz sıvısı olarak kullanılarak kontakt çekimler yapıldı. Alınan görüntüler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra aynı gözlemci tarafından incelendi ve kıvrımlı lup, basit lup, dallanan damar, kırmızı nokta-globül, glomerüler damar, polimorfik boncuklu çizgi-daire gibi damarsal yapılar ile şekilsiz alanların varlığı ve yokluğu değerlendirildi.

İstatistiksel Analiz

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilgi İşlem Merkezi'ndeki S0064 Minitab Release 13 (Lisans No: wcp1331.00197) programları kullanılarak yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tüm veriler tablo ve şekillerle özetlendi. Normal dağılıma uygunluk gösteren verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare ve t test, değişkenlerin aralarındaki ilişki için de Spearman korelasyonu istatistiksel analizleri kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, p<0,05 düzeyinde istatistiksel anlamlı olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya klinik olarak tanısı konmuş, saçlı deri tutulumu olan 46 psoriasis, 50 seboreik dermatit hastası alındı.

Psoriasis grubunda 21 (%45.7) kadın 25 (%54.3) erkek hasta vardı. Yaşları ortanca 36 olmak üzere, 19 ile 73 arasında; hastalık süreleri ortanca 60 ay olmak üzere bir ay ile 50 yıl arasında değişmekteydi. Hastaların 21'inde (%45.7) saçlı deride ve ekstremitelerde; 17'sinde (%37) saçlı deride, gövdede ve ekstremitelerde; ikisinde (%4.3) saçlı deride ve gövdede; altısında (%13) sadece saçlı deride psoriasis lezyonları mevcuttu. PSSI, ortanca 3 olmak üzere 1 ile 21 arasında değişmekteydi. Aile öyküsü 35 hastada (%76.1) negatif, 11 hastada (%23.9) pozitif. Altı hastanın (%13) psoriasis ile uyumlu biyopsisi mevcuttu. Yirmi yedi hasta (%58.7) topikal steroidler ile, 12 hasta (%26.07) topikal steroidler ve sistemik tedaviler ile, üç hasta (%6.52) topikal steroidler ve fototerapi ile, iki hasta (%4.35) topikal steroidler ve topikal antifungaller ile tedavi edilmiş, sadece iki hasta (%4.35) daha önce hiç tedavi almamıştı.

Seboreik dermatit grubunda 25 kadın (%50), 25 erkek (%50) hasta vardı ve yaşları ortanca 28 olmak üzere, 19 ile 73 arasında; hastalık süreleri ortanca 30 ay olmak üzere bir ay ile 30 yıl arasında değişmekteydi. 27 hastanın (%54) saçlı deri ve yüz bölgesinde, 18 hastanın (%36) sadece saçlı derisinde, beş hastanın (%10) saçlı deri, yüz ve gövdesinde SD lezyonları mevcuttu. SDSSI, ortanca 3 olmak üzere 1 ile 24 arasında değişmekteydi. 14 hastanın (%28) aile öyküsü pozitif, 36 hastanın (%72) ise negatifti. Bir hastanın (%2) seboreik dermatit ile uyumlu biyopsisi mevcuttu. Beş hasta (%10) topikal antifungaller ile, dokuz hasta (%18) topikal steroidler ile, 19 hasta (%38) topikal steroidler ve topikal antifungaller ile, bir hasta

(%2) topikal steroidler ve sistemik antifungaller ile, bir hasta (%2) topikal steroidler, topikal antifungaller ve topikal kalsinörin inhibitörleri ile takip edilmiş, 15 hasta (%30) daha önce hiç tedavi almamıştı.

Psoriasis ve SD grubu yaş, hastalık süresi ve saçlı derideki hastalık şiddeti açısından karşılaştırıldığında, sadece hastalık süresi açısından psoriasis grubunun ortalaması, SD grubunun ortalamasından anlamlı yüksek tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Grupların karşılaştırılması

	Tanı	n	Ortalama	Standard Sapma	p
Yaş	Psoriasis	46	38.74	14.94	0.232
	Seboreik Dermatit	50	34.88	16.38	
Hastalık süresi (ay)	Psoriasis	46	125.89	154.26	0.002*
	Seboreik Dermatit	50	49.74	60.90	
Hastalık aktivitesi	PSSİ	46	4.80	4.50	0.737
	SDSSİ	50	4.52	3.78	

PSSİ:Psoriasis Saçlı Deri Şiddet İndeksi, **SDSSİ:**Seboreik Dermatit Saçlı Deri Şiddet İndeksi
t testi, *p<0.05.

Psoriasis ve SD hastalarının lezyonlu saçlı deriden yapılan dermoskopik çekimlerinde mikrovasküler paternler incelendi ve basit lup, kıvrımlı lup, dallanan damar, kırmızı nokta-globül, glomerüler damar, polimorfik boncuklu çizgi-daire ve şekilsiz bölge varlığı değerlendirildi.

Bulguların tanılara göre dağılımları incelendiğinde; basit lup ve dallanan damar paterni SD'li olguların sırasıyla 40'ında (%80) ve 25'inde (%50); psoriasisli olguların sırasıyla üçünde (%6.5) ve birinde (%2.2) gözlemlendi. Basit lup ve dallanan damarın, SD grubundaki görülme sıklığı, psoriasis grubundakinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p<0.05).

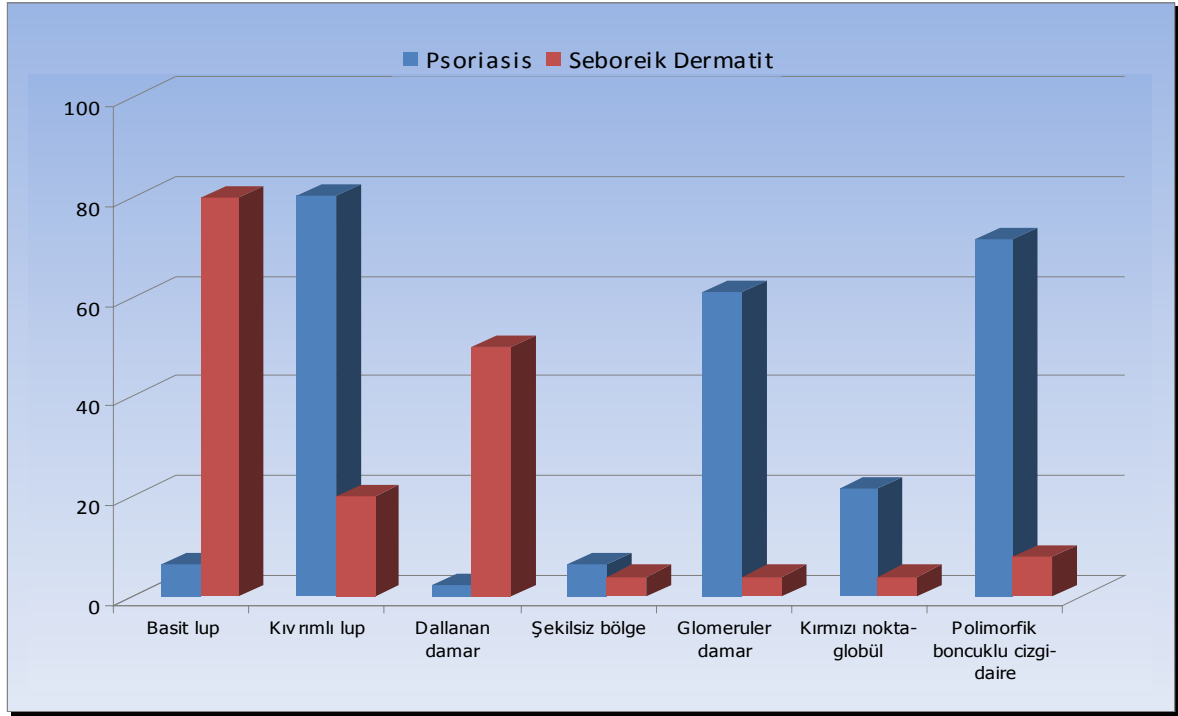
Kıvrımlı lup, psoriasis hastalarının 37'sinde (%80.4), SD hastalarının 10'unda (%20); glomerüler damar, psoriasis hastalarının 28'inde (%60.9), SD hastalarının ikisinde (%4); kırmızı nokta-globül, psoriasis hastalarının 10'unda (%21.7), SD hastalarının ikisinde (%4); polimorfik boncuklu çizgi-daire, psoriasis hastalarının 33'ünde (%71.7), SD hastalarının dördünde (%8) görüldü. Bu dört paternin de psoriasisteki görülme sıklıkları, SD'li olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p<0.05).

Şekilsiz bölgenin görülme sıklığında iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. Tanı dağılımları Tablo 3 ve Şekil 1'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Bulguların tanılara göre dağılımı

		Psoriasis n=46 (%47.9)		Seboreik Dermatit n=50 (%52.1)		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Basit lup	var	3	6.5	40	80	43	44.8	<0.001*
	yok	43	93.5	10	20	53	55.2	
Kıvrımlı lup	var	37	80.4	10	20	47	49.0	<0.001*
	yok	9	19.6	40	80	49	51.0	
Dallanan damar	var	1	2.2	25	50	26	27.1	<0.001*
	yok	45	97.8	25	50	70	72.9	
Şekilsiz bölge	var	3	6.5	2	4	5	5.2	0.579
	yok	43	93.5	48	96	91	94.8	
Glomeruler damar	var	28	60.9	2	4	30	31.3	<0.001*
	yok	18	39.1	48	96	66	68.8	
Kırmızı nokta-globül	var	10	21.7	2	4	12	12.5	0.012*
	yok	36	78.3	48	96	84	87.5	
Polimorfik boncuklu çizgi-daire	var	33	71.7	4	8	37	38.5	<0.001*
	yok	13	38.3	46	92	59	61.5	

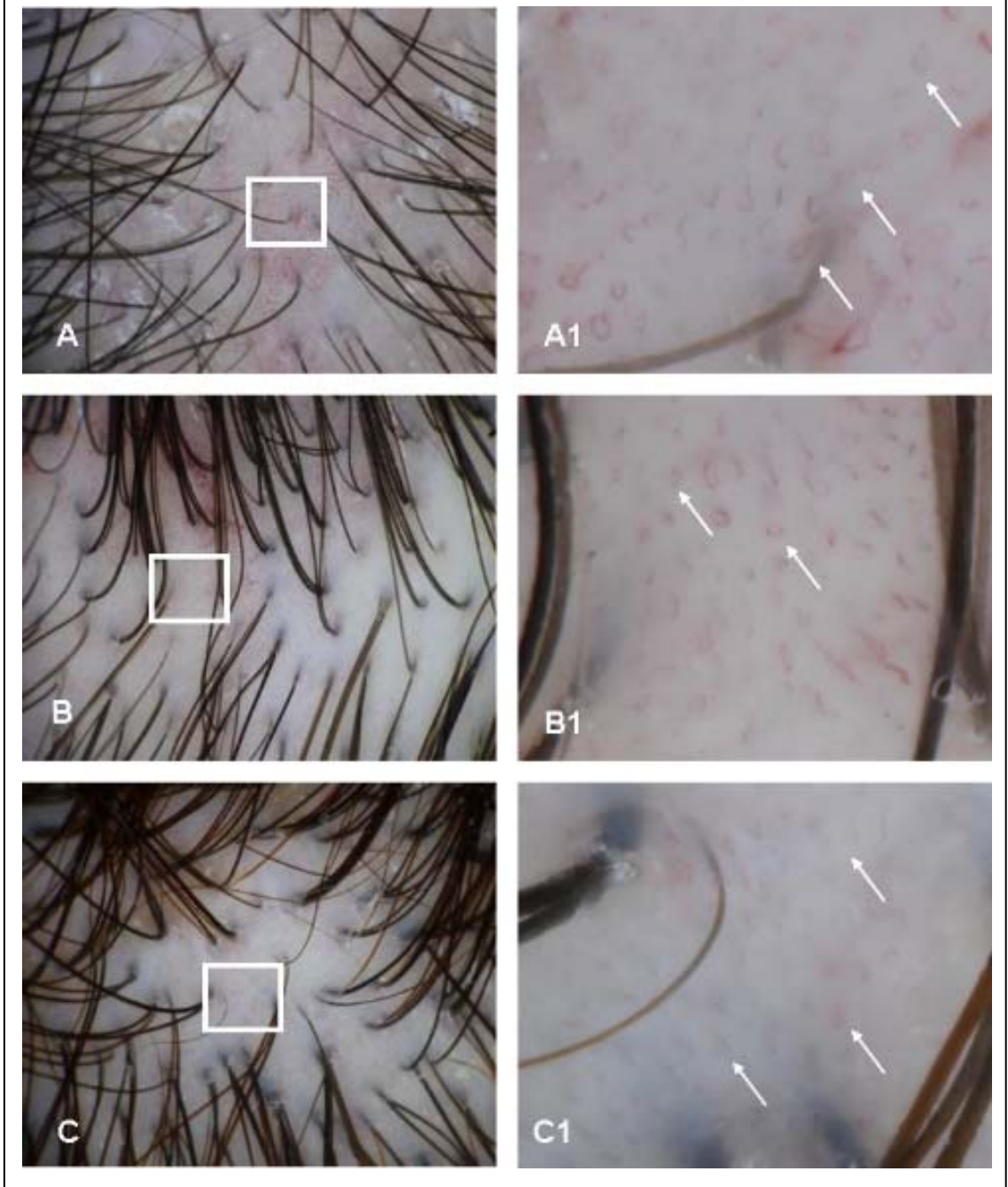
ki-kare testi, *p<0.05.



