

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI
PROF. DR. EMEL FETİL

**YÜZ LOKALİZASYONLU PSORİYAZİS VULGARİS, ERİTEMATOZ
AKTİNİK KERATOZ, EKZEMA SEBOREİKUM, DİSKOİD LUPUS
ERİTEMATOZUSUN AYIRICI TANISINDA DERMATOSKOPİNİN YERİ
VE ÖNEMİ**

DR. FATMA SEMİZ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. EMEL FETİL

İZMİR-2016

TEŐEKKÖRLER

Tez danıőmanlıęını yapan ve tezimin her aőamasında yardımlarını ve desteğini esirgemeyen, sayın hocam Prof. Dr. Emel Fetil'e, uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum sayın hocalarım Prof. Dr. Ali Tahsin Gűneő, Prof. Dr. őebnem Aktan, Prof. Dr. Turna İlknur, Doę. Dr. Sevgi Akarsu, Yard. Doę. Dr. Özlem Özbağcıvan'a, dostluklarını ve desteklerini esirgemeyen baőta Dr. Burcu Bahar İnci, Belgin Kűsehanacı, Dr. Selęuk Yılmaz olmak üzere tüm ęalıőma arkadaşlarıma, klinik hemőire ve personellerine, istatistik konusunda deneyim ve desteğini esirgemeyen Dr. Iőık Top'a, tüm tıp eğitimim ve asistanlığım boyunca hep yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma saygı ve teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ.....	I
ŞEKİL LİSTESİ.....	II
RESİM LİSTESİ.....	III
ÖZET	1-2
SUMMARY	3-4
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	6-38
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	38-39
4. BULGULAR	39-49
5. TARTIŞMA	49-57
6. SONUÇ	57-58
7. KAYNAKLAR	59-60

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hastalık Gruplarında Cinsiyet Dağılımı

Tablo 2. Hastalık Gruplarında Lezyon Çapı Dağılımı

Tablo 3. Hastalık Gruplarında Lokalizasyonların Dağılımı

Tablo 4. Ekzema Seboreikumda Görülen Dermatoskopik Bulgular

Tablo 5. Psoriyazis Vulgariste Görülen Dermatoskopik Bulgular

Tablo 6. DLE'de Görülen Pigmente Alanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 7. Diskoid Lupus Eritematozusta Görülen Dermatoskopik Bulgular

Tablo 8. Eritematoz Aktinik Keratozda Görülen Dermatoskopik Bulgular

Tablo 9. Hastalık Gruplarında Dermatoskopik Bulgular Dağılımı

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Ekzema Seboreikum Lezyon Lokalizasyonları

Şekil 2. Psoriyazis Vulgaris Lezyon Lokalizasyonları

Şekil 3. Diskoid Lupus Eritematozus Lezyon Lokalizasyonları

Şekil 4. Aktinik Keratoz Lezyon Lokalizasyonları

RESİM LİSTESİ

Resim 1. Ekzema seboreikum olgusunda dermatoskopik bulgular

Resim 2. Psoriyazis vulgaris olgusunda dermatoskopik bulgular

Resim 3. Psoriyazis vulgaris olgusunda dermatoskopik bulgular

Resim 4. DLE olgusunda dermatoskopik bulgular

Resim 5. DLE olgusunda dermatoskopik bulgular

Resim 6. EAK olgusunda dermatoskopik bulgular

Resim 7. EAK olgusunda dermatoskopik bulgular

KISALTMALAR

ES: Ekzema seboreikum

PV: Psoriyazis vulgaris

LE: Lupus eritematozus

KLE: Kutan lupus eritematozus

SLE: Sistemik lupus eritematozus

DLE: Diskoid lupus eritematozus

AKLE: Akut kutan lupus eritematozus

SKLE: Subakut kutan lupus eritematozus

KKLE: Kronik kutan lupus eritematozus

AK: Aktinik keratoz

EAK: Eritematoz aktinik keratoz

ÖZET

Yüz Lokalizasyonlu Psoriyazis Vulgaris, Eritematoz Aktinik Keratoz, Ekzema Seboreikum ve Diskoid Lupus Eritematozusun Ayırıcı Tanısında Dermatoskopinin Yeri ve Önemi

Diskoid lupus eritematozus (DLE), ekzema seboreikum (ES), psoriyazis vulgaris (PV), eritematoz aktinik keratoz (EAK) yüzün en sık görülen eritemli skuamli hastalıklarındandır. Bu hastalıkların ayırıcı tanısı çoğu zaman histopatoloji ile yapılabilmektedir. Ancak yüz bölgesi kozmetik olarak önemli bir lokalizasyon olduğundan bu bölgeden alınan biyopsi sonrası ortaya çıkabilecek olan pigmentasyon bozuklukları, sikatris ve keloid oluşumu gibi komplikasyonlar nedeniyle biyopsi kararı alınırken hem hastalar hem hekimler endişe duymaktadır. Dermatoloji, melanositik ve melanositik olmayan benign ve malign deri lezyonlarının tanısında ve izleminde kullanılan kolay, hızlı ve non invazif bir değerlendirme aracıdır. Polarize veya polarize olmayan ışık yardımı ile 6-100 kat büyütme sağlayarak papiller dermide dek deri yapılarını görüntülemeye imkan vermektedir. Biz çalışmamızda her bir hastalık için dermatoskopik bulguları belirlemeyi, diğer hastalıklarla karşılaştırmayı ve ayırıcı tanıya yardımcı olmayı amaçladık.

Çalışmaya 18 yaş ve üzerinde; klinik ve histopatolojik olarak tanı almış, yüz tutulumu olan 35 ES (29.2), 35 EAK (29.2), 25 DLE (%20.8) ve 25 PV (%20.8) olmak üzere toplamda 120 hasta alındı. Hastaların seçilen lezyonları dijital dermatoskop (MoleMax II) ile değerlendirildi. Çalışmadan elde edilen veriler "SPSS 15.0" adlı standart programa kaydedildi ve elde edilen verilerin $p < 0.05$ değerleri anlamlı olarak kabul edildi. Olguların 51'i kadın (%42.5), 69'u erkek olarak belirlendi. Olguların yaşları 20 ile 89 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 54.5 (± 19) olarak bulundu. Çalışmada ES'da en sık eritem (%91.4), telengiektaziler (%80), sarı skuamlar (%71.4) ve noktasal damarlar (%65.7) izlenmiştir. Sarı skuamlar diğer hastalık grupları ile karşılaştırıldığında ES'da anlamlı olarak yüksek görülmüştür ($p=0.05$). PV'de en sık noktasal damarlar (%100), eritem (%92), beyaz skuamlar (%76) ve sarı turuncu alanlar (%60) izlenmiştir. PV'de beyaz skuamlar ($p=0.03$), noktasal damarlar ($p < 0.05$), glomerular damarlar ($p=0.02$), firkete damarlar ($p=0.03$), lineer/irregüler damarlar ($p=0.04$), telengiektaziler ($p=0.01$), sarı-turuncu alanlar ($p=0.007$) ve kahverenkli globuller ($p=0.03$) diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı

olarak daha fazla görülmüştür. DLE'de eritem (%100), noktasal damarlar (%88), telengiektaziler (%84), sarı turuncu alanlar (%64) ve lineer-irregüler damarlar (%52) görülmüştür. DLE'de glomerular damarlar (p=0.01), firkete damarlar (p=0.004), lineer/irreguler damarlar (p=0.01), perifolikuler beyaz halo (p=0<0.05), folikuler keratin tıkaçları (p=0.001), dilate kıl folikülleri (p=0.003), hipopigmente alanlar (p<0.05), telengiektaziler (p=0.04), beyaz şekilsiz alanlar (p=0.03), sarı-turuncu alanlar (p=0.001) ve sikatris benzeri alanlar (p=0.04) diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı olarak daha fazla görülmüştür. EAK'da en sık eritem (%100), beyaz skuam (%62.9), telengiektaziler (%57.1) ve noktasal damarlar (%54,3) izlenmiştir. Noktasal damarlar (p=0.001), glomerular damarlar (p=0.03), çilek paterni (p=0.05), kırmızı yalancı ağ paterni (p<0.05), pigmente alanlar (p=0.005), çevre dokuya göre damar çap artışı (p=0.01) diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı olarak daha fazla görülmüştür. PV, ES, DLE ve EAK'da belirlenen dermatoskopik yapılar şimdiye dek literatürde bildirilenlerle benzer olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, bizim çalışmamız eritemli skuamli dermatozlardan en sık görülen ES, PV, DLE ve EAK'un yüz yerleşimli lezyonlarının dermatoskopik bulgularının karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Elde edilen veriler dermatoskopinin yüz yerleşimli eritemli skuamli döküler ile seyreden bu dört hastalığın ayırımında klinik ve histopatolojik incelemelere ek olarak yararlı bir teknik olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte elde edilen bulguların çoğu literatürle uyumlu olsa da, bu verilerin istatistiksel anlamlılığının değerlendirilebilmesi için olgu sayısı daha yüksek olan prospektif kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Dermatoskopi, psoriyazis vulgaris, ekzema seboreikum, diskoid lupus eritematozus, eritematoz aktinik keratoz, yüz

SUMMARY

Place and Importance of Dermatoscopy in the Differential Diagnosis of Facially-localized Psoriasis Vulgaris, Erythematous Actinic Keratosis, Eczema Seborrheicum and Discoid Lupus Erythematosus

Discoid Lupus Erythematosus (DLE), eczema seborrheicum (ES), psoriasis vulgaris (PV), Erythematous Actinic Keratosis (EAK) are the most frequently seen Erythematous squamous diseases of the face. Differential diagnosis of these diseases are mostly performed by histopathology. However, because face is an important localization cosmetically, both patients and doctors are concerned about taking the biopsy decision due to the complications that may occur after taking biopsy from this area such as pigmentation disorders, cicatrix and keloid formation. Dermatoscopy is an easy, rapid and non-invasive assessment tool that is used for the diagnosis and follow up of melanocytic and non-melanocytic benign and malignant skin lesions. Via polarized or non-polarized light, 6-100 times magnification is provided and it enables to view the skin structures till the papillary dermis. In our study, we aim to specify the dermatoscopic findings for every disease, compare to other diseases and support the differential diagnosis.

In the study; totally 120 patients at and over 18-yr-old and diagnosed clinically and histopathologically as facial involvement were included in the study as 35 ES (29.2), 35 EAK (29.2), 25 DLE (%20.8) and 25 PV (%20.8). Selected lesions of the patients were evaluated by a digital dermatoscope (MoleMax II). Data obtained from the study were recorded to the standard "SPSS 15.0" programme and $p < 0,05$ values of the data obtained were accepted as significant. 51 of the cases were determined as female (%42.5) and 69 as male. Ages of the cases varied between 20 and 89 and mean age was found as 54.5 (± 19). In the study, most frequently Erythema (%91.4), telangiectasia (%80), yellow squams (%71.4) and punctual veins (%65.7) were observed in ES. When yellow squams were compared to other disease groups, they were found significantly higher in ES ($p=0.05$). Most frequently punctual veins (%100), Erythema (%92), white squams (%76) and yellow-orange areas (%60) were observed in PV. When white squams ($p=0.03$), punctual veins ($p < 0.05$), glomerular veins ($p=0.02$), hairpin veins ($p=0.03$), linear/irregular veins ($p=0.04$), telangiectasia ($p=0.01$), yellow-orange areas ($p=0.007$) and brown globules ($p=0.03$) in PV were

compared to other groups, they were found statistically significantly higher. In DLE, Erythema (%100), punctual veins (%88), telangiectasia (%84), yellow-orange areas (%64) and linear-irregular veins (%52) were observed. In DLE; when glomerular veins ($p=0.01$), hairpin veins ($p=0.004$), linear-irregular veins ($p=0.01$), perifollicular white halo ($p=0<0.05$), follicular keratin inserts ($p=0.001$), dilated hair follicles ($p=0.003$), hypopigmented areas ($p<0.05$), telangiectasia ($p=0.04$), white amorphous areas ($p=0.03$), yellow-orange areas ($p=0.001$) and cicatrix-like areas ($p=0.04$) were compared to other groups, they were found statistically significantly higher. In EAK, most frequently Erythema (%100), white squams (%62.9), telangiectasia (%57.1) and punctual veins (%54,3) were observed. When punctual veins ($p=0.001$), glomerular veins ($p=0.03$), strawberry pattern ($p=0.05$), red false network pattern ($p<0.05$), pigmented areas ($p=0.005$), increase in the vein diameter when compared to the surrounding tissue ($p=0.01$) were compared to other groups, they were found statistically significantly higher. Dermatoscopic structures observed in PV, ES, DLE and EAK were found similar with the data reported in the literature till today.

As a result, our study is the first study comparing the dermatoscopic findings of facially localized lesions of ES, PV, DLE and EAK that are the most frequently seen Erythematous squamous dermatosis. Data obtained suggests that dermatoscopy is a beneficial technique in addition to the clinical and histopathological examinations for the differentiation of these four diseases associated with facially localized Erythematous squamous rashes. Also despite all the findings obtained are concordant to most of the literature reviews, prospective controlled studies with a higher case numbers are required to assess the statistical significance of such data.

Key words: Dermatoscopy, discoid lupus erythematosus, eczema seborrheicum, psoriasis vulgaris, erythematous actinic keratosis, facial

GİRİŞ

Dermatoskopi, melanositik ve melanositik olmayan benign ve malign deri lezyonlarının tanısında ve izleminde kullanılan kolay, hızlı ve non invazif bir değerlendirme yöntemidir. Polarize veya polarize olmayan ışık yardımı ile 6-100 kat büyütme sağlayarak papiller dermise dek deri yapılarını görüntülemeye imkan vermektedir (1). Dermatoskopi kullanımının tek bir lezyona kısıtlı olmadan hastanın tüm vücut lezyonlarının birkaç dakika içerisinde incelenebilmesi, çıplak gözle muayeneye göre doğru ve erken tanı konulmasında üstünlüğü ve biyopsi ya da tedavi gerektiren lezyonların daha doğru seçimine izin vermesi gibi çeşitli avantajları da bulunmaktadır (2). Diskoid lupus eritematozus (DLE), ekzema seboreikum (ES), psoriyazis vulgaris (PV), eritematoz aktinik keratoz (EAK) yüzün en sık görülen eritemli skuamli hastalıklarındandır. Bu hastalıkların ayırıcı tanısı çoğu zaman histopatoloji ile yapılabilmektedir. Ancak yüz bölgesi kozmetik olarak önemli bir lokalizasyon olduğundan bu bölgeden alınan biyopsi sonrası ortaya çıkabilecek olan pigmentasyon bozuklukları, sikatris ve keloid oluşumu gibi komplikasyonlar nedeniyle biyopsi kararı alınırken hem hastalar hem hekimler endişe duymaktadır. (3). Literatürde bu hastalıkların ayırıcı tanısında dermatoskopik bulguların sensitivitesi ve spesifitesi ile ilgili yapılmış olan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır ve sonuçlar yetersizdir. Bu nedenle bu konuda ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

AMAÇ

Araştırmamızda, Diskoid lupus eritematozus (DLE), ekzema seboreikum (ES), psoriyazis vulgaris (PV), eritematoz aktinik keratoz (EAK) gruplarında yüz lezyonlarında dermatoskopik bulguları tanımlamak ve bu bulguların ayırıcı tanıdaki yerini belirlemeyi amaçlamaktayız. Elde ettiğimiz sonuçların bundan sonraki hasta gruplarımızda uygulanabilir olacağını ve dermatoskopinin bu hasta gruplarında ayırıcı tanı için en önemli araç olacağını düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DERMATOSKOPI

2.1.1. DERMATOSKOPI TANIMI VE YÖNTEMİ

DERMATOSKOPI; ‘epilüminesans mikroskopi’, ‘dermatoskopi’ ve ‘amplifiye yüzey mikroskopisi’ olarak da adlandırılan deride çıplak gözle göremediğimiz bazı morfolojik yapıların değerlendirilebilmesine olanak sağlayan invaziv olmayan bir yöntemdir (4). Dermatoloji (dermatoscopia) dermato ve scopia sözcüklerinden oluşan ve ‘deri bakışı’ anlamı taşıyan bileşik bir sözcüktür (5). İşlem dermatoskop denilen elle kullanılan bir alet ile yapılmaktadır. Dermatoloji yöntemi deri yüzeyinin, ışığın kırılmasını, sapmasını ve yansımalarını önleyecek şekilde düzleştirilmesinden sonra, yeterli ışıklandırma altında dökülerin büyütülerek incelenmesi ve gerekli görülürse belgelenmesini içerir (6). Teknik olarak yöntemi sırasıyla sıvı uygulaması, diaskopi, aydınlatma, unilokular ya da binokular olarak görüntü sağlama ve belgeleme işlemleri oluşturur (5). Kırılma indeksi ve optik yoğunluğu havadan farklı olduğu için stratum korneum yüzeyine gelen ışığın bir kısmı emilir, bir kısmı dağılır ya da yansıtılır. Deri yüzeyi düzensiz ise ışık daha çok yansıma eğiliminde olmakta ve epidermis, dermal yapılara giren ışığın miktarı azalmaktadır. Bu durum özellikle dermoepidermal bileşke ve dermal yerleşimli dökülerin görüntülerinin net olarak elde edilememesine neden olur (7). İşte bu nedenle ışığın yansımalarını, kırılmasını azaltmak amacıyla işlem öncesi döküye immersiyon yağı, alkol, su, gliserin, ultrason jeli gibi dermatoloji camı ile cilt arasına yerleştirilen bir sıvı uygulanması önerilmektedir. Uygun immersiyon sıvısı seçimi ve optik sistemin doğru kullanımı yüzeye yakın damarlarda ve dermal yerleşimli dökülerde daha net bir görüntü elde edebilmek açısından önemlidir. Ancak geliştirilen polarize dermatoskopiler sıvı gerekliliğini ortadan kaldırmıştır (4-8). Diaskopi işlemi lezyon yüzeyindeki girinti ve çıkıntıları düzeltmek için lam ile yapılmaktadır (6). Stratum korneum ile optik bağlantı kurabilmek için ise yansıma indeksi 1.52 olan lam kullanılmaktadır (9). Bu arada damarları kollabe etmemek için dermatolojiyi kullanan kişinin minimum basınç uygulaması da önemlidir (8). Aydınlatma için ise, bol ışık veren halojen lambalar kullanılmaktadır (5). Pratikte

dökülerin üzerine stratum korneumu berraklaştırmak amacıyla sıvı, damlatılıp lam ile kapatıldıktan sonra dökü ışık kaynağı ile 45 derece açıyla aydınlatılmaktadır (6). Dermatoskopi ile 10X-100X arasındaki büyütme uygulanabilirse de en uygun büyütmenin 6X-40X arasındaki büyütme olduğu bildirilmiştir. Ancak Martin ve arkadaşları özellikle vasküler yapıları görüntüleme 30X en uygun görüntüleme olduğunu ifade etmiştir (8). Binoküler aygıtlar görüntüde derinlik algısını da oluşturarak üç boyutlu değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. Dermatoskopik görüntüler gerekli görülürse fotograflanabilir veya depolama veya ardışık değerlendirmeler için dijital olarak kaydedilebilir (5). Dermatoskopik bakıda kullanılan dermatoskopların analog veya dijital pek çok tipleri mevcuttur (7).

2.1.2. DERMATOSKOPİ KULLANIM ALANLARI

Dermatoskopinin temel kullanım alanı pigmentli deri döküleridir. Dermatoskopi ile bu dökülerin pigment içeriği ve vasküler yapılarını incelenerek ayırıcı tanıları yapılmaktadır. Özellikle melanom riskinin arttığı çok sayıda normal ve/veya displastik nevus bulunan kişilerde yararlıdır (5). Dermatoskopi melanositik lezyonlar dışında melanositik olmayan basalioma, verruka seboreika, dermatofibrom ve hemangiom gibi malign ve benign lezyonların tanınması ve ayırt edilmesinde yararlıdır (10). Bununla birlikte dermoskopi EAK gibi pigmente olmayan deri dökülerinin ayırıcı tanısında da kullanılabilir (1). Pigmente olmayan dökülerde damar yapıları tanı da yardımcı olabilmektedir (11-12). Dermatoskopi pigmente ve pigmente olmayan deri tumorlarının tanısında etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir. Dermatolojide kullanım alanları invaziv bir yöntem olmaması nedeniyle son yıllarda artmaktadır. Yapılan son araştırmalarda çeşitli hastalıklarda çeşitli dermatoskopik paternler tanımlanmıştır (3). Literatürlerde skabiyes, pedikulus kapitis, kutan leishmaniasis gibi ektoparazitik infestasyonlar; molloskum contagiosum, verruka gibi viral infeksiyonlar; lupus vulgaris gibi bakteriyel infeksiyonlar; alopesi areata, androjenetik alopesi, sikatrisyel alopesiler, trikotilomani gibi saç hastalıkları, tırnak psoriyazisi, onikomikoz, tırnak tumorları gibi tırnak hastalıkları, psoriyazis, liken planus, ekzema seboreikum gibi inflamatuvar dermatozların dermatoskopik bulgularıyla ilgili yapılmış çalışmalar vardır(4). Ancak yüzde yerleşimli melanosit dışı dökülerle ilgili yeterli çalışma yoktur ve yeni çalışmalara ihtiyaç vardır (3).

2.1.3. TANI ÖLÇÜTÜ OLAN BULGULAR

Dermatoskopi epidermis, dermoepidermal bileşke ve papiller dermiste yer alan, çıplak gözle değerlendirilemeyen farklı yapıların pigment rengi, dağılımı, paternleri ve kan damarlarının incelenmesini sağlar (13). Dermatoskopi aracılığıyla görülebilen renkler çeşitli faktörlere bağlıdır. Bilinen 2 kromofor vardır:

Melanin: Lezyonun derinliğine bağlı olarak siyah, kahverengi, mavimsi veya grimsi renkte görünür.

Hemoglobin: Derinliğine, oksidasyon derecesine ve tromboz varlığı ya da yokluğuna göre kırmızı-mavimsi, hatta mor tonları sergileyebilir (8).

2.1.4. PSORİYAZİS VULGARİS, ERİTEMATÖZ AKTİNİK KERATOZ, EKZEMA SEBOREİKUM VE DİSKOİD LUPUS ERİTEMATÖZUS'DA GÖRÜLEBİLEN DERMATOSKOPIK YAPILAR

Dermatoskopide inflamatuvar dermatozlar temelde 4 parametreye göre değerlendirilmektedir; Morfolojik vaskular paternler, vaskular yapıların dağılımı, renkler, folikular anormallikler (14).

Eritem: Hipopigmentasyon ya da morfolojisinde her hangi bir tanımlanabilir alanı olmayan şekilsiz soluk kırmızı alanlar (15).

