



# PSORİASİS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON *Sempozyumu 2026*

**23 - 26 Nisan 2026**

**NG Phaselis Bay Kemer, Antalya**



**Bilimsel Program ve  
Bildiri Özetleri**

[www.psokid2026.org](http://www.psokid2026.org)



# PSORİASİS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON *Sempozyumu 2026*

**23 - 26 Nisan 2026** | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

**Değerli Meslektaşlarımız,**

Sizleri **PSORİASİS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON DERNEĞİ** tarafından **23 - 26 Nisan 2026** tarihleri arasında NG Phaselis Bay Hotel Kemer- Antalya' da düzenlenecek olan Psoriasis ve Kutanoz İnflamasyon Sempozyumuna davet etmenin mutluluğunu yaşıyoruz.

Bu sempozyum Türkiye' de üniversite ve eğitim hastaneleri yanında devlet hastaneleri ve özel kuruluşlarda pratik dermatoloji yapan meslektaşlarımızın Psoriasis ve diğer kutanoz inflamatuvar hasatlıklar ve tedavileri konusunda bilgilerini güncellemek ve geliştirmek amacıyla düzenlenmektedir.

Sempozyumda bu kronik, inflamatuvar hastalıklar düzenlenecek paneller ile, konularında deneyimli ulusal ve uluslararası konuşmacılar tarafından tüm yönleri ile katılımcılara aktarılacak, konferanslar düzenlenecek, deneyimlerin geliştirilmesi ve paylaşılması sağlanacaktır.

Kutanoz İnflamasyon konusunda bilim dünyasındaki yenilik ve gelişmeleri paylaşmak amacıyla çıktığımız bu yolda, meslektaşlarımızın giderek artan talep ve ilgileri ile karşılaşmış olmak en büyük motivasyon kaynağımız olmaktadır.

Düzenleme kurulumuz yine büyük bir özenle bilimsel programımızı hazırlamaktadır. Güncel konular ve konunun uzmanı konuşmacılarla değerli katılımcılarımıza bir bilimsel ziyafet sunabilmek ana hedefimizdir. Bu amaçla bu sempozyumda Psoriasis yanında, Hidradenitis Süpürativa, Atopik Dermatit, Vitiligo ve Alopesi Areata ve Behçet Hastalığı gibi inflamatuvar hastalıklar tüm yönleri ile irdelenecektir.

Sempozyuma kutanoz inflamatuvar hastalıklar konusunda serbest bildiri ile katılacak olan genç araştırmacılar arasından kurulumuz tarafından değerlendirilerek, seçilecek olanlara sempozyuma kayıt ve konaklama desteği sağlanacak ve ayrıca serbest bildiri ve poster ödülleri verilecektir.

Kemer Bölgesinin keyifli atmosferinde 23 - 26 Nisan 2026 tarihlerinde bir araya gelmek ümidiyle sevgi ve saygılarımızı sunuyoruz.

**Psoriasis ve Kutanoz İnflamasyon Derneği  
Sempozyum Düzenleme Kurulu**



# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON *Sempozyumu 2026*

**23 - 26 Nisan 2026** | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

## KURULLAR

### SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

SEMPOZYUM SEKRETERİ

**Savaş YAYLI**

Esra ADIŞEN

Murat BORLU

Emel BÜLBÜL BAŞKAN

İlgen ERTAM SAĞDUYU

Mehmet Ali GÜRER

Nilgün ŞENTÜRK



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

23 NİSAN 2026, PERŞEMBE

SALON-1

## 13:30-14:00 AÇILIŞ TÖRENİ

### 14:00-15:30 PANEL-1: KUTANÖZ İNFLAMASYONDA TEMEL ÖZELLİKLER

Oturum Başkanları: Nihal Kundakçı, Ertan Yılmaz

- 14:00-14:15 - İmmün disregülasyon ve kanıtları *Sibel Doğan Günaydın*
- 14:15-14:30 - Kutanöz İnflamatuvar Hastalıklarda kür mümkün mü? Nasıl? *Seçil Saral*
- 14:30-14:45 - Tedavide süper yanıtın sırları ve ipuçları *Arzu Kılıç*
- 14:45-15:00 - Komorbiditeler: Ne kadar gerçek? *Demet Kartal*
- 15:00-15:15 - İnflamasyonel yaşlanma *Başak Yalçın*
- 15:15-15:30 - Tartışma