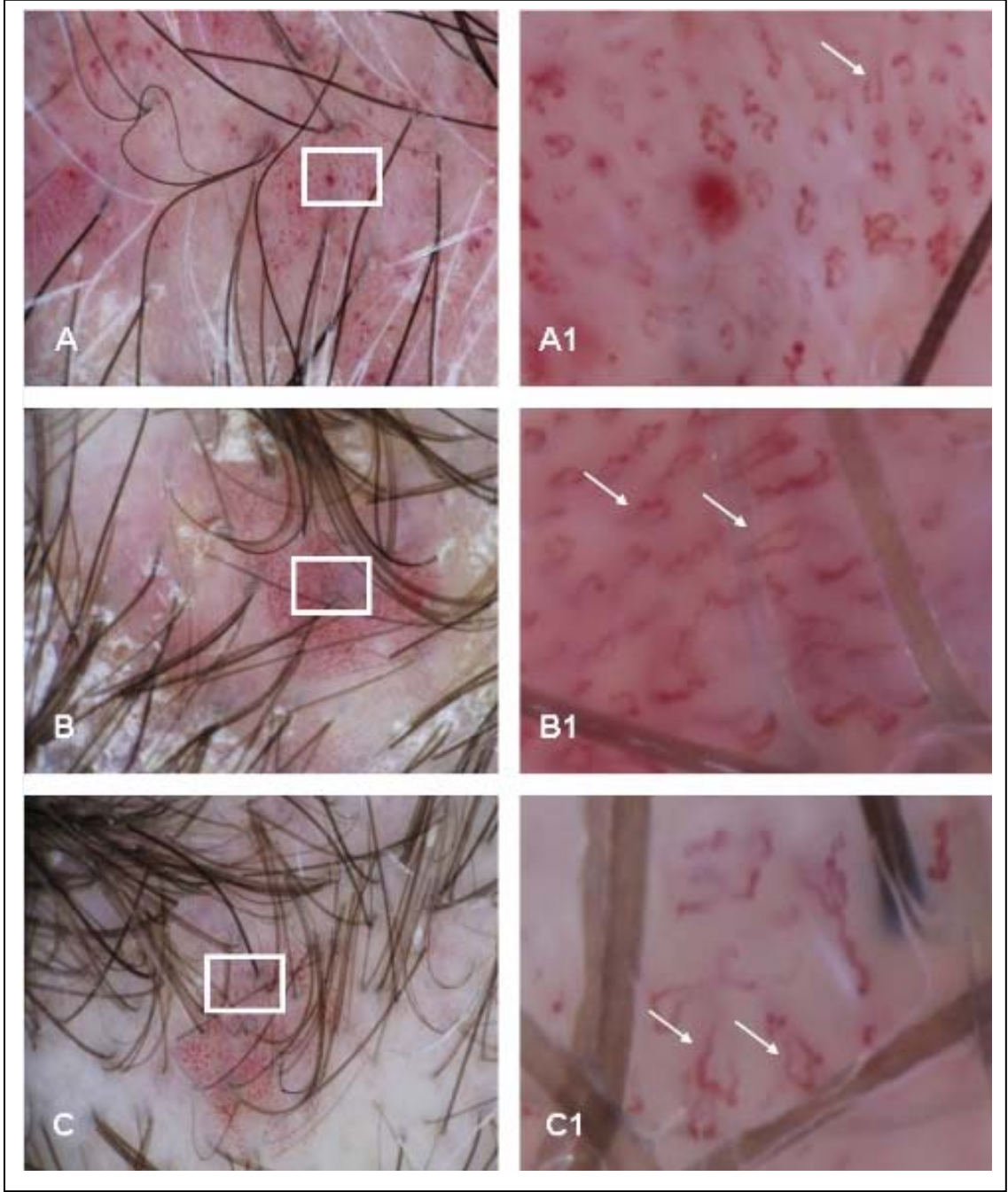
Şekil 1. Bulguların tanılara göre dağılımı

Dermoskopik görüntülerimizdeki, basit luplara Şekil 2’de, kıvrımlı luplara Şekil 3’de, dallanan damarlara Şekil 4’de, glomerüler damarlara Şekil 5’de, kırmızı nokta-globüllere

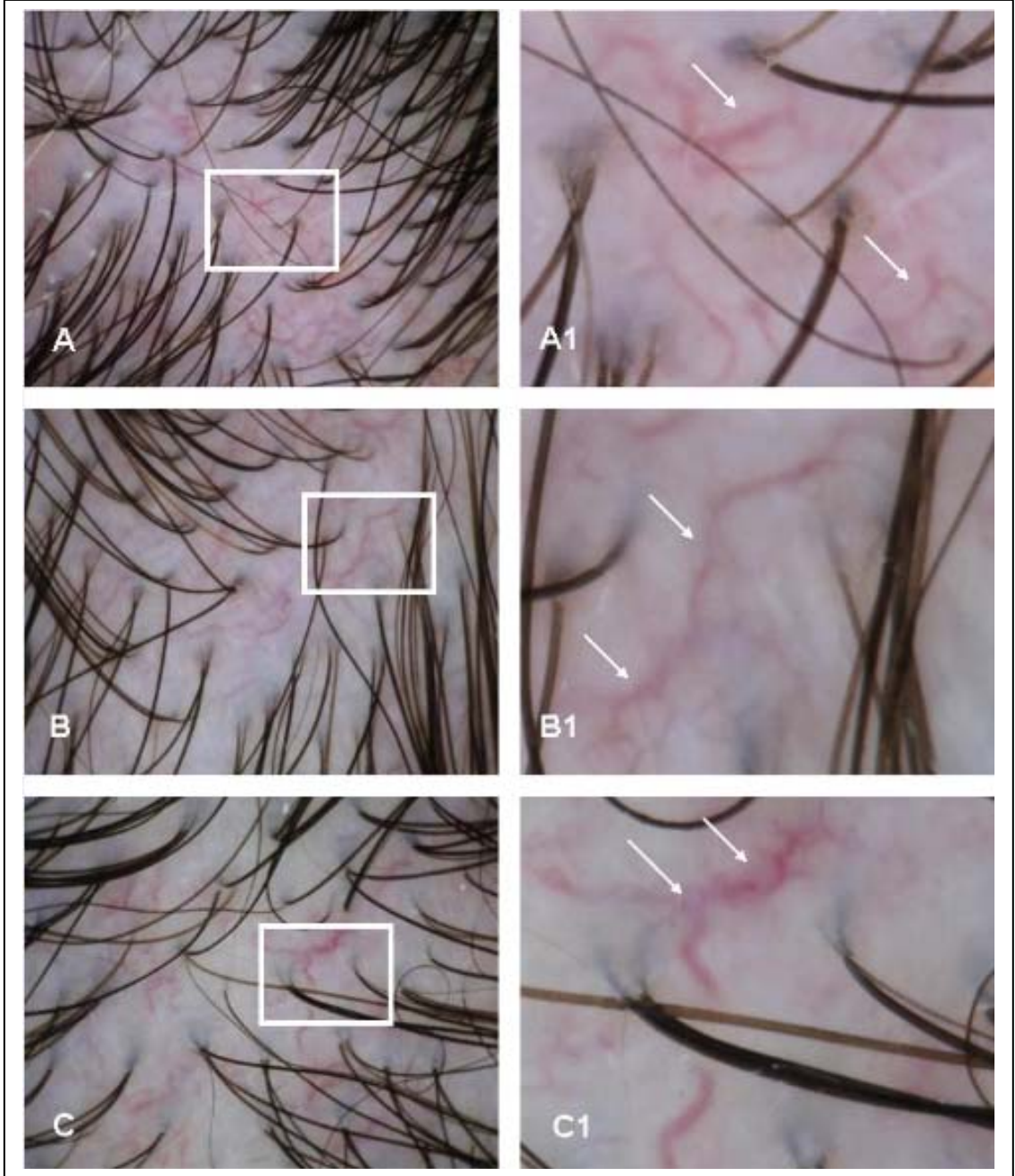
Şekil 6'da, polimorfik boncuklu çizgi-dairelere Şekil 7'de, şekilsiz bölgelere de Şekil 8'de örnekler gösterilmiştir.



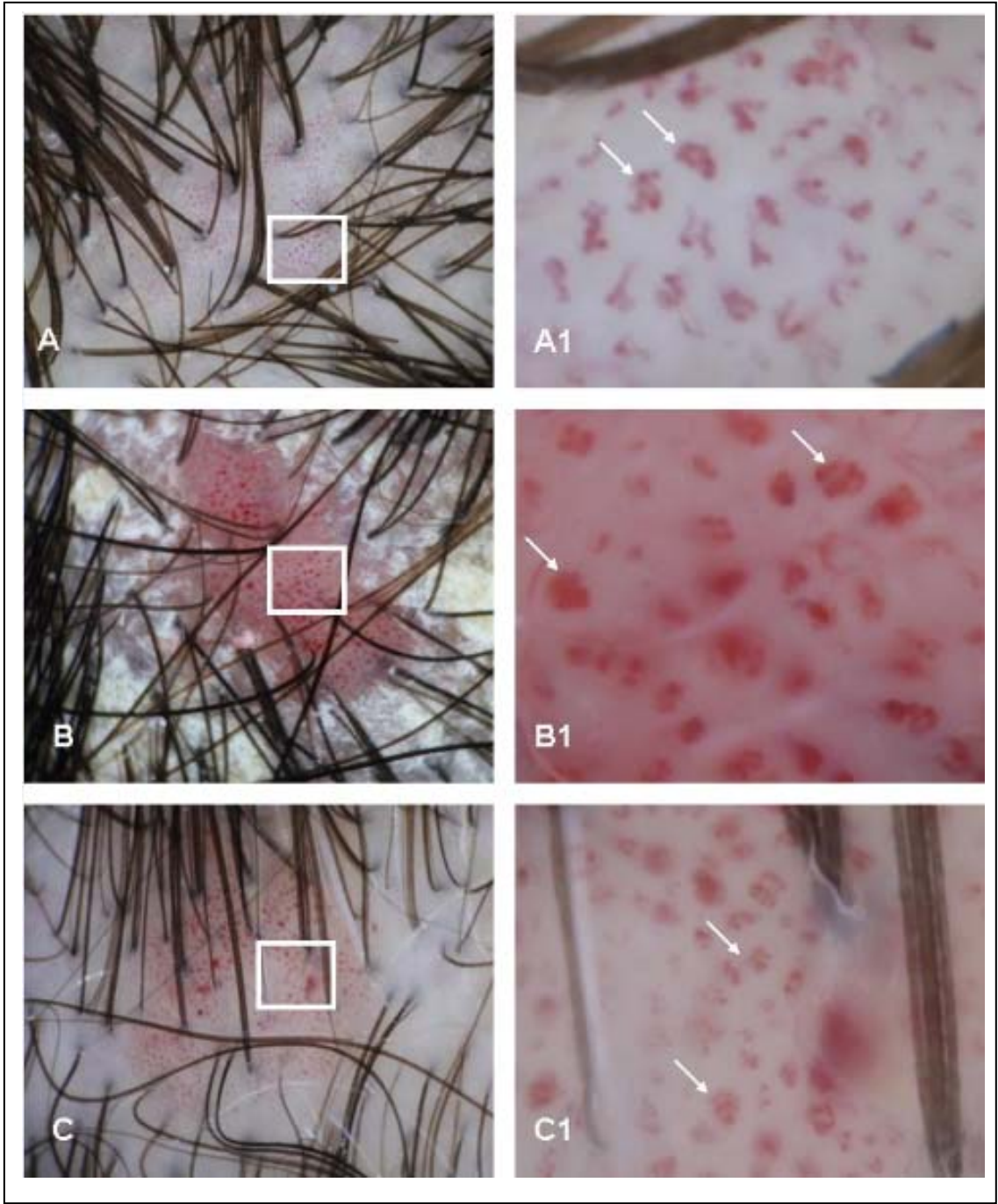
Şekil 2. Çalışmamızda yetmiş beşinci (A, A1), yetmiş sekizinci (B, B1) ve altmış birinci (C, C1) sırada yer alan seboreik dermatit hastalarının dermoskopisinde izlenen basit lup örnekleri (oklar)



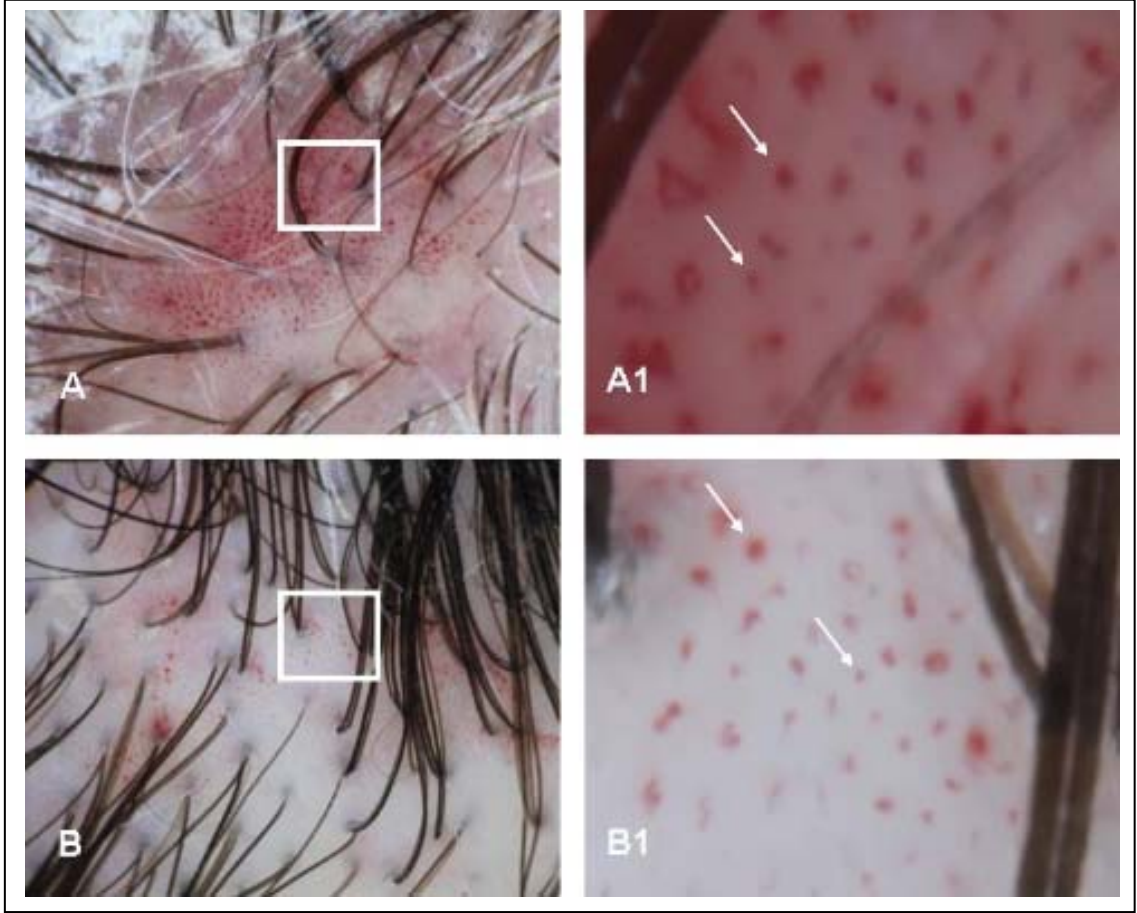
Şekil 3. Çalışmamızda otuz yedinci (A, A1 ve B, B1) ve otuz altıncı (C, C1) sırada yer alan psoriasis hastalarının dermoskopisinde izlenen kıvrımlı lup örnekleri (oklar)