Beyaz Skuam: Epidermin yüzeyel katman veya katmanların bir bölümünün veya tümünün ayrılması ile oluşmuş örtü, dermatoskopide lezyon yüzeyinde geniş alanları kaplamayan, skuamlı ya da keratotik görünümde beyaz opak yapısız alanlar şeklinde görülür (16)

Sarı Skuam: Epidermin yüzeyel katman veya katmanların bir bölümünün veya tümünün ayrılması ile oluşmuş örtü, dermatoskopide lezyon yüzeyinde geniş alanları kaplamayan, skuamlı ya da keratotik görünümde sarı-açık kahverenkli opak yapısız alanlar şeklinde görülür (16).

Noktasal Damarlar: Yoğun olarak birbirine yakın/yan yana dizilmiş küçük kırmızı noktalar (8).

Glomerular Damarlar: Noktasal damarlardan daha büyük, kümeler halinde sıralanan ve sarmal görünümlü damarlar (8).

Firkete Damarlar: sıklıkla keratinize tumorlerde görülen beyazımsı halo ile çevrili eğilmiş bükülmüş vaskuler yapılar (8).

Lineer/İrreguler Damarlar: Doğrusal ya da hafif kavisli, düzensiz şekil ve boyutlu dağınık kırmızı yapılar (8).

Virgül Damarlar: Kalın kırmızı lineer bir çizgiden daha ince kavisli bir çizginin dallanması şeklinde görülür (virgül benzeri) (8).

Taç Benzeri Damarlar: Lezyonun merkezine ulaşmayan periferik dallanan damarlar (8).

Çilek Paterni: Belirgin, hedef tahtası benzeri iç kısmı sarı dış kısmı beyaz renkli yuvarlak yapılarla içi içe geçmiş şekilsiz kırmızı alanlar (çilek yüzeyi benzeri), keratin dolu folikuler açıklıklara karşılık gelen hedef benzeri yapılar (15).

Patlayan Yıldız Görünümü: Merkezde sarı-beyaz renkli şekilsiz skuamlı bir alanı çevreleyen radyal olarak dağılmış şekilsiz kırmızı çizgiler ve firkete benzeri damarlar (yıldız patlaması görünümünde) (15).

Perifolikuler Beyaz Halo: Kıl foliküllerinin çevresinde hipopigmante halkasal yapılar (15)

Folikuler Keratin Tıkaçları: folikuler yerleşimli herhangi bir tanımlanabilir yapısal elemanı olmayan çok veya az merkezi lokalizasyonlu sarı-beyazdan açık kahverengiye değişen renkte amorf alanlar (15).

Dilate Kıl Folikülleri: Genişlemiş folikular açıklıklar (15).

Hedef Benzeri Kıl Folikülleri: Merkezde sarı-açık kahverengi şekilsiz alan, daha dışta beyaz şekilsiz bir halkadan oluşan değişken büyüklüklerde yuvarlak yapılar, bu patern derideki folikuler açıklıklar içindeki keratotik tıaçlara karşılık gelmektedir (15).

Rozetler: Folikuler açıklıklara karşılık gelen birbirine yakın dizilmiş 4 beyaz küçük nokta, 4 yapraklı yonca gibi, noktalar hayali bir çizgi ile birleştirildiğinde dikdörtgen oluşturulabilir (15).

Hipopigmante Alanlar: Herhangi bir yapısal eleman olmaksızın deri renginden daha açık renkli şekilsiz alanlar (15)

Pigmante Alanlar: Herhangi bir yapısal eleman olmaksızın açık-koyu kahverenkli pigmante şekilsiz alanlar (15)

Beyaz Şekilsiz Alanlar: Herhangi bir yapısal eleman olmaksızın beyaz şekilsiz alanlar; bunlar lezyonun geniş alanlarını kaplayabilir ve büyük hedef benzeri kıl folikülleri ile birlikte olabilir (15).

Sarı/Turuncu Alanlar: Opak görünümlü silik sınırlı sarı-turuncu oval yapılar (3).

Erozyo Alanı: Yüzeysel kanama alanlarına karşılık gelen ve genellikle sarı opak yapılarla ilişkili olan küçük düzensiz dağılımlı, turuncu, kırmızı, kırmızı -kahverenkli şekilsiz alanlar (15).

Ulserasyo Alanı: Mat/soluk kırmızı ya da kırmızı-kahverenkli büyük düzensiz şekilli veya yuvarlak/oval alanlar (15).

Globuller: Çapı 0.1 mm'den büyük, kahverengi, siyah ya da kırmızı renkte olabilen yuvarlak/oval, iyi sınırlı yapılardır (13-17).

Benekler: Çapı 0.1 mm'den küçük, siyah, kahverengi, gri ya da mavi-gri renkli olabilen yuvarlak yapılardır (13-17).

3. PSORİYAZİS

Psoriyazis relaps ve remisyonlarla seyreden yatkın bireylerde travma, infeksiyonlar ya da ilaçlar gibi çeşitli faktörlerle tetiklenebilen poligenik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır (18). Karakteristik lezyonu keskin sınırlı gümüşü-beyaz skuamlı papulalardır. Diz, dirsek gibi sınırlı alanları etkileyebileceği gibi vücut yüzey alanının

%90'ından fazlasını etkileyerek eritrodermiye de neden olabilmektedir. Kronik bir hastalık olması, yüz, diz gibi gözle görülebilen alanları tutmabilmesi nedeniyle yaşam kalitesini ciddi olarak etkileyebilmektedir (19).

3.1. EPİDEMİYOLOJİ

Yapılan son çalışmalarda psoriyazisin dünyada prevalansı yetişkinlerde %2-4, çocuk ve adolesanlarda %0.5-2 olarak bulunmuştur (20). Brandrup ve Green yaptıkları çalışmada hastaların 1/3'ünün şiddetli psoriyazisi, 2/3'ünün hafif şiddette psoriyazisi olduğunu tespit etmişlerdir (19). Psoriyazisi bebeklik ve 80'li yaşlara kadar herhangi bir yaşta ilk olarak görülebilir ancak başlangıcı yaşamın iki döneminde 20-30 yaşlar ve 50-60 yaşlarda pik yapmaktadır. Yaklaşık olarak hastaların %75'inde başlangıç yaşı 40 yaşından öncedir. Kadınlarda başlangıç yaşı erkeklere göre daha erken olmasına rağmen klinik seyir benzerdir (21). Erkeklerde ve kadınlarda eşit sıklıkta görülmektedir (18).

3.2. ETYOLOJİ

Psoriyazisin etyopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Ancak genetik altyapısı olan infeksiyonlar, ilaçlar, emosyonel stres, sigara gibi çevresel faktörlerden etkilenen immunolojik bir hastalık olduğu düşünülmektedir.

3.2.1. GENETİK FAKTÖRLER

Yapılan son çalışmalar psoriyazisin genetik bir alt yapısının da olgunu destekler niteliktedir. Bazı ailelerde psoriyazisin artmış sıklıkta olduğu bilinmektedir. Psoriyazisli olguların %35-90'ında pozitif aile hikayesi vardır. Yapılan çalışmalarda anne ve babasında psoriyazisi öyküsü olan çocuklarda psoriyazisi gelişme riski %41 olarak bulunmuştur. Ebeveynlerden biri etkilenmişse risk %14, kardeşlerden biri etkilenmişse %6 olarak tespit edilmiştir (19). Morris ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada psoriyazisli çocukların %4.5-91'de aile öyküsü pozitif olduğunu belirtmişlerdir (20). ABD'de yapılan başka bir çalışmada psoriyazisi öyküsü olan çocuk hastaların %51.4'ünde aile öyküsü pozitif olarak bulunmuştur. Bu olguların %59.8'inin birinci derece akrabalarında psoriyazisi hastalığı olduğu tespit edilmiştir

(22). Farber ve Nall yaptıkları bir çalışmada psoriyazisli monozigot ve dizigot ikizleri karşılaştırmış monozigotlarda psoriyazis açısından uyumluluk %58, dizigotlarda ise %20 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada lezyonların dağılımı, şiddeti ve başlangıç yaşı monozigot ikizlerde benzer, dizigoti ikizlerde ise farklı bulunmuştur (19).

Histokompatibilite antijenleri (HLA) insan hücrelerinin yüzey antijenleridir ve karşılığı olan kromozom bölgesine major histokompatibilite kompleksi (MHC) denir. 6. kromozom kısa kolunda (p) yerleşir. Reaktif artrit gibi bazı hastalıklar tek HLA antijeni ile birliktelik gösterirken (HLA B27), psoriyazis HLA-B13, HLA-B17, HLA-B37 ve HLA-Bw16 gibi birçok HLA antijeni ile birliktelik gösterir. Son çalışmalar bu birlikteliklerin HLA-Cw6 birlikteliğine ikincil olduğunu göstermiştir. HLA-Cw6 beyaz ırkta psoriyazis gelişimi için 1.3'lük bir göreceli risk oluşturmaktadır. HLA-Cw6 psoriyazisin başlangıç yaşını etkilemektedir. Bir seride erken başlangıçlı psoriyazislerin %90'ında, geç başlangıçlı psoriyazislerin %50'sinde ve kontrol popülasyonun sadece %7.4'ünde HLA-Cw6 pozitif olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda 'tüm genomu kapsayan bağlantı taramaları' psoriyazisle birlikteliği olan birçok gen lokusu tespit etmiştir. PSORS1 (kromozom 6p21.3)'in psoriyazisli hastaların %50'sinde varolan major gen olduğu düşünülmektedir. Gerçekten kritik bölge klas 1 MHC'nin sentromer ucuna yakın 300 kb interval gibi görülmektedir. Bu bölgedeki birçok HLA dışı genin aday genler olduğu düşünülmesine rağmen son bir çalışma HLA-C'nin psoriyazis şüpheli gen ve HLA-Cw6'nın da riskli allel olduğuna dair kuvvetli deliller sağlamıştır (19).

Psoriyazis HLA analizlerine göre ikiye ayrılmaktadır.

Tip 1 Psoriyazis:

Hastalık 40 yaş öncesinde başlar ve HLA pozitifliği vardır. En sık Cw6, daha az olarak Bw57, DR7 ve nadir olarak Cw2 pozitifliği görülmektedir. Olguların üçte ikisi Tip 1 psoriyazistir. Olguların %10'unda aile öyküsü pozitifdir.

Tip 2 Psoriyazis:

Hastalık 40 yaşından sonra başlar. HLA ilişkisi çok daha zayıftır. Çok çok nadir olarak Cw2 ve Cw6 birlikteliği gösterilmiştir. Olgularda aile öyküsü yoktur. Tip 1 ile karşılaştırıldığında artrit ve tırnak tutulumu daha yaygındır (23).

3.2.2. TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER

Hem çevresel hem de sistemik tetikleyici faktörler genetik olarak predispoze kişilerde psoriyazise neden olabilir.

İnfeksiyonlar, özellikle bakteriyel infeksiyonlar psoriyazise neden olabilir ya da mevcut psoriyazisi şiddetlendirebilir. Yapılan çalışmalarda Psoriyazis hastalarının %45'inde hastalığın bir döneminde infeksiyonlarla şiddetlenme öyküsü bulunmuştur. Streptokokkal infeksiyonlar en yaygın neden olarak tespit edilmiştir (21). Özellikle çocuklarda sık olarak görülen guttat psoriyazisin bilinen en sık etyolojik nedeni streptokok infeksiyonlarıdır. Döküler infeksiyonundan ortalama 2 hafta sonra oluşmakta ve sıklıkla 3-4 hafta sonra klinik olarak kendi kendini sınırlamaktadır (22). En yaygın olarak farenjit ile ilişkiliyken ayrıca diş abseleri, perianal selülit, impetigo gibi diğer bölge infeksiyonları da psoriyazisi tetikleyebilmektedir. Daha az sıklıkla sinus, solunum, gastrointestinal veya genitoüriner sistem infeksiyonları, viral infeksiyonlar da psoriyazisi şiddetlendirebilmektedir. HIV infeksiyonunun da psoriyazisi şiddetlendirdiği gösterilmiştir. HIV pozitif bireylerde psoriyazis sıklığı artmaz ancak hastalık klinik olarak daha şiddetli seyretme eğilimindedir.

Lityum, NSAİ, interferon, b-blokerler, antimalaryal ilaçlar gibi birçok ilaç psoriyazise neden olabilmekte ve mevcut psoriyazisi şiddetlendirebilmektedir. Ayrıca sistemik kortikosteroidlerin hızlı kesilmesi pustular psoriyazis atağına neden olabileceği gibi psoriyazis vulgariste de şiddetlenmeye neden olabilmektedir (21).

Psoriyatik lezyonlar güneş yanığı, morbiliform ilaç erupsiyonları, viral ekzantemler gibi başka deri hasarlarıyla da tetiklenebilir. Deride hasar sonucu psoriyatik lezyonların ortaya çıkmasına Koebner fenomeni denilir ve psoriyazisli hastaların yaklaşık %25'inde gözlenmektedir. Travma ile deride psoriyazis lezyonunun görülmesi arasındaki süre ortalama 2-6 haftadır. Herhangi bir zamanda 'Koebner negatif' olan bir hasta daha sonra 'Koebner pozitif' olabilir. Koebner fenomeni psoriyazisin deride lokal olarak tetiklenebilen sistemik bir hastalık olduğunu düşündürmektedir (19).

Hipokalseminin generalize pustular psoriyazis için tetikleyici bir faktör olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Aktif D3 analogları psoriyazis tedavisinde etkili olmasına rağmen vitamin D3 düzeyleri ile psoriyazis arasında ilişki bulunamamıştır. Hamilelik hastalık aktivitesinde değişikliğe neden olabilmektedir. Bir çalışmada

hastaların %50'sinde düzelme olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte hamile kadınlarda impetigo herpetiformis olarak bilinen pustular psoriasis de gelişebilmektedir. Psikojenik stres psoriyaziste iyi tanımlanmış bir sistemik tetikleyici faktördür. Önceden varolan psoriyazisi alevlendirdiği gibi hastalık başlangıcına da neden olabildiğini gösteren çalışmalar vardır. Psoriyaziste şiddetlenme genellikle stresli olaydan bir kaç hafta ya da ay sonra olmaktadır. Obezite, artmış alkol tüketimi, artmış sigara kullanımının psoriasisle ilgili olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Bazı çalışmalar obezite ve artmış alkol tüketiminin psoriyazisin sonucu olduğunu ancak artmış sigara kullanımının psoriyazise neden olabildiğini göstermiştir. Alkolizm ve psoriasis arasındaki ilişki yüksek olasılıkla hastalığın bireyde oluşturduğu psikolojik etkiye bağlıdır (19-24).

3.3. PATOGENEZ

Psoriasis başlıca interfolikuler epidermisi etkilediği için önceleri uzun bir süre keratinositlerde varolan bir biyokimyasal ya da hücre sel bozukluğa bağlı bir epidermal hastalık olduğu düşünülürdü. Ancak siklosporin gibi T hücre baskılayıcı ajanların psoriyaziste belirgin iyileşme sağlaması bu konuda görüşleri değiştirdi. Psoriasis patogenezinin anlaşılması tarihe hastalığa yönelik tedaviler geliştirilmesi olarak yansımıştır. Şu anda psoriasis T hücre aracılı bir hastalık olarak kabul edilmektedir (25-26).

Tipik klinik bulgular olan eritem ve skuam epidermiste hiperproliferasyon, anormal farklılaşma, inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve vaskular değişikliklerin sonucu olarak ortaya çıkmaktadırlar. Hiperprolifere epidermiste; epidermal kök hücre sayısında artma, DNA sentezi olan hücrelerde artma, keratinositlerde 311 saat olan hücre sel döngü süresinin 36 saate inmesi, bazal hücre tabakasından stratum korneum çıkma süresinin 27 günden 4 güne inmesi gibi değişiklikler gözlenmektedir (25).

Son dönemde psoriasis hem immun fonksiyonlarda yer alan hem de keratinosit biyolojisinde yer alan genlerdeki polimorfizmin neden olduğu poligenik bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Tüm genomu kapsayan bağlantı taramalarına dayanılarak birçok aday gen kadar bir takım şüpheli lokuslar da tanımlanmıştır. İlginç olarak bu aday genlerden bazıları edinsel immun sistemin hücrelerinden çok epidermiste

sunulmaktadır. Epidermis günümüzde aktif doğal immun cevapta yer alan dolayısıyla edinsel immun sistem aktivasyonunun etkileyen bir doku olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle psoriyazise edinsel immun sistemdeki ve epidermal hücrelerin doğal immun fonksiyonlarındaki anormallikler neden olabilir. Sonuç olarak psoriyazisin inflamatuvar epitelyal bir hastalık olduğu düşünülebilir.

Psoriyazisin HLA-Cw6 gibi belli MHC allelleri ile birlikteliği T hücrelerin patojenik rolünü kuvvetle akla getirmektedir. Lezyonlu derinin epidermis ve dermisinde özgül T hücre alt tiplerinin varlığı da çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. İlave olarak T hücre fonksiyonunu etkileyen interlökin-2 (IL2) reseptör , CD2, CD11a ve CD4'ü hedefleyen bazı maddelerin psoriyazisin klinik düzelmesine neden olduğu bildirilmiştir. Edinsel immun sistemin katılımını destekleyen bir diğer kanıt ise kemik iliği transplantasyonunun psoriyazisin kaybolması ya da gelişimi şeklinde etkisidir. Lezyondaki T hücrelerin analizi ekzojen mikrobiyal ya da viral antijenlerle ya da keratin gibi otoantijenlerle çapraz reaksiyon oluşturan özgül antijenleri tanıyan T hücre alt tilerinin lezyondaki artışına işaret eden oligoklonalyeti göstermektedir. Alternatif olarak klonal genişlemeye bakteriyel superantijenler neden olabilmektedir.

İnsanlarda psoriyazis dökülerinin başlaması ve sürmesinde suçlanan bir kaç hücre tipi vardır. Dermal birikim CD4+ ve CD8+ hücrelerin bir karışımı iken epidermal T hücrelerinin çoğunluğu CD8+'dir. Bu hücrelerin çoğunluğu CLA (deride yerleşen reseptör) ve kemokin reseptör CCR4'ü sunun hafıza T hücreleridir. Yeni bir hücre alt tipi olan Doğal öldürücü (NK) T hücreleri de psoriyatik deri dökülerinde bulunur ve keratinositler üzerindeki CD1d ile etkileşir. Sonuçta IFN-gama üretimi artar. Langerhans hücreleri ve dentritik hücreler hem lezyonlu hem de lezyonsuz deride bulunur. Potent immun uyarıcı kapasiteleri nedeniyle psoriyazis patogenezinde de yer aldıkları düşünülmektedir. Psoriyaziste hem dermal dentritik hücreler hem de inflamatuvar epidermal dentritik hücreler artmıştır ve olgun dentritik hücrelerin varlığı normal derideki dentritik hücrelerle karşılaştırıldığında T hücrelerinin aktive etme yeteneklerindeki artışı açıklar. Bir çalışmada plasmositoid dentrik hücrelerin IFN-alfa üretimi aracılığıyla psoriyazis gelişimini uyardığı gösterilmiştir. Bu da psoriyaziste doğal immun sistemin etkisini kanıtlamaktadır.

Epidermiste hem Kogoj'un spongioform pustulalarında hem de Munro mikroabselerinde nötrofil farlığı nispeten psoriyazise özgül olarak düşünülmektedir.

Aktif lezyonlarda ve kenarlarda nötrofil varlığı belirgindir. Ancak T hücrelerinin aksine lezyonlu deride sürekli olarak bulunmazlar. Aktifleşmiş nötrofiller psoriyazisin patogeneze katılmalarına rağmen psoriyazisin başlıca nedenlerinden oldukları düşünülmemektedir.

Psoriyaziste angiogenezde ve vasküler endotel hücrelerinde lökosit trafiğini kolaylaştıran adezyon molekülleri ICAM-1 ve E-selektin sunumunda artış tespit edilmiştir.

Psoriyazis bir yardımcı T hücre tip1 (Th1) hastalığı olarak düşünülmektedir. Hastalıkta Th1 sitokinleri olan IFN-gama ve IL-2'de artış gözlenmektedir. Antiinflamatuvar sitokin IL-10 ise azalmıştır. Şu ana kadar yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda IL-12, IL23, IL-15'inde hastalık patogeneze katıldığı düşünülmektedir. IL-23 ve IL12'nin P40 subunitine karşı bir insan monoklonal antikoru olan ustekinumaba karşı psoriyazisin dikkat çekici yanıtı sitokinlerin rolünü kanıtlar niteliktedir. IL-23 doğal katil hücreler tarafından üretilmektedir ve Th 17 hücrelerini IL-22 salgılaması için uyarmaktadır. Sonuç olarak IL-22'de dermal inflamasyona ve keratinosit proliferasyonuna yol açmaktadır. Hastalık şiddeti ile dolaşımdaki IL22 düzeyleri arasında ilişki olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir.

IFN-gama epidermisteki NK T hücreleri ve aktifleşmiş T hücrelerinden salınır. Psoriyaziste çok sayıda immun ilişkili gen sunumunu kontrol eden STAT transkripsiyon faktor ailesinin üyelerini harekete geçirir. IFN-gama'nın aktive ettiği yolak psoriyazisin anahtar özelliğidir ve vasodilatasyon (uyarılabılır nitrik oksit sentaz (iNOS) uyarımıyla) ve T hücre birikimi (çeşitli kemokinlerin sunumu aracılığıyla) gibi birçok fenotipik değişikliği açıklar.

Psoriyatik deride doğal immun sitokinler olan IL-1, IL-6 ve TNF-alfa üretimi artmıştır.

Kemokinler lökosit fonksiyonlarında önemli medyatörlerdir. Bir çok kemokin ve onların bağlandığı reseptor varlığında artış yapılan bir çok çalışmada gösterilmiştir. CXCL8'in sıklıkla göze çarpan nötrofil infiltrasyonuna aracılık ettiği düşünülmektedir.

Yapılan son çalışmalar göstermiştir ki epidermal keratinositlerde dentritik hücreler, NK T hücreler ve nötrofiller gibi doğal edinsel olmayan immun yanıtta etkilidir.

Keratinositler geniş patogen spektrumuna karşı doğrudan antimikrobiyal aktiviteye sahip beta-defensin-2 (hBD2) sekretuar lökosit proteaz inhibitörleri (SLPI) gibi antimikrobiyal antimikrobiyal proteinleri yapısal olarak sunmaktadır. İlave olarak keratinositler hBD2, LL37 ve SKALP/elafin gibi diğer birçok tetiklenebilir antimikrobiyalleri sunmak için uyarılabilir. Bu efektor moleküllere ilave olarak keratinositler Toll-like reseptörleri (TLR) sunarak İL-1, IL-8 ve TNF-alfa gibi sinyal moleküllerini sekrete eder. Bu elemanların birçoğu psoriyazis döküsünde yüksek miktarda sunulmaktadır bu nedenle inflamatuvar sürecin başlamasına ya da kontrolüne kanıtlımları muhtemeldir ancak şu ana kadar yapılan çalışmalarda bu durum kanıtlanamamıştır.