## 15:30-16:00 KAHVE ARASI

### 16:00-17:30 PANEL-2: KUTANÖZ İNFLAMATUVAR HASTALIKLARDA ÇEŞİTLEMELER

Oturum Başkanları: Ali Tahsin Güneş, Akın Aktaş, Ayça Cordan Yazıcı

- 16:00-16:15 - Biyobelirteçler: Gerçek yol gösterici mi? *Ayda Acar*
- 16:15-16:30 - Paradoksal reaksiyonlar: Raslantısal mı, mekanizma ilişkili mi? *Neslihan Akdoğan*
- 16:30-16:45 - Kayıt sistemleri ve metaanalizler: Büyük verinin sesi *Melih Akyol*
- 16:45-17:00 - Rehberlerde yeni ne var? *Burhan Engin*
- 17:00-17:15 - Yapay zeka: Tanı, tedavi ve izlemde hekimin asistanı mıdır? *Ece Gökyayla*
- 17:15-17:30 - Tartışma



# PSORİASİS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

24 NİSAN 2026, CUMA

SALON-1

## 08:30-10:00 PANEL-3: PSORİASİS: BUGÜN VE GELECEK

Oturum Başkanları: Murat Borlu, Bilal Doğan

08:30-08:45 - Genlerden epigenetiğe: Kronikliğin şifresi

*Algün Polat Ekinci*

08:45-09:00 - Patofizyolojiyi anlamak: İmmün sınıflandırmada temel özellikler

*Özge Sevil Kastarlı Bakay*

09:00-09:15 - Psoriasis ve otoinflamasyon: İki ayrı yol veya bir kesişim mi?

*Işıl Deniz Oğuz*

09:15-09:30 - İlaç seçiminde pusula. Hangi tedaviyi seçelim? Erken sistemik tedavinin önemi var mı?

*Melis Gönlül*

09:30-09:45 - Tedavide optimizasyon: İyilik dönemlerini uzatmak mümkün mü, idame tedavi gereksiz yük mü, kalıcı koruma mı?

*İlkin Zindancı*

09:45-10.00 - Tartışma

## 10:05-10:45 UYDU SEMPOZYUM

**Bimzelx ile Orta ve Şiddetli Plak Tip Psoriasisde Ciltte Hızlı Başlayan, Uzun Süreli Tam Temizlenme**

Oturum Başkanı: *Emel Bülbül Başkan*

IL17 A & IL17 F'nin dual inhibisyonu: Hızlı Başlangıç ve Derin Etkililik

**Konuşmacı: Esra Adışen**

Bimzelx Klinik Çalışmaları ve Gerçek Yaşam Verisi ile Sürdürülebilir Tam Temizlenme

**Konuşmacı: Murat Borlu**



Inspired by patients.  
Driven by science.

## 10:45-11:15 KAHVE ARASI



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

24 NİSAN 2026, CUMA

SALON-1

## 11:15-12:30 PANEL-4: HİDRADENİTİS SÜPÜRATİVA: DERİNİN DERİN ÇIKMAZI

Oturum Başkanları: Emel Fetil, Esra Adışen

- 11:15-11:30 - Patogeneze yeni bir bakış: İmmün sisteme karşı koymak *Şirin Pekcan Yaşar*
- 11:30-11:45 - Hastalığı ölçmek mümkün mü? Şiddet skorları, fenotipler, komorbiditeler, biyobelirteçler *Neslihan Demirel Öğüt*
- 11:45-12:00 - Değerlendirmede USG ve önemi *Aslı Tatlıparmak*
- 12:00-12:15 - Progresyonun modifikasyonu mümkün mü? Tedavide yol ayrımı (tıbbi tedavi mi, ışık mı, cerrahi mi ön planda olmalı?) *Ayşenur Botsalı*
- 12:15-12:30 - Tartışma

## 12:30-14:00 ÖĞLE YEMEĞİ

## 14:00-15:15 PANEL-5: PİGMENTTEN SAÇA: OTOİMMÜNİTENİN İKİ YÜZÜ

Oturum Başkanları: Server Serdaroğlu, Nilgün Şentürk

- ALOPESİ AREATA:

- 14:00-14:15 - Patofizyoloji ve klinik pratiğimizde şiddet değerlendirmesi *Güneş Gür Aksoy*
- 14:15-14:30 - Klasik tedavilerden hedefe yönelik tedavilere geçiş, gerçek yaşam verileri *Emel Erdal*
- VİTİLİGO:
- 14:30-14:45 - Beyaz yamaların patofizyolojisi, sınıflama, klinik profil, şiddet değerlendirmesi *Bengü Çevirgen Cemil*
- 14:45-15:00 - Güncel tedavi yaklaşımları, gelecekte neler var? *Recep Dursun*
- 15:00-15:15 - Tartışma

## 15:20-16:00 UYDU SEMPOZYUM

Dupixent ile Atopik Dermatit Tedavisinde Etki ve Güven

Oturum Başkanı: İlkin Zindancı

Konuşmacı: Abdullah Demirbaş

sanofi

## 16:00-16:30 KAHVE ARASI



# PSORİASİS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

24 NİSAN 2026, CUMA

SALON-1

## 16:30-18:00 PANEL-6: PSORİASİS: İMMÜN PARADİGMALAR VE ÖTESİ

Oturum Başkanları: Melih Akyol, Esra Adışen

- |             |   |                                |
|-------------|---|--------------------------------|
| 16:30-16:45 | - Patogenezin evrim hikayesi: Hangi T hücreleri ve Sitokin ağı sorumlu? Süreç domino taşları gibi birbirine bağlı mı? | <i>Levent Çınar</i>            |
| 16:45-17:00 | - Psoriasis ve kanser: Doğal birliktelik mi? Tedavi bedeli mi?  | <i>Filiz Topaloğlu Demir</i>   |
| 17:00-17:15 | - Psoriasis ve kardiyovasküler risk: Tedavi kurtarıcı mı, yoksa suç ortağı mı?  | <i>Leyla Baykal Selçuk</i>     |
| 17:15-17:30 | - Biyolojik tedavide varyasyonlar, ilaç değişimleri. Çoklu biyolojik direnci  | <i>Tuğba Kevser Uzunçakmak</i> |
| 17:30-17:45 | - GLP-1 agonistleri: Tedavinin geleceği olabilir mi?  | <i>Asena Çiğdem Doğramacı</i>  |
| 17:45-18:00 | - Tartışma  |                                |



# PSORİASİS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

24 NİSAN 2026, CUMA

SALON-2

08:30-09:50 **SERBEST BİLDİRİLER-1**  
Oturum Başkanı: Savaş Yaylı, Levent Çınar

08:30 08:37	SB-01	Pediyatrik psoriaziste sistemik tedavilerin ve fototerapinin uzun dönem gerçek yaşam güvenliği, etkinliği ve ilaç sağkalımı	<i>Muhammed Ali Mergen</i>
08:37 08:44	SB-02	Psoriasisli hastalarda polifarmasi sıklığı ve polifarmasi ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi	<i>Akın Arif Kurtoğlu</i>
08:44 08:51	SB-03	Orta-ağır atopik dermatit tedavisinde upadacitinib ve abrocitinib: 6 aylık gerçek yaşam verileri	<i>Ömer Karakoyun</i>
08:51 08:58	SB-04	Eritrodermi tedavisinde yulaf banyosu ve modifiye ıslak sargı tedavisi: 10 olguluk bir seri	<i>Enes Cihan Yarıcı</i>
08:58 09:05	SB-05	Kronik plak tip psoriasisde guselkumab ve risankizumab ile tedavi edilen süper-responder hastaların özellikleri: Multimerkezli gerçek yaşam analizi	<i>Filiz Topaloğlu Demir</i>
09:05 09:12	SB-06	Liken planus olgularında serum irisin düzeyi ve metabolik sendromla ilişkisi	<i>Saliha Aslan</i>
09:12 09:19	SB-07	Psoriasis akıllı tedavi asistanı	<i>Musa Menfaatli</i>
09:19 09:26	SB-08	Psoriasis Vulgaris'te periostin ve timik stromal lenfopoietin'in rolü ve klinik ile ilişkisi	<i>Burak Gül</i>
09:26 09:50		Tartışma	



# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

25 NİSAN 2026, CUMARTESİ

SALON-1

**08:30-09:45 PANEL-7: ATOPIK DERMATİT: ÖNE ÇIKANLAR VE KIRILMA NOKTALARI**  
Oturum Başkanları: Nilgün Solak, İlgen Ertam Sağduyu