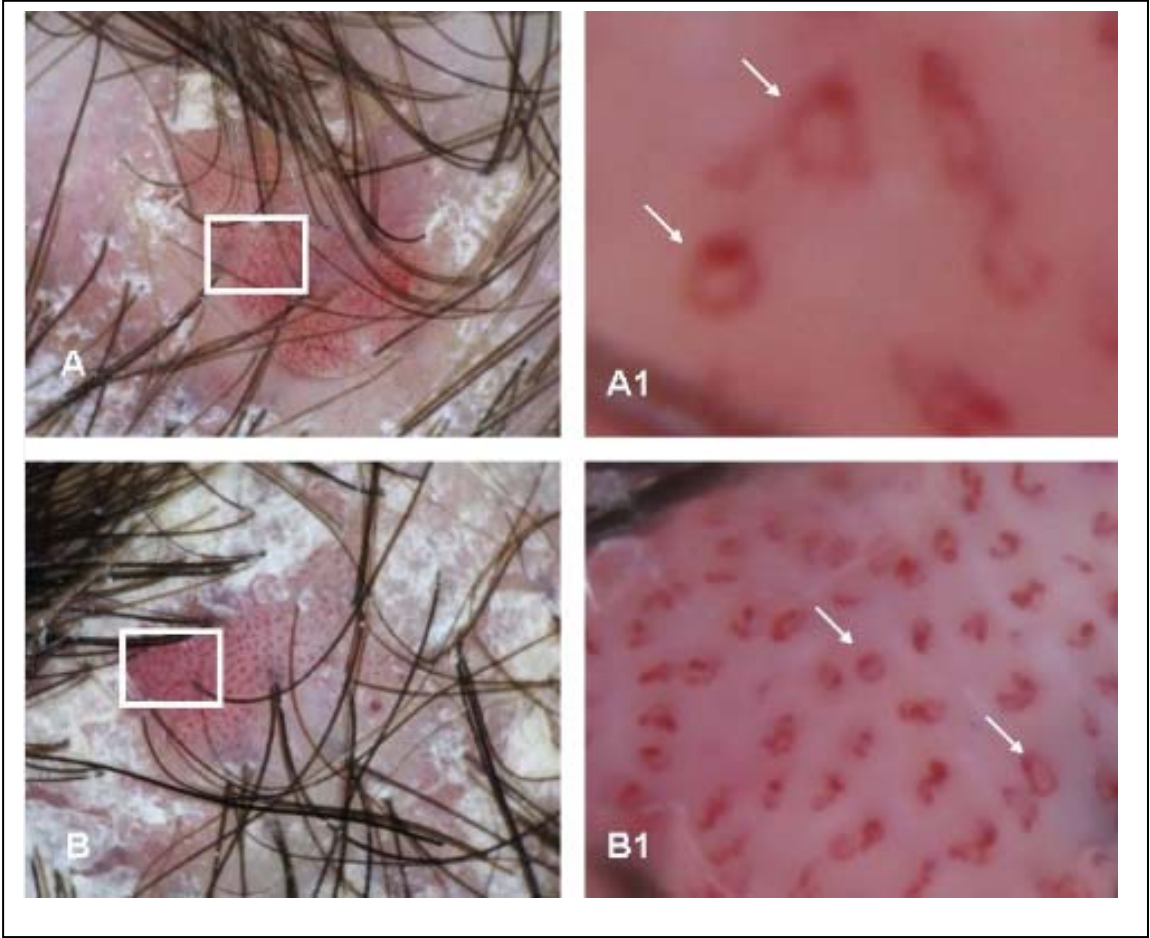
Şekil 4. Çalışmamızda onbeşinci (A, A1 ve B, B1) ve kırk yedinci (C, C1) sırada yer alan seboreik dermatit hastalarının dermoskopisinde izlenen dallanan damar örnekleri (oklar)



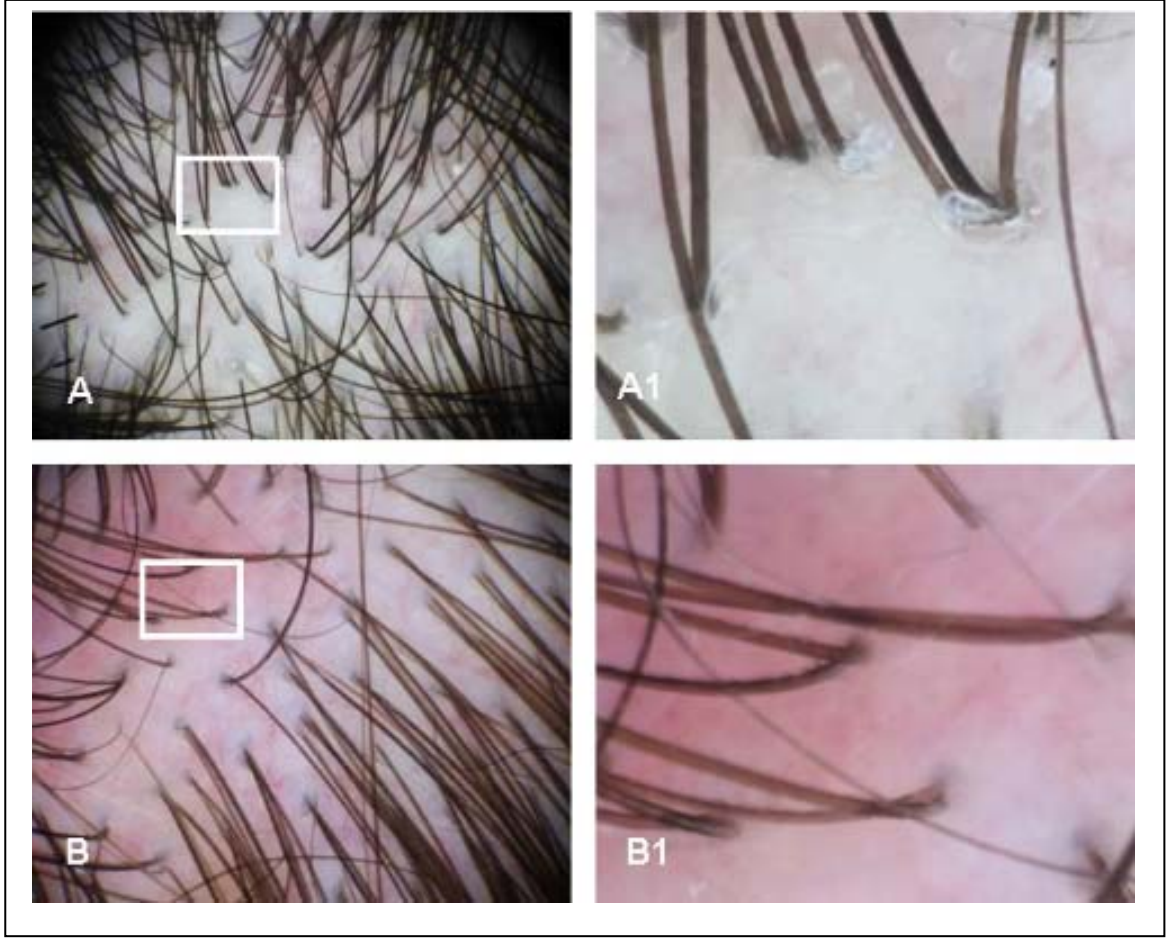
Şekil 5. Çalışmamızda yetmiş yedinci (A, A1), yirmi yedinci (B, B1) ve altmışıncı (C, C1) sırada yer alan psoriasis hastalarının dermoskopisinde izlenen glomerüler damar örnekleri (oklar)



Şekil 6. Çalışmamızda otuz birinci sırada yer alan psoriasis hastasının (A, A1) ve kırk üçüncü sırada yer alan seboreik dermatit hastasının (B, B1) dermoskopisinde izlenen kırmızı nokta-globül örnekleri (oklar)



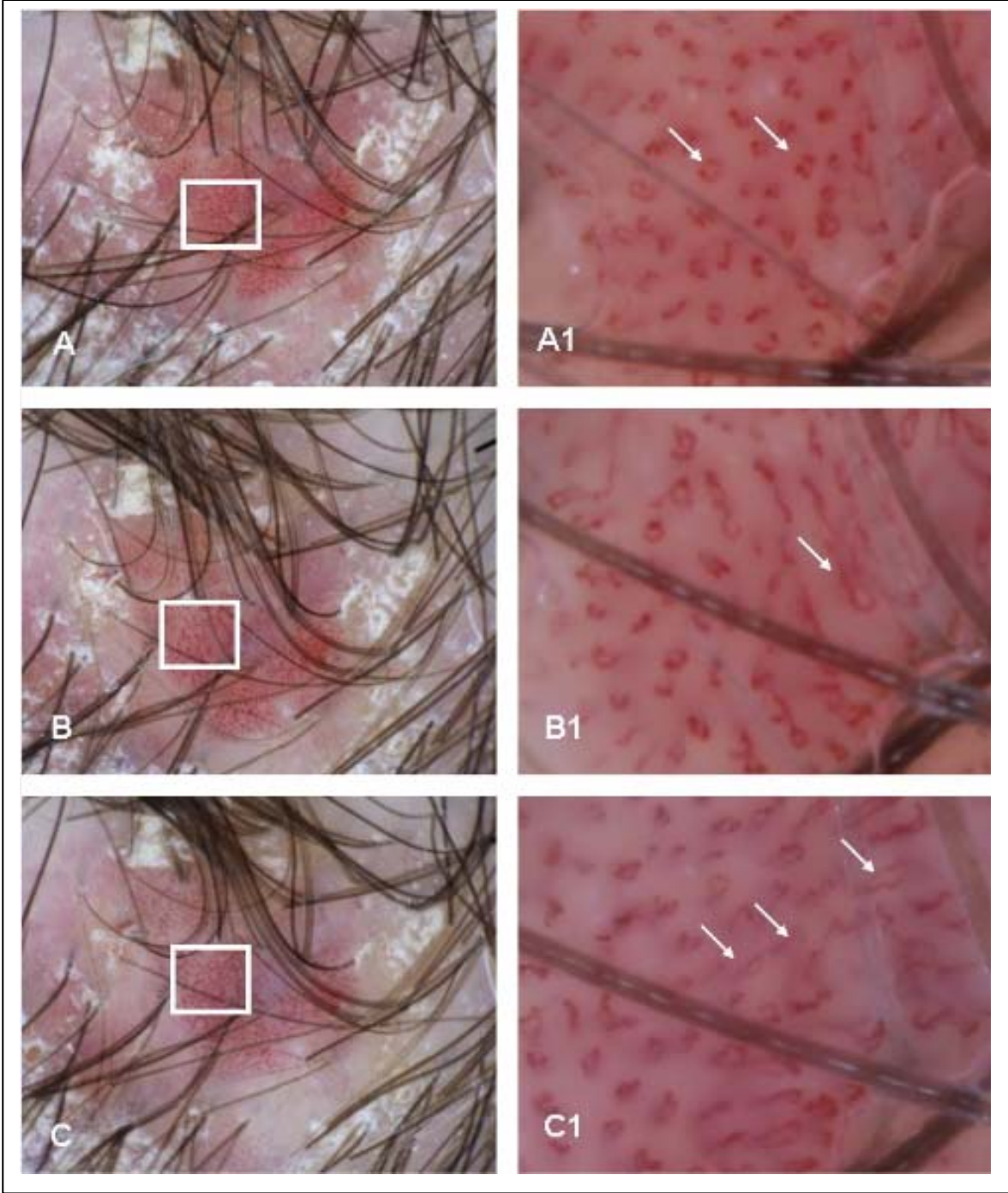
Şekil 7. Çalışmamızda otuz altıncı (A, A1) ve seksen altıncı (B, B1) sırada yer alan psoriasis hastalarının dermoskopisinde izlenen polimorfik boncuklu çizgi-daire örnekleri (oklar)



Şekil 8. Çalışmamızda yirmi ikinci sırada (A, A1) ve on dokuzuncu sırada (B, B1) yer alan seboreik dermatit hastalarının dermoskopisinde izlenen şekilsiz bölge örnekleri

Şekil 9’da ise aynı lezyonun dik açılarda çekilen fotoğraflarında polimorfik boncuklu çizgi-daire şeklinde gördüğümüz kapillerlerin, tanjansiyel açıda yapılan çekimlerde kıvrımlı luplar olarak görüldüğü izlenmektedir.