Psoriyaziste lezyonel epidermal keratinositler patogeneizde önemli olduğu ileri sürülen transkripsiyon faktörü STAT-3'ü sunmaktadırlar. Yapılan bir hayvan çalışmasında STAT-3'ün epidermal sunumunun farelerde psoriyazis benzeri dökülere neden olduğunu göstermiştir. Ayrıca STAT-3 psoriyazisle ilgili ICAM-1, TGF-alfa gibi birçok genin üretimini de indüklemektedir. TGF-alfa'nın psoriyaziste otokrin yolla çoğalmayı stimüle ettiği gösterilmiştir. STAT-3, IL-6, IL-20, IL-22 ve IFN-gama gibi çeşitli sitokinlerle aktive olduğu için psoriyatik lezyon gelişiminde immunositler ve keratinosit aktivasyonu arasındaki bağlantı olabileceği düşünülmektedir (19).

3.4. KLİNİK

Psoriyazisin en yaygın şekli olan psoriyazis vulgaris (kronik plak psoriyazis) keskin sınırlı, eritemli, skuamlı papular dökülerle karakterizedir. Daha az sıklıkla vücutta çok sayıda skuamlı guttat papula ile seyreden guttat psoriyazis, vücut yüzeyinin %90'ından fazlasını tutan eritrodermik psoriyazis gibi alt tipler de görülmektedir. Daha nadir olarak görülen generalize pustular psoriyazis ve palmoplantar pustulozda belirgin makroskopik pustulalar görülmektedir.

Klinik açıdan psoriyazise değişik deri bulgularının bir spektrumu olarak bakılabilir. Herhangi bir zamanda bir kişide değişik klinik tipler bir arada olabilmektedir. Bir lezyonun boyutu punktattan, 20 cm çapa ulaşan plakard lezyonlara kadar değişebilmektedir. Lezyon sınırları genellikle yuvarlak, oval ya da polisiklidir.

Psoriyatik lezyonlar karakteristik keskin sınırlarına ilave olarak bazen Woronoff halkası denilen soluk beyaz halka ile çevrilidir. Klasik bulgular eritem, kalınlaşma ve skuam sırasıyla deri yüzeyine yakın uzamış genişlemiş kapillerler, epidermal akantoza ilave hücrel birikimin, anormal keratinizasyon gibi histolojik bulguların göstergesidir (19).

Alevlenmeler süresince psoriyazis döküleri sıklıkla kaşıntılıdır (21). Psoriyazis dökülerinin çevresinde punktat papulaların varolması hastalığın ilerleme döneminde olduğunun bir göstergesidir. Ayrıca genişleyen psoriyazis döküleri daha yoğun eritemli bir kenarla karakterizedir. Lezyonlarda gerileme genellikle merkezden başlamaktadır bunun sonucunda ortada eritemin solduğu kenarlarda aktif olduğu anular lezyonlar oluşabilmektedir. Daha sonra lezyonlar sıklıkla postinflamatuar hipopigmentasyo ya da hiperpigmentasyo oluşturarak iyileşir.

3.4.1. Psoriyazis Vulgaris (Plak Psoriyazis)

Hastalığın en sık görülen ve tipik belirtiler ile ortaya çıkan formudur. Toplum tabanlı bir çalışmada psoriyazis hastalarının erişkinlerin yaklaşık %80, çocukların ise %75 oluşturduğu saptanmıştır (27). Parlak eritemli, keskin sınırlı, üzeri sedef rengi beyaz kolayca dökülen skuamlar ile kaplı papulalar ile karakterizedir. Dökülerin büyüklükleri ve şekilleri farklılık gösterir. Tipik yerleşim yerleri saçlı deri, sakral bölge, diz ve dirseklerdir, ancak vücudun diğer alanlarında da lezyonlar görülebilir (18). Yapılan çalışmalarda çocuklarda %17, yetişkinlerde ise %10 yüzü tutabildiği tespit edilmiştir. Yüz tutulumunda skuam daha ince ve az, eritemse daha yoğun görülmektedir (27).

3.4.2. Guttat Psoriyazis

Gövdede, ekstremitelerde ani gelişen çok sayıda 0.5-1.5 cm çapında küçük papulalarla karakterize tipidir. Sıklıkla çocuk ve genç erişkinlerde görülür. Yapılan bir çalışmada çocuk psoriyazis olgularının %13.7'sini, yetişkin psoriyazis olgularının %8'ini oluşturduğu tespit edilmiştir (27). Tipik olarak öncesinde psoriyazis öyküsü olmayan çocuklarda akut döküntü şeklinde görülmektedir. Nadiren psoriyazis bulunan hastalarda da guttat alevlenmeler olabilmektedir. HLA-Cw6 ve guttat psoriyazis arasında güçlü bir ilişki vardır. Streptokokal boğaz infeksiyonu sonrası atak veya alevlenme gözlenebilir (20). Ancak diğer infeksiyonlarla da birliktelik gösterilmiştir.

Sıklıkla viral infeksiyon ya da streptokok infeksiyonundan ortalama 2 hafta sonra dökümler oluşmakta ve 3-4 hafta sonra klinik olarak kendi kendini sınırlamaktadır (22).

3.4.3. Eritrodermik Psoriyazis

Akut veya kronik olabilen nadir bir formdur. Tüm vücut yüzey alanının %90'ından fazlasında generalize eritem ve skuamla karakterizedir. Bozulmuş bariyer nedeniyle hipotermi, hipoalbuminemi, infeksiyonlara yatkınlık, elektrolit anormallikleri, sıvı kaybı ve kalp yetmezliğine neden olabilmektedir (22).

3.4.4. İnvers Psoriyazis

İnguinal, perineal, genital, intergluteal, aksiler ve inframammarian bölgeler gibi intertriginöz bölgelerin tutulmasını tanımlar. Prevalansı %3-7'dir. Parlak, pembe-kırmızı keskin sınırlı papular dökümlerle karakterizedir. Sıklıkla skuam bulunmaz. Klinik olarak bakteriyel veya fungal infeksiyonlarla karışabilmektedir (28).

3.4.5. Tırnak psoriyazisi:

Psoriyazis tırnak tutulumunun en sık görüldüğü hastalıklardan, tırnak değişikliklerinin hastalarda %50 ye varan sıklıkta olabileceği belirtilmiştir. Hastaların %1-5 inde ise tırnak tutulumu tek klinik bulgu olabilmektedir. Tırnak tutulumu varlığı zor olgularda tanı açısından önemli katkı sağlamakta olup, psoriyatik artritli hastalarda daha sık izlenmektedir. Tırnak psoriyazisinde çukurcuklanma, trakionişi, lökonişi, Beau çizgilenmeleri, kırmızı lunula, onikoliz, subungal hiperkeratoz, yağ lekeleri, salmon lekeleri, splinter hemoragi gibi bulgular görülebilmektedir (29).

3.4.6. Pustular psoriyazis:

Hayatı tehdit eden komplikasyonların görüldüğü formdur. Akut başlangıçlı yaygın eritem, skuam, yüzeysel pustulalar ve erozyonlarla karakterize şiddetli psoriyazis formudur. Halsizlik, ateş, diyare, lökositoz ve hipokalsemi bulunabilir. Şiddetli olan generalize formu ve daha hafif olan lokalize palmoplantar formu mevcuttur. Rapor edilmiş nedenleri gebelik, infeksiyon ve sistemik kortikoidlerin ani kesilmesi şeklindedir (19).

3.4.7. Psoriyatik artrit

Ankilozan spondilit, reaktif artrit gibi çok sayıdaki seronegatif spondiloartropatilerden biridir. Psoriyazis hastalarının %5-30'unda görülür. Çoğu hastada eşlik eden deri bulgusu mevcuttur, bununla birlikte %15 hastada deri lezyonlarından önce de başlayabilmekte ve deri bulguları olan diğer %15 hastada da tanı konulmamış artrit bulunmaktadır. Tırnak tutulumu sıklıkla şiddetlidir ancak, deri tutulumu şiddetiyle eklem tutulu arasında direkt bir ilişki mevcut değildir.

3.4.8. Saçlı Deri Ve Yüz Tutulumu

Saçlı deri psoriyaziste en sık tutulan bölgelerden biridir. Döküler ekzema seboreikunun aksine keskin sınırlı olma eğilimindedir. Skuam bazen çok yoğun ve saça yapışık olabilir bu duruma 'pitriazis amiantesea' denilmektedir. Pitriazis amiantesea ekzema seboreikum gibi farklı hastalıklarda da görülebilse de bilinen en sık nedeni psoriyazistir. Saçlı deride tutulan alanlarda nadiren telogen efluvium'da görülebilmektedir (19).

Yüzde ise yine burun çevresi ve kaşlarda yoğun olan ekzema seboreikumdan farklı olarak yüzün periferine, kulak arkasına ve enseye doğru yayılma eğilimindedir. Yapılan çalışmalarda psoriyazis vulgarisin çocuklarda %17, yetişkinlerde ise %10 yüzü tutabildiği tespit edilmiştir. Yüz tutulumunda skuam daha ince ve az, eritemse daha yoğun görülmektedir (27).

3.5. HİSTOPATOLOJİ

Klasik histolojik bulgular düzenli veya tek düze epidermal hiperplazi, parakeratoz, stratum korneumda nötrofillerin bulunması, granular tabakada incelme veya kaybolma, stratum korneumda çekirdekli hücrelerin görülmesi (parakeratoz), suprapapiller dermal plaklarda incelme, nötrofillerden oluşan mikroapselerdir. Erken dönem lezyonlar klasik plak lezyonlardan daha farklıdır ve sadece superfisyal perivaskular limfositik infiltrat, dilate kıvrımlı kapillerler olmaktadır. Ayrıca atipik olguların ve kısmi sağaltım uygulanmış hastalarında histolojik bulguları olmakla birlikte tanısal değildir (19).

3.6. TANI/AYIRICI TANI

Psoriyazis klinik spektrumu geniş bir hastalık olması nedeni ile ayırıcı tanısı da klinik tipine ve tutulum bölgesine göre değişmektedir. Saçlı deride sıklıkla ekzema seboreikum ile karışmaktadır. Psoriyazis vulgaris yüz tutulumunda sıklıkla ekzema seboreikum, diskoid lupus eritematozus, eritematoz aktinik keratoz, ekzema allergikum gibi papuloskuamatoz hastalıklarla karışabilmektedir. Vücutta guttat psoriyazis pitriazis rozea, pitriazis likenoides kronika ile karışırken psoriyazis vulgaris sınırlı alan tutulumlarında hipertrofik liken planus, liken simpleks kronikus, bowen hastalığı, mikozis fungoides ile karışabilmektedir. Eritrodermik psoriyazis mikozis fungoides, toksidermi gibi diğer eritrodermi nedenleri ile ayırıcı tanıya girmektedir. Invers psoriyazis kıvrım bölgelerini tutması ve intertrigo etkeni olması nedeniyle ekzema seboreikum, kandidiazis, tinea kruris, ekzema irritativum ile karışabilmektedir. Pustular psoriyazis yaygın tutulumda en sık akut generalize ekzantamatoz pustuloz ile karışmaktadır (18-19-23).

Ayırıcı tanıda bulunan sayrılıklar geniş bir dağılım göstermesine rağmen tanı olguların çoğunluğunda klinik öykü ve fizik muayeneye konulabilmektedir. Fizik muayenede bir dökünün psoriyazis olduğunu düşündüren fenomen ve bulgular belirlenmiştir.

1)Yetersiz kapak fenomeni: Psoriyazis skuamının eritemli dökünün tamamını kaplamaması

2)Mum lekesi fenomeni: Yüzeysel gümüşi beyaz skuamlar bir lam yardımı ile kazındığında mum lekesine benzer görüntü oluşturması

3)Sonzar bulgusu: Lam yardımı ile skuam kazınmaya devam ettiğinde döküden bütün olarak çıkan yüzey membranı görülmesidir (23)

4)Auspitz bulgusu: Lam ile kazımaya devam edilirse noktasal kanama alanları oluşmasıdır. Dermal papillalardaki uzamış kapiller ve suprapapiller incelmanın klinik göstergesidir (12).

Klinik değerlendirmenin tanı koymaya yetmediği durumda biyopsi gerekmektedir. Bu durumda önerilen insizyonel deri biyopsisi ve 4 mm punch biyopsidir. Ancak bazı

hastalarda örneğin; yüz bölgesine sınırlı psoriyazis olgularında kozmetik olarak önemli bir lokalizasyon olması nedeniyle bu bölgeden alınan biyopsi sonrası ortaya çıkabilecek olan pigmentasyon bozuklukları, sikatris ve keloid oluşumu gibi komplikasyonlar nedeniyle biyopsi kararı alınırken hem hastalar hem hekimler endişe duymaktadır. Bu nedenle son dönemde psoriyazis gibi papuloskuamatoz hastalıkların ayırıcı tanısında dermatosopiden de faydalanılmaya başlanılmıştır (3). Yapılan çalışmalarda psoriyazis dökülerinde dermatoskopik olarak eritemli zeminde beyaz skuamlar, düzenli aralıklar dağılmış noktasal damarlar, kırmızı globuller, glomerular damarlar, firkete damarlar ve geniş uzamış kapiller, damar çaplarında komşu sağlıklı deriye göre artış görülmüştür (30).

4. EKZEMA SEBOREİKUM

Ekzema seboeikum vücudun sebace glandlardan zengin bölümlerinde yerleşen, kronik, tekrarlayıcı, eritemli, infiltrate, yağlı sarımsı skuamla karakterize, yüzeysel inflamatuvar deri hastalığıdır. Patogenezi tam olarak aydınlatılmış olmamasına rağmen aşırı yağ üretimi ve kommensal olarak bulunan *Malassezia* mayası ile bir ilişkisi vardır (19-23).

4.1. EPİDEMİYOLOJİ

Ekzema seboeikum erişkin ve infantil form olarak ikiye ayrılmıştır. Erişkin form 30-60 yaşta sık görülür, kronik seyir gösterirken; infantil form yaşamın ilk 3 ayında görülmekte olup kendi kendini sınırlar. Erişkin ES'un ekzemaların en yaygın olan şekli olduğu düşünülmektedir. Prevalansı %3-5 olarak tahmin edilmektedir (31). Fakat yaşam boyunca görülme olasılığı %50 olarak bulunmuştur. Saçlı derinin ES'u yaygın bir kozmetik problem olan kepekten klinik olarak tam ayrılamadığı için güvenilir insidans verileri yoktur. Erkekler kadınlardan daha sık etkilenir. Bu durum sebace gland aktivitesinin androjen kontrolü altında olmasına dayandırılmaktadır(32).

4.2. ETYOPATOGENEZ

Ekzema seboreikum nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte etyolojisinde bir çok faktörün rol aldığı multifaktöriyel bir hastalıktır. Etyolojik faktörler içinde en fazla Malassezia furfur suçlanmaktadır. Malassezia furfur lipofiliktir ve kalıcı deri florasının bir kısmını oluşturur. İnfantil ekzema seboreikum dahil ekzema seboreikum dökülerinde sıklıkla izole edilmektedir. Oysa ergenlik öncesi çocuklarda önemli derecede kolonizasyon yoktur (19). Yapılan bir çalışmada normal deri ve ekzema seboreikum döküleri karşılaştırıldığında dökülerdeki Malassezia furfur kültür sayısı oranında farklılık bulunmamış ancak Malassezia sayısında azalma klinik düzelme ile korele bulunmuştur. Başka bir çalışmada, seboreik ES dökülerinde %83 artmış oranda Malassezia furfur tespit edilmiştir. M.furfur'un immunolojik reaksiyonları değiştirdiği düşünülmektedir (33). Bunun dışında sebum üretiminde artış, androjenler, Candida albicans, Staphylococcus aureus, hepatit C virusu, yorgunluk, stres, depresyon, mikroanjiopatik olabilen vasküler bozukluklar, basınç değişiklikleri gibi atmosfer değişiklikleri, mevsimler, giyim, beslenme biçimleri ve yiyecek allerjileri, genetik yatkınlık, hiperhidroz, malnütrisyon, immün yetmezlik, gebelik, sistemik kortikosteroid kullanımı, oral kortikosteroid kullanımı, otoimmünite, klimakterik değişiklikler, ilaçlar, riboflavin, piridoksin, biotin eksiklikleri, esansiyel yağ asidi eksiklikleri gibi bir çok faktör ekzema seboreikum etyolojisinde suçlanmaktadır (34-35-36).

Parkinson hastalığı, siringomyeli, epilepsi, kuadripleji gibi nörolojik bozukluklarda, HIV pozitif olgularda, psikiyatrik bozukluğu olan olgularda daha sık görülmekte ve daha şiddetli seyretme eğilimindedir (34).

4.3. KLİNİK

Ekzema seboreikum pembe, sarı kırmızı renkli, üzeri sarı renkli yağlı skuamlı keskin sınırlı papulalarla karakterizedir. Nadiren dökülerin üzerinde irritasyona bağlı vezikula ve krustalar görülebilir. Sıklıkla ergenlik sonrası ve yaşamın ilk bir kaç ayında yani yağ bezlerinin aktif olduğu dönemlerde şiddetli seyretme eğilimindedir. Yağ bezlerinin yoğun olduğu saçlı deri, yüz, kulaklar, presternal bölge ve daha az sıklıkla aksilla, inguinal, meme altı kıvrımları, göbek deliği gibi kıvrım bölgelerini

tutar. Sıklıkla kendini sınırlama eğilimindedir ancak generalize olup, eritrodermiye de dönüşebilir (19).

4.3.1. YENİDOĞAN EKZEMA SEBOREİKUMU

Genellikle doğumdan yaklaşık 1 hafta sonra başlar ve birkaç ay boyunca devam edebilir. Başlangıç olarak vertekste ön fontanel bölgesinde yoğun, yapışık, yağlı skuamalar görünür. Skuamalar tüm saçlı deriye yayılabilir, inflamasyon ve sulantı oluşabilir. Saçlı derinin büyük kısmı yapışık skuam ve krustalarla kaplanır. Yaygınlaşan döküler, daha az oranda yüzde, kulak arkası kıvrımlarında, boyun, gövde ve ekstremitelerin proksimal kıvrımlarında oluşabilir. Sıklıkla psoriyazise benzer bir görünümüleri vardır. Aksilla ve inguinal kıvrıma yerleşen döküler daha şiddetli olarak inflame, sulantılı, keskin sınırlı olup uydu guttat dökülerle çevrilidir ve bazen gövde, saçlı deri dökülerinden daha önce başlarlar. Nadiren eritrodermiye neden olabilir. Dökülerin üzerine kandida infeksiyonu eklenebilir (19). Anneden geçen maternal hormon düzeylerinin azalması ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Sıklıkla kendini sınırlama eğilimindedir (31).

4.3.2. ERİŞKİN EKZEMA SEBOREİKUM

Döküler genellikle saçlı deri ve yüzde ortaya çıkar. Daha nadir olarak da kıvrım bölgeleri, gövdenin üst ve orta kısımları da etkilenebilir. Sık olmamakla birlikte eritrodermiye neden olabilir (19).

ES saçlı deride skuam, kaşıntı ve inflamasyona neden olmaktadır. En sık verteks ve parietal bölgeler etkilenebilir. Döküler sıklıkla difuz bir dağılım göstermektedir. Döküler ve eritem sıklıkla saç çizgisini aşmamaktadır. Kaşıntı orta derecededir . Kaşımaya sekonder folikülit ve fronkulus gelişebilir (37).

Yüz derisinin ES'u sıklıkla simetrik olup etkilenen bölgeler sırasıyla alın, kaşların orta kısmı, üst göz kapakları, nazolabiyal kıvrımlar, burun yan kısımları, kulak arkaları, nadiren oksipital bölge ve boyundur. Sıklıkla üzeri sarı skuamlı hiperemik papular döküler görülmektedir . Yüzde en sık burun kenarlarında üzeri ince skuamlı hafif hiperemik döküler şeklinde görülmektedir. Ciddi olgularda blefarite neden olabilmektedir (23).

Gövdede döküler presternal ve intertriginoz bölgelerde bulunur. Presternal bölgede bulunan döküler ekzema seboreikunun yüz dökülerine benzeyebilir ya da daha eritemli olabilir. Sıklıkla kümeler oluştururlar. İnvers psoriyazis gibi ekzema seboreikum da intertrigo nedenlerinden biridir. Bazı hastalarda bu iki hastalığın özellikleri vardır ve bu kliniğe sebopsoriyazis terimi kullanılmaktadır. Ekzema seboreikumlu hastalarda deri irritasyona duyarlıdır. Güneş ya da ısıya maruziyet, ateşli hastalıklar ve agresif topikal tedavi alevlenmelere neden olabilir. Irrite ekzema seboreikum döküleri parmak kırmızı ve eroziv olabilir.

Erişkin ekzema seboreikumu kronik tekrarlayan bir seyir gösterir. Hastalar kendini iyi hisseder ve sistemik bulgular yoktur (19-23).

4.4. HİSTOPATOLOJİ

Histopatolojisi spesifik değildir. Epidermiste akantoz, hiperkeratoz, arakeratoz ve spongioz görülmektedir. Epidermiste sebum birikimi, klinik olarak yağlı skuamlar şeklinde kendini göstermektedir. Dermiste ise ödem ve limfositik perivasküler infiltrasyon görülmektedir. Psoriyazise benzer şekilde akantoz görülebilmekte fakat nötrofil ekzositozu, Munro mikroabseleri ve birleşen parakeratotik boynuzsu tabakalar görülmemektedir (19-23).

4.5. TANI/AYIRICI TANI

Yenidoğan ES ayırıcı tanısında; ekzema atopikum, ekzema irritativum, kandidiazis, infantil psoriyazisi, skabiyes, langerhans hücreli histiyositoz yer almaktadır. Ekzema atopikum ile; daha erken başlangıç göstermesi, farklı bir dağılım paterni göstermesi, inflamasyonun daha az olması, kaşıntı, huzursuzluk, uykusuzluk gibi bulguların olmaması ile ayrılmaktadır. Ekzema irritativum yenidoğanda bez bölgesine sınırlıdır ve ekzema seboreikunun aksine kıvrım bölgeri korunmuştur. Infantil psoriyazis ise hem klinik hem de histopatolojik olarak yenidoğan ES'dan zor ayrılmaktadır. Skabiyeşte kaşıntı şiddetlidir ve sıklıkla ekskoriyasyonlar görülmektedir. Langerhans hücreli histiyositozda ise sıklıkla hepatosplenomegali gibi sistemik bulgular kliniğe eşlik etmektedir (19-23).