- 08:30-08:45 - Hastalığın yüzleri çoğalıyor: Patofizyolojiden fenotipler ve endotiplere sınıflama, ayırıcı tanı **Özlem Su Küçük**
- 08:45-09:00 - Atopik marşı anlamak: Çocuklukta önlemek mümkün mü? **Suzan Demir Pektaş**
- 09:00-09:15 - Çevresel faktörlerin hastalık seyrinde ve ataklarda rolü **Bahar Sevimli Dikicier**
- 09:15-09:30 - Hedefe yönelik tedavilerde yönetim nasıl olmalı? Bariyer fonksiyonlarında etkileri var mı? **Yıldız Gürsel Ürün**
- 09:30-09:45 - Tartışma

**09:50- 10:30 UYDU SEMPOZYUM**

**Psoriasis ve Atopik Dermatitte Tedavi Seçenekleri**

Oturum Başkanı: *Erkan Alpsoy*

RINVOQ ile Atopik Dermatit Tedavisinde ile Sürdürülebilir Etkililik & SKYRIZI ile Plak Psoriasis Tedavisinde Sürdürülebilir Etkililik

**Konuşmacılar:** *Maria-Angeliki Gkini, Özge Sevil Karstarlı Bakay*

abbvie

**10:30-11:00 KAHVE ARASI**

**11:00-12:15 PANEL-8: KUTANÖZ İNFLAMASYONDA TEDAVİLER ARENASI**

Oturum Başkanları: *Rebiay Kıran, Murat Öztaş*

- 11:00-11:15 - Topikal tedavilerin, bugünü ve geleceği **Deren Özcan**
- 11:15-11:30 - Konvansiyonel tedavilerin kullanımında temel prensipler **Rafet Koca**
- 11:30-11:45 - Biyolojik deneyimleri **Didem Didar Balcı**
- 11:45-12:00 - Küçük molekül deneyimleri **Aslı Hapa**
- 12:00-12:15 - Tartışma

**12:15-14:00 ÖĞLE YEMEĞİ**



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

25 NİSAN 2026, CUMARTESİ

SALON-1

## 14:00-15:30 PANEL-9: KUTANÖZ İNFLAMASYONUN DİĞER SIRLARI

Oturum Başkanları: Serap Öztürkcan, Filiz Cebeci

- 14:00-14:20 - Behçet Hastalığı: Güncelleme **Erkan Alpsoy**
- 14:20-14:40 - Pyoderma Gangrenosum: Nötrofilik mi, inflamatuvar mı? **Perihan Öztürk**
- 14:40-15:00 - Prurigo Nodularis: Atopik dermatitin gölgesinde mi, kendi başına mı? **Emine Tamer**
- 15:00-15:20 - Generalize Püstüler Psoriasis: Bir fenotipden fazlası mı? **Asude Kara Polat**
- 15:20-15:30 - Tartışma

## 15:30-16:00 KAHVE ARASI

## 16:00-18:00 PANEL-10: KUTANÖZ İNFLAMATUVAR HASTALIKLARDA GÜNCEL TARTIŞMALAR VE BEYİN FIRTINASI

Oturum Başkanları: Mehmet Ali Gürer, Emel Bülbül Başkan, Savaş Yaylı

- Mikrobiom-bağırsak mı, deri mi yönetiyor?
- Hasta hekim ilişkisi ne ölçüde değerli? Nasıl kurulmalı?
- Beslenmenin önemi ne kadar?
- Karşılanmamış ihtiyaçlar: Nerede eksikiz?
- Tedavinin geleceği: Nereye gidiyoruz?
- Kutanöz İnflamatuvar Hastalıklarda takım yönetimi: Multidisipliner yaklaşım
- Fototerapi hala değerli mi?
- Hala bilmediklerimiz var mı ? Neleri araştıralım?
- Yaşam kalitesi ne kadar etkileniyor?
- Bireyselleştirilmiş tedavi ilaç seçimi ve takibinde devrim mi?