Bulgularımızın iki gruptaki sensitivite ve spesifite değerlerini hesapladığımızda, psoriasis grubunda %80.4 ile kıvrımlı lupların en sensitif, %96 ile glomerüler damarlar ve kırmızı nokta-globüllerin en spesifik; SD grubunda %80 ile basit lupların en sensitif, %97.8 ile dallanan damarların en spesifik bulgu olduğunu saptadık (Tablo 4). Bazı bulgularımızın birlikte görülme oranlarını da gruplar arasında karşılaştırdık (Tablo 5).



Şekil 9. Çalışmamızda otuz altıncı sırada yer alan psoriasis hastasının lezyonunda, dik açıda yapılan çekimde saptadığımız polimorfik boncuklu çizgi-daireler (A, A1), tanjansiyel açıda yapılan çekimde kıvrımlı lular (B, B1 ve C, C1) haline dönmekte

Tablo 4. Psoriasis ve seboreik dermatit grubu olgularda bulguların sensitivite ve spesifite değerleri

	Psoriasis Grubu		Seboreik Dermatit Grubu	
	Sensitivite %	Spesifite %	Sensitivite %	Spesifite %
Basit lup	6.5	20.0	80.0	93.5
Dallanan damar	2.2	50.0	50.0	97.8
Kıvrımlı lup	80.4	80.0	20.0	19.6
Glomerüler damar	60.9	96.0	4.0	39.1
Kırmızı nokta-globül	21.7	96.0	4.0	78.3
Polimorfik boncuklu çizgi-daire	71.7	92.0	8.0	28.3
Şekilsiz bölge	6.5	96.0	4.0	93.5

Tablo 5. Bulguların bir arada görülme oranları dağılımı

		Psoriasis		Seboreik Dermatit		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Basit lup + dallanan damar	var	0	0.0	18	36.0	18	18.8	<0.001*
	yok	46	100.0	32	64.0	78	81.3	
Kıvrımlı lup + glomerüler damar	var	26	56.5	2	4.0	28	29.2	<0.001*
	yok	20	43.5	48	96.0	68	70.8	
Kıvrımlı lup + kırmızı nokta-globül	var	7	15.2	0	0.0	7	7.3	0.004*
	yok	39	84.8	50	100.0	89	92.7	
Kıvrımlı lup + polimorfik boncuklu çizgi-daire	var	33	71.7	2	4.0	35	36.5	<0.001*
	yok	13	28.3	48	96.0	61	63.5	
Glomerüler damar + kırmızı nokta-globül	var	9	19.6	0	0.0	9	9.4	0.001*
	yok	37	80.4	50	100.0	87	90.6	
Glomerüler damar + polimorfik boncuklu çizgi-daire	var	21	45.7	0	0.0	21	21.9	<0.001*
	yok	25	54.3	50	100.0	75	78.1	
Kırmızı nokta-globül + polimorfik boncuklu çizgi-daire	var	7	15.2	0	0.0	7	7.3	0.004*
	yok	39	84.8	50	100.0	89	92.7	
Glomerüler damar + kırmızı nokta-globül + polimorfik boncuklu çizgi-daire	var	6	13.0	0	0.0	6	6.3	0.010*
	yok	40	87.0	50	100.0	90	93.8	
Kıvrımlı lup + glomerüler damar + kırmızı nokta-globül + polimorfik boncuklu çizgi-daire	var	6	13.0	0	0.0	6	6.3	0.010*
	yok	40	87.0	50	100.0	90	93.8	

ki-kare testi, *p<0.05.

Bu birlikteliklerin sensitivite ve spesifite değerlerini hesapladığımızda ise bulguların tek başlarına sahip oldukları sensitivite ve spesifite değerlerinden farklılıklar olduğunu gördük (Tablo 6).

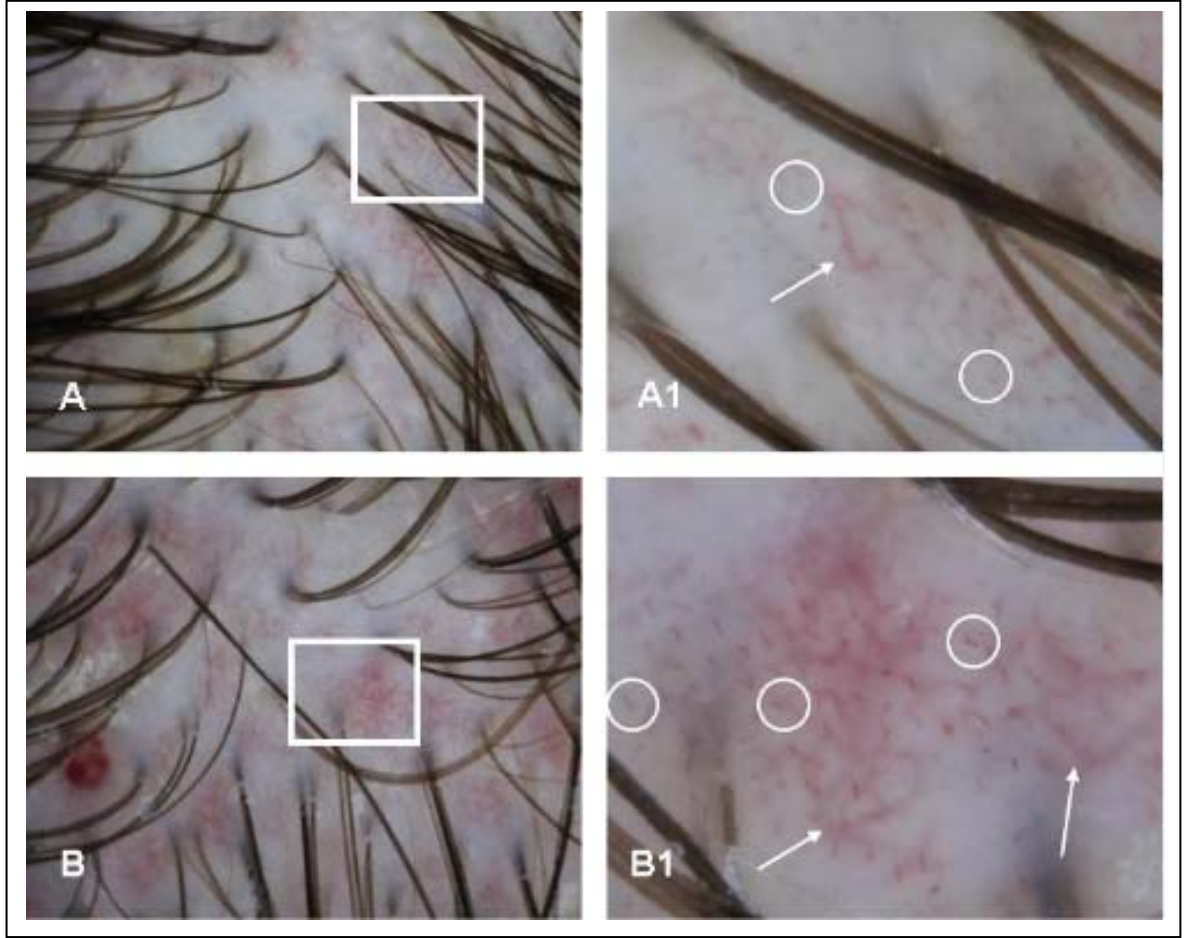
Tablo 6. Psoriasis ve seboreik dermatit gruplarında, bulguların bir arada bulunmaları durumundaki sensitivite ve spesifite değerleri

	Psoriasis		Seboreik Dermatit	
	Sensitivite %	Spesifite %	Sensitivite %	Spesifite %
Basit lup + dallanan damar	0.0	64.0	36.0	100.0
Kıvrımlı lup + glomerüler damar	56.5	96.0	4.0	43.5
Kıvrımlı lup + kırmızı nokta-globül	15.2	100.0	0.0	84.8
Kıvrımlı lup + polimorfik boncuklu çizgi-daire	71.7	96.0	4.0	28.3
Glomerüler damar + kırmızı nokta-globül	19.6	100.0	0.0	80.4
Glomerüler damar + polimorfik boncuklu çizgi-daire	45.7	100.0	0.0	54.3
Kırmızı nokta-globül + polimorfik boncuklu çizgi-daire	15.2	100.0	0.0	84.8
Glomerüler damar + kırmızı nokta-globül + polimorfik boncuklu çizgi-daire	13.0	100.0	0.0	87.0
Kıvrımlı lup + glomerüler damar + kırmızı nokta-globül + polimorfik boncuklu çizgi-daire	13.0	100.0	0.0	87.0

Seboreik dermatit hastalarımızın 18'inde (%36) hem basit lupları hem de dallanan damarları saptadık ve bazı lezyonlarda bu iki paterni bir arada görüntüledik (Şekil 10).

Bulguların cinsiyetler arasındaki dağılımı incelendiğinde, iki grupta da anlamlı bir istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 7 ve 8).

Psoriasis grubunda ayrıca, bulguların tırnak tutulumu ve artralji varlığına göre dağılımı da incelendi. Hem tırnak tutulumu hem de artralji açısından bulguların dağılımında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı (Tablo 9 ve 10).



Şekil 10. Çalışmamızda altmış dördüncü (A, A1) ve otuz üçüncü (B, B1) sırada yer alan seboreik dermatit hastalarımızın çekimlerinde basit lupları (halkalar) ve daha derinde daha soluk olarak görülen dallanan damar paternini (oklar) bir arada saptadık

Tablo 7. Psoriasis grubu olgularda bulguların cinsiyetlere göre dağılımı

		Kadın		Erkek		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Basit lup	var	1	4.8	2	8.0	3	6.5	0.658
	yok	20	95.2	23	92.0	43	93.5	
Kıvrımlı lup	var	19	90.5	18	72.0	37	80.4	0.116
	yok	2	9.5	7	28.0	9	19.6	
Dallanan damar	var	1	4.8	0	0.0	1	2.2	0.270
	yok	20	95.2	25	100.0	45	97.8	
Şekilsiz bölge	var	0	0.0	3	12.0	3	6.5	0.101
	yok	21	100.0	22	88.0	43	93.5	
Glomerüler damar	var	13	61.9	15	60.0	28	60.9	0.895
	yok	8	38.1	10	40.0	18	39.1	
Kırmızı nokta-globül	var	4	19.0	6	24.0	10	21.7	0.685
	yok	17	81.0	19	76.0	36	78.3	
Polimorfik boncuklu çizgi- daire	var	16	76.2	17	68.0	33	71.7	0.539
	yok	5	23.8	8	32.0	13	28.3	

ki-kare testi.

Tablo 8. Seboreik dermatit grubu olgularda bulguların cinsiyetlere göre dağılımı

		Kadın		Erkek		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Basit lup	var	20	80.0	20	80.0	40	80.0	1.000
	yok	5	20.0	5	20.0	10	20.0	
Kıvrımlı lup	var	6	24.0	4	16.0	10	20.0	0.480
	yok	19	76.0	21	84.0	40	80.0	
Dallanan damar	var	11	44.0	14	56.0	25	50.0	0.396
	yok	14	56.0	11	44.0	25	50.0	
Şekilsiz bölge	var	1	4.0	1	4.0	2	4.0	1.000
	yok	24	96.0	24	96.0	48	96.0	
Glomerüler damar	var	2	8.0	0	0.0	2	4.0	0.149
	yok	23	92.0	25	100.0	48	96.0	
Kırmızı nokta- globül	var	1	4.0	1	4.0	2	4.0	1.000
	yok	24	96.0	24	96.0	48	96.0	
Polimorfik boncuklu çizgi- daire	var	2	8.0	2	8.0	4	8.0	1.000
	yok	23	92.0	23	92.0	46	92.0	

ki-kare testi.

Tablo 9. Psoriasis grubu olgularda bulguların tırnak tutulumuna göre dağılımı

		Tırnak tutulumu olan		Tırnak tutulumu olmayan		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Basit lup	var	1	4.3	2	8.7	3	6.5	0.550
	yok	22	95.7	21	91.3	43	93.5	
Kıvrımlı lup	var	19	82.6	18	78.3	37	80.4	0.710
	yok	4	17.4	5	21.7	9	19.6	
Dallanan damar	var	0	0.0	1	4.3	1	2.2	0.312
	yok	23	100.0	22	95.7	45	97.8	
Şekilsiz bölge	var	1	4.3	2	8.7	3	6.5	0.550
	yok	22	95.7	21	91.3	43	93.5	
Glomerüler damar	var	14	60.9	14	60.9	28	60.9	1.000
	yok	9	39.1	9	39.1	18	39.1	
Kırmızı nokta- globül	var	3	13.0	7	30.4	10	21.7	0.153
	yok	20	87.0	16	69.6	36	78.3	
Polimorfik boncuklu çizgi- daire	var	18	78.3	15	65.2	33	71.7	0.326
	yok	5	21.7	8	34.8	13	28.3	

ki-kare testi.

Tablo 10. Psoriasis grubu olgularda bulguların artralji varlığına göre dağılımı

		Artralji olan		Artralji olmayan		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Basit lup	var	1	7.1	2	6.3	3	6.5	0.910
	yok	13	92.9	30	93.8	43	93.5	
Kıvrımlı lup	var	12	85.7	25	78.1	37	80.4	0.550
	yok	2	14.3	7	21.9	9	19.6	
Dallanan damar	var	0	0.0	1	3.1	1	2.2	0.504
	yok	14	100.0	31	96.9	45	97.8	
Şekilsiz bölge	var	1	7.1	2	6.3	3	6.5	0.910
	yok	13	92.9	30	93.8	43	93.5	
Glomerüler damar	var	7	50.0	21	65.6	28	60.9	0.318
	yok	7	50.0	11	34.4	18	39.1	
Kırmızı nokta- globül	var	2	14.3	8	25.0	10	21.7	0.418
	yok	12	85.7	24	75.0	36	78.3	
Polimorfik boncuklu çizgi- daire	var	11	78.6	22	68.8	33	71.7	0.496
	yok	3	21.4	10	31.3	13	28.3	

ki-kare testi.