Erişkin ES’da tutalan bölgelere göre farklı hastalıklar ayırıcı tanıya girmektedir. Saçlı deri ekzema seboreikumu ayırıcı tanısında; psoriyazis, dermatomyozit, pityriasis kapitis simpleks, yer almaktadır. Psoriyazis döküleri daha kalın, gümüşi-beyaz skuamli, dah ayrı ayrı ve kaşıntısız olmak eğilimindedir ancak histolojik ve klinik olarak ayırıcı tanı zor olabilir ayrıca bu iki hastalık saçlı deride bir arada da görülebilmektedir. Dermatomyozit ile ayırıcı tanı dökülere poikiloderminin ve dermatomyozitin diğer klinik bulgularının eşlik etmesi ve histopatolojide belirgin interfaz dermatitinin görülmesi ile yapılmaktadır. Pityriasis simpleks saçlı deride ve yüzde terminal kılların bulunduğu alanların eritem ve irritasyon olmaksızın yaygın, hafiften orta dereceye kadar değişen şiddette olan ince beyaz ya da yağlı kepeklenme olarak tanımlanmaktadır. Pityriasis simpleks’in saçlı deri ekzema seboreikumunun orta dereceli formu olabileceği düşünülmektedir ancak teknik olarak ekzema seboreikum denilebilmesi için eritematoz inflamasyonun en azından mikroskopik olarak bulunması gerekmektedir.

Yüz bölgesi dökülerinin ayırıcı tanısında; lupus eritematozus, psoriyazis vulgaris, akne rozase, eritematoz aktinik keratoz yer almaktadır. Lupus eritematozus nasolabiyal kıvrımları nadir olarak etkilemektedir. Psoriyazis sıklıkla frontal bölge, kulak ön yüzleri gibi yüzün periferik bölgelerini tutmak eğilimindedir. Akne rozaseya sıklıkla eşlik eden pustular döküler ve telangiektaziler izlenmektedir. Özellikle kaşlarda sınırlı lezyonlar eritematoz aktinik keratoz ayırıcı tanıya girmektedir. Yüze sınırlı hastalıklarda sıklıkla ayırıcı tanı klinik olarak yapılamamakta ve histopatolojik ayırıcı tanıya gereksinim duyulmaktadır (19-23-37). Yüz bölgesi kozmetik olarak önemli bir bölge olması nedeniyle son dönemde ES’un ayırıcı tanısında da invaziv bir yöntem olmaması nedeniyle dermatoskopi kullanılmaya başlanmıştır. Daha önce yapılan araştırmalarda seboreik dermatitte dermatoskopik olarak noktasal damarlar, sarı skuamlar, sarı turuncu alanlar ve globuller görülmüştür (3).

5. LUPUS ERİTEMATOZUS

Lupus eritematozus çeşitli otoantikorların üretimi, kompleman azalması ve dolaşımında immunkomplekslerle karakterize deri, eklem, böbrek, kalp ve beyin gibi farklı sistemleri etkileyen otoimmün bir hastalıktır (38).

5.1. EPİDEMİYOLOJİ

LE'un hastahaneye yatış gerektirmeyen hafif şiddette kutan hastalıktan yaşamı tehdit eden sistemik hastalığa kadar değişken kliniklerde görülebilir. Hastalık kadınlarda 6 kat daha fazla görülmektedir. Sıklıkla 20-30 lu yaşlarda belirmekle birlikte çocukluk çağında ve daha ileri yaşlarda da görülebilmektedir (39).

Etnik köken de major risk faktorlerindedir. Prevalansı Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda beyaz Amerikalı kadınlara göre 4 kat fazladır (19).

5.2. PATOGENEZ

LE otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Sistemik formunun en büyük özelliği artmış antikor üretimidir. Artmış antikor üretimi bozulmuş apoptotik mekanizmalar nedeni ile artan anormal B hücresi fonksiyonunun bir sonucudur. Otoantikor üretimine ek olarak genetik faktorlerin ve ilaçlar, parazitler, enfeksiyonlar gibi çeşitli çevresel faktörlerin de lupus gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (40).

5.3. KLİNİK

Lupus eritematozus klinik olarak deri, eklemler, böbrek, akciğerler, sinir sistemi, seroz membranlar ve diğer sistemleri etkiler. Sistemi LE'da hastalık seyri sırasında %85 oranında deri ve %95 oranında kas-iskelet sistemi tutulumu izlenmektedir. Yani deri ve eklem bulguları neredeyse bütün hastalarda görülmektedir (39).

5.3.1. KUTAN LUPUS ERİTEMATOZUS (KLE)

Kutan lupus eritematozusa yönelik çeşitli sınıflandırmalar geliştirilmiştir. En sık kullanılan KLE sınıflaması, Prof. James Gilliam'ın sınıflamasıdır. Bu sınıflamaya göre deri lezyonları, spesifik ve spesifik olmayan deri lezyonları olarak ikiye ayrılmıştır. LE spesifik deri lezyonları KLE'un alt tiplerine işaret eder; akut kutan lupus eritematozus (AKLE), subakut kutan lupus eritematozus (SKLE) ve kronik kutan lupus eritematozus (KKLE) olarak alt gruplara ayrılmıştır (41). Bu tanıların

seçimi daha çok gözleme dayalıdır. Genellikle geçici malar eritemle karakterize AKLE, ağır inflamatuvar, sıklıkla sikatrisle iyileşen diskoid lezyonlarla karakterize diskoid lupus eritematozus (DLE) ve sıklıkla sikatrissiz gerileyen bir fotosensitif erupsiyon olan SKLE en sık görülen tiplerdir (41). LE'ye spesifik olmayan lezyonlar urtikaryal vaskulit ve livedo retikularis gibi genelde iç organ tutulumu veya ciddi hastalıkla birlikte aktif SLE'ye işaret eden vasküler deri değişiklikleridir. Düsseldorf tarafından 2004 yılında modifiye edilmiş KLE sınıflamasında deri manifestasyonları, AKLE, SKLE, KKLE ve intermittan KLE (IKLE) olarak ayrılmıştır. Kutan belirtiler, SLE'li hastaların %72-85'inde ortaya çıkar ve hastalığın herhangi bir aşamasında görülebilir. Aynı anda birden fazla KLE alt tipini gösteren hastalarda sistemik organ tutulumu riski daha yüksek olarak bulunmuştur (42).

5.3.1.1. AKUT KUTAN LUPUS ERİTEMATOZUS

AKLE; lokalize ve generalize AKLE olarak ikiye ayrılır. Lokalize AKLE; tipik olarak nazolabiyal sulkusların korunduğu burun sırtında ve malar bölgede kelebek tarzı (kelebek raş) eritemle karakterizedir. Generalize AKLE ise yüz, gövde üst kısımları ve üst ekstremitelerde diffuz eritem ile karakterizedir. Dökülere ödem ve ince skuam eşlik edebilir. Şiddetli formlarda vezikulobulboz döküler de görülebilir. Lezyonlar saatler ve günler içerisinde hızla gelişir. Döküler genellikle sikatris bırakmadan iyileşir. Koyu tenli bireylerde dökülerin gerilemesi sonrası postinflamatuvar hipopigmentasyo, hiperpigmentasyo görülebilir (39). Yüz, özellikle malar bölge en sık tutulan bölgedir. AKLE genellikle güneşe ya da yapay güneş ışınlarına maruz kalma ile ilişkilidir. Lezyonlar elde görüldüğü zaman, eklem yerleri tipik olarak tutulmuştur. Akut kutan erüpsiyona oral ülserasyon eşlik etmesi nadir değildir (43). Lokalize AKLE akne rozasea ve ekzema seboreikumla karışabilir. Ekzema seboreikumda nazolabiyal kıvrımlarda tutulurken, akne rozase ise pustulaların olması ile AKLE'dan ayrılmaktadır. Generalize AKLE ise ilaç erüpsiyonu ya da viral ekzantemlerle karışabilir. AKLE genellikle aktif SLE ile ilişkilidir. Kelebek tarzı eritem tanı sırasında hastaların %52'sinde görülür. AKLE atakları tipik olarak SLE alevlenmeleri ile paralellik gösterir. Yapılan bir çalışmada SLE hastalarının %35'inde generalize AKLE tespit edilmiştir (39).

5.3.1.2. SUBAKUT KUTAN LUPUS ERİTEMATOZUS

Morfolojik olarak annular ve papuloskuamoz SKLE olmak üzere iki tipe ayrılmaktadır. Daha nadir olarak görülen tipleri ise ekzantematoz, akral annular görünüm, pitriyaziform, follikular eritematoz ve eksfoliyatif eritrodermadır. SKLE döküleri sıklıkla eritemli, skuamlı papular döküler şeklinde görülür. Annular SKLE seyrinde vezikülalar ve krustalar görülebilir. Lezyonlar genellikle sikatris bırakmadan iyileşir. Ancak bazen vitiligo benzeri lökodermaya da neden olabilir bu durumda klinik düzelme daha uzun süreli olmaktadır. Fotosensitif dağılım gösteren döküler genellikle boyun V bölgesi, üst sırt, omuzlar, kol ekstansor yüzleri ve el sırtlarında görülür. Tipik olarak eklemler korunmuştur. Yüz ve saçlı deri nadiren tutulmaktadır. SKLE hastalarında deri döküntüsü dışında hafif şiddette bir sistemik aktivasyon vardır. Bu sistemik hastalık aktivitesi en sık kas-iskelet sisteminde görülür ve en sık anti-Ro (SS-A) antikorunda olmak üzere %70 oranında serolojik pozitiflik eşlik eder. SKLE'li hastaların %90'ında Anti-Ro/SS-A pozitifliği fotosensitivite ile ilişkilendirilmiştir. Ciddi santral sinir sistemi tutulumu, progresif renal tutulum ve sistemik vaskulit SKLE hastalarında %10'dan az oranda olup nadir görülür (39). Çeşitli ilaçların SKLE'ye neden olduğuna dair bir çok yayın vardır. Bunların en önemlileri; fenitoin, diltiazem, tiazidler, tümör nekroz faktör inhibitörleri, terbinafin ve bazı antihistaminiklerdir. İlginç olarak LE tedavisinde kullanılan bazı ilaçların da SKLE gelişimine neden olduğu ya da mevcut hastalıkta alevlenmelere neden olduğu kaydedilmiştir. İlaça maruziyet ve dökülerin başlangıcı arasındaki süre ortalama 6 hafta olmakla birlikte 3 gün ile 11 yıl arasında değişkenlik göstermektedir. Hastalığa neden olan ilacın kesilmesi ise her zaman hastalığın sonlanmasına neden olmamaktadır (44). SKLE klinik olarak eritema annulare sentrifigum, eritema multiforme ve Rowell sendromunu taklit edebilir (39).

5.3.1.3. KRONİK KUTAN LUPUS ERİTEMATOZUS

KKLE; hipertrofik/verrukoz DLE, lupus profundus/lupus pannikuliti, mukozal DLE, lupus tumidus, chilblain LE ve diğer nadir görülen klinik varyantlar olarak sınıflandırılmıştır.

A)Diskoid Lupus Eritematozus:

Klasik DLE, KKLE'nin en sık görülen klinik varyantıdır. Klasik DLE bulguları olan hastaların çoğunda SLE özellikleri görülmez. Sıklıkla madeni para büyüklüğünde keskin sınırlı, skuamlı morumsu, hiperemik makulopapular dökümler görülür. Dökümlerde inflamasyona sekonder periferik hiperpigmentasyon izlenebilir. Merkezi atrofik olan dökümlerde dilate kıl foliküllerine yapışık skuamlar ve foliküler tıkaçlar olup sikatrisler, depigmentasyon ve telangiyektaziler görülebilir. DLE genellikle saçlı deri, yüz, kulaklar, boyun V bölgesi ve kolların ekstensor yüzlerini tutar. DLE güneşe maruz kalmayan alanları da etkileyebilir ve güneşle ilişkisi net değildir. Güneş ışığından bağımsız olarak saçlı deri ve kulaklar DLE'nin tipik lokalizasyonlarıdır. DLE hastalarında %60 oranında saçlı deri tutulur ve bunların %10'unda tek lezyon vardır. Saçlı deride folliküler tutulum sonucunda sikatrisyel alopesilere neden olabilir (39). Yüz DLE'de en sık tutulan bölgedir. Tipik olarak dökümler alın, burun ve yanaklarda birden fazla lezyon şeklinde görülme eğilimindedir. Nazalabiyal sulkuslar tutulmaz. Foliküler yıkıma bağlı olarak %34 kalıcı sikatrisler görülebilmektedir (23). Boyun altında DLE lezyonları daha nadirdir; bunlar genellikle kol, ön kol ve el ekstensor yüzlerinde görülür. DLE'de tırnak tutulumu yaygın olup tırnak plağı distrofisi görülür. Ayrıca tırnaklarda noktasal çukurcuklanma, lökonişi striata, onikoliz, çomaklaşma, tırnak yatağı eritemi ve telangiyektaziler de görülebilir. DLE palmoplantar ve foliküler yerleşimine göre de sınıflandırılabilir. Palmoplantar DLE lezyonları ağırlı eroziv karakterde olup sağaltımı zordur. Foliküler DLE en sık dirsek bölgesinde görülür ve yaklaşık 1 cm büyüklüğündeki foliküler papulalar ile karakterizedir (39-45). Bazı diskoid lezyonlar, mukozal yüzeylerde (dudak, nazal mukoza, konjonktiva ve genital mukoza) görülebilir. Diskoid dökümler, sikatris geliştirme potansiyeline sahiptir ve zamanla hastaların çoğunda sikatris gelişimi olur. Aktif lezyonlar oldukça inflamatuardır ve hem derin hem de yüzeysel dermiste inflamatuvar infiltratlar oluşturur. Sonuçta aktif lezyonlar palpasyonla indure hissedilir. Genelde adneksiyal yapılar tutulmuştur; folliküler tıkaçlar ve sikatrisyel alopesi sık görülür. Uzun süreli lezyonlarda dispigmentasyon, sıklıkla merkezde hipopigmentasyon ve periferde hiperpigmentasyon görülmektedir. Ancak bazen vitiligo benzeri depigmente dökümler de görülebilmektedir (46). Kronik KKLE'nin değişik formları içinden DLE en sık görülendir. Çeşitli kaynaklara göre diskoid dökümleri olan

olguların %5-15'inde zaman içerisinde SLE tanısı konulmaktadır. Yaygın (dissemine) diskoid lezyonu olan hastalarda bu risk daha yüksektir (47).

DLE' nin sık görülmeyen bir varyantı hipertrofik DLE'dir. Diskoid döküde yoğun hiperkeratoz görülür. Aşırı hiperkeratotik lezyonlar genellikle kolların ekstansör yüzlerinde görülür; ancak yüz ve gövde de görülebilir (48).

DLE ayırıcı tanısında erken dönemde Jessner'in limfositik infiltrasyonu, polimorfik ışık erupsiyonu, limfositoma kutis, limfoma kutis, granuloma fasiale, sarkoidoz yer almaktayken krinik dönemde saçlı deride liken planopilaris, yüz tutulumunda kutan sarkoidoz, psoriyazis vulgaris, akne rozasea, aktinik keratoz yer almaktadır (19-39)

B) Lupus Profundus:

LE profundus, yalnızca deri altı tutulumu olduğunda lupus pannikuliti olarak da anılan ve KKLE'nin %1-3'ünü oluşturan nadir bir formudur. Derin dermis ve deri altı yağ dokusunu tutar. Lezyonlar 1-3 cm genişliğinde olup bulunduğu alanda deride çöküklüğe neden olmaktadır. En sık yerleşim yeri baş, gövde, pektoral bölge, ekstremitte proksimalleri ve gluteal bölgelerdir. Lupus pannikuliti olan hastaların %50'sinde deride de klasik DLE döküleri görülmektedir. Yüz tutulumu lipoatrofiyi taklit edebilir. Meme dokusunu tuttuğunda radyolojik ve klinik olarak meme karsinomunu ile karışabilmektedir. Bu duruma lupus mastiti de denilir (39).

C) Lupus Tumidus:

Lupus tumidus indurasyo ve eritemli, atrofi ve folliküler tıkaç görülmeyen papular dökülerle karakterize KKLE'dir. Epidermis bu türde etkilenmez; ancak yoğun bir dermal infiltrasyon vardır. LET lezyonları, lupus hastalarında tarif edilen urtikeryal plağa benzeyebilir. Ancak bu sabit plaklar, urtikeryal vaskülitte karıştırılmamalıdır. En sık yüzde olduğunu gösteren yayınlar varsa da; gövdede de oldukça sık görülür. Morfolojik olarak lezyonlar, Jessner'in limfositik infiltratına ve polimorfik ışık erupsiyonuna benzeyebilir. Hem SKLE'nin, hem de göreceli olarak LET' li hastalardaki deri lezyonlarında Ig depozitlerinin düşük prevalansı, LET' in gerçekten LE' nin bir alttipi mi yoksa ayrı bir antite mi olduğunun kararını zor kılmaktadır. Ancak LET lezyonlarının diğer spesifik KKLE tipleri ile birlikte görülmesi, KKLE alttipi olduğu savını desteklemektedir. Lezyonlar, skar veya atrofi olmadan iyileşme eğilimindedir (19-39).

D) Chilblain Lupus:

Soğuk hava ve neme maruziyetle gelişen kırmızı ya da kırmızı-mor indurasyo ve papulalarla karakterizedir. Parmaklar, daha nadir olarak burunda, dirseklerde ve bacaklarda görülür. Hastalarda üzerinde telengiktazilerin bulunduğu sikatrisyel atrofik papulalar görülür (49).

5.3.2. SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS

Olguların bir bölümünde bir ya da birkaç organ etkilenmekle birlikte, lupus potansiyel olarak bir multiorgan hastalığıdır. En sık etkilenen organ sistemleri organ sistemleri eklemler, deri, hematolojik, pulmoner, renal ve santral sinir sistemidir (19).

5.4. HİSTOPATOLOJİ

LE'de histolojik bulgular büyük oranda alttıpe bağlıdır. KLE için bazı kesin histolojik bulgular, bazal hücre hasarı (aynı zamanda vakuoler dejenerasyon veya hidropik değişiklik olarak da bilinir) lenfositik inflamatuvar infiltratlar ve özellikle diskoid lezyonlarda periadneksiyal inflamasyon, folliküler tıkaçlar ve sikatris gelişimi izlenir. Klasik DLE'de histopatolojik olarak epidermiste hiperkeratoz, foliküler tıkaçlar, spinöz tabakada atrofi, bazal tabakada likefaksiyon dejenerasyonu, epidermal bazal membran kalınlaşması, artmış melanin pigment oluşumu ve pigment inkontinansı görülür. Dermiste plazma hücreleri ile makrofaj ve T lenfosit infiltrasyonu vardır. Kronik lezyonlarda musin birikimi de görülür. AKLE ve SKLE ile karşılaştırıldığında infiltrasyon retikuler dermise de uzanım gösterebilir. AKLE lezyonlarında bazal hücre hasarı belirgin olmasına rağmen, dermal değişiklikler sılıktır. SKLE'de epidermal değişiklikler ve yüzeyel lenfositik infiltratlar sıktır. Diskoid lezyonlardan farklı şekilde SKLE lezyonlarında hiperkeratoz daha azdır ya da hiç yoktur. Bazal membran kalınlaşması, periadneksiyal infiltrat, folliküler tıkaç, derin dermal infiltrat veya sikatris gelişimi gözlenmez. LET, düşük epidermal değişikliklerin yanında belirgin dermal musin birikimi ve lenfositik infiltrasyon gösterir. LP'de genelde derialtı doku tutulmasına rağmen; pekçok vakada yüzeyde diskoid lezyonlar görülebilir. DIF biyopside dermoepidermal bileşkede immunglobulin ve komplemanların varlığı KLE tanısını destekleyicidir (19-39-50).

5.5. AYIRICI TANI

AKLE lezyonları yüze sınırlıysa güneş yanığı, rozasea, ilaç ile induklenen fotoduyarlılık, ekzema, dermatomiyozit ve ekzema seboreskumu da içeren pek çok hastalıkla karışabilir. Döküler daha yaygınsa ekzema, urtikaryal vaskulit ya da ilaç erupsiyonları ile karışabilir. SKLE döküleri baskın olarak papuloskuamoz ise fotoduyarlı ekzema ya da psoriyazis ile karışabilir. Baskın olarak annular ise dermatofitozlar, granuloma annulare, eritema annulare sentrifigum ya da diğer annular eritemlerle karışabilir. Diskoid dökülerin erken evrelerinde folikuler tıkaç gibi karakteristik bulgular görülmeyebilir. Bu dönemde eritemli, indure papulalar görülür. Bu dönemde ayırıcı tanıda Jessner'in limfositik infiltratı, polimorfik ışık erupsiyonu, limfositoma kutis, limfoma kutis, granuloma fasiale, sarkoidoz yer almaktadır. İleri evre döküleri sarkoidozdan klinik olarak ayırmak güç olabilir. Saçlı deri ve oral lezyonların ayırıcı tanısında liken planus yer almaktadır. DLE kesin tanısında sıklıkla histopatoloji ve direk immun florasan gerekmektedir. Lupus tumidus, sıklıkla Jessner'in limfositik infiltratı ve polimorfik ışık erupsiyonu ile karışmaktadır. Lupus pannikuliti ayırıcı tanısında çeşitli pannikilit tipleri yer almaktadır. Lezyonların yerleşimi ve histolojik görünümü olguların çoğunda tanıyı koymada yeterli olmaktadır. Eş zamanlı diskoid döküler varsa DIF pozitifse tanı koymak çok daha kolay olur. Kutan döküleri olan bir olgunun değerlendirilmesinde, lezyonlu deriden alınan insizyonel biyopsinin H&E ile incelenmesi altın standarttır. Lupus tanısının şüpheli olduğu olgularda DIF inceleme önerilmektedir. Geçici yüz lezyonları olan olgularda, biyopsinin spesifik olmama olasılığı ve sikatris bırakma olasılığı göz önünde bulundurarak tercih edilmemelidir. Son dönemde bu gibi durumlarda dermatoskopik incelemenin yardımcı olabileceğini gösteren yayınlar vardır. Daha önce yapılan araştırmalarda DLE lezyonlarında dermatoskopik olarak perifolikuler beyaz halo, folikuler keratin tıaçları, dilate kıl folikülleri, beyaz skuamlar, pigmente alanlar, lineer dallanan damarlar, telenjektaziler, şekilsiz beyaz alanlar, folikuler kırmızı noktacıklar görülmüştür. SLE düşünülen olgularda ise ayrıntılı laboratuvar, immunolojik, radyolojik inceleme önerilmektedir (19-51-52).