**Konuşmacılar ve Tartışmacılar:** Ezgi Aktaş, İsa An, Sema Aytekin, Abdullah Demirbaş, Aslı Vefa Erdemir, Ragıp Ertaş, Mustafa Esen, Gülhan Gürel, Münevver Güven, Emel Hazinedar, Özge Kaya, Çiğdem Oba Kaymaz, Ömer Kutlu, Mehmet Melikoğlu, İlkey Özer, Serkan Yazıcı, Fatma Elif Yıldırım, İncilay Yıldızhan

\* Soyada göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

**NOT:** Bu panelde moderatörlerin yönetimi ve katkılarıyla, tartışmacılar ve konuşmacılar tarafından, dinleyicilerin de iştirakleriyle kutanöz inflamatuvar hastalıklardaki bu tartışmalı konular irdelenecek ve bir anlamda beyin fırtınası yapılacaktır. Sunumlar klasik power point şeklinde olmayacak, yalnız gerekli olursa tablolar kullanılacaktır.



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

## 25 NİSAN 2026, CUMARTESİ

SALON-2

08:30-09:50 **SERBEST BİLDİRİLER-2**  
Oturum Başkanı: Bengü Çevirgen Cemil, Neslihan Demirel Öğüt

08:30 08:37	SB-09	Mukokutanöz behçet hastalığında kolşisin tedavi başarısızlığını öngören klinik faktörler: Retrospektif kohort çalışması	<i>Gökberk Uyar</i>
08:37 08:44	SB-10	Psoriasis hastalarında hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde sistemik immün-inflamasyon indeksi ile nötrofil-lenfosit oranının karşılaştırılması	<i>Bengü Reyhan Botsalı Özdemir</i>
08:51 08:58	SB-12	Hepatit B enfeksiyonu olan psoriasis hastalarında IL-23 inhibitörlerinin güvenliği: Çok merkezli bir kohorttan deneyimler	<i>Gizem Pehlivan Ulutaş</i>
08:58 09:05	SB-13	Psoriasis hastalarında intestinal, epidermal yağ asidi bağlayıcı protein düzeyleri ve intestinal geçirgenlik arasındaki ilişki	<i>Nevzat Uysaloğlu</i>
09:05 09:12	SB-14	Psoriasis hastalarında biyolojik tedavilerin karaciğer fibrozisi üzerine etkisi: 1 yıllık gerçek yaşam verisi	<i>Ayser Duyan</i>
09:12 09:19	SB-15	Atopik dermatit ve psoriasis vulgariste "Flip-Flop" fenomeni: Algoritmanın Türk toplumunda retrospektif validasyonu ve fenotipik geçişlerin analizi	<i>Muhammed Kerem Özkan</i>
09:19 09:26	SB-16	Hidradenitis Suppurativa'da tedavi seyrini belirleyen faktörler: Retrospektif bir kohort çalışması	<i>Alihan Baylan</i>
09:26 09:33 09:33 09:50	SB-17	Hidradenitis süpürativada TyG indeksi bağımsız bir risk faktörü müdür? TyG, TyG-BMI ve NLR analizi Tartışma	<i>Elif Kaya</i>



# PSORİASİS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

26 NİSAN 2026, PAZAR

SALON-1

- 08:30-09:30 PANEL-11: KUTANÖZ İNFLAMATUVAR HASTALIKLARDA ÇEŞİTLEMELER**  
Oturum Başkanları: İlknur Kıvanç Altınay, Burhan Aksakal
- 08:30-09:10 KUTANÖZ İNFLAMASYON LİTERATÜRÜNDEN SEÇMELER**  
Konuşmacılar: Yusuf Can Edek, Muhammed Kerem Özkan, Samed Şahin
- 09:10-09:30 KUTANÖZ İNFLAMATUVAR HASTALIKLARDA AKILCI İLAÇ YÖNETİMİ** *Berkay Temel*
- 09:30-10:00 KAHVE ARASI**
- 10:00-11:30 PANEL-12: GENÇ DERMATOLOGLAR GÖZÜYLE PSORİASİS**  
Oturum Başkanları: Pelin Kartal, Aylin Türel Ermertcan
- 10:00-10:15 - Hastaya yaklaşım: Klasik ve atipik klinik formları nasıl değerlendirelim? *Zeynep Kesinkaya*
- 10:15-10:30 - Tetikleyiciler: Ne kadar masum ya da gerçekten tetikçi? *Özge Zorlu*
- 10:30-10:45 - Dermatopatoloji tanıda altın standart mı, gereksiz mi? *Burcu Beksaç*
- 10:45-11:00 - Psoriatik artriti nasıl tanıyalım, yönetelim? *Tubanur Çetinarslan*
- 11:00-11:15 - Psoriasis yalnız deride görünen yüz değil: Damgalanma ve psikososyal etkiler *Çağdaş Boyvadoğlu*
- 11:15-11:30 - Tartışma