Bulguların hastalık süresi ve hastalık şiddeti ile korelasyonu olup olmadığını anlamak için yapılan Spearman korelasyon analizinde de her iki hasta grubu için de korelasyon görülmedi (Tablo 11 ve 12).

Tablo 11. Psoriasis grubu olgularda bulguların hastalık süresi (ay) ve Psoriasis Saçlı Deri Şiddet İndeksi ile korelasyonu

	Hastalık süresi(ay)		PSSİ	
	r	p	r	p
Basit lup	0.023	0.878	-0.155	0.303
Kıvrımlı lup	-0.050	0.742	0.267	0.073
Dallanan damar	-0.141	0.349	-0.229	0.126
Şekilsiz bölge	-0.040	0.792	-0.078	0.608
Glomerüler damar	-0.148	0.325	0.091	0.550
Kırmızı nokta-globül	-0.082	0.589	0.182	0.226
Polimorfik boncuklu çizgi-daire	0.013	0.933	0.255	0.087

PSSİ: Psoriasis Saçlı Deri Şiddet İndeksi

Spearman korelasyon analizi, **r:** Spearman korelasyon katsayısı.

Tablo 12. Seboreik dermatit grubu olgularda bulguların hastalık süresi (ay) ve Seboreik Dermatit Saçlı Deri Şiddet İndeksi ile korelasyonu

	Hastalık süresi (ay)		SDSSİ	
	r	p	r	p
Basit lup	-0.113	0.433	0.094	0.517
Kıvrımlı lup	0.099	0.492	-0.191	0.183
Dallanan damar	0.116	0.424	-0.133	0.357
Şekilsiz bölge	0.164	0.256	0.014	0.921
Glomerüler damar	0.057	0.695	-0.134	0.354
Kırmızı nokta-globül	-0.117	0.417	-0.069	0.636
Polimorfik boncuklu çizgi-daire	0,031	0,832	0,162	0,261

SDSSİ: Seboreik Dermatit Saçlı Deri Şiddet İndeksi

Spearman korelasyon analizi, **r:** Spearman korelasyon katsayısı.

Çalışmaya katılan hastalarımıza ait demografik özellikler ve dermoskopik incelemeyle elde edilen görüntüleri CD’de sunulmuştur (Ek-IV).

TARTIŞMA

Psoriasis ve SD, tüm dünyada sık görülen hastalıklardır. Her ikisi de relaps ve iyileşme dönemleriyle hayat boyu devam edebilir ve etiyolojileri hâlâ net olarak aydınlatılamamıştır.

Her iki cinsi eşit oranda etkileyen, en sık üçüncü dekatta başlayan psoriasiste aile anamnezi, çeşitli çalışmalarda %10-30 arasında bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da psoriasis hastalarının %45.7'si kadın, %54.3'ü erkekti; %34.7'sinde başlangıç yaşı 20-30 arasındaydı ve %23.9'unda aile öyküsü pozitif. En sık diz ve dirsek gibi eklemlerin ekstansör yüzlerinde, gövdede ve saçlı deride yerleşen deri lezyonlarına ek olarak, %10-55 oranında tırnakları da tutabilen psoriasiste %5-8 oranında artrit geliştiği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da psoriasis hastalarının %87'sinde gövde ve ekstremitelerle birlikte saçlı deride, %13'ünde ise sadece saçlı deride psoriasis lezyonları vardı; iki hastada (%4.3) psoriatik artrit tanısı olmakla birlikte, 12 hastada (%30.4) artralji yakınmaları mevcuttu; hastalarımızın %50'sinde de pitting, onikoliz, sarı yağlı leke (Salmon lekeleri) gibi tırnak değişiklikleri saptadık. Psoriasis grubuna ilişkin bu bulgularımız literatür ile uyumluydu.

Erkekleri biraz daha sık etkileyen SD'de ise netleşmiş bir genetik yatkınlık bulunmamaktadır ve erişkinlerde sıklıkla 3-4. dekatta, infantlarda ise ilk üç ayda görülür. Lezyonlar en sık yüzde ve saçlı deride görülmekle birlikte, presternal ve interskapular bölgeler, intertrijinöz alanlar da tutulabilir. Bizim çalışmamızdaki SD hastalarının %50'si erkek, %50'si kadındı; %28'inde aile öyküsü mevcuttu; yaşları 19-73 arasında değişmekle birlikte 27 hasta (%54) 20-40 yaşları arasındaydı; hastalarımızın %54'ünde saçlı deride ve

yüzde, %36'sında sadece saçlı deride, %10'unda ise saçlı deride, yüzde ve gövdede SD lezyonları mevcuttu ve bu bulgularımız literatür ile uyumluydu.

Saçlı deri, psoriasisın bütün klinik formlarında hastalığın başlangıcında veya seyri sırasında en sık etkilenen bölgelerden biridir. Psoriasisli olguların yaklaşık %50-80'inde tek başına veya diğer bölge psoriasis ile birlikte bulunur (6,34). Saçlı derinin, tırnakların ve intertrijinoz bölgelerin tutulumu, psoriatik artrit gelişimi açısından risk faktörleri olarak görülmektedir (35). Psoriasis ve seboreik dermatit ayrımı, genellikle kolay olsa da, bazen, lezyonların sadece saçlı deride olduğu durumlarda zorlaşabilmektedir. Bu iki hastalığın ayrımı uzun dönem prognoz açısından ya da örneğin eklem ağrıları varlığında önemli hâle gelmektedir.

Dermoskopi kolay uygulanabilen, düşük maliyetli ve noninvaziv bir yöntemdir. Şimdiye dek en çok pigmente deri lezyonlarının ayrımında kullanılsa da son yıllarda pek çok deri hastalığının tanısında yararlı şekilde kullanılmaya başlanan dermoskopinin; saçlı deride, psoriasis ve SD ayrımında da kullanılabileceği ortaya konmuştur.

Psoriasis lezyonları, 1950'li yıllardan bu yana stereomikroskop ya da videodermoskop aracılığı ile incelenmektedir. Bulgular vasküler yapılar üzerine yoğunlaşmıştır ve psoriasis lezyonlarında artmış bir vaskülarite gösterilmiştir. Psoriatik plaklardaki kapillerlerin genişlemiş ve kıvrımlı görüntüsü dikkati çekmiştir; bu görüntünün sebebinin lezyondaki damar artışına mı yoksa var olan damarların genişlemesine mi bağlı olduğuna ilişkin kesinleşmiş bir görüş yoktur (110). Psoriasisin histopatolojisinde de epidermiste kalınlaşmanın, inflamatuvar değişikliklerin yanı sıra papiller dermisteki kapillerlerde genişleme ve uzama izlenmektedir. Psoriasisde izlenen bu mikrovasküler değişikliklerin sebebi hâlâ net değildir. VEGF, anjiopoetiner, IL-8 ve dönüştürücü büyüme faktörü (transforming growth factor- α , TGF- α) gibi anjiogenik faktörler epidermal keratinositlerden, mast hücrelerinden, monositlerden ve nötrofillerden salınmakta ve özellikle VEGF psoriasisdeki anjiogenezde en önemli sorumlu olarak görülmektedir.

Psoriasis lezyonlarının videodermoskopik incelemelerinde, kapillerler genişlemiş ve boğumlu bir hâl almış şekilde görülür ve "gür kapillerler" (bushy capillaries) şeklinde ifade edilir. Bununla beraber Vázquez-López ve ark. (120) 2003'te el dermoskobu ile yaptıkları çalışmada psoriasis lezyonlarındaki belirleyici vasküler bulguyu kırmızı globüller olarak tanımlamışlar ve büyük büyütmelerde bunların boğum yapmış kıvrımlı kapillerler olduğunu göstermişlerdir. Uzamış dermal papillalardaki kıvrımlı kapillerlere karşılık gelen ve psoriasis için spesifik kabul edilen kırmızı globülleri bazı liken planus hastalarında görmeleri nedeni ile

bunların aslında epidermal hiperplazi ve uzamış papillalar ile ilişkili olduğunu düşünmüşlerdir.

Daha sonra 2008’de, yine el dermoskobu aracılığı ile yapılan bir çalışmada psoriasis, süperfisyal bazal hücreli karsinom ve intraepitelyal karsinom ayrımı yapılmaya çalışılmış ve psoriasis lezyonlarında, homojen ve ışınsal dizilimli olarak dağılmış kırmızı noktalar en belirleyici tanı kriteri olarak kabul edilmiştir. Bu kırmızı noktaların; psoriasisin, özellikle lezyonun soliter olması durumunda, süperfisyal bazal hücreli karsinom, intraepitelyal karsinom gibi hastalıklardan ayrımında kullanılabileceği gösterilmiştir (98).

Önceleri gövde ve ekstremitelerdeki psoriasis lezyonlarında yapılan dermoskopik incelemeler, saçlı deri lezyonlarına da uygulanmaya başlanmıştır. Ross ve ark. (112) 2006’da psoriasis, SD ve alopesi areata gibi çeşitli saçlı deri ve saç hastalıkları olan 220 hastanın ve 15 sağlıklı gönüllünün videodermoskopik görüntülerinden yola çıkarak spesifik interfoliküler ve foliküler paternler tarif etmişlerdir. İnterfoliküler paternleri vasküler ve nonvasküler olarak ikiye ayırmışlardır. İnterfoliküler vasküler paternler; interfoliküler kıvrımlı lup, interfoliküler basit lup ve dallanan damardır. Tanjansiyel açıda görüntülenen interfoliküler kıvrımlı lupların, dermal papillalardaki genişlemiş kapillerlere karşılık geldiğini ve psoriasisin yanı sıra psoriasiform hiperplazinin görüldüğü sebopsoriasiste de görülebileceğini ortaya koymuşlardır. Videodermoskopi probunun saçlı deriye dik açıda yerleştirilmesi durumunda bu interfoliküler kıvrımlı lupların, küçük büyütmelede kırmızı nokta ve globüller, büyük büyütmelede ise polimorfik boncuklu çizgi ve daireler şeklinde görüleceğini belirtmişlerdir. İnterfoliküler basit lupların ise papiller dermisteki normal kapillerlere karşılık geldiğini, sağlıklı saçlı deride ve DLE dışındaki tüm saçlı deri dermatozlarında görülebileceğini bildirmişlerdir. DLE’de interfoliküler lupların olmamasını ise bu hastalıkta görülen atrofiye bağlamışlardır. Dallanan damarların ise subpapiller pleksusa karşılık geldiğini ve subpapiller pleksustaki damarlarda genişleme ve perivasküler inflamasyonun görüldüğü SD’ye özgün bulgu olduğunu ortaya koymuşlardır.

Kim ve ark. (114) 2010’da yaptıkları çalışmada, saçlı deride psoriasis ve SD ayrımında kırmızı nokta-globüller, interfoliküler kıvrımlı luplar ve dallanan damarların yanı sıra glomerüler damar varlığını da kullanmışlardır. Bu noktada literatürdeki terminoloji çeşitliliğinin fazla olduğunu söyleyebiliriz. Glomerül ağına benzerliği nedeni ile glomerüler damar olarak belirtilen ve gür kapillerlere karşılık geldiğini düşündüğümüz bu paternin de aslında, kırmızı nokta ve globüller gibi, interfoliküler kıvrımlı lupların dik açıdaki görüntüleri olduğu kanısındayız.

Biz de çalışmamızda interfoliküler kıvrımlı lupları psoriasis hastalarının %80.4'ünde, SD hastalarının %20'sinde; kırmızı nokta-globülleri psoriasis hastalarının %21.7'sinde, SD hastalarının %4'ünde; polimorfik boncuklu çizgi-daireleri psoriasis hastalarının %71.7'sinde, SD hastalarının %8'inde; glomerüler damarları ise psoriasis hastalarının %60.9'unda, SD hastalarının %4'ünde saptadık. Dört paternin de psoriasis hastalarındaki görülme sıklığı, SD hastalarındakinden literatür ile uyumlu olarak anlamlı derecede yüksekti. Glomerüler damarlar ile kırmızı nokta-globüller %96 ile en yüksek spesifiteye; kıvrımlı luplar ise %80.4 ile en yüksek sensitiviteye sahip bulgulardı. Bu dermoskopik bulguların, farklı birlikteliklerini gruplar arasında karşılaştırdığımızda da tüm birlikteliklerin psoriasis grubunda SD grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu saptadık. Yine bu birlikteliklerin sensitivite-spesifite değerlendirmelerinde kıvrımlı lup ve polimorfik boncuklu çizgi-daire birlikteliğinin, %71.7 ile en yüksek sensitiviteye sahip ikili iken, tüm birlikteliklerin %96-100 arasında spesifiteleri olduğunu gördük. Dolayısıyla bu bulgulardan iki veya daha fazlasını bir arada görmenin tanıyı SD'den uzaklaştıracağını düşündük. Psoriasis lezyonlarındaki bu bulguları farklı birlikteliklerde, ancak her zaman homojen paternde saptadık.