6. AKTİNİK KERATOZ

Aktinik keratoz (AK) ya da solar keratoz son derece yaygın görülen bir tablo olup, insanlarda en sık görülen premalign deri lezyonudur. Prekanseroz veya premalign lezyonlar olarak tanımlanmakla birlikte son moleküler ve genetik çalışmalar ışığında spinalyomanın en erken formu olduğu ileri sürülmüştür (1-3). AK'lar tüm dünyada dermatologların en sık karşılaştıkları hastalıklardan biridir (53).

6.1. EPİDEMIYOLOJİ

Genel popülasyondaki AK insidansı ve prevalansının tahmini değeri ile ilgili ırksal farklılıklar, yaş, anatomik bölgeler, olguların seçim yöntemi, güneşe maruziyet süresi gibi birçok faktöre bağlı olarak değişik çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (54).

6.2 ETYOPATOGENEZ

Etyopatogeneizde sıklıkla UV maruziyeti ve deri tipi suçlanmaktadır. Solar irritasyon ve deri tipi arasındaki etkileşim sonucu aktinik keratoz ya da spinalyoma gelişmektedir. UV; keratinosit DNA'sında hasara neden olmakta aynı zamanda immün sistemi etkileyerek bağışıklık yanıtı azaltmakta ve zararlı değişikliklerin onarılmasını engellemektedir. UVB 280-320 nm dalga boyları en riskli maruziyetlerdir (23).

6.3. KLİNİK

AK klinik olarak pembe, kırmızı, kahverengi ya da deri renginde, üzerinde yer yer telengiektaziler bulunabilen, üzeri kuru yapışık skuamlı makula, papula ya da plaklar şeklinde görülmektedir. Pürtüklü yüzeyleri nedeni ile görsel muayenenin yanında palpasyon da tanıda yardımcıdır. Lezyonlar tek ya da çok sayıda olabilir ve boyutları birkaç milimetre ile 1-2 cm arasında değişebilir. Sıklıkla sosyal ya da mesleki hayatlarında (çiftçiler, denizciler v.s) kronik aktinik radyasyona maruz kalmış, açık tenli (deri tipi I-III) ve 50 yaş üstü yetişkin popülasyonda güneşe sık maruz kalan deri bölgelerinde ortaya çıkar (53). Yüz, kulaklar, alopesik kafa derisi, ense, alt dudak ve ekstremitelerin ekstensor yüzleri sık tutulum alanlarıdır. Lezyonların %80'i baş, boyun, ön kol ve el sırtı gibi güneş gören alanlarda yerleşim göstermektedir. Bazıları

yoğun pigmentedir ve hızlı bir periferik yayılım gösterirler, bu yüzden bu lezyonların lentigo malignadan ayrımı zor olabilir. Baş ve boyunda genellikle ince iken, el sırtlarında ve kollarda genellikle kalın ve hiperkeratotik görülürler. Bazen lezyonlar yoğun hiperkeratoz göstererek kornu kutaneum kliniğinde ortaya çıkabilirler (55). Genellikle asemptomatiktir ancak bazı hastalarda kaşıntı, yanma, karıncalanma, kanama ve kabuklanma gibi yakınmalar da olabilir. AK genellikle güneş yanığı öyküsü olan açık tenli, orta yaşlı ya da yaşlı bireylerde solar lentigo, telangiektazi, elastoz gibi diğer güneş kaynaklı lezyonlarla birlikte görülür (53-55).

AK klinik görünüşleri arasında eritematöz AK, hipertrofik AK, likenoid AK ve pigmente AK gibi çeşitli tipleri vardır. EAK olarak da tanımlanan tipik AK lezyonu 2-6 mm çapında eritemli, yassı, pürüklü ve skuamli papula şeklinde görülür. Genellikle görüldüğünden daha rahat palpasyonla hissedilir. Hipertrofik AK daha kalın, skuamli, kaba-pürüklü, deri renginde, eritemli veya gri renkli bir papula veya plak olarak görülür. Sıklıkla el sırtları, kollar ve baş bölgesini tercih eder. Bazen üzerinde aşırı hiperkeratoza bağlı oluşan boynuz benzeri bir çıkıntı (kornu kutaneum) ile karakterizedir ki benzer lezyonlar spinalyoma ve bazalyoma'da da gözlenebilir. Likenoid AK genellikle üst ekstremiteler ve sırtın üst kısımlarında pembe renkli papula ve plaklarla karakterizedir ve bu açıdan bazalyoma ile ayrımında zorlanılabilir. Pigmente AK deri rengi-kahverengiden sarımsı-siyaha değişen renklerde üzeri pürüzsüz, skuamli ya da verrukoz karakterde olup, klinik olarak solar lentigo, lentigo maligna, seboreik keratoz ve pigmente bazalyonayla karışabilir (56).

Yakın zamanda yapılan ve 208 olguyu içeren bir retrospektif çalışmada AK'un derinin prekanseröz lezyonlarının %38'ini oluşturduğu ve derinin en sık görülen premalign lezyonu olduğu gösterilmiştir. Bazı yazarlar tarafından klinik tanının doğruluk oranı %80-90 oranında bildirilirken bu çalışmada AK için doğru klinik şüphe yüzdesi %27.8 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada histopatolojik olarak AK'ların çoğu (%72.2) hipertrofik AK tipinde olup, %6.3'ünde pigmente AK, %2.6'sında atrofik AK ve %1.3'ünde akantolitik AK tespit edilmiştir (54). 328 olgulu prospektif bir çalışmada ise klinik olarak ilk tanının olguların ancak %34.5'un da AK olduğu, histopatolojik olarak ise çoğunun (%39.33) hipertrofik AK tipinde olup sırasıyla bowenoid (%21.04), atrofik (%20.43), likenoid (%10.37),

akantolitik (%4.88), digitat (%2.44) ve pigmente (%1.52) tiplerin oluşturduğu belirtilmiştir (57).

AK'ların spinalyomaya dönüşüm oranları %0.075-20 olarak tahmin edilmektedir. Bir AK lezyonunun spinalyomaya ilerleme süresi ortalama 2 yıl olarak tahmin edilmektedir. Ortalama 10 tane AK olan bir hastada tüm yaşamı boyunca %9.6 oranında, 7-8 AK olan bir hastada ise 10 yıllık süreçte %6-10 oranında spinalyoma gelişme olasılığı vardır. AK ve mikroinvaziv spinalyoma histopatolojik inceleme dışında ayırt etmek mümkün olmamakla birlikte, lezyonun indure olması, çapının 1 cm'den büyük olması, inflamasyon, hızlı büyüme, eritem, kanama ve ulserasyon gibi bulgular malignite riskini gösteren klinik parametrelerdir. Daha az olarakta pigmente, ağrılı, kaşıntılı, hiperkeratotik ve palpabl lezyonlarda da artmış risk vardır (58). AK klinik tanısı ile biyopsi alınan hastalarda histopatolojide malign hastalık tespiti nadir görülen bir durum değildir. 220 AK klinik tanılı biyopsinin incelendiği bir çalışmada %3.2 oranında insitu SHK, %1.4 oranında invaziv SHK, %0.5 oranında BHK tespit edilmiştir (1).

6.4. HİSTOPATOLOJİ

Histopatolojik incelemede mikroskopik değişiklikler granüler ve kornifiye tabakaya uzantılar gösterebilen bazal hücre tabakasındaki atipik agregatlar ve pleomorfik keratinositler şeklinde epidermise sınırlıdır. Malpighi tabakasında hücreler 'karışık dizilim' göstermekte ve çekirdeklerinde anaplazi, pleomorfizm, mitozlar ve çekirdeksitoplazma oranında artma gözlenmektedir. Diskeratotik tipinde "corps ronds" gözlenebilir. Karakteristik histopatolojik bulgular atipik keratinositlerin bazal tabaka boyunca oluşturdukları odaklar ve papiller dermise uzanan tomurcuklardır. Bazal hücre tabakası atipik hücreler nedeni ile daha bazofilik görünümündedir. Bu anormal hücre odaklarının üzerinde irregüler akantoz, hiperkeratoz ve parakeratoz görülür. Adneksiyel epitel korunur ve üzerinde dönüşümlü ortokeratoz-parakeratoz paterni görülür. Dermiste de inflamatuvar infiltrat nedeni ile bazofilik değişiklikler görülebilir. Dermal solar elastoz da sıklıkla eşlik etmektedir. AK'da epidermiste atipik keratinosit proliferasyonu ile karakterize 7 histolojik alt tip (hipertrofik, atrofik, bowenoid, akantolitik, epidermolitik, likenoid ve pigmente) tanımlanmıştır. Bu histopatolojik tiplerin örtüşebileceği ve histopatolojik alt tipin lezyonun en belirgin özelliklerine göre tanımlandığı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (55).

6.6. AYIRICI TANI/TANI

AK ayırıcı tanısı klinik tipe göre değişiklik göstermektedir. Eritematoz, hipertrofik, likenoid AK ayırıcı tanısında spinyoma, Bowen hastalığı, bazalyoma, seboreik keratozlar yer alırken pigmente AK ayırıcı tanısında lentigo solaris, lentigo maligna, pigmente bazalyoma, spinyoma gibi hastalıklar yer almaktadır (19-23).

AK klinik olarak tanı konulabilen bir hastalıktır ancak klinik tanının doğruluk şüphesi ve hangi lezyonun spinyomaya ilerleyeceğinin önceden tahmin edilememesi nedeniyle tanıda biyopsinin gerekliliği son kılavuzlarda üzerinde durulan bir konudur (59). Bununla birlikte UV ile ilişkili alan kanserizasyonunun bir sonucu olarak güneşten zarar görmüş tüm deride hem klinik hem de subklinik olarak multipl lezyonlar gözlenebilir. Son yıllarda biyopsi ihtiyacını azaltmak için yeni invaziv olmayan teknikler geliştirilmiştir. Bu teknikler tanıda ve tedaviye yanıtı değerlendirmede yardımcı olabilir. Dermoskopi, optik koherans tomografi (OCT) ve reflektans konfokal mikroskopi (RCM) gibi yöntemler güneşten hasar görmüş derinin tanısı için biyopsiye alternatif invaziv olmayan yöntemler olarak kullanılmaktadır (1).

AK tanısında dermatoskopi sensitivitesinin %98'e ve spesifitesinin %95'e ulaşabildiği tespit edilmiştir (2). AK'lu olgulardaki ilk dermoskopi raporu 2006 yılında Zalaudek ve arkadaşları tarafından sunulmuş ve yüzdeki AK lezyonlarında yalancı ağ paternleri, sarı-beyaz yüzeysel skuamalar, kıl foliküllerini çevreleyen doğrusal-dalgalı damarlanmalar ve kıl foliküllerinde keratotik tıkaçlar olmak üzere 4 temel özellik saptanmıştır. Literatürde AK dermoskopik kriterlerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma olup, bu çalışmalar da genellikle yüz bölgesinde bulunan AK lezyonlarını içermektedir. Literatürde yüz dışında yerleşen hiperkeratotik AK'a yönelik çok az veri olmakla birlikte Zalaudek ve arkadaşları tarafından sıklıkla noktasal damarlarla (kırmızı benekler) birlikte eritem ve yüzeysel skuam görüldüğü bildirilmiştir (60).

Yüzde pigmente olmayan AK lezyonlarında lineer dalgalı damarlar veya daha nadir olarak da küçük sarmal damarlar ve noktasal damarlar görülmektedir. AK'daki bu damarlar güneş hasarlı atrofik deride görülen düzenli ağaç gövdesi gibi dallanan pembemsi damarlardan ayırd edilmez. Çilek paterni, yüzdeki pigmente olmayan AK tanısı için tanımlanmış tipik bir paterndir. Kıl foliküllerinin çevresinde kırmızı-pembe renkli yalancı ağ benzeri görünüm oluşturan bir eritemden ibarettir. Kıl folikülleri

sıklıkla hedef benzeri görünümde (içi koyu, dışı açık renkli) sarımsı-beyaz ovoid yapılar (kıl folikülleri içinde keratin tıkaçlar) şeklinde görülür. Yüksek büyütmede (>x20) kıl foliküllerinin çevresinde ince, lineer düz ya da sarmal şekilli damarlar görülebilir. Yüzdeki AK'larda en sık çilek paterni tespit edilirken bazı özel alt tiplerde farklı paternler de tespit edilebilmektedir. Örneğin; bowenoid AK larda bowen hastalığında görülen kümeler halinde dizilmiş damarlardan farklı olarak düzenli olarak dağılmış glomeruler (lineer kıvrımlı) damarlar görülür (60).

7. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmaya 01.06.2015-01.09.2015 arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran, 18 yaş üzerinde klinik ve histopatolojik bulgularla tanısı konmuş ve yüz tutulumu olan 35 ekzema seboreikum, 35 eritematoz aktinik keratoz, 25 psoriyazis vulgaris, 25 diskoid lupus eritematozus hastası alındı.

Çalışmaya katılan tüm hastalara çalışma ile ilgili bilgi verildi ve aydınlatılmış onam formu imzalatıldı.

18 yaş altı olgular, belirlen tanılarda yüz tutulumu olmayan olgular ve bilişsel ve fiziksel olarak asgari aydınlatılmış onam vermeye ehil olmayan olgular çalışma dışında bırakıldı.

Çalışmaya alınan her bir hastanın adı/soyadı, yaşı, cinsiyeti, hastalık grubu, değerlendirmeye alınan lezyonun yerleşimi ve boyutu kaydedildi.

Hastaların yüzdeki lezyonlarına Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı bünyesinde bulunan polarize olmayan dijital dermatoskop (MoleMax II) kullanılarak dermoskopik bakı yapılmıştır. Her olguda gözlenen klinik bulgular ve dermoskopik bulgular olgu rapor formuna kayıt edilmiştir. Dermoskopik değerlendirme iki ayrı bağımsız deneyimli dermatolog tarafından yapılmıştır, her iki hekim tarafından ortak saptanmış olan bulguların varlığı kabul edilmiştir. Çelişkili sonuçlarda üçüncü bir deneyimli dermatoloğun görüşüne başvurulmuştur. Kullanılan dermoskop cihazının, kontakt bir dermoskop olması nedeniyle, deri ile direk teması

bulunmaktadır. Araştırma sırasında kontaminasyon ve bulaş riskini azaltmak amacı ile, rutin uygulamada da yaptığımız şekilde dermoskopi probunun ucu her hastadan sonra %70'lik alkol ile temizlenmiş ve sonrasında 20 dakika beklenmiştir.

Dermoskopik incelemelerde kullanılan Dijital dermatoskop (MoleMax II), özel tasarlanmış mercek sistemi, renkli mikro video kamera (752 yatay x 582 düşey, 440000 pixel çözünürlük, 1/3 inch görüntü algılayıcı), ışık toplayıcı aygıt ve fiber optik sistemden oluşmuş el mikroskobu, otomatik-odaklayıcı makro görüntü kamerası, elektronik kameralı merkezi ünite, 17 renkli monitor ve MoleMax II yazılım paketinden oluşmaktadır. MoleMax II'nin 9 mercekten oluşan makro görüntüleme kamerası ile X12 otomatik büyütme kapasitesi ve 4 merceği bulunan el mikroskobu ile X 30, 40, 80 büyütme ve 10 mm çaplı alanı inceleme kapasitesi bulunmaktadır.

Araştırma sonunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi için "Statistical Package for Social Sciences for Windows 15.0" programı, istatistiksel hesaplamaların yapılmasında ise bağımlı ve bağımsız gruplarda, ki-kare testi ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Elde edilen verilerde %95 güven aralığı ile $p < 0.05$ değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

8. BULGULAR

Çalışmaya 18 yaş ve üzerinde; klinik ve histopatolojik olarak tanı almış, yüz tutulumu olan 35 ekzema seboreikum (29.2), 35 aktinik keratoz (29.2), 25 diskoid lupus eritematozus (%20.8), 25 psoriyazis vulgaris tanılı (%20.8) toplam 120 hasta alındı. Olguların 51'i kadın (%42.5), 69'u erkek olarak belirlendi (Tablo 1'de hastalık gruplarında cinsiyet dağılımı gösterilmiştir). Olguların yaşları 20 ile 89 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 54.5 (± 19) olarak bulundu.

Çalışmada değerlendirmeye alınan lezyonların en sık frontal bölge yerleşimli döküleri (25 olgu %20.8) olduğu görüldü (Tablo 3'de hastalık gruplarında lokalizasyonların dağılımı gösterilmiştir). Değerlendirmeye alınan lezyonların 57'si

(%47.5) 2 cm'den küçük, 63'ü (%52.5) 2 cm'den büyüktü (Tablo 2'de hastalık gruplarında lezyon çapı dağılımı gösterilmiştir).

8.1. EKZEMA SEBOREİKUM

Çalışmaya alınan 35 ES hastasının 8'i (%22.9) kadın, 27'si (%77.1) erkek olarak belirlendi. ES'lu hastalarda yaşlar 20 ile 89 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 47.7 (± 21.3) olarak bulundu. Bu grupta en sık paranasal bölge yerleşimli döküler (13 olgu %37.1) değerlendirmeye alındı. Değerlendirmeye alınan ekzema seboreikum lezyonlarının lokalizasyonu Şekil 1'de gösterilmiştir. Değerlendirmeye alınan dökülerin tamamı 2 cm'den büyük olarak ölçüldü. ES'lu hastalarda yapılan dermatoskopik incelemede sarı skuamalar diğer gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek olarak görüldü ($p=0.05$) (Resim 1). Glomerular damarlar ($p=0.003$), firkete damarlar ($p=0.018$), çilek paterni ($p=0.039$), pigmente alanlar ($p<0.05$), globüller ($p=0.018$) diğer gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak hiç bir olguda görülmedi. Bu grupta değerlendirilen lezyonlarda dermatoskopik bulgularda cinsiyetler arası anlamlı farklılık tespit edilmezken; artan yaş ile dermatoskopik olarak hipopigmente alanların görülmesi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0.034$). ES'da görülen diğer dermatoskopik bulgularda ise diğer hastalık grupları ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. ES'da görülen dermatoskopik bulgular Tablo 4'de ve Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastalık Gruplarında Cinsiyet Dağılımı

HASTALIK GRUPLARINDA CİNSİYET DAĞILIMI							
			TANISI				Toplam
			ES	PV	DLE	AK	
Cinsiyet	kadın	Hasta sayısı	8	8	18	17	51
		%	22,9%	32,0%	72,0%	48,6%	42,5%
	erkek	Hasta sayısı	27	17	7	18	69
		%	77,1%	68,0%	28,0%	51,4%	57,5%
Toplam		Hasta sayısı	35	25	25	35	120
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

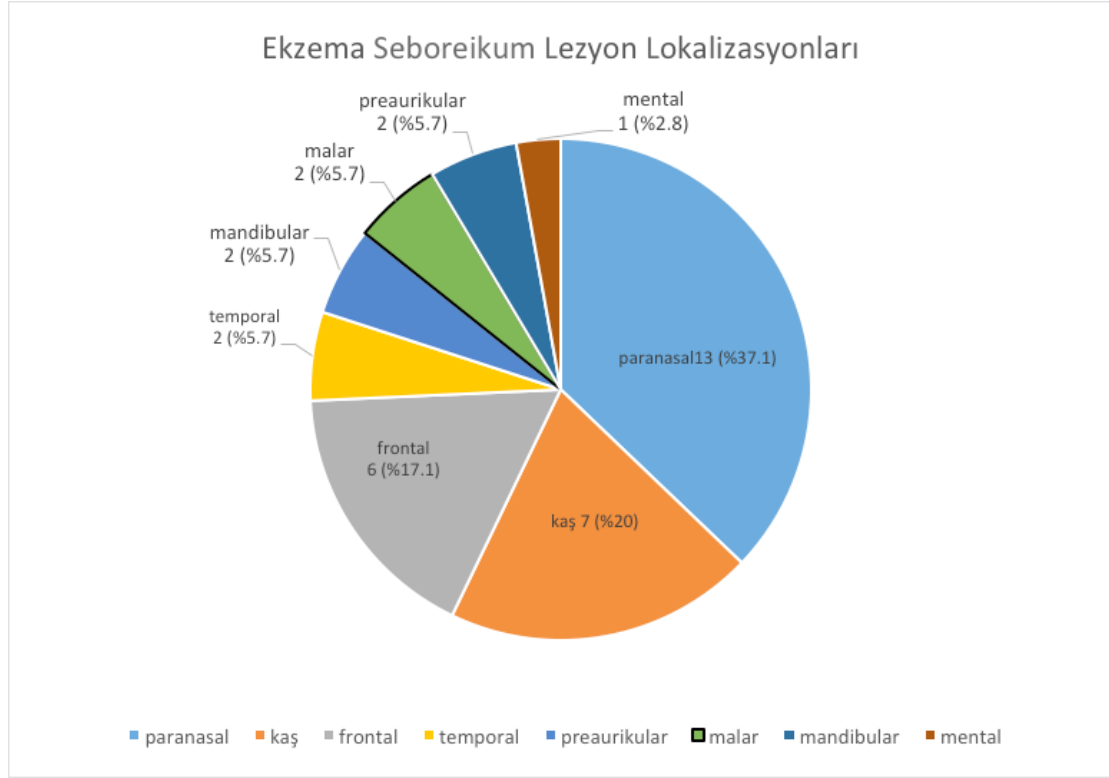
Tablo 2. Hastalık Gruplarında Lezyon Çapı Dağılımı

HASTALIK GRUPLARINDA LEZYON ÇAPI DAĞILIMI							
			TANISI				Toplam
			ES	PV	DLE	AK	
Çap <2	Hasta sayısı	0	2	23	32	57	
	%	0%	8,0%	92,0%	91,4%	47,5%	
>2	Hasta sayısı	35	23	2	3	63	
	%	100,0%	92,0%	8,0%	8,6%	52,5%	
Toplam	Hasta sayısı	35	25	25	35	120	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tablo 3. Hastalık Gruplarında Lokalizasyonların Dağılımı