**11:30-12:00 KAPANIŞ TÖRENİ**



# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

## POSTER BİLDİRİLER

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <b>PS-02</b> Psoriasis hastalarında zonulin düzeylerinin inflamatuvar belirteçler ve hastalık şiddeti ile ilişkisi                  | <b>Hiranur Çağlayan Kaya</b> |
| <b>PS-05</b> Astaksantin'in miyeloid farklılaşma faktörü 2 (MD2) ile etkileşiminin moleküler dinamik simülasyonlarla incelenmesi    | <b>Mahir Diğış</b>           |
| <b>PS-06</b> Tedavisi zor tutulum alanlarında psoriasis yönetimi: Metotreksat ve biyolojik tedavilerin retrospektif karşılaştırması | <b>Arzu Ferhatosmanoğlu</b>  |
| <b>PS-08</b> Piyoderma gangrenozum ve hidradenitis suppurativa birlikteliği: PASH sendromu olgu sunumu                              | <b>Elif Kıntış Ozar</b>      |
| <b>PS-12</b> Upadacitinib ile hızlı yanıt alınan pediatrik bir alopesi areata olgusu  | <b>Ali Osman Metintaş</b>    |
| <b>PS-13</b> Püstüler lezyonlarla seyreden varisella: Adalimumab tedavisi alan psöriatik artritli bir olgu                          | <b>Gözde Ulutaş Demirbaş</b> |
| <b>PS-15</b> Nadir bir olgu: Multisentrik retikülohistiyositoz ve psoriatik artrit birlikteliği                                     | <b>Burcu Aydemir Demirci</b> |
| <b>PS-16</b> Hidradenitis süpurativa ve sekonder sistemik amiloidoz birlikteliği: Olgu serisi                                       | <b>Yusuf Can Edek</b>        |
| <b>PS-18</b> Hidradenitis süpurativa zemininde gelişen skuamöz hücreli karsinom: Bir olgu serisi                                    | <b>Yusuf Can Edek</b>        |



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON *Sempozyumu 2026*

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

## SÖZEL BİLDİRİLER



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-01

## Pedriatrik Psoriaziste Sistemik Tedavilerin ve Fototerapinin Uzun Dönem Gerçek Yaşam Güvenliği, Etkinliği ve İlaç Sağkalımı

Muhammed Ali Mergen, Tubanur Çetinarslan, Atakan Eren, Işıl İnanır, Kamer Gündüz, Mustafa Turhan Şahin, Aylin Türel Ermertcan

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Manisa

**Giriş:** Pedriatrik psoriaziste sistemik tedavilere ilişkin uzun dönem gerçek yaşam güvenlilik ve etkililik verileri sınırlıdır.

**Amaç:** Pedriatrik psoriaziste sık kullanılan sistemik ajanların ve fototerapinin etkililiğini, güvenliliğini ve ilaç sağkalımını değerlendirmektir.

**Gereç-Yöntem:** Bu retrospektif, tek merkezli kohort çalışmasına Ocak 2014–Ekim 2025 arasında 18 yaş altı, orta-şiddetli psoriasis tanılı, en az 3 ay süreyle sistemik tedavi (metotreksat, siklosporin, asitretin, adalimumab, ustekinumab, etanersept) veya fototerapi alan tüm hastalar dahil edilmiştir. Başlangıç PASI ve PGA değerleri; 12., 24. ve 52. haftalarda PASI75 ve PGA0/1 yanıtları, Kaplan–Meier ile ilaç sağkalımı ve advers olaylar (AE) incelenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 68 pedriatrik hasta dahil edildi (%39,7 erkek; ortalama yaş 13,1±3,7 yıl; başlangıç PASI 8,4±3,9). En sık kullanılan tedaviler metotreksat (MTX, n=39), fototerapi (n=23) ve adalimumab (n=17) idi. 12./24./52. haftalarda PASI75/PGA0–1 yanıtları MTX için %87,9/%96,0/%76,9; adalimumab için %85,7/%85,7/%72,7 olarak saptandı. Fototerapi ile hastaların %71,4'ünde PASI75/PGA0–1 ve %61,9'unda PASI90 elde edildi. 12./24./52. haftalarda ilaç sağkalımı MTX için %81,8/%48,5/%41,6 (medyan 24,0; ortalama 63,0 hafta), adalimumab için %100/%78,6/%64,3 (medyan 104; ortalama 195,4 hafta) ve fototerapi için %85,7/%61,2/%49,0 (medyan 28,0; ortalama 46,3 hafta) idi. AE'ler MTX kullananların %20,5'inde (başlıca bulantı ve transaminaz yüksekliği) ve fototerapi alanların %4,8'inde (şiddetli eritem) görüldü; adalimumab ile AE bildirilmedi. Laboratuvar parametrelerinde başlangıç ile 3. ve 6. aylar arasında anlamlı değişiklik saptanmadı (tümü p>0,05).