İnterfoliküler basit lupları, SD hastalarının %80'inde, psoriasis hastalarının ise %6.5'inde; dallanan damar paternini ise SD hastalarının %50'sinde, psoriasis hastalarının %2.2'sinde saptadık. İnterfoliküler basit lup ve dallanan damarların SD hastalarındaki görülme sıklığı, psoriasis hastalarındakinden literatür ile uyumlu olarak anlamlı derecede yüksekti. Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu bulunmasa da, literatürde interfoliküler basit lupların sağlıklı saçlı deride de görülebileceği bildirilmiştir. Dallanan damarların ise subpapiller pleksustaki damarlarda genişleme ve perivasküler inflamasyonun görüldüğü SD'de, bu histopatolojik değişikliklerin sonucunda oluştuğu kabul edilmektedir. Biz basit lupların SD'deki sensitivitesini (%80), dallanan damarların sensitivitesinden (%50) yüksek bulsak da; basit lupların spesifitesini (%93.5) dallanan damarların spesifitesinden (%97.8) düşük saptadık ve dallanan damarların SD için daha anlamlı bir bulgu olduğunu düşündük. Bu iki bulgunun birlikte olması durumunda ise spesifite %100'e ulaştı. Bu sebeple psoriasis-SD ayırımında lezyonlarda, interfoliküler basit lupların dallanan damarlar ile birlikte saptanmasının psoriasis tanısını kesin olarak ekarte ettireceği sonucuna ulaştık.

Şekilsiz bölgelerin varlığı açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmaması nedeni ile şekilsiz bölgenin iki hastalığın ayırımında kullanılabilecek bir patern olmadığını düşündük.

Şimdiye kadarki çalışmalarda yapılmamışken, biz, incelediğimiz dermoskopik paternlerin cinsiyete göre dağılımına baktık, ancak hem psoriasis hem de SD grubunda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamadık. Bunun sebebinin, hastalığın histopatolojisinde cinsiyetler arasında bir fark olmamasından kaynaklandığını düşündük. Ayrıca psoriasis grubunda, tırnak tutulumu ve artralji varlığı ile bulguları karşılaştırdığımızda, hem tırnak tutulumu olan ve olmayanlarda, hem de artraljisi olan ve olmayanlarda bulguların görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamadık. Bu da bize bulguların tırnak tutulumu ya da artralji açısından prognostik bir belirteç olamayacağını düşündürdü.

Psoriasiste interfoliküler kıvrımlı lup, polimorfik boncuklu daire gibi bulguların dermisteki kapillerlerdeki uzama ve genişlemeye bağlı olmasından yola çıkarak, hastalık şiddeti arttıkça bu bulguların görülme sıklığının da artacağı düşünülebilirse de, biz, iki grupta da bulgularımızın, hastalık süreleri ve hastalık şiddet belirteçleri olarak kullandığımız PSSİ ve SDSSİ ile korelasyonu olmadığını saptadık. Bu noktada bulguların hastalık şiddetinden ziyade çekim yapılan lezyonun şiddeti ile ilgili olabileceğini düşündük ve bu konuda daha ayrıntılı çalışmalar yapılması gerektiği kanısına vardık.

Çalışmamızın eksik yönü, dermoskopik görüntülerin tek seferde elde edilmesi, tek bir gözlemci tarafından, bir kez incelenmesi ve yorumlanmasıydı. Ayrıca sağlıklı kontrol grubumuz yoktu; hastalarımızın lezyonsuz saçlı derisini görüntülemedik ve bulgularımızı lezyon yerleşimleri açısından değerlendirmedik. Bu eksikliklerin de giderileceği daha geniş ve kapsamlı çalışmaların literatüre yeni bilgiler katabileceği kanısındayız.

Sonuç olarak, bulgularımız ışığında, dermoskopinin çıplak gözle görülmeyen morfolojik yapıları görünür hâle getirerek psoriasis ve seboreik dermatit ayırımında kullanılabileceğini düşünüyoruz. Her ne kadar varlıklarını ayrı ayrı inceleysek de literatürdeki kırmızı nokta-globül, glomerüler damar, polimorfik boncuklu çizgi-daire, interfoliküler kıvrımlı lup paternlerinin, terminolojideki çeşitlilikten kaynaklandığı; aslında bunların hepsinin, psoriasiste, dermal papillalarda genişleyen ve uzayan kapillerlere karşılık geldiği; bu paternlerin birinin veya birkaçının lezyonda baskın olarak ve homojen dağılımda görülmesinin tanı koydurucu olacağı kanısındayız. Subpapiller pleksustaki damarlarda horizontal proliferasyonun izlendiği ve epidermal hiperplazinin hafif olduğu seboreik dermatitte ise, subpapiller pleksusa karşılık gelen dallanan damarların, dermal papilladaki normal kapillerlere karşılık gelen basit lupların ve özellikle de, bu iki paternin bir arada görülmesinin tanı koydurucu olduğunu düşünüyoruz.

Şimdiye dek videodermoskopi ile tarif edilmiş bu mikrovasküler paternlerin, dijital fotoğraf makinesi aracılığı ile el dermoskobu tarafından da gösterilebiliyor olması, ekonomik açıdan daha kolay ulaşılabilir ve kullanımı daha az uzmanlık gerektiren el dermoskoplarının dermatolojideki önemini ve kullanım alanını daha da fazla artıracaktır. Ayrıca bu sayede biyopsi gereksinimi azalacak, uygulanacak tedavi sırasındaki çekimler ile tedaviye yanıt konusunda objektif bulgular elde etmemiz mümkün olacaktır. Bulgularımızı 6x büyütme kapasitesi olan bir fotoğraf makinesi ile elde ettiğimizden, daha büyük büyütme alanak sağlayan dijital fotoğraf makineleri kullanılarak yapılacak çalışmalar, literatüre daha da sağlıklı ve net veriler katacaktır.

SONUÇLAR

Çalışmaya Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda poliklinikte ayaktan ya da serviste yatırılarak takip edilen, klinik olarak tanısı konmuş, 18 yaş üstü, saçlı deri tutulumu olan, son bir aydır herhangi bir tedavi almamış, 46 psoriasis ve 50 seboreik dermatit hastası alındı. Hastaların saçlı derideki lezyonlarının, skuamaları bistürinin sırt kısmı ile kaldırıldıktan sonra, dermoskopik çekimleri yapıldı ve basit lup, kıvrımlı lup, dallanan damar, glomerüler damar, polimorfik boncuklu çizgi-daire, kırmızı nokta-globül, şekilsiz bölge varlığı incelendi. Bu bulguların ayrı ayrı ve çeşitli birliktelikler hâlinde, psoriasis ve seboreik dermatit gruplarındaki görülme sıklıkları karşılaştırıldı, sensitivite ve spesifite değerleri hesaplandı. Her iki grup için bulguların cinsiyetler arasındaki görülme farklılıkları, hastalık süreleri ve hastalık aktiviteleri ile korelasyonu olup olmadığı araştırıldı. Psoriasis grubunda ayrıca bulguların tırnak tutulumu olan ve olmayan, artraljisi olan ve olmayan olgulardaki görülme sıklıklarına bakıldı. Çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. Psoriasis grubunda, basit lup %6.5, kıvrımlı lup %80.4, dallanan damar %2.2, glomerüler damar %60.9, kırmızı nokta-globül %21.7, polimorfik boncuklu daire-çizgi %71.7, şekilsiz bölge %6.5 oranında saptandı.

2. Seboreik dermatit grubunda, basit lup %80, kıvrımlı lup %20, dallanan damar %50, glomerüler damar %4, kırmızı nokta-globül %4, polimorfik boncuklu daire-çizgi %8, şekilsiz bölge %4 oranında saptandı.

3. Psoriasis grubunda kıvrımlı lupların, glomerüler damarların, kırmızı nokta-globüllerin, polimorfik boncuklu daire-çizgilerin görülme sıklığı, seboreik dermatit grubundakinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti.

4. Seboreik dermatit grubunda basit lupların, dallanan damarların görülme sıklığı, psoriasis grubundakinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti.

5. Şekilsiz bölgelerin görülme sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu.

6. Psoriasis grubunda %80.4 ile kıvrımlı luplar en sensitif, %96 ile glomerüler damarlar ve kırmızı nokta-globüller en spesifik bulgulardı.

7. Seboreik dermatit grubunda %80 ile basit luplar en sensitif, %97.8 ile dallanan damarlar en spesifik bulgulardı.

8. Bulgularımızın birlikte görülme oranları karşılaştırıldığında, basit lup+dallanan damar birlikteliği psoriasis için hiç saptanmazken, seboreik dermatit grubunda %36 oranında saptandı. Kıvrımlı lup, glomerüler damar, kırmızı nokta-globül, polimorfik boncuklu daire-çizgi bulgularının tüm birlikteliklerde psoriasis grubundaki görülme sıklığı, seboreik dermatit grubundakinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti.

9. Bulgularımızın bir arada görülmeleri durumundaki sensitivite ve spesifite değerleri hesaplandığında, basit lup+dallanan damar birlikteliğinin seboreik dermatit için %100 spesifiteye; kıvrımlı lup, glomerüler damar, kırmızı nokta-globül, polimorfik boncuklu daire-çizgi bulgularının tüm birlikteliklerde psoriasis için %96-100 spesifiteye sahip olduğu saptandı.

10. Bulgularımızın kadın ve erkekteki görülme sıklığında, her iki grupta da anlamlı bir fark saptanmadı.

11. Psoriasis grubunda bulguların, tırnak tutulumu olan ve olmayan, artraljisi olan ve olmayan olgulardaki görülme sıklığında anlamlı bir fark yoktu.

12. Her iki grupta da bulgular ile hastalık süresi ve hastalık şiddet belirteçleri arasında korelasyon saptanmadı.

ÖZET

Son yıllarda saç ve saçlı deri hastalıklarının incelenmesinde dermoskopinin önemi giderek artmaya başlamıştır. Dermoskopi, çıplak gözle görülemeyen morfolojik yapıları görünür hâle getirerek hastalıkların patogenezi anlamaya yardımcı olur ve tanının doğruluğunu artırır.

Bu çalışmada, dermoskopinin saçlı deride psoriasis ve seboreik dermatit ayrımında yararlı olup olamayacağı araştırıldı.

Çalışmaya klinik olarak tanısı konmuş, saçlı deri tutulumu olan 46 psoriasis ve 50 seboreik dermatit hastası alındı. Hastaların saçlı derideki lezyonlarından yapılan dermoskopik çekimlerde, mikrovasküler paternlerin varlığı incelendi. Kıvrımlı lup, glomerüler damar, kırmızı nokta-globül, polimorfik boncuklu daire-çizgi paternlerinin psoriasis grubundaki görülme sıklığı seboreik dermatit grubundakinden; basit lup ve dallanan damar paternlerinin de seboreik dermatit grubundaki görülme sıklığı psoriasis grubundakinden anlamlı derecede yüksekti. Şekilsiz bölgelerin görülme sıklığı gruplar arasında anlamlı bir fark göstermedi.

Bu bulguların sensitivite ve spesifite değerleri incelendiğinde, psoriasis için en sensitif bulgunun kıvrımlı luplar, en spesifik bulguların glomerüler damar ile kırmızı nokta-globüller; seboreik dermatit için ise en sensitif bulgunun basit lup, en spesifik bulgunun dallanan damar olduğu görüldü.

Çalışmamızda her iki grup için de bulguların cinsiyetler arasındaki görülme sıklığında anlamlı bir fark yoktu. Hastalık süresi ve hastalık şiddeti ile bulgular arasında her iki grupta da korelasyon saptanmadı. Psoriasis grubunda tırnak tutulumu ve artralji varlığında da bulguların görülme sıklığında anlamlı bir fark bulunmadı.

Çalışmamızın sonucunda, dermoskopik incelemenin, saçlı deride psoriasis ve seboreik dermatit ayırımında, kolay ve başarılı bir yöntem olduğu kanısına vardık.

Anahtar kelimeler: Psoriasis, seboreik dermatit, dermoskopi, saçlı deri

THE USE OF DERMOSCOPY IN DIFFERENTIATING PSORIASIS AND SEBORRHEIC DERMATITIS ON SCALP

SUMMARY

Dermoscopy has been gaining an increasing importance for hair and scalp disorders in recent years. It helps to understand the pathogenesis of disease by enabling to see the morphologic structures which can not be seen by naked eye and improves diagnostic capability.

Herein, we investigated the usefulness of dermoscopy in the clinical differentiation of psoriasis and seborrheic dermatitis on scalp.

The study included clinically diagnosed, 46 psoriasis and 50 seborrheic dermatitis patients who had scalp lesions. Images taken from lesional scalp were then reviewed for microvascular patterns. The frequency of twisted loops, glomerular vessels, red dot-globules and polymorphous beaded lines-circles were statistically higher in psoriasis than in seborrheic dermatitis, where as the frequency of simple loops and arborizing vessels were statistically higher in seborrheic dermatitis than in psoriasis. There was no significant difference in the frequency of featureless areas between two groups. When we looked at sensitivity and specificity values, we found that twisted loops were most sensitive and glomerular vessels along with red dots-globules were most specific findings in psoriasis, where as in seborrheic dermatitis, simple loops were most sensitive and arborizing vessels were most specific.

For both groups, we found no significant difference in the frequency of findings between men and women, no correlation between findings and disease duration, disease

severity. Also in psoriasis group, there was no significant difference in the frequency of findings for nail and joint involvement.

In conclusion we thought that dermoscopy is a valuable and easy tool for differentiating psoriasis and seborrheic dermatitis on scalp.

Key words: Psoriasis, seborrheic dermatitis, dermoscopy, scalp

KAYNAKLAR

- 1-Gülekon A. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL (Editörler). Dermatoloji'de. 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008;21:745-53.
- 2-Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis. In: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC, Landthaler M (Eds.). Dermatology. 3rd ed. Italy: Springer-Verlag; 2009;36:506-26.
- 3-James WD, Berger TG, Elston DM. Andrews' Diseases of the Skin Clinical Dermatology. 10th ed. Canada: Elsevier Inc; 2006;10:193-202.
- 4-Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ (Eds.). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. NewYork: Mc Graw Hill Co; 2008;18:169-93.
- 5-Van de Kerkhof PCM, Schalkwijk J. Psoriasis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP (Eds.). Dermatology. 2nd ed. Mosby Elsevier; 2008;9:115-35.
- 6-Şentürk N. Saçlı deri psoriazisi. T Klin J Dermatol-Special Topics 2008;1(3):24-30.
- 7-Ortonne J, Chimenti S, Luger T, Puig L, Reid F, Trüeb RM. Scalp psoriasis: European consensus on grading and treatment algorithm. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23(12):1435-44.
- 8-Papp K, Berth-Jones J, Kragballe K, Wozel G, de la Brassinne M. Scalp psoriasis: a review of current topical treatment options. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21(9):1151-60.
- 9-Gülekon A. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL (Editörler). Dermatoloji'de. 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008;21:760-2.