HASTALIK GRUPLARINDA LOKALİZASYON DAĞILIMI							
			TANISI				Toplam
			ES	PV	DLE	AK	
Lokalizasyon	Frontal	Hasta sayısı	6	11	1	7	25
		%	24,0%	44,0%	4,0%	28,0%	100,0%
	Temporal	Hasta sayısı	2	1	3	6	12
		%	16,7%	8,3%	25,0%	50,0%	100,0%
	Preaurikular	Hasta sayısı	2	2	4	3	11
		%	18,2%	18,2%	36,4%	27,3%	100,0%
	Malar	Hasta sayısı	2	6	6	8	22
		%	9,1%	27,3%	27,3%	36,4%	100,0%
	Mental	Hasta sayısı	1	0	4	0	5
		%	20,0%	,0%	80,0%	,0%	100,0%
	Mandibular	Hasta sayısı	2	2	0	0	4
		%	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
	Kaş üstü	Hasta sayısı	7	0	0	0	7
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Paranasal	Hasta sayısı	13	2	0	2	17
		%	76,5%	11,8%	,0%	11,8%	100,0%
	Gözaltı	Hasta sayısı	0	1	2	0	3
		%	,0%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	Dudaküstü	Hasta sayısı	0	0	3	0	3
		%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Burun sırtı	Hasta sayısı	0	0	2	9	11
		%	,0%	,0%	18,2%	81,8%	100,0%
Toplam		Hasta sayısı	35	25	25	35	120
		%	29,2%	20,8%	20,8%	29,2%	100,0%

Şekil 1. Ekzema Seboreikum Lezyon Lokalizasyonlar



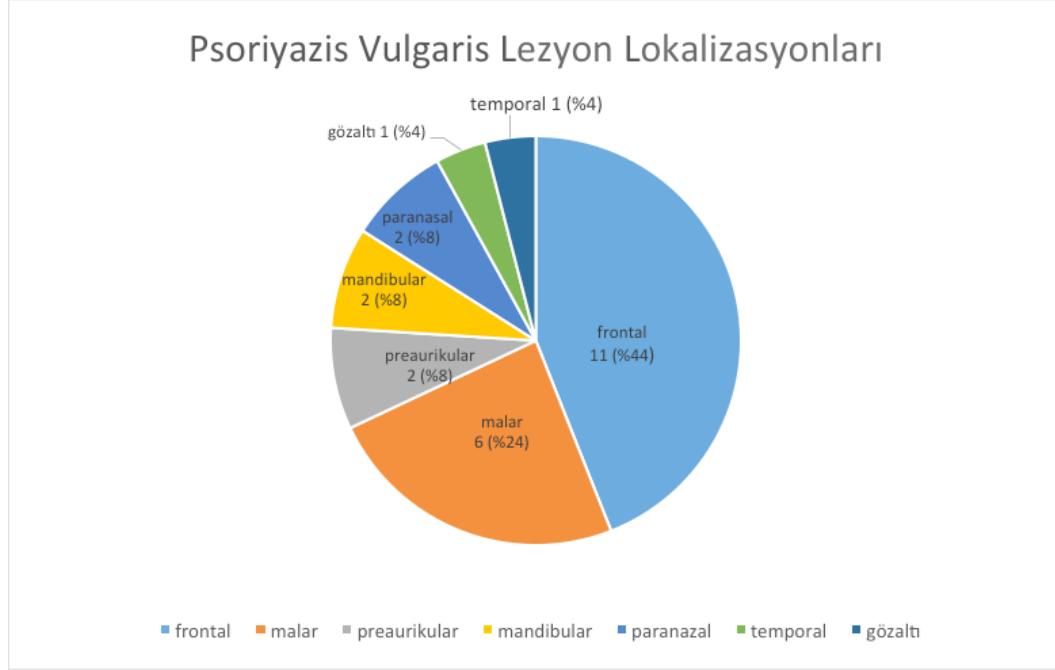
Tablo 4. Ekzema Seboreikumda Görülen Dermatoskopik Bulgular

EKZEMA SEBOREİKUMDA GÖRÜLEN DERMATOSKOPIK BULGULAR (%)	
Eritem	32 (%91.4)
Telengiektaziler	28 (%80)
Sarı skuam	25 (%71.4)
Noktasal damarlar	23 (%65.7)
Beyaz skuam	17 (%48,6)
Lineer/irreguler damarlar	14 (%40)
Sarı turuncu alanlar	12 (%34.3)
Folikuler keratin tıkaçları	6 (%17.1)
Benekler	3 (%8.6)
Hipopigmente alanlar	3 (%8.6)
Perifolikuler beyaz halo	2 (%5.7)
Virgül damarlar	1 (%2.9)
Dilate kıl folikülleri	1 (%2.9)

8.2. PSORİYAZİS VULGARİS

Çalışmaya alınan 25 PV hastasının 8'i (%32) kadın, 17'si (%68) erkek olarak belirlendi. Hastalarda yaşlar 26 ile 77 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 50.1 (± 15.4) olarak bulundu. Bu grupta en sık frontal bölge yerleşimli döküler (11 olgu %44) değerlendirmeye alındı. Değerlendirmeye alınan PV lezyonlarının lokalizasyonu Şekil 2'de gösterilmiştir. Değerlendirmeye alınan dökülerin 23'ü (%92) 2 cm'den büyük, 2'si (%8) 2 cm'den küçük olarak ölçüldü. PV'li hastalarda yapılan dermatoskopik incelemelerde beyaz skuamalar ($p=0.03$), noktasal damarlar ($p<0.05$), glomerular damarlar ($p=0.02$), firkete damarlar ($p=0.03$), lineer/irregüler damarlar ($p=0.04$), telengiektaziler ($p=0.01$), sarı-turuncu alanlar ($p=0.007$), kahverenkli globüller ($p=0.03$) diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı olarak daha fazla görüldü (Resim 2-3). Foliküler keratin tıkaçları (2 olgu, %8) diğer gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha az görüldü ($p=0.01$). Bu grupta değerlendirilen lezyonlarda dermatoskopik bulgularda cinsiyetler arası anlamlı farklılık tespit edilmezken; Azalan yaş ile dermatoskopik olarak glomerular damarların görülmesi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0.01$). Psoriyazis vulgaris'de görülen diğer dermatoskopik bulgularda ise diğer hastalık grupları ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. PV'de görülen dermatoskopik bulgular Tablo 5'de ve Tablo 9'da gösterilmiştir.

Şekil 2. Psoriyazis Vulgaris Lezyon Lokalizasyonları



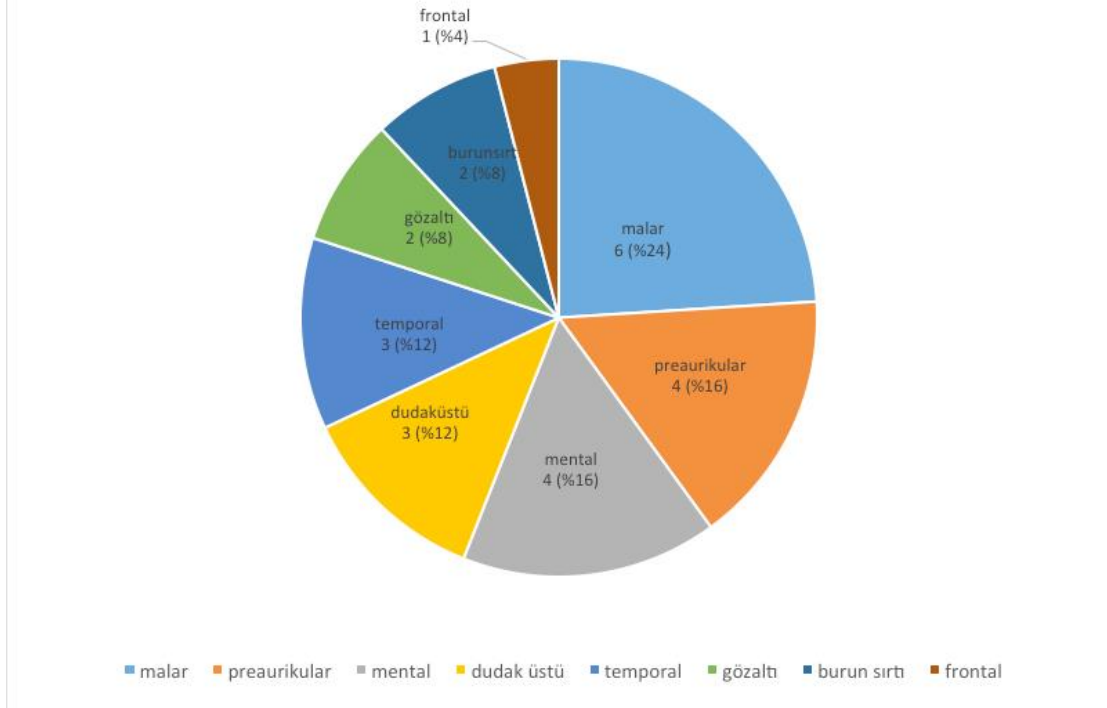
Tablo 5. Psoriyazis Vulgariste Görülen Dermatoskopik Bulgular

PSORİYAZİS VULGARİSTE GÖRÜLEN DERMATOSKOPİK BULGULAR	
Noktasal damarlar	25 (%100)
Eritem	23 (%92)
Beyaz skuam	19 (%76)
Sarı turuncu alanlar	15 (%60)
Sarı skuam	13 (%52)
Telengiektaziler	12 (%48)
Glomerular damarlar*	8 (%32)
Firkete damarlar	5 (%20)
Globuller	5 (%20)
Lineer/irreguler damarlar	4 (%16)
Benekler	3 (%12)
Folikuler keratin tıkaçları	2 (%8)
Pigmante alanlar	2 (%8)
Perifolikuler beyaz halo	1 (%4)
Dilate kıl folikülleri	1 (%4)
Hipopigmante alanlar	1 (%4)
Çevre dokuya göre damar çap artışı	1 (%4)
Kırmızı globuller	1 (%4)

8.3. DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS

Çalışmaya alınan 25 lupus eritematozus hastasının 18'i (%72) kadın, 7'si (%28) erkek olarak belirlendi. Hastalarda yaşlar 26 ile 79 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 45.4 (± 12.8) olarak bulundu. Bu grupta en sık malar bölge yerleşimli döküler (6 olgu %24) değerlendirmeye alındı. Değerlendirmeye alınan diskoid lupus eritematozus lezyonlarının lokalizasyonu Şekil 3'de gösterilmiştir. Değerlendirmeye alınan dökülerin 23'ü (%92) 2 cm'den küçük, 2'si (%8) 2 cm'den büyük olarak ölçüldü. Lupus eritematozus'lu hastalarda yapılan dermatoskopik incelemelerde glomerular damarlar ($p=0.01$), firkete damarlar ($p=0.004$), lineer/irreguler damarlar ($p=0.01$), perifolikuler beyaz halo ($p=0<0.05$), folikuler keratin tıkaçları ($p=0.001$), dilate kıl folikülleri ($p=0.003$), hipopigmente alanlar ($p<0.05$), telengiektaziler ($p=0.04$), beyaz şekilsiz alanlar ($p=0.03$), sarı-turuncu alanlar ($p=0.001$), sikatris benzeri alanlar ($p=0.04$) diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı olarak daha fazla görüldü. Bu grupta değerlendirilen lezyonlarda dermatoskopik bulgularda pigmente alanlar erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla oranda görülmüştür ($p=0.04$) (Tablo 6). Yaş ile dermatoskopik bulgular arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Diskoid lupus eritematozus'ta görülen diğer dermatoskopik bulgularda ise diğer hastalık grupları ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Diskoid lupus eritematozus'ta görülen dermatoskopik bulgular Tablo 7'de ve Tablo 9'da gösterilmiştir.

Diskoid Lupus Eritematozus Lezyon Lokalizasyonları



Şekil 3. Diskoid Lupus Eritematozus Lezyon Lokalizasyonları

Tablo 6. DLE’de Görülen Pigmente Alanların Cinsiyete Göre Dağılımı

DLE’DE GÖRÜLEN PİGMANTE ALANLARIN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI					
			Pigmente alanlar		Toplam
			yok	var	
Cinsiyet	Kadın	Hasta sayısı	15	3	18
		%	83,3%	16,7%	100,0%
	Erkek	Hasta sayısı	3	4	7
		%	42,9%	57,1%	100,0%
Toplam		Hasta sayısı	18	7	25
		%	72,0%	28,0%	100,0%

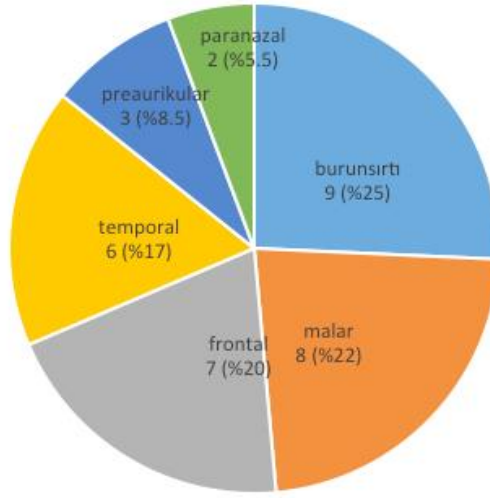
Tablo 7. Diskoid Lupus Eritematozus'da Görülen Dermatoskopik Bulgular

DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS'DA GÖRÜLEN DERMATOSKOPIK BULGULAR (%)	
Eritem	25 (%100)
Noktasal damarlar	22 (%88)
Telangiektaziler	21 (%84)
Sarı turuncu alanlar	16 (%64)
Lineer/irreguler damarlar	13 (%52)
Folikuler keratin tıkaçları	13 (%52)
Beyaz skuam	11 (%44)
Hipopigmente alanlar	11 (%44)
Sarı skuam	10 (%40)
Perifolikuler beyaz halo	10 (%40)
Glomerular damarlar	7 (%28)
Pigmente alanlar	7 (%28)
Firkete damarlar	6 (%24)
Dilate kıl folikülleri	5 (%20)
Beyaz şekilsiz alanlar	4 (%16)
Globüller	3 (%12)
Kırmızı globüller	2 (%8)
Sikatri benzeri alanlar	2 (%8)
Patlayan yıldız görünümü	1 (%4)
Benekler	1 (%4)

8.4. AKTİNİK KERATOZ

Çalışmaya alınan 35 aktinik keratoz hastasının 17'si (%48.6) kadın, 18'i (%51.4) erkek olarak belirlendi. Hastalarda yaşlar 33 ile 88 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 69.3 (\pm 13.3) olarak bulundu. Bu grupta en sık burun sırtı yerleşimli döküler (9 olgu %25) değerlendirmeye alındı. Değerlendirmeye alınan aktinik keratoz lezyonlarının lokalizasyonu Şekil 4'de gösterilmiştir. Değerlendirmeye alınan dökülerin 32'si (%91.4) 2 cm'den küçük, 3'ü (%8.6) 2 cm'den büyük olarak ölçüldü. Aktinik keratozlu hastalarda yapılan dermatoskopik incelemelerde noktasal damarlar ($p=0.001$), glomerular damarlar ($p=0.03$), çilek paterni ($p=0.05$), pigmente alanlar ($p=0.005$), çevre dokuya göre damar çap artışı ($p=0.01$) diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı olarak daha fazla görüldü (Resim 6-7). Sarı turuncu alanlar (1 olgu, %2) diğer gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha az görüldü ($p<0.05$). Firkete damarlar diğer gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak hiç bir olguda görülmedi ($p=0.01$). Bu grupta değerlendirilen lezyonlarda dermatoskopik bulgularda cinsiyetler ve yaşlar arası anlamlı farklılık tespit edilmedi. Aktinik keratoz'da görülen diğer dermatoskopik bulgularda ise diğer hastalık grupları ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Aktinik keratoz'da görülen dermatoskopik bulgular Tablo 8'de ve Tablo 9'da gösterilmiştir.

Aktinik Keratoz Lezyon Lokalizasyonları



■ burun sırtı ■ malar ■ frontal ■ temporal ■ preaurikular ■ paranasal

Şekil 4. Aktinik Keratoz Lezyon Lokalizasyonları

Tablo 8. Aktinik Keratoz'da Görülen Dermatoskopik Bulgular

AKTİNİK KERATOZ'DA GÖRÜLEN DERMATOSKOPIK BULGULAR (%)	
Eritem	35 (%100)
Beyaz skuam	22 (%62.9)
Telangiektaziler	20 (%57.1)
Noktasal damarlar	19 (%54.3)
Sarı skuam	14 (%40)
Folikuler keratin tıkaçları	11 (%31.4)
Pigmante alanlar	11 (%31.4)
Çilek paterni	9 (%25.7)
Lineer/irregüler damarlar	8 (%22.9)
Benekler	6 (%17.1)
Beyaz şekilsiz alanlar	4 (%11.4)
Çevre dokuya göre damar çap artışı	4 (%11.4)
Hipopigmante alanlar	3 (%8.6)
Globuller	3 (%8.6)
Perifolikuler beyaz halo	2 (%5.7)
Granüller	2 (%5.7)
Kırmızı globuller	2 (%5.7)
Glomerular damarlar	1 (%2.9)
Dilate kıl folikülleri	1 (%2.9)
Sarı turuncu alanlar	1 (%2.9)
Erozyo/ultrasıyo alanları	1 (%2.9)
Romboidal yapılar	1 (%2.9)

Tablo 9. Hastalık Gruplarında Dermatoskopik Bulgular Dağılımı

HASTALIK GRUPLARINDA DERMOSKOPIK BULGULAR				
	ES	PV	DLE	EAK
Eritem	%91.4	%92	%100	%100
Telengiektaziler	%80	%48	%84	%57.1
Sarı skuam	%71.4	%52	%40	%40
Noktasal damarlar	%65.7	%100	%88	%54.3
Beyaz skuam	%48,6	%76	%44	%62.9
Lineer/irreguler damarlar	%40	%16	%52	%22.9
Sarı turuncu alanlar	%34.3	%60	%64	%2.9
Folikuler keratin tıkaçları	%17.1	%8	%52	%31.4
Benekler	%8.6	%12	%4	%17.1
Hipopigmente alanlar	%8.6	%4	%44	%8.6
Perifolikuler beyaz halo	%5.7	%4	%40	%5.7
Virgül damarlar	%2.9	%0	%0	%0
Dilate kıl folikülleri	%2.9	%4	%20	%2.9
Glomerular damarlar	%0	%32	%28	%2.9
Firkete damarlar	%0	%20	%24	%0
Çilek paterni	%0	%0	%0	%25.7
Patlayan yıldız görünümü	%0	%0	%4	%0
Pigmente alanlar	%0	%8	%28	%31.4
Beyaz şekilsiz alanlar	%0	%0	%16	%11.4
Erozyo/ulserasyon alanları	%0	%0	%0	%2.9
Globüller	%0	%20	%12	%8.6
Çevre dokuya göre damar çap artışı	%0	%4	%0	%11.4
Granüller	%0	%0	%0	%5.7
Romboidal yapılar	%0	%0	%0	%2.9
Kırmızı globüller	%0	%4	%8	%5.7
Sikatri benzeri alanlar	%0	%0	%8	%0

9. TARTIŞMA

Dermatoskopi, melanositik ve melanositik olmayan benign ve malign deri lezyonlarının tanısında ve izleminde kullanılan kolay, hızlı ve noninvazif bir tanı yöntemidir. Polarize veya polarize olmayan ışık yardımı ile 6-100 kat büyütme sağlayarak papiller dermise dek deri yapılarını görüntülemeye imkan vermektedir (1). Dermatoskopi kullanımının tek bir lezyona kısıtlı olmadan hastanın tüm vücut lezyonlarının birkaç dakika içerisinde incelenebilmesi, çıplak gözle muayeneye göre doğru ve erken tanı konulmasında üstünlüğü ve biyopsi ya da tedavi gerektiren lezyonların daha doğru seçimine izin vermesi gibi çeşitli avantajları bulunmaktadır (2-61). DLE, ES, PV, EAK yüzün en sık görülen eritemli skuamli hastalıklarındandır. Bu hastalıkların ayırıcı tanısı çoğu zaman histopatoloji ile yapılabilmektedir. Ancak yüz bölgesi kozmetik olarak önemli bir lokalizasyon olduğundan bu bölgeden alınan biyopsi sonrası ortaya çıkabilecek olan pigmentasyon bozuklukları, sikatri ve keloid oluşumu gibi komplikasyonlar nedeniyle biyopsi kararı alınırken hem hastalar hem

hekimler endişe duymaktadır (3). Literatürde bu hastalıkların ayırıcı tanısında dermatoskopik bulguların sensitivitesi ve spesifitesi ile ilgili yapılmış olan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır ve sonuçlar yetersizdir. Bu nedenle bu konuda ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Biz de çalışmamızda klinik ve histopatolojik olarak tanı koyduğumuz yüz tutulumu olan PV, DLE, ES, EAK hastalarının yüz yerleşimli dökülerinin dermatoskopik bulgularını değerlendirmeyi amaçladık. Literatürde bu dört eritemli skuamli hastalığın dermatoskopik bulgularını birbiriyle karşılaştıran her hangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Psoriyazis relaps ve remisyonlarla seyreden yatkın bireylerde travma, infeksiyonlar ya da ilaçlar gibi çeşitli faktörlerle tetiklenebilen poligenik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır (62). En sık görülen tipi keskin sınırlı gümüşü-beyaz skuamli papulalarla seyreden PV'dir. PV diz, dirsek gibi sınırlı alanları etkileyebileceği gibi vücut yüzey alanının %90'ından fazlasını etkileyerek eritrodermiye de neden olabilmektedir. Psoriyazis yaşamın iki döneminde 20-30 yaşlar ve 50-60 yaşlarda pik yapmaktadır (63-64). Bizim çalışmamızda da psoriyazis hastalarında yaşlar 26 ile 77 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 50.1 (± 15.4) olarak bulunmuştur. Kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görülmektedir (65). Bizim çalışmamızda ise 25 PV hastasının 8'i (%32) kadın, 17'si (%68) erkek olacak şekilde erkek hasta sayısı daha fazla bulunmuştur.

Tollefson ve ark yaptığı çalışmada psoriyazisin çocuklarda %17, yetişkinlerde ise %10 oranında yüzü tutabildiği tespit edilmiştir. Yüz tutulumunda skuam daha ince ve az, eritem ise daha yoğun görülmektedir (27). Lallas ve ark. yaptığı bir çalışmada PV hastalarında saçlı deri, yüz, genital bölge, palmar, plantar bölge ve kıvrım bölgelerinde dermatoskopik bulguları araştırmıştır. Bu çalışmada yüz yerleşimli 20 lezyon dermatoskopik olarak incelenmiştir. Sonuç olarak 20 olguda noktasal damarlar (%100), 15 olguda (%75) beyaz skuam görülmüştür. Sarı skuam ve lineer irrugular damarlar ise hiçbir olguda görülmemiştir (66). Bizim çalışmamızda noktasal damarlar benzer şekilde tüm olgularda (%100) görülürken, beyaz skuamlar 19 olguda (%76), lineer irruguler damarlar 4 olguda (%16), sarı skuamlar 13 olguda (%52) görülmüştür. Lallas ve ark. aynı çalışmada noktasal damarların vücudun tüm bölgelerinde psoriyazis lezyonlarında en sık görülen dermatoskopik bulgu olduğunu tespit etmişler ve noktasal damarların PV olgularında ön koşul olarak kabul edilebilir bir bulgu olduğunu ancak diğer inflamatuvar dermatozlardan ayırıcı tanı

sağlamadığını belirtmişlerdir (66). Bizim çalışmamızda da Lallas ve arkadaşlarının bu görüşlerini destekler şekilde noktasal damarlar PV olgularında %100 oranında görülürken PV dışı oldulara (ES, DLE, EAK) %67.4 oranında görülmüştür. Lallas ve arkadaşları bu çalışmanın sonucunda PV dökülerinde farklı lokalizasyonlarda farklı dermatoskopik paternlerin olduğunu tespit etmiştir (66).