**Sonuç:** Pedriatrik psoriaziste sistemik tedaviler erken dönemde yüksek yanıt oranlarına ulaşmakla birlikte tedavide kalım açısından farklılık göstermiştir. MTX ve fototerapi kısa dönemde yüksek etkililik göstermiş olsa da hasta tercihi ve tolere edilebilirlik nedenleriyle ilaç sağkalımı erken dönemde düşmüştür. Adalimumabta ise güçlü klinik yanıt, iyi güvenlilik profili ve MTX'e kıyasla daha uzun ilaç sağkalımı ile birliktedir. Çalışmamızın bulguları, pedriatrik psoriaziste bireyselleştirilmiş, hedefe yönelik tedavi seçimini ve aile ile ortak karar verme sürecini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** pedriatrik psoriazis, metotreksat, adalimumab, fototerapi, ilaç sağkalımı



# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-02

## Psoriasisli hastalarda polifarmasi sıklığı ve polifarmasi ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Akın Arif Kurtoğlu, Sezgi Sarıkaya Solak

Trakya üniversitesi

**Giriş-Amaç:** Psoriasis, kronik inflamatuvar bir hastalık olup inflamasyon yalnızca deri ile sınırlı kalmayıp sistemik pro-inflamatuvar sitokin artışı nedeniyle çeşitli komorbiditelerle ilişkilendirilmektedir. Tedavi seçimi; hastalık şiddeti, psoriatik artrit (PsA) varlığı, komorbiditeler ve hasta tercihinine göre belirlenmektedir. Psoriasisli hastalarda komorbiditelerin sık görülmesi, bu hastalarda birden fazla ilacın eş zamanlı kullanımını gerektirebilmekte yani polifarmasi riskini artırabilmektedir. Bununla birlikte polifarmasi; ilaç etkileşimleri, yan etkiler, tedavi uyumsuzluğu ve artmış sağlık maliyetleri gibi sorunlara yol açabilmektedir. Literatürde psoriasisli hastalarda polifarmasi sıklığını inceleyen çalışmaya rastlanmamış olup tedavi uyumunu değerlendiren çalışmaların sayısı da kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı psoriasis hastalarında polifarmasi sıklığını belirlemek, polifarmasi ile ilişkili faktörleri incelemek ve tedavi uyumunu değerlendirmektir.