- 10-Fritsch PO, Reider N. Other eczematous eruptions. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP (Eds.). *Dermatology*. 2nd ed. Mosby Elsevier; 2008;14:197-200.
- 11-Bieber T. Other types of dermatitis. In: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC, Landthaler M (Eds.). *Dermatology*. 3rd ed. Italy: Springer-Verlag; 2009;30:427-31.
- 12-Katz B, Rabinovitz HS. Introduction to dermoscopy. *Dermatol Clin* 2001;19(2):221-58.
- 13-Braun RP, Rabinovitz H, Tzu JE, Marghoob AA. Dermoscopy research an update. *Semin Cutan Med Surg* 2009;28(3):165-71.
- 14-Tosti A, Torres F. Dermoscopy in the diagnosis of hair and scalp disorders. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100 Suppl 1:114-9.
- 15-Rosina P, Zamperetti MR, Giovannini A, Girolomoni G. Videocapillaroscopy in the differential diagnosis between psoriasis and seborrheic dermatitis of the scalp. *Dermatology* 2007;214(1):21-4.
- 16-Güneş AT, Altın D. Psoriyazisin tarihçesi ve epidemiyolojisi. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1(13):1-4.
- 17-Gürer MA, Adışen E. Psoriasis, genel bilgiler, epidemiyoloji. *Turkderm* 2008;42 Özel Sayı 2:15-7.
- 18-Bilen N. Non-püstüler psoriyazis. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1(13):22-6.
- 19-Görgülü A. Psoriasis başlama yaşı. *Lepra Mec* 1997;28:80-3.
- 20-Görgülü A, Akgün N. Psoriasisde familial yansımalar. *T Klin J Dermatol* 1998;8(2):81-3.
- 21-Erkek E. Psoriazis etyopatogenezi. *T Klin J Dermatol-Special Topics* 2008;1(3):1-14.
- 22-Erdoğan BŞ. Psoriazis genetiği. *T Klin J Dermatol-Special Topics* 2008;1(3):15-20.
- 23-Türsen Ü. Psoriasis etyolojisi. *Dermatose* 2007;6(4):195-214.
- 24-Ersoy Evans S. Çocukluk çağı psoriazisi. *T Klin J Dermatol-Special Topics* 2008;1(3):38-44.
- 25-Özyurt S. İçimizdeki virüsler: insan endojen retrovirüsleri ve psoriazisle ilişkileri. *T Klin J Dermatol* 2009;19(2):99-103.
- 26-Kumbasar H, Yılmaz A. Psoriyazis patogenezinde psikonöroimmünolojik mekanizmalar ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkileri. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1(13):50-5.

- 27-Ada S. Psoriasis sistemik bir hastalık mıdır? T Klin J Dermatol-Special Topics 2008;1(3):45-48.
- 28-Bahadır S, Yaylı S. Psoriyazise eşlik eden sistemik bozukluklar. T Klin J Int Med Sci 2005;1(13):56-61.
- 29-Piskin S, Gurkok F, Ekuklu G, Senol M. Serum lipid levels in psoriasis. Yonsei Med J 2003;44(1):24-6.
- 30-Türsen Ü. Dermatolojide fenomenler. T Klin J Dermatol 2009;19(2):85-98.
- 31-Ertuğrul E, Turgay M. Psoriyazis immünopatogenezi. T Klin J Int Med Sci 2005;1(13):13-5.
- 32-Arıcan Ö, Aral M, Şasmaz S, Ciragil P. Serum levels of TNF- α , IFN- γ , IL-6, IL-8, IL-12, IL-17 and IL-18 in patients with active psoriasis and correlation with disease severity. Mediators Inflamm 2005;2005(5):273-9.
- 33-Tatlıcan S, Arıkök AT, Gülbahar Ö, Eren C, Ulukaradağ Z, Eskioglu F. Psoriatik epidermiste keratinosit apoptozisi azalmıştır. Turkderm 2009;43(4):167-70.
- 34-Bozkır M. Saçlı deri psoriyazisi ve tedavisi. T Klin J Int Med Sci 2005;1(13):46-9.
- 35-Wozel G, Klein E, Mrowietz U, Reich K, Sebastian M, Streit V. Scalp psoriasis. J Dtsch Dermatol Ges 2011;9(1):70-4.
- 36-Takahata Y, Sugita T, Hiruma M, Muto M. Quantitative analysis of malassezia in the scale of patients with psoriasis using a real-time polymerase chain reaction assay. Br J Dermatol 2007;157(4):670-3.
- 37-Aktaş A. Püstüler psoriyazis ve tedavisi. T Klin J Int Med Sci 2005;1(13):27-31.
- 38-Tuncer S. Psoriyatik artrit. T Klin J Int Med Sci 2005;1(13):32-8.
- 39-Apraş Bilgen Ş. Psoriatik artrit. T Klin J Dermatol-Special Topics 2008;1(3):49-54.
- 40-Erkin G. Psoriasisde tanı koydurucu dermatopatolojik bulgular. T Klin J Dermatol-Special Topics 2008;1(3):21-23.
- 41-Anadolu Brasie FR. Psoriyazisde dermatopatolojik özellikler. T Klin J Int Med Sci 2005;1(13):16-21.
- 42-Baysal Akkaya V, Ceyhan M. Psoriyazisde tanı ve ayırıcı tanı. T Klin J Int Med Sci 2005;1(13):62-7.

- 43-Sola-Ortigosa J, Sánchez-Regaña M, Umbert-Millet P. An update on scalp psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100(7):536-43.
- 44-Kaya Tİ. Psoriyazisin topikal tedavisi. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1(13):68-73.
- 45-Duman D. Psoriaziste topikal tedaviler. *T Klin J Dermatol-Special Topics* 2008;1(3):55-62.
- 46-Cantürk T, Aydın F. Psoriyazis tedavisinde fototerapi. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1(13):80-3.
- 47-Aytekin S. Psoriyazis tedavisinde sistemik ilaçlar ve tedavi rejimleri. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1(13):74-9.
- 48-Özarmağan G, Babuna G. Psoriaziste klasik sistemik tedaviler ve hasta seçimi. *T Klin J Dermatol-Special Topics* 2008;1(3):68-76.
- 49-Erdem C. Psoriyazisde biyolojik tedavi ajanları. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1(13):84-8.
- 50-Atakan N. Psoriaziste biyolojik tedaviler. *T Klin J Dermatol-Special Topics* 2008;1(3):77-81.
- 51-Mrowietz U, Macheleidt O, Eicke C. Effective treatment and improvement of quality of life in patients with scalp psoriasis by topical use of calcipotriol/betamethasone (Xamiol®) -gel): results. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011;9(10):825-31.
- 52-Puig L, Ribera M, Hernanz JM, Belinchon I, Santos-Juanes J, Linares M et al. Treatment of scalp psoriasis: review of the evidence and Delphi consensus of the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *Actas Dermosifiliogr* 2010;101(10):827-46.
- 53-Kragballe K, Hoffmann V, Ortonne JP, Tan J, Nordin P, Segaert S. Efficacy and safety of calcipotriol plus betamethasone dipropionate scalp formulation compared with calcipotriol scalp solution in the treatment of scalp psoriasis: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2009;161(1):159-66.
- 54-Chan CS, Van Voorhees AS, Lebwohl MG, Korman NJ, Young M, Bebo BF Jr et al. Treatment of severe scalp psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2009;60(6):962-71.
- 55-Taneja A, Racette A, Gourgouliatos Z, Taylor CR. Broad-band UVB fiber-optic comb for the treatment of scalp psoriasis: a pilot study. *Int J Dermatol* 2004;43(6):462-7.
- 56-Del Rosso JQ. Adult seborrheic dermatitis: a status report on practical topical management. *J Clin Aesthet Dermatol* 2011;4(5):32-8.

- 57-Özdemir F. Seboreik dermatit ve perioral dermatit. T Klin J Dermatol-Special Topics 2010;3(1):47-56.
- 58-Berk T, Scheinfeld N. Seborrheic dermatitis. PT 2010;35(6):348-52.
- 59-Naldi L, Rebora A. Clinical practice. Seborrheic dermatitis. N Engl J Med 2009;360(4):387-96.
- 60-Oh BH, Lee YW, Choe YB, Ahn KJ. Epidemiologic study of malassezia yeasts in seborrheic dermatitis patients by the analysis of 26S rDNA PCR-RFLP. Ann Dermatol 2010;22(2):149-55.
- 61-Kim GK. Seborrheic dermatitis and malassezia species: how are they related? J Clin Aesthet Dermatol 2009;2(11):14-7.
- 62-Hort W, Mayser P. Malassezia virulence determinants. Curr Opin Infect Dis 2011;24(2):100-5.
- 63-Prohic A. Distribution of malassezia species in seborrheic dermatitis: correlation with patients' cellular immune status. Mycoses 2010;53(4):344-9.
- 64-Tragiannidis A, Bisping G, Koehler G, Groll AH. Minireview: *Malassezia* infections in immunocompromised patients. Mycoses 2010;53(3):187-95.
- 65-Piérard GE, Xhauflaire-Uhoda E, Piérard-Franchimont C. The key role of corneocytes in pityrosporoses. Dermatology 2006;212(1):23-6.
- 66-Mastrolonardo M, Diaferio A, Logroscino G. Seborrheic dermatitis, increased sebum excretion, and Parkinson's disease: a survey of (im)possible links. Med Hypotheses 2003;60(6):907-11.
- 67-Harman M, Çevik R, Akdeniz S, Can A, Saraç AJ. Refleks sempatetik distrofi ve seboreik dermatit: bir olgu sunumu. T Klin Dermatol 2005;15:27-30.
- 68-Gül Ü. Seboreik dermatitte psikolojik faktörler. T Klin J Dermatol-Special Topics 2009;2(4):55-7.
- 69-Banerjee S, Gangopadhyay DN, Jana S, Chanda M. Seasonal variation in pediatric dermatoses. Indian J Dermatol 2010;55(1):44-6.
- 70-Tolleson A, Frithz A, Berg A, Karlman G. Essential fatty acids in infantile seborrheic dermatitis. J Am Acad Dermatol 1993;28(6):957-61.
- 71-Zouboulis CC, Xia L, Akamatsu H, Seltsmann H, Fritsch M, Hornemann S et al. The human sebocyte culture model provides new insights into development and management of seborrhoea and acne. Dermatology 1998;196(1):21-31.

- 72-Ye F, Imamura K, Imanishi N, Rhodes L, Uno H. Effects of topical antiandrogen and 5-alpha-reductase inhibitors on sebaceous glands in male fuzzy rats. *Skin Pharmacol* 1997;10(5-6):288-97.
- 73-Bahadır S, Doğan S. Seboreik dermatit ve perioral dermatit. *T Klin J Int Med Sci* 2006;2(48):36-40.
- 74-Valia RG. Etiopathogenesis of seborrheic dermatitis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2006;72(4):253-5.
- 75-Gupta AK, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18(1):13-26.
- 76-İkizoğlu G. Malassezia türleri ile ilişkili deri hastalıkları. *T Klin J Dermatol-Special Topics* 2008;1(2):21-9.
- 77-Karıncaoğlu Y, Tepe B, Kalaycı B, Atambay M, Seyhan M. Is *Demodex folliculorum* an aetiological factor in seborrheic dermatitis? *Clin Exp Dermatol* 2009;34(8):516-20.
- 78-Sarkar R, Garg VK. Erythroderma in children. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010;76(4):341-7.
- 79-Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK. Seborrheic dermatitis: an overview. *Am Fam Physician* 2006;74(1):125-30.
- 80-Fleischer AB Jr. Diagnosis and management of common dermatoses in children: atopic, seborrheic, and contact dermatitis. *Clin Pediatr (Phila)* 2008;47(4):332-46.
- 81-O'Connor NR, McLaughlin MR, Ham P. Newborn skin: Part I. Common rashes. *Am Fam Physician* 2008;77(1):47-52.
- 82-Mercan Bozkurt N, Yüksel Başak P. Seboreik dermatit tedavisi ve yeni tedavi yaklaşımları. *Turkderm* 2007;41:112-6.
- 83-Naldi L. Seborrheic dermatitis. *Clin Evid (Online)* 2010;10:1713.
- 84-Stefanaki I, Katsambas A. Therapeutic update on seborrheic dermatitis. *Skin Therapy Lett* 2010;15(5):1-4.
- 85-Gupta AK, Nicol K, Batra R. Role of antifungal agents in the treatment of seborrheic dermatitis. *Am J Clin Dermatol* 2004;5(6):417-22.
- 86-Shemer A, Kaplan B, Nathansohn N, Grunwald MH, Amichai B, Trau H. Treatment of moderate to severe facial seborrheic dermatitis with itraconazole: an open non-comparative study. *Isr Med Assoc J* 2008;10(6):417-8.