Lallas ve ark. yaptıkları başka bir çalışmada PV, liken planus, ekzema ve pityriasis rosea olgularında gövde ve ekstremitelerde yerleşimli dökülerin dermatoskopik bulgularını incelemişler; çalışmaya alınan 83 PV hastasında eritem %99, noktasal damarlar %100, beyaz skuam %70, sarı skuam %2 oranlarında görülmüştür (67). Bizim çalışmamızda da Lallas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer şekilde eritem %92, noktasal damarlar %100, beyaz skuam %76 oranında görülmüş ancak sarı skuam Lallas ve ark çalışmasından farklı olarak %52 oranında görülmüştür. Lallas ve arkadaşları bir olgu sunumunda da pityriasis rubra pilarisli bir olgu ile PV'li bir olgunun dermatoskopik bulgularını karşılaştırmış, PV'de eritemli zeminde düzgün dağılımlı noktasal damarlar gözlemlemiştir (68).

Lallas ve arkadaşları yaptıkları bir derlemede sık görülen dermatolojik hastalıklarda dermatoskopik bulguları tanımlamıştır. Bu derlemede PV'de en sık beyaz skuam, düzenli dağılmış noktasal damarlar ve eritemin görüldüğü belirtilmiştir. Lallas ve arkadaşlarına göre noktasal damarlar neredeyse tüm psoriasis lezyonlarında görülmektedir, ancak bu bulgu psoriasis spesifik değildir ve diğer eritemli-skuamli dermatozlarda da görülebilir. Kırmızı globüller ise psoriasisde daha nadir görülmekle birlikte daha spesifiktir (67). Bizim çalışmamızda noktasal damarlar Lallas ve arkadaşlarının görüşlerine uygun şekilde psoriasisde %100, diğer hastalık gruplarında (ES, DLE, EAK) %67.4 oranında görülmüştür ($p<0.05$); ancak kırmızı globüller bu görüşün aksine PV'de %4, EAK'da %5.7 ve DLE'de %8 oranında görülmüştür. Bu farklılığın nedeni Lallas ve arkadaşlarının derlemede gövde ve ekstremitelerde yerleşimli döküleri de dermatoskopik olarak yorumlaması, bizim çalışmamızda ise yalnızca yüz yerleşimli dökülerin ele alınması olabilir.

Luk ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada çocuklarda sık görülen dermatolojik hastalıkların dermatoskopik bulgularını incelemişler; bu çalışmada değerlendirilen dört psoriasisli çocuk hastanın lezyonlarında dermatoskopik olarak eritem %100, beyaz skuam %75, noktasal damarlar %100 ve glomerular damarlar %50 oranında

görülmüştür (30). Bizim çalışmamızda yalnızca 18 yaş üzeri hastaları ve yüz yerleşimli döküler değerlendirmeye alınmış olup eritem %92, beyaz skuamlar %76, noktasal damarlar %100 ve glomerular damarlar %32 oranında görülmüştür.

Micali ve ark. yaptıkları bir derlemede sık görülen dermatolojik hastalıklardaki dermatoskopik bulguları tanımlamış; psoriyaziste noktasal damarların, glomerular damarların, çevre dokuya göre damar çaplarında artışın ve firkete damarların sık görüldüğünü belirtmiştir (4). Bizim çalışmamızda noktasal damarlar %100, glomerular damarlar %32, çevre dokuya göre damar çaplarında artış %4 ve firkete damarlar %20 oranında görülmüştür.

Vazquez ve ark. yaptıkları bir çalışmada tumoral olmayan deri lezyonları ve amelanotik melanomda dermatoskopik bulguları araştırmış; değerlendirmeye alınan 40 PV hastasında kırmızı globuller %100 oranında görülürken, lineer dallanan damarlar ise hiç bir psoriyazis lezyonunda görülmemiştir (69). Vazquez ve ark. yaptıkları başka bir çalışmada PV ve liken planusun dermatoskopik bulgularını karşılaştırmış; bu çalışma da da diğer çalışmaya benzer şekilde kırmızı globuller olguların %100'ünde görülmüştür (70). Vazquez ve ark. bir diğer çalışmalarında topikal steroid tedavisi alan hastalarda tedaviye yanıtı değerlendirmek amaçlı dermatoskopiye kullanmış; bu çalışmada da diğer çalışmalarına benzer şekilde kırmızı globuller olguların tamamında görülürken, lineer dallanan damarlar hiç bir olguda görülmemiştir (71). Bizim çalışmamızda ise Vazquez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalardan farklı olarak kırmızı globuller yalnızca PV olgularının %4'ünde görülürken, lineer dallanan damarlar olguların %16'sında görülmüştür. Vazquez ve arkadaşları çalışmalarında ekstremitte ve gövde yerleşimli döküleri ele almıştır, bu nedenle kırmızı globullerin görülme oranları arasındaki bu anlamlı farklılığın nedeni daha önce belirttiğimiz gibi bizim çalışmamızda yalnızca yüz yerleşimli döküleri değerlendirmeye almamız olabilir.

Zalaudek ve arkadaşları bir çalışmasında toplumda sık görülen hastalıkların dermatoskopik bulgularını araştırmış; düzenli dağılmış noktasal damarların, kırmızı globullerin ve sarı ya da beyaz skuamların psoriyazis tanısını destekleyici olduğu sonucuna varmışlardır (71). Bizim çalışmamızda da bu sonucu destekler şekilde beyaz skuamlar ($p=0.03$) ve noktasal damarlar ($p<0.05$) diğer hastalık gruplarından (ES, DLE, EAK) anlamlı derecede yüksek görülürken, kırmızı globuller bu görüşün aksine

PV'de %4, EAK'da %5.7 ve DLE'de %8 oranında görülmüştür.

Ekzema seboreikum vücudun saçlı deri, yüz, pektoral ve aksillar bölge gibi sebace glandlardan zengin bölümlerinde yerleşen, kronik, tekrarlayıcı, eritemli, infiltrate, yağlı sarımsı skuamlarla karakterize, yüzeysel inflamatuvar deri hastalığıdır. Patogenezi tam olarak aydınlatılmış olmamasına rağmen aşırı yağ üretimi ve kommensal olarak bulunan *Malassezia* mayası ile bir ilişkisi vardır (19-23). ES erişkin ve infantil form olarak ikiye ayrılmıştır. Erişkin form 30-60 yaşta sık görülmektedir ve erkekler kadınlardan daha sık etkilenmektedir (31). Biz çalışmamıza yalnızca erişkin tip ES olgularını aldık. Bizim çalışmamızda ES'lu hastalarda yaşlar 20 ile 89 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 47.7 (\pm 21.3) olarak belirlendi. Yine çalışmamıza alınan olguların 8'i (%22.9) kadın, 27'si (%77.1) erkek olacak şekilde erkek olgu sayısı daha yüksekti. Yüz ES'da en sık tutulan bölgelerdendir. Yüz derisinin ES'u sıklıkla simetrik olup etkilenen bölgeler sırasıyla alın, kaşların orta kısmı, üst göz kapakları, nazolabiyal kıvrımlar, burun yan kısımları, kulak arkaları, nadiren oksipital bölge ve boyundur. Sıklıkla üzeri sarı skuamlı hiperemik papular döküler görülmektedir. Yüzde en sık burun kenarlarında üzeri ince skuamlı hafif hiperemik döküler şeklinde görülmektedir (23). Bizim çalışmamızda da en sık paranasal bölge yerleşimli döküler (13 olgu %37.1) değerlendirmeye alınmıştır.

Literatürde ES'un saçlı deri tutulumunda dermatoskopik bulgular ile ilgili birden fazla yayın olmakla birlikte yüz tutulumu ile ilgili yalnızca Lallas ve ark. yaptığı bir çalışma vardır. Lallas ve ark. yaptıkları çalışmada yüz lokalizasyonlu hastalarda, eritematotelenjektatik rozasea, sarkoidoz, lupus vulgaris, DLE ve granülom fasiale, ekzema seboreikum lezyonlarının dermatoskopik bulgularını karşılaştırmıştır. Bu çalışmada 22 ES lezyonunun 19'unda (%86.4) noktasal damarlar, 17'sinde (%77.3) sarı skuamlar, 6'sında (%27.3) beyaz skuamlar, 2'sinde (%9.1) folikular keratin tıkaçları, 2'sinde (%9.1) sarı-turuncu alanlar, 1'inde (%4.5) lineer dallanan damarlar ve 1'inde (%4.5) beyaz şekilsiz alanlar izlenmiştir (3). Bizim çalışmamızda ise 35 ES lezyonunun 23'ünde (%65.7) noktasal damarlar, 25'inde (%71.4) sarı skuamlar, 17'sinde (%48.6) beyaz skuamlar, 6'sında (%17.1) folikular keratin tıkaçları, 12'sinde (%34.3) sarı-turuncu alanlar, 14'ünde (%40) lineer dallanan damarlar izlenmiş; beyaz şekilsiz alanlarsa hiçbir olguda görülmemiştir. Lallas ve ark. çalışmasında noktasal damarlar ES'da 19 olguda (%86.4) görülmüştür ve diğer hastalık gruplarında

(eritematotelengiektatik rozasea, sarkoidoz, lupus vulgaris, DLE ve granülom fasiale) ise yalnızca %2.2 olarak tespit edilmiştir (3). Bizim çalışmamızda da noktasal damarlar Lallas ve ark. çalışmasına benzer şekilde ES'da 23 (%65.7) olguda tespit edilmiştir ancak diğer hastalık gruplarında (PV, DLE, EAK) toplamda 66 olguda (%77.6) görülmüştür. Bizim çalışmamızda noktasal damarlar bu hastalık gruplarında ayırıcı tanıda anlamlı bulunmamıştır. Lallas ve arkadaşlarının çalışmasında sarı skuamler ES lezyonlarının % 77.3'ünde görülürken diğer gruplarda %8.6 olarak tespit edilmiştir (3). Bizim çalışmamızda da sarı skuamler ES hastalarında %71.4 oranında görülürken, diğer hastalık gruplarında %43.5 oranında görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu sonuç yüz yerleşimli eritem, sarı skuam ve noktasal damarların görüldüğü dökülerde ES düşünmemiz gerektiği şeklinde yorumlanabilir, ancak benzer bulguların PV'de de görüldüğü unutulmamalıdır. Örneğin sarı skuamler PV olgularında da %52 ve noktasal damarlar %100 oranında görülmüştür.

Lupus eritematozus çeşitli otoantikorların üretimi, kompleman azalması ve dolaşımında immunkomplekslerle karakterize deri, eklem, böbrek, kalp ve beyin gibi farklı sistemleri etkileyen otoimmün bir hastalıktır (38). Lupus eritematozun deri tutulumuna ise kutan lupus eritematozus (KLE) denilmekte ve Gilliam'ın sınıflamasına göre; akut kutan lupus eritematozus (AKLE), subakut kutan lupus eritematozus (SKLE) ve kronik kutan lupus eritematozus (KKLE) olarak alt tiplere ayrılmaktadır. Klasik DLE ise, KKLE'nin en sık görülen klinik varyantıdır. Sıklıkla 20-30 lu yaşlarda başlangıç göstermektedir ve kadınlarda 6 kat daha fazla görülmektedir (39). Bizim çalışmamızda hastalarda yaşlar 26 ile 79 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 45.4 (\pm 12.8) olarak bulunmuştur ve çalışmaya alınan 25 LE hastasının 18'i (%72) kadın, 7'si (%28) erkek olarak belirlenmiştir. DLE'de sıklıkla madeni para büyüklüğünde keskin sınırlı, skuamli morumsu, hiperemik makulopapular döküler görülür. Genellikle saçlı deri, yüz, kulaklar, boyun V bölgesi ve kolların ekstensor yüzlerini tutar (39-72). Yüz DLE'de en sık tutulan bölgedir. Tipik olarak döküler alın, burun ve yanaklarda birden fazla lezyon şeklinde görülme eğilimindedir. Nazalabiyal sulkuslar tutulmaz (23). Bizim çalışmamızda değerlendirmeye en çok malar bölge yerleşimli döküler (6 olgu, %24) alınmıştır.

DLE'nin dermatoskopik bulguları ile ilgili çalışmalar da sınırlıdır. Lallas ve ark. yaptıkları yüz lokalizasyonlu hastalarda, eritematotelengiektatik rozasea, sarkoidoz,

lupus vulgaris, DLE, granülom fasiale ve ES lezyonlarının dermatoskopik bulgularının karşılaştırıldığı bir çalışmada 28 DLE lezyonu dermatoskopik olarak incelenmiş; 19'unda (%67.9) perifolikular beyaz halo, 19'unda (%67.9) folikular keratin tıkaçları, 15'inde (%53.6) lineer dallanan damarlar, 14'ünde (%50) dilate kıl folikülleri, 12'sinde (%42.9) pigmente yapısız alanlar, 9'unda (%32.1) beyaz şekilsiz alanlar, 9'unda (%32.1) beyaz skuamlar, 1'inde (%3.6) noktasal damarlar ve 1'inde (%3.6) sarı skuamlar izlenmiştir (3). Bizim çalışmamızda ise 25 DLE olgusunun 10'unda (%40) perifolikular beyaz halo, 13'ünde (%52) folikular keratin tıkaçları, 13'ünde (%52) lineer dallanan damarlar, 5'inde (%20) dilate kıl folikülleri, 7'sinde (%28) pigmente yapısız alanlar, 4'ünde (%16) beyaz şekilsiz alanlar, 11'inde (%44) beyaz skuamlar, 22'sinde (%88) noktasal damarlar, 10'unda (%40) sarı skuamlar izlenmiştir. Lallas ve ark. yaptığı çalışmada önceki çalışmalara benzer şekilde DLE'de; perifolikular beyaz halo, folikular keratin tıkaçları ve lineer dallanan damarlar sık olarak görülmüş ve folikular yapıların DLE'de ayırıcı tanıda kullanılabileceği düşünülmüştür (3). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde perifolikular beyaz halo, folikular keratin tıkaçları ve lineer dallanan damarlar olguda görülmüştür. Aynı çalışmaya göre noktasal damarlar ve sarı skuamların birlikte görülmesi dökünün DLE ile karşılaştırıldığında ES lehine bir bulgu olarak yorumlanmıştır.

Lallas ve ark. başka bir çalışmada DLE lezyonlarının yüz, gövde ve ekstremiteler gibi lokalizasyonlardaki dermoskopik bulgularını incelemiştir. Bu çalışmada toplamda 55; yüz lokalizasyonlu 33 lezyon dermatoskopik olarak incelenmiştir. Çalışmada perifolikular beyaz halo %69.1, folikular keratin tıkaçları %67.3, telengiektaziler %52.7, beyaz skuamlar %49.1, pigmente alanlar %43.6, beyaz şekilsiz alanlar %36.4, folikuler kırmızı noktalar %36.4 oranında görülmüştür (12). Bizim çalışmamızda ise perifolikuler beyaz halo %40, folikuler keratin tıkaçları %52, telengiektaziler %84, beyaz skuam %44, pigmente alanlar %28, beyaz şekilsiz alanlar %16 oranında görülmüştür. Bizim çalışmamızda da perifolikuler beyaz halo ($p=0<0.05$), folikuler keratin tıkaçları ($p=0.001$), telengiektaziler ($p=0.04$), beyaz şekilsiz alanlar ($p=0.03$) diğer gruplarla karşılaştırıldığında (ES, PV, EAK) DLE'de istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla görülmüştür. Lallas ve arkadaşlarının yaptıkları bir derlemede de DLE'de perifolikular beyaz halo, folikuler keratin tıkaçları, beyaz skuamlar, telengiektaziler, pigmente şekilsiz alanlar ve beyaz şekilsiz alanlar sıklıkla

görüldüğünü belirtmişlerdir (14). Bu sonuçlar literatürle uyumlu olarak yüz yerleşimli dökülerde de dermatoskopide folikuler bulguların gözlenmesi durumunda ayırıcı tanıda DLE'nin düşünülmesi gerektiği şeklinde yorumlanabilir.

Vazquez ve ark. yaptıkları bir çalışmada tumoral olmayan deri lezyonları ve amelanotik melanomda dermatoskopik bulguları araştırmış, çalışmada 5 DLE lezyonu incelenmiş; dökülerde kırmızı globuller gözlenmezken lineer dallanan damarlar %40 olguda tespit edilmiştir (69). Bizim çalışmamızda ise kırmızı globuller 25 olgunun 2'sinde (%8), lineer dallanan damarlar 25 olgunun 13'ünde (%52) görülmüştür. Sonuçlar arasındaki bu farklılığın nedeni Vazquez ve arkadaşlarının hasta sayısının az olması ve bizim çalışmamızda yalnızca yüz yerleşimli dökülere değerlendirmeye almamız olabilir.

Aktinik keratoz (AK) ya da solar keratoz son derece yaygın görülen bir tablo olup, insanlarda en sık görülen premalign deri lezyonudur. Prekanseroz veya premalign lezyonlar olarak tanımlanmakla birlikte son molekuler ve genetik çalışmalar ışığında spinyomanın en erken formu olduğu ileri sürülmüştür (1-3). AK insidansı ve prevalansının tahmini değeri ile ilgili ırksal farklılıklar, yaş, anatomik bölgeler, olguların seçim yöntemi, güneşe maruziyet süresi gibi birçok faktöre bağlı olarak değişik çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (54). Zalaudek ve ark yaptıkları bir çalışmada AK erkeklerde %63.4 görülmüştür. Bizim çalışmamızda da 35 AK hastasının 17'si (%48.6) kadın, 18'i (%51.4) erkektir. Hastalarda yaşlar 33 ile 88 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 69.3 (\pm 13.3) olarak bulunmuştur. AK klinik görünümleri arasında eritematöz AK, hipertrofik AK, likenoid AK ve pigmente AK gibi çeşitli tipleri vardır. Eritematöz AK olarak da tanımlanan tipik AK lezyonu 2-6 mm çapında eritemli, yassı, pürtüklü ve skuamlı papula şeklinde görülür. Genellikle görüldüğünden daha rahat palpasyonla hissedilir (56). Lezyonların %80'i baş, boyun, ön kol ve el sırtı gibi güneş gören alanlarda yerleşim göstermektedir. Yüz, kulaklar, alopesik kafa derisi, ense, alt dudak sık tutulum alanlarıdır (55). Bizim çalışmamızda değerlendirmeye alınan EAK lezyonları en sık burun sırtında yerleşim göstermiştir.

AK lezyonlarının dermatoskopik bulguları çeşitli araştırmalarda tanımlanmıştır. Zalaudek ve ark. yüzde pigment olmayan aktinik keratoz, intraepidermal karsinoma ve spinyoma'nın dermatoskopik bulgularını inceleyen bir çalışma yapmış; bu çalışmada AK lezyonları en sık malar alanda (%51.4) yerleşmiştir (15). Zalaudek ve

arkadaşlarının yaptıkları başka bir çalışmada yüz yerleşimli 41 pigmente olmayan AK lezyonu dermatoskopik olarak incelemiş bu çalışmada ise AK lezyonları en sık burun sırtında (%34) yerleşmiştir (73). Bizim çalışmamızda ise AK lezyonları malar alanda %22 ve burun sırtında %25 oranında yerleşim göstermiştir.

Zalaudek ve ark. yüzde pigmente olmayan AK, intraepidermal karsinoma ve spinyoma'nın dermatoskopik bulgularını inceledikleri çalışmalarında AK lezyonlarında en sık çilek paterni (%67.1) izlenmiştir. Olguların %32.8'inde beyaz-sarı skuamlar, %25.7'sinde hedef benzeri kıl folikülleri, %24.3'ünde erozyo/ulserasyo alanları, %17.1'inde eritem, %15.7 beyaz şekilsiz alanlar, %10'unda noktasal/glomerular damarlar, %5.7'inde patlayan yıldız görünümü, %5.7'sinde firkete damarlar, %5.7'sinde lineer/irregüler damarlar izlenmiştir. Zalaudek ve ark. göre aktinik keratoz olgularında baskın patern çilek paternidir (15). Yüz yerleşimli 41 pigmente olmayan AK lezyonu dermatoskopik olarak inceledikleri çalışmada ise çilek paterni %95, lineer/irregüler damarlar %81, noktasal damarlar %7 oranında görülmüştür. Bizim çalışmamızda eritem %100, beyaz skuam %62.9, telengetaziler %57.1, noktasal damarlar %54,3, sarı skuamlar %40 görülürken çilek paterni sadece %25.7 oranında görülmüştür. Ancak bizim çalışmamızda da çilek paterni EAK'da diğer hastalık gruplarına göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Sonuçlar arasındaki bu farklılığın nedeni bizim çalışmamıza yalnızca EAK olgularını almamız, Zalaudek ve arkadaşlarının ise çalışmalarında değerlendirmeye yüz yerleşimli tüm pigmente olmayan alt tipleri alması olabilir.

Lallas ve arkadaşları bir olgu sunumunda 2 olguda yanakta DLE ve EAK dermatoskopik bulgularını karşılaştırmıştır. EAK olgusunda çilek paterni izlenirken, DLE olgusunda dilate kıl folikülleri ve perifolikular beyaz halo gözlenmiştir (74).

10. SONUÇ

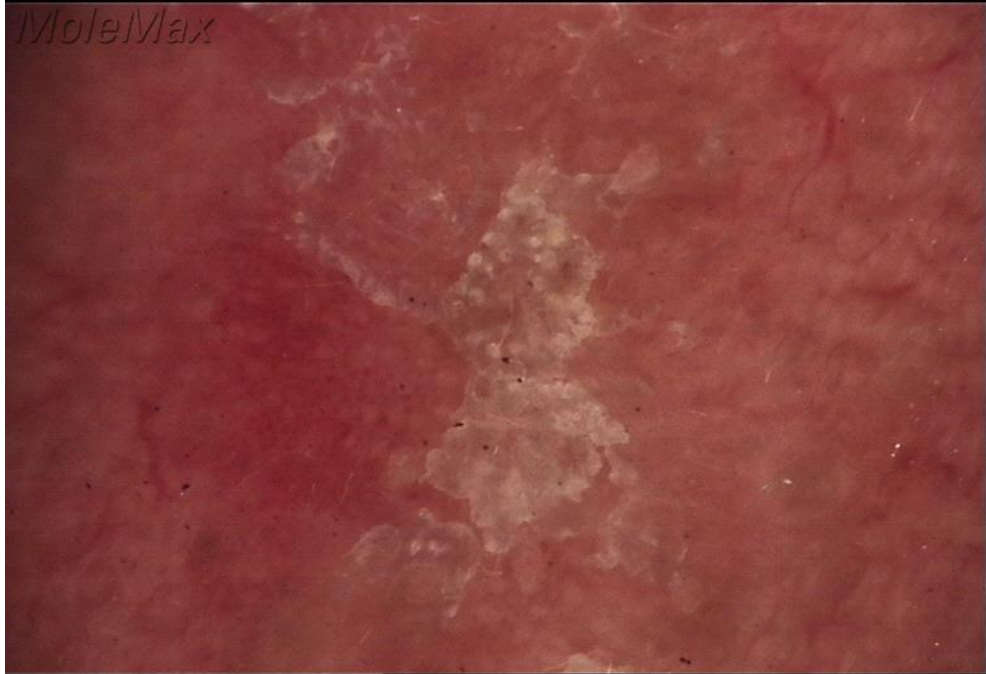
Sonuç olarak, bizim çalışmamız eritemli skuamlı dermatozlardan en sık görülen ES, PV, DLE ve EAK'un yüz yerleşimli lezyonlarının dermatoskopik bulgularının karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Elde edilen veriler dermatoskopinin yüz yerleşimli eritemli skuamlı döküler ile seyreden bu dört hastalığın ayırımında klinik ve histopatolojik incelemelere ek olarak yararlı bir teknik olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte elde edilen bulguların çoğu literatürle uyumlu olsa da, bu verilerin

istatistiksel anlamlılığının değerlendirilebilmesi için olgu sayısı daha yüksek olan prospektif kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

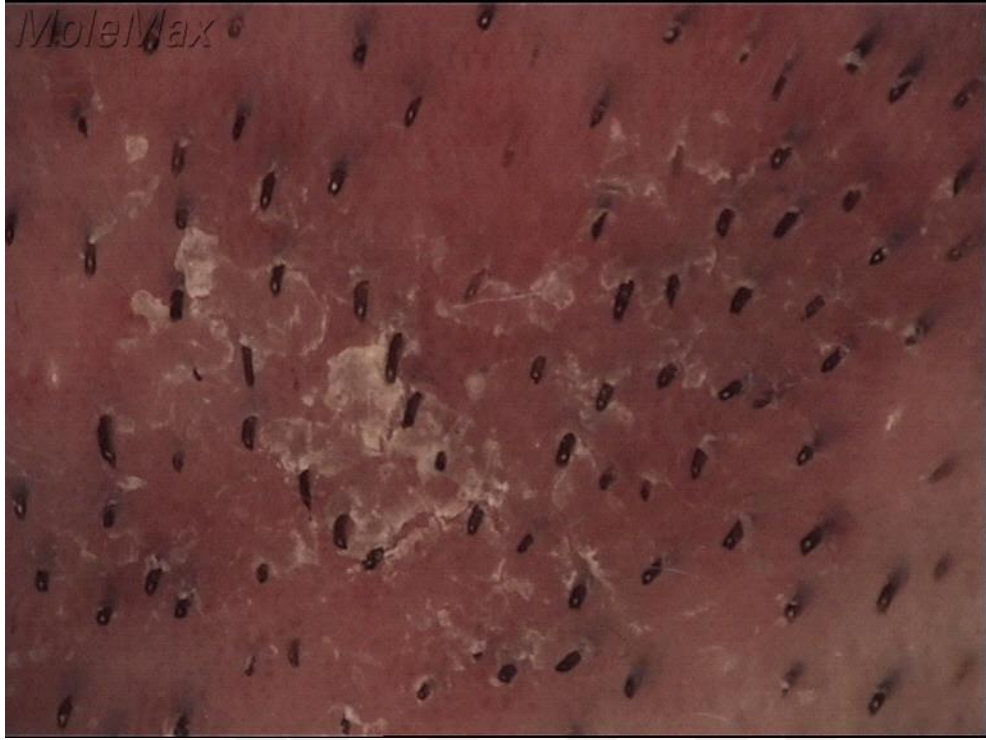




Resim 1. Ekzema seboreikum olgusunda dermatoskopik bulgular
(Sarı skuamlar, eritem, telangiektaziler, noktasal damarlar)



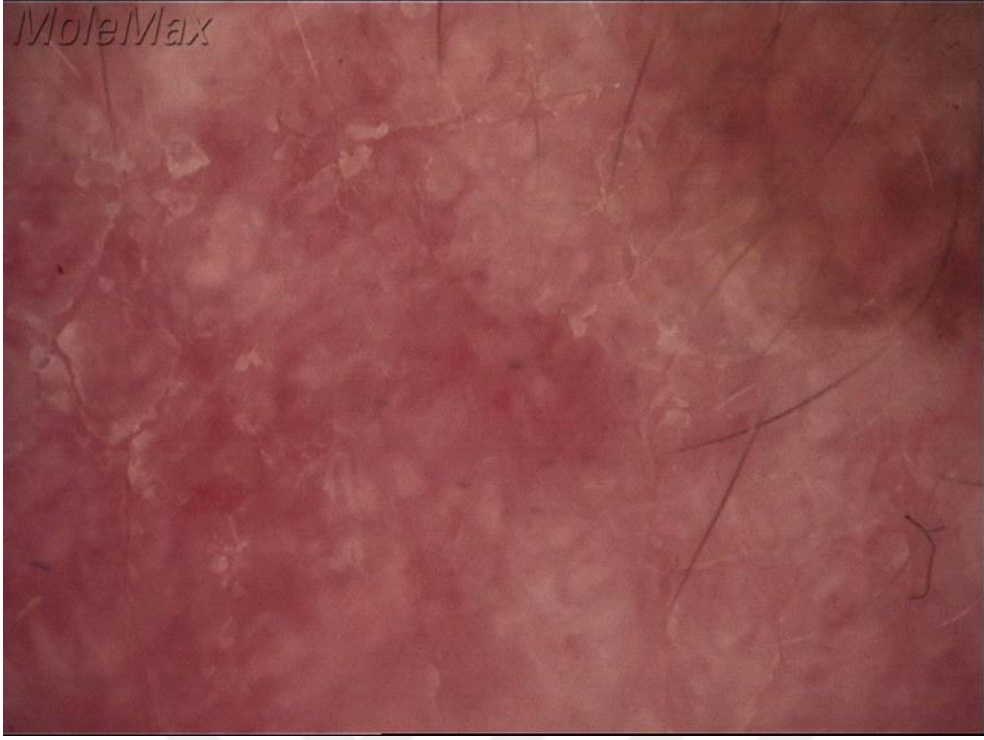
Resim 2: Psoriasis vulgaris olgusunda dermatoskopik bulgular
(noktasal damarlar, glomerular damarlar, beyaz skuam, eritem, telangiektaziler, lineer dallanan damarlar)



Resim 3. Psoriasis vulgaris olgusunda dermatoskopik bulgular (firkete damarlar)



Resim 4. DLE olgusunda dermatoskopik bulgular (eritem, noktasal damarlar, sikatriks benzeri alanlar, beyaz şekilsiz alanlar, folikular keratin tıkaçlar, perifoliküler beyaz halo, dilate kıl folikülleri, glomerular damarlar, beyaz skuam)



Resim 5. DLE olgusunda dermatoskopik bulgular (eritem, sikatris benzeri alanlar, beyaz şekilsiz alanlar, folikular keratin tıkaçlar, perifolikuler beyaz halo, dilate kıl folikülleri, beyaz skuam)



Resim 6. EAK olgusunda dermatoskopik bulgular (çilek paterni)



Resim 7. EAK olgusunda dermatoskopik bulgular (eritem, beyaz skuam, erozyo/ülserasyo, noktasal damarlar)

ARAŞTIRMANIN ADI: Yüzün eritemli skuamlı hastalıkları olan psoriyazis vulgaris, eritematoz aktinik keratoz, seboreik dermatit ve diskoid lupus eritematozusun ayırıcı tanısında dermatoskopinin yeri ve önemi.

1-Rigel DS, Stein Gold LF The importance of early diagnosis and treatment of actinic keratosis. J Am Acad Dermatol 2013;68(1 Suppl 1):S20-7.

2-Lallas A, Argenziano G, Zandri E, Moscarella E, Longo C, Grenzi L, Pellacani G, Zalaudek I. Update on non-melanoma skin cancer and the value of dermoscopy in its diagnosis and treatment monitoring. Expert Rev Anticancer Ther 2013;13(5):541-58.

3-Lallas A, Argenziano G, Apalla Z, Gourhant JY, Zaballos P, Di Lernia V, Moscarella E, Longo C, Zalaudek I Dermoscopic patterns of common facial inflammatory skin diseases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014 May;28(5):609-14.

4-Micali G, Lacarrubba F, Massimino D, Schwartz RA. Dermoscopy: alternative uses in daily clinical practice. J Am Acad Dermatol. 2011 Jun;64(6):1135-46.

5- Güneş, AT, Avcı, O., Özkan, Ş: Dermatoskopi. II. Dermatolojide Gelişmeler Simpozyumu. simpozyum kitabı, Ankara 1993:192-200

6- Güneş, AT, Şahin, T, Soyol, MC, ve ark. Dermatoskopi. Galenos 1998;18:30-39.

7-Tanaka M Dermoscopy J Dermatol. 2006 Aug;33(8):513-7

8-Martín JM, Bella-Navarro R, Jordá E. Vascular patterns in dermoscopy Actas Dermosifiliogr. 2012 Jun;103(5):357-75.

9- Stolz, W, Braun-Falco O, Bilek, B, Landthaler M, Burgdorf WHC, Cagnetta BA. Color Atlas of Dermoscopy. 2.Baskı, Oxford: Blackwell 2002.

10-Agero AL, Taliercio S, Dusza SW, et al. Conventional and polarized dermoscopy features of dermatofibroma. Arch Dermatol 2006; 142:1431.

11-Kim GW, Jung HJ, Ko HC, Kim MB, Lee WJ, Lee SJ, Kim DW, Kim BS
Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrheic dermatitis. Br J Dermatol. 2011 Mar;164(3):652-6.

12- Holubar K. Teaching with dermoscopy: revealing the subsurface morphology of Auspitz's sign and psoriasis *International Journal of Dermatology* 2014

13- Braun RP1, Rabinovitz HS, Oliviero M, Kopf AW, Saurat JH. Dermoscopy of pigmented skin lesions *J Am Acad Dermatol*. 2005 Jan;52(1):109-21.

14-Lallas A, Giacomel J, Argenziano G, García-García B, González-Fernández D, Zalaudek I, Vázquez-López F.
Dermoscopy in general dermatology: practical tips for the clinician. Br J Dermatol. 2014 Mar;170(3):514-26

15- Zalaudek I, Giacomel J, Schmid K, Bondino S, Rosendahl C, Cavicchini S, et al. Dermatoscopy of facial actinic keratosis, intraepidermal carcinoma, and invasive squamous cell carcinoma: a progression model. *J Am Acad Dermatol* 2012;66: 589-97.

16- Zalaudek I, Argenziano G, Di Stefani A, Ferrara G, Marghoob AA, Hofmann-Wellenhof R, Soyer HP, Braun R, Kerl H. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatology*. 2006; 212: 7-18. PMID: 16319467.

17- Campos Do Carmo G., Ramos-E Silva M.: Dermoscopy: Basic concepts. *Int J Dermatol* 2008; 47: 712-719

18- National Clinical Guideline Centre (UK) Psoriasis: Assessment and Management of Psoriasis. London: Royal College of Physicians (UK); 2012 Oct.

19- Bologna J, Jorizzo J.L, Rapini P.R. *Dermatologoy*

20-Fotiadou C, Lazaridou E, Ioannides D. Management of psoriasis in adolescence. *Adolesc Health Med Ther*. 2014 Mar 14;5:25-34. doi: 10.2147/AHMT.S36672. eCollection 2014.

21-Szepietowski JC1, Reich A1. Pruritus in psoriasis: An update. *Eur J Pain*. 2016 Jan;20(1):41-6. doi: 10.1002/ejp.768. Epub 2015 Sep 28.

22-Bronckers IM1, Paller AS2, van Geel MJ3, van de Kerkhof PC3, Seyger MM3. Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities. *Paediatr Drugs*. 2015 Oct;17(5):373-84. doi: 10.1007/s40272-015-0137-1.

23- Falco OB, Plevig G, Wolff HH, Burgdorf WHC, *Dermatology*, 2nd ed. Springer, 2000

24-Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Belloni Fortina A Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol*. 2005 Jul;125(1):61-7.

25-Eyerich S, Onken AT, Weidinger S, et al. Mutual antagonism of T cells causing psoriasis and atopic eczema. *N Engl J Med* 2011; 365:231.

26-Nickoloff BJ, Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. *J Clin Invest* 2004; 113:1664.

27-Tollefson MM1, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Jun;62(6):979-87. doi: 10.1016/j.jaad.2009.07.029. Epub 2009 Dec 5.

28-Leibovici V, Lemster N, Ramot Y, Siam R, Siam I, Maly A, Strauss-Liviatan N, Hochberg M. Prevalence of interdigital psoriasis of the feet ("psoriasis alba") in mild, moderate, and severe psoriasis. *Int J Dermatol*. 2015 Sep;54(9):1084-7. doi: 10.1111/ijd.12810.

29- Tosti A, Piraccini BM. *Dermatological Diseases*. In: *Nails: Diagnosis, Therapy, and Surgery*, Scher RK, Daniel RC, et al (Eds), Elsevier Saunders, 2005. p.105.

30-Luk DC, Lam SY, Cheung PC, Chan BH. Dermoscopy for common skin problems in Chinese children using a novel Hong Kong-made dermoscope. *Hong Kong Med J*. 2014 Dec;20(6):495-503.

31-Ramos-E-Silva M, Sampaio AL, Carneiro S. Red face revisited: Endogenous dermatitis in the form of atopic dermatitis and seborrheic dermatitis. *Clin Dermatol*. 2014 Jan-Feb;32(1):109-15.doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.05.032.

32- Odom RB, James WD, Berger TG. Seborrheic dermatitis, Psoriasis, Recalcitrant palmoplantar eruptions, Pustular dermatitis, and Erythroderma. In: Andrew's diseases of the skin 9th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000;214-254.

33- Bergbrant IM, Andersson B, Faergemann J. Cell-mediated immunity to malassezia furfur in patients with seborrheic dermatitis and pityriasis versicolor. *Clin Exp Dermatol* 1999;24:402-406.

34-Barac A, Pekmezovic M, Milobratovic D, Otasevic-Tasic S, Radunovic M, Arsic Arsenijevic V. Presence, species distribution, and density of Malassezia yeast in patients with seborrheic dermatitis a community-based case-control study and review of literature. *Mycoses*. 2015 Feb;58(2):69-75. doi: 10.1111/myc.12276. Epub 2015 Jan 15.

35-Okokon EO1, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Ojo OA, Bakhoya VN. Topical antifungals for seborrheic dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 2;5:CD008138. doi: 10.1002/14651858.CD008138.pub3.

36- DeAngelis YM, Gemmer CM, Kaczvinsky JR et al. Three etiologic facets of dandruff and seborrheic dermatitis: Malassezia fungi, sebaceous lipids, and individual sensitivity. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2005 Dec;10 [3]:295-7.

37- Naldi L, Rebora A. Clinical practice: seborrheic dermatitis. *N Engl J Med* 2009; 360: 387–96.

38-Reich A, Marcinow K, Bialynicki-Birula R. The lupus band test in systemic lupus erythematosus patients. *Ther Clin Risk Manag*. 2011 Jan 24;7:27-32

39-Rothfield N, Sontheimer RD, Bernstein M. Lupus erythematosus: systemic and cutaneous manifestations. *Clin Dermatol*. 2006 Sep-Oct;24(5):348-62.

40-Wollina U, Hein G. Lupus erythematosus: uncommon presentations. Clin Dermatol. 2005 Sep-Oct;23(5):470-9.

41-Costner MI, Grau RH. Update on connective tissue diseases in dermatology. Semin Cutan Med Surg. 2006 Dec;25(4):207-20.

42-Hansen CB, Dahle KW. Cutaneous lupus erythematosus. Dermatol Ther. 2012 Mar-Apr;25(2):99-111.

43-Kuhn A, Sticherling M, Bonsmann G Clinical manifestations of cutaneous lupus erythematosus J Dtsch Dermatol Ges. 2007 Dec;5(12):1124-37.

44-Grönhagen CM, Fored CM, Linder M, Granath F, Nyberg F. Subacute cutaneous lupus erythematosus and its association with drugs: a population-based matched case-control study of 234 patients in Sweden. Br J Dermatol. 2012 Aug;167(2):296-305.

45- J.A. Avilés Izquierdo, N. Cano Martínez, P. Lázaro Ochoita Epidemiological Characteristics of Patients With Cutaneous Lupus Erythematosus. Actas Dermosifiliogr. 2013 Dec 28. pii: S1578-2190(13)00271-0

46-Walling HW, Sontheimer RD. Cutaneous lupus erythematosus: issues in diagnosis and treatment Am J Clin Dermatol. 2009;10(6):365-81.

47- Grönhagen CM, Fored CM, Granath F, Nyberg F. Cutaneous lupus erythematosus and the association with systemic lupus erythematosus: a population-based cohort of 1088 patients in Sweden Br J Dermatol. 2011 Jun;164(6):1335-41.

48-Okon LG, Werth VP. Cutaneous lupus erythematosus: diagnosis and treatment Best Pract Res Clin Rheumatol. 2013 Jun;27(3):391-404.

49-Hedrich CM, Fiebig B, Hauck FH, Sallmann S, Hahn G, Pfeiffer C, Heubner G, Lee-Kirsch MA, Gahr M. Chilblain lupus erythematosus-a review of literature. Clin Rheumatol. 2008 Oct;27(10):1341

50-Baltaci M, Fritsch P. Histologic features of cutaneous lupus erythematosus. Autoimmun Rev. 2009 May;8(6):467-73.

51- Albrecht J, Werth VP. Clinical outcome measures for cutaneous lupus erythematosus Lupus. 2010 Aug;19(9):1137-43.

- 52- Lallas A, Apalla Z, Lefaki I, Sotiriou E, Lazaridou E, Ioannides D, Tiodorovic-Zivkovic D, Sidiropoulos T, Konstantinou D, Di Lernia V, Argenziano G, Zalaudek I Dermoscopy of discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol*. 2013 Feb;168(2):284-8.
- 53- Schmitt JV, Miot HA. Actinic keratosis: a clinical and epidemiological revision. *An Bras Dermatol* 2012; 87(3): 425-34.
- 54- Vilcea AM, Vilcea ID, Georgescu CV, Pătrașcu V. The value of the histopathologic examination in the diagnosis and management of the actinic keratosis. *Rom J Morphol Embryol* 2012;53(4):927-34.
- 55- Rossi R, Mori M, Lotti T. Actinic keratosis. *Int J Dermatol* 2007;46(9):895-904.
- 56- Peris K, Micantonio T, Piccolo D, Fagnoli MC. Dermoscopic features of actinic keratosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007;5(11):970-6.
- 57- Han YM, Chen LJ, Dou X, Yang QP. Clinical and Pathological Study of 328 Cases of Actinic Keratosis in Eastern Chinese Patients. *Dermatology* 2013. DOI: 10.1159/000354651.
- 58- Ko CJ. Actinic keratosis: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010;28(3):249-53.
- 59- Rosen T, Lebwohl MG. Prevalence and awareness of actinic keratosis: barriers and opportunities. *J Am Acad Dermatol* 2013;68(1 Suppl 1):S2-9.
- 60-** Zalaudek I, Kreusch J, Giacomel J, Ferrara G, Catricalà C, Argenziano G. How to diagnose nonpigmented skin tumors: a review of vascular structures seen with dermoscopy: part II. Nonmelanocytic skin tumors. *J Am Acad Dermatol* 2010;63(3):377-86.
- 61- Peris K, Micantonio T, Piccolo D, Fagnoli MC. Dermoscopic features of actinic keratosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007;5(11):970-6.
- 62- Feldman SR1, Zhao Y, Shi L, Tran MH. Economic and Comorbidity Burden Among Patients with Moderate-to-Severe Psoriasis. *J Manag Care Spec Pharm*. 2015 Oct;21(10):874-88.
- 63- Cobo-Ibáñez T, Villaverde V, Seoane-Mato D, Muñoz-Fernández S4, Guerra M5, Del Campo PD6, Cañete JD7. Multidisciplinary dermatology-rheumatology

management for patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int.* 2015 Oct 5.

64- Samarasekera EJ1, Smith CH; National Institute of Health and Care Excellence; Royal College of Physicians. Psoriasis: guidance on assessment and referral. *Clin Med (Lond)*. 2014 Apr;14(2):178-82. doi: 10.7861/clinmedicine.14-2-178.

65- Christophers EI. Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*. 2001 Jun;26(4):314-20.

66- Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, Sotiriou E, Di Lernia V, Moscarella E, Longo C, Sidiropoulos T, Zalaudek I.
Dermoscopic pattern of psoriatic lesions on specific body sites
Dermatology. 2014;228(3):250-4.

67- Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, Apalla Z, Karakyriou E, Karatolias A, Lefaki I, Sotiriou E, Ioannides D, Argenziano G, Zalaudek I: Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J Dermatol* 2012;166: 1198–1205.

68- Lallas A, Apalla Z, Karteridou A, Lefaki I: Photoletter to the editor: dermoscopy for discriminating between pityriasis rubra pilaris and psoriasis. *J Dermatol Case Rep* 2013;7: 20–22.

69- Vazquez-Lopez F, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of non tumoral skin lesions. *Br J Dermatol* 2004;150:226-31.

70- Vazquez-Lopez F, Manjon 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;207:151-6.

71- Vazquez-Lopez F, Marghoob AA: Dermoscopic assessment of long-term topical therapies with potent steroids in chronic psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:811–813.

72- Rothfield N, Sontheimer RD, Bernstein M. Lupus erythematosus: systemic and cutaneous manifestations. *Clin Dermatol* 2006;24(5):348-62.

73- alaudek I, Giacomel J, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Micantonio T, Di Stefani A, et al. Dermoscopy of facial non- pigmented actinic keratosis. *Br J Dermatol* 2006;155:951-6.

74- Lallas A, Apalla Z, Argenziano G et al. Clues for differentiating discoid lupus erythematosus from actinic keratosis. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69:5–6.