- 87-Ortonne JP, Nikkels AF, Reich K, Ponce Olivera RM, Lee JH, Kerrouche N et al. Efficacious and safe management of moderate to severe scalp seborrhoeic dermatitis using clobetasol propionate shampoo 0.05% combined with ketoconazole shampoo 2%: a randomized, controlled study. *Br J Dermatol* 2011;165(1):171-6.
- 88-Geissler SE, Michelsen S, Plewig G. Very low dose isotretinoin is effective in controlling seborrhea. *J Dtsch Dermatol Ges* 2003;1(12):952-8.
- 89-Schwartz JR, Rocchetta H, Asawanonda P, Luo F, Thomas JH. Does tachyphylaxis occur in long-term management of scalp seborrheic dermatitis with pyrithione zinc-based treatments? *Int J Dermatol* 2009;48(1):79-85.
- 90-McFalda WL, Roebuck HL. Rational management of papulopustular rosacea with concomitant facial seborrheic dermatitis: a case report. *J Clin Aesthet Dermatol* 2011;4(1):40-2.
- 91-Kim BS, Kim SH, Kim MB, Oh CK, Jang HS, Kwon KS. Treatment of facial seborrheic dermatitis with pimecrolimus cream 1%: an open-label clinical study in Korean patients. *J Korean Med Sci* 2007;22(5):868-72.
- 92-Shin H, Kwon OS, Won CH, Kim BJ, Lee YW, Choe YB et al. Clinical efficacies of topical agents for the treatment of seborrheic dermatitis of the scalp: a comparative study. *J Dermatol* 2009;36(3):131-7.
- 93-Manríquez JJ, Uribe P. Seborrhoeic dermatitis. *Clin Evid (Online)* 2007;07:1713.
- 94-Boyle J, Burton JL, Faergemann J. Use of topical lithium succinate for seborrhoeic dermatitis. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;292(6512):28.
- 95-Gupta AK, Madzia SE, Batra R. Etiology and management of seborrheic dermatitis. *Dermatology* 2004;208(2):89-93.
- 96-Grin CM, Friedman KP, Grant-Kels JM. Dermoscopy. *Dermatol Clin* 2002;20(4):641-6.
- 97-Campos-do-Carmo G, Ramos-e-Silva M. Dermoscopy: basis concepts. *Int J Dermatol* 2008;47(7):712-9.
- 98-Pan Y, Gareau DS, Scope A, Rajadhyaksha M, Mullani NA, Marghoob AA. Polarized and nonpolarized dermoscopy: the explanation for the observed differences. *Arch Dermatol* 2008;144(6):828-9.
- 99-Benvenuto-Andrade C, Dusza SW, Agero AL, Scope A, Rajadhyaksha M, Halpern AC et al. Differences between polarized light dermoscopy and immersion contact dermoscopy for the evaluation of skin lesions. *Arch Dermatol* 2007;143(3):329-38.
- 100-Akay BN. Dermoskopik tanida algoritma. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3(35):1-4.

- 101-Özdemir F, Kılınç Karaarslan I. Benign melanositik neoplazilerde dermoskopi. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3(35):10-23.
- 102-Şahin MT. Melanoma in situ ve melanomda dermoskopi. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3(35):24-37.
- 103-Braun RP, Oliviero M, Kolm I, French LE, Marghoob AA, Rabinovitz H. Dermoscopy: what's new? *Clin Dermatol* 2009;27(1):26-34.
- 104-Koçyiğit Müştak P. Paraziter infestasyonlarda dermoskopi. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3(35):72-3.
- 105-Borlu M. Mukoza hastalıklarında dermoskopi. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3(35):58-63.
- 106-Öztaş MO. Vasküler lezyonlarda dermoskopi. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3(35):49-50.
- 107-Inui S. Trichoscopy for common hair loss diseases: algorithmic method for diagnosis. *J Dermatol* 2011;38(1):71-5.
- 108-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.
- 109-Slowinska M, Rudnicka L, Schwartz RA, Kowalska-Oledzka E, Rakowska A, Sicinska J et al. Comma hairs: a dermatoscopic marker for tinea capitis: a rapid diagnostic method. *J Am Acad Dermatol* 2008;59 Suppl 5:77-9.
- 110-De Angelis R, Bugatti L, Del Medico P, Nicolini M, Filosa G. Videocapillaroscopic findings in the microcirculation of the psoriatic plaque. *Dermatology* 2002;204(3):236-9.
- 111-Vázquez-López F, Marghoob AA. Dermoscopic assessment of long-term topical therapies with potent steroids in chronic psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2004;51(5):811-3.
- 112-Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol* 2006;55(5):799-806.
- 113-Türsen Ü. İnflamatuvar dermatozlarda dermoskopi. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3(35):51-7.
- 114-Kim GW, Jung HJ, Ko HC, Kim MB, Lee WJ, Lee SJ et al. Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrhoeic dermatitis. *Br J Dermatol* 2011;164(3):652-6.
- 115-Inui S, Nakajima T, Itami S. Scalp dermoscopy of androgenetic alopecia in Asian people. *J Dermatol* 2009;36(2):82-5.

- 116-Tosti A, Whiting D, Iorizzo M, Pazzaglia M, Misciali C, Vincenzi C et al. The role of scalp dermoscopy in the diagnosis of alopecia areata incognita. *J Am Acad Dermatol* 2008;59(1):64-7.
- 117-Alkurt Kayıkçı M. Alopesi Areatanın Tanı ve Takibinde Dermoskopinin Yeri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2011.
- 118-Abraham LS, Piñeiro-Maceira J, Duque-Estrada B, Barcaui CB, Sodr  CT. Pinpoint white dots in the scalp: dermoscopic and histopathologic correlation. *J Am Acad Dermatol* 2010;63(4):721-2.
- 119-Zalaudek I, Argenziano G. Dermoscopy subpatterns of inflammatory skin disorders. *Arch Dermatol* 2006;142(6):808.
- 120-Vázquez-López F, Manj n-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.
- 121-Vázquez-López F, Zaballos P, Fueyo-Casado A, S nchez-Mart n J. A dermoscopy subpattern of plaque-type psoriasis: red globular rings. *Arch Dermatol* 2007;143(12):1612.

EKLER

EK-I

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU		TUBADK 2011/24			
	PROTOKOL ADI		Saçlı Deride Psoriasis ve Seboreik Dermatit Ayırımında Dermoskopinin Kullanımı			
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI		Prof. Dr. Süleyman PIŞKIN			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 03/02		Tarih: 09.02.2011			
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalında Görevli Prof. Dr. Süleyman PIŞKIN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Sezin KURU FIÇICIOĞLU'nun tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin T.Ü. Araştırma Projeleri (TUBAP) tarafından karşılanması koşuluyla gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcutun oybirliği ile karar verilmiştir.					
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUBADK Yönergesi						
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Hakan KARADAĞ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıklar A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erhan TABAKOĞLU Üye	Göğüs Hastalıkları	T.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Figen KULOĞLU Üye	Enfeksiyon Hastalıkları	T.Ü.T.F. Enfeksiyon Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yener YÖRÜK Üye	Göğüs Cerrahisi	T.Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN Üye	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Üye			K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENLİ
Dekan

EK-II

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ	PROJE NO : 2011/80
BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ SÖZLEŞMESİ	PRJ NİTELİĞİ : Tıpta Uzmanlık

1- PROJE BAŞLIĞI

Saçlı Deride Psoriasis ve Seboreik Dermatit Ayırımında Dermoskopinin Kullanımı
--

2- PROJE PERSONELİ

	Adı ve Soyadı	Unvanı	Telefon (İş)
Proje Yöneticisi :	Süleyman PİŞKİN	Prof. Dr.	Tel: 235 76 41-4517
Araştırmacılar :	Sezin FIÇICIOĞLU	Arş. Gör. Dr.	Fax:
			Cep:

3- PROJE BÜTÇESİ

Teçhizatın Tanımı : Detay listesi ektedir.	Fiyatı (TL)

Ekonomik Kod		
05.2.9.99	03.2 Tüketime Yönelik Mal ve Malzeme Alımları	200
	03.3 Yolluklar	
	03.5 Hizmet Alımları	
	03.7 Menkul Mal, Gayrimaddi Hak Alım,Bakım ve Onarım Giderleri	5.800
07.1.9.99	06.1 Mamul Mal Alımları	
TOPLAM ÖDENEK	06.3 Gayri Maddi Hak Alımları	
		6.000

4- PROJENİN GELİŞİMİ :


1.Projenin Kabul Tarihi: 06.05.2011	4. I. Rapor Tarihi : 23.11.2011	Sonuç : (+ / -)
2. Projenin Başlama Tarihi : 23.05.2011	5. II. Rapor Tarihi :	Sonuç : (+ / -)
3.Projenin Bitiş Tarihi: 23.05.2012	6. III. Rapor Tarihi :	Sonuç : (+ / -)
4.Projenin Süresi: 12 ay	7. IV. Rapor Tarihi :	Sonuç : (+ / -)
	8.Sonuç Raporu Tarihi: 23.05.2012	Sonuç : (+ / -)

5- İLGİLİ BÖLÜM VE FAKÜLTE : Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

6- PROJENİN UYGULANMASI :

1. Bu proje 2547 sayılı YÖK Kanununun 4684 sayılı Kanunla değişik 58.maddesi gereğince, Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma Projeleri Hakkında Yönetmelik ve Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Uygulama Yönergesi çerçevesinde yürütülmüştür.
2. Proje süresinde ve harcama fasıllarında Rektörlük onayı alınmadan değişiklik yapılamaz.
3. Proje Yöneticisi her 6 ayın sonunda gelişme raporunu, Bölüm Başkanlığı ve ilgili Dekanlık veya Enstitü Müdürlüğü aracılığı ile Rektörlüğe iletmekle yükümlüdür.
4. Projelerden alınan teçhizat tüm öğretim üyelerinin kullanımına açıktır.
5. Bir ay geçtiği halde gelişme raporu verilmemiş veya süresi bitmiş olup süre uzatımı talebinde bulunulmamış projeler iptal edilir. Bakiye ödenek, BAP Komisyonu tarafından kabul edilecek yeni projelere tahsis edilir veya diğer projelere aktarılır.

Proje Yöneticisi : Prof. Dr. Süleyman PİŞKİN	Adı ve Soyadı	İmza	Tarih
			25.05.2011

Komisyon Başkanı
...../ ... / 2011 
Prof.Dr. Beyhan KARAMANLIOĞLU
Rektör Yardımcısı

EK-III
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ÖRNEK)

Bu form, yürütülmesi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'nun 09.02.2011 tarih ve 03/02 sayılı kararı ile onaylanan bilimsel bir araştırma konusunda sizi bilgilendirmek ve gönüllü katılımınızı sağlamak amacıyla düzenlenmiştir.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunuzda, sağlığınızın ve gönüllü olarak haklarınızın korunması ile gizliliğin sağlanması araştırmacıların ödevidir.

Araştırma, yalnızca uygun bilimsel eğitim ve niteliklere sahip araştırmacılar tarafından yürütülecektir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici (Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri-TÜBAP) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

Açık olmayan bir bölüm varsa, daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız ya da araştırma başladıktan sonra sorularınız olursa istediğiniz zaman bize başvurabilirsiniz.

Katılacağınız araştırma ile ilgili bilgiler aşağıdadır:

1. **Araştırmanın bilimsel adı:** Saçlı Deride Psoriasis ve Seboreik Dermatit Ayrımında Dermoskopinin Kullanımı
2. **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Saçlı derinin fotoğraflanarak sedef ve seboreik dermatit ayrımının yapılması
3. **Sorumlu Araştırmacının adı, unvanı ve görev yeri:** Prof. Dr. Süleyman Pişkin, TÜTF Deri ve Zührevi Hastalıklar AD
4. **Araştırmanın konusu ve niteliği (ilaç, klinik, laboratuvar, epidemiyolojik - tez çalışması vb...):** Dermoskopik görüntülerin incelenmesi, uzmanlık tezi
5. **Araştırmanın amacı:** Saçlı deride psoriasis ve seboreik dermatit ayrımında dermoskopinin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi
6. **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:** 01.03.2011, bir yıl
7. **Araştırmaya katılan gönüllü sayısı:** Yaklaşık 100
8. **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:**

9. **Araştırmada uygulanacak yöntemler:** Saçlı derideki lezyonlu alandan dermoskopik çekim yapılması
10. **Uygulama sırasında karşılaşılabileceğiniz riskler, rahatsızlıklar ve olası yan etkiler:** Herhangi bir risk bulunmamaktadır.
11. **Gönüllü için araştırmadan beklenen yarar:** Saçlı derideki lezyonlarına yönelik olarak tanı konulması
12. **Araştırma yöntemine alternatif olan tedavi ve girişimler:** Biyopsi alınması ve histopatolojik inceleme
13. **Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile araştırmaya katılan bir gönüllü olarak diğer hakları konusunda bilgi almak için bağlantı kurulacak kişinin adı-soyadı, ünvanı, görev yeri ve telefon numarası.** Sezin Fıçıcıoğlu, Araştırma Görevlisi Doktor, TÜTF Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, 02842357641-1280, 05423560036
14. **Araştırma bütçesi kimin tarafından karşılanıyor?** TÜBAP
15. **(Varsa) Sigortalamaya ilişkin bilgiler:** Yoktur
16. **Kimlik bilgilerinin ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?** Hastaların kimlik bilgileri ve elde edilen veriler yardımcı araştırmacı Sezin Fıçıcıoğlu tarafından poliklinik bilgisayarında şifreli dosyalar içerisinde arşivlenerek gizli tutulacaktır.

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

GÖNÜLLÜNÜN ÇALIŞMAYA KATILMA OLURU

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Gönüllü Bilgilendirme Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun tamamının imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün; (bu bölüm gönüllünün kendi el yazısı ile doldurulacaktır)

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (bu bölüm veli/vasinin kendi el yazısı ile doldurulacaktır)

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Gerekli durumlar için; (bu bölüm görüşme tanığının kendi el yazısı ile doldurulacaktır)

Görüşme Tanığının Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının (bu bölüm araştırmacının kendi el yazısı ile doldurulacaktır)

Adı- Soyadı, Ünvanı:

İmzası:

Tarih:

EK-IV