**Method:** Bu kesitsel çalışmada kliniğimizde takip edilen 18 yaş ve üstü plak psoriasis tanılı hastalar dahil edilmiştir. Hastalara yapılandırılmış anket uygulanarak ve tıbbi kayıtlar incelenerek polifarmasi sıklığı, ilişkili faktörler ve tedavi uyumu araştırılmıştır. Polifarmasi beş veya daha fazla ilacın düzenli ve eş zamanlı kullanımı olarak tanımlanmıştır. Tedavi uyumu İlaç Bulundurma Oranı (Medication Possession Ratio, MPR) kullanılarak değerlendirilmiştir. MPR, gözlem süresi boyunca hastanın ilaca sahip olduğu gün sayısının toplam gün sayısına oranı olarak hesaplanmıştır. MPR değerinin %80 ve üzerinde olması tedaviye uyum olarak kabul edilmiştir. Polifarmasi ve tedavi uyumu ile ilişkili faktörler uygun istatistiksel analiz yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 268 erişkin plak psoriasis hastası (%55 kadın) dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 46.7 olarak bulunmuştur. Tüm hastalar arasında polifarmasi sıklığı %22.8 olarak saptanmıştır. Yaş gruplarına göre polifarmasi sıklığı, <=40 yaş grupta %1.1, 40–60 yaş grubunda %19.3 ve >= 60 yaş grupta %63.3 olarak tespit edilmiştir. Polifarmasi sıklığıyla anlamlı ilişki gösteren faktörler yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), komorbidite sayısı, PsA varlığı olarak saptanmıştır. Cinsiyet, sigara kullanımı, hastalık süresi ve biyolojik ajan kullanımı ile polifarmasi arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Polifarmasi ile anlamlı ilişki gösteren komorbidite çeşitleri; kardiyovasküler, metabolik ve nörolojik hastalıklar olarak belirlenmiştir. Yaştaki her bir birimlik artış polifarmasi olasılığını 1,08 kat artırırken, VKİ'deki artış polifarmasi olasılığını 1.1 kat artırmıştır. Ayrıca PsA varlığı polifarmasi olasılığını 6 kat artırırken, kardiyovasküler hastalık varlığında risk 10.7, nörolojik hastalık varlığında 4.9 ve metabolik hastalık varlığında 4.8 kat daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda tedaviye uyum (MPR >=%80) oranı %69.4 bulunmuştur. Tedaviye uyumu belirleyen tek faktörün ilaç alım sıklığı olduğu belirlenmiştir. Günlük ilaç kullanımına kıyasla, haftalık uygulanan tedavilerde tedaviye uyum olasılığı 14.5 kat, ayda 1–2 kez uygulanan tedavilerde 14 kat ve 2–3 ayda bir uygulanan tedavilerde 16 kat daha yüksek saptanmıştır.

**Kısıtlılıklar ve güçlü yönler:** Tek merkezde yürütülmüş olması, hatırlama yanlılığı olasılığı ve takipten çıkan hastaların çalışmaya dahil edilememesi çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır. Bununla birlikte geniş örneklem büyüklüğü, hasta beyanlarının tıbbi kayıtlarla birlikte değerlendirilmesi ve psoriasisli hastalarda polifarmasi ile tedavi uyumunun birlikte incelenmesi çalışmanın güçlü yönleri arasında yer almaktadır.

**Sonuç:** Çalışmamızda psoriasisli hastalarda yaş, VKİ ve komorbidite sayısı arttıkça polifarmasi sıklığının arttığı saptanmıştır. Ayrıca haftalık veya aylık uygulanan yani doz aralığı daha uzun olan tedavilerin tedavi uyumunu belirgin biçimde artırdığı gösterilmiştir. Bu sonuçlar psoriasis hastalarının yönetiminde klinik özelliklerin ve komorbiditelerin dikkatle değerlendirilmesinin doz aralığı da göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş tedavi planlamasının önemini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Psoriasis, Polifarmasi, Tedavi Uyumu



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-03

## Orta-Ağır Atopik Dermatit Tedavisinde Upadacitinib ve Abrocitinib: 6 Aylık Gerçek Yaşam Verileri

Ömer Karakoyun, Erhan Ayhan

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

**Giriş:** Orta-ağır atopik dermatit (AD) yönetiminde selektif JAK1 inhibitörleri olan upadacitinib ve abrocitinib, hızlı semptom kontrolü ve inflamasyon baskılanması nedeniyle gerçek yaşam pratiğinde giderek daha sık kullanılmaktadır(1). Bu çalışma, upadacitinib ve abrocitinib'in 6 aylık izlemde etkinlik ve güvenliğini karşılaştırmayı ve yanıtı etkileyebilecek klinik/laboratuvar belirleyicileri (obezite, bazal total IgE, LDH, stres öyküsü) değerlendirmeyi amaçladı. Gereç-Yöntem: Dicle Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda 01.01.2024–15.08.2025 arasında orta-ağır AD tanısıyla upadacitinib veya abrocitinib başlanan 12–90 yaş arası hastaların retrospektif kohortu incelendi. Etkinlik, 0., 1., 4. ve 6. aylardaki EASI ve Peak Pruritus NRS üzerinden EASI-50/75/90 ve NRS-4 yanıtlarıyla değerlendirildi. Güvenlikte advers olaylar, laboratuvar anomalileri ve tedavi kesilme nedenleri kaydedildi.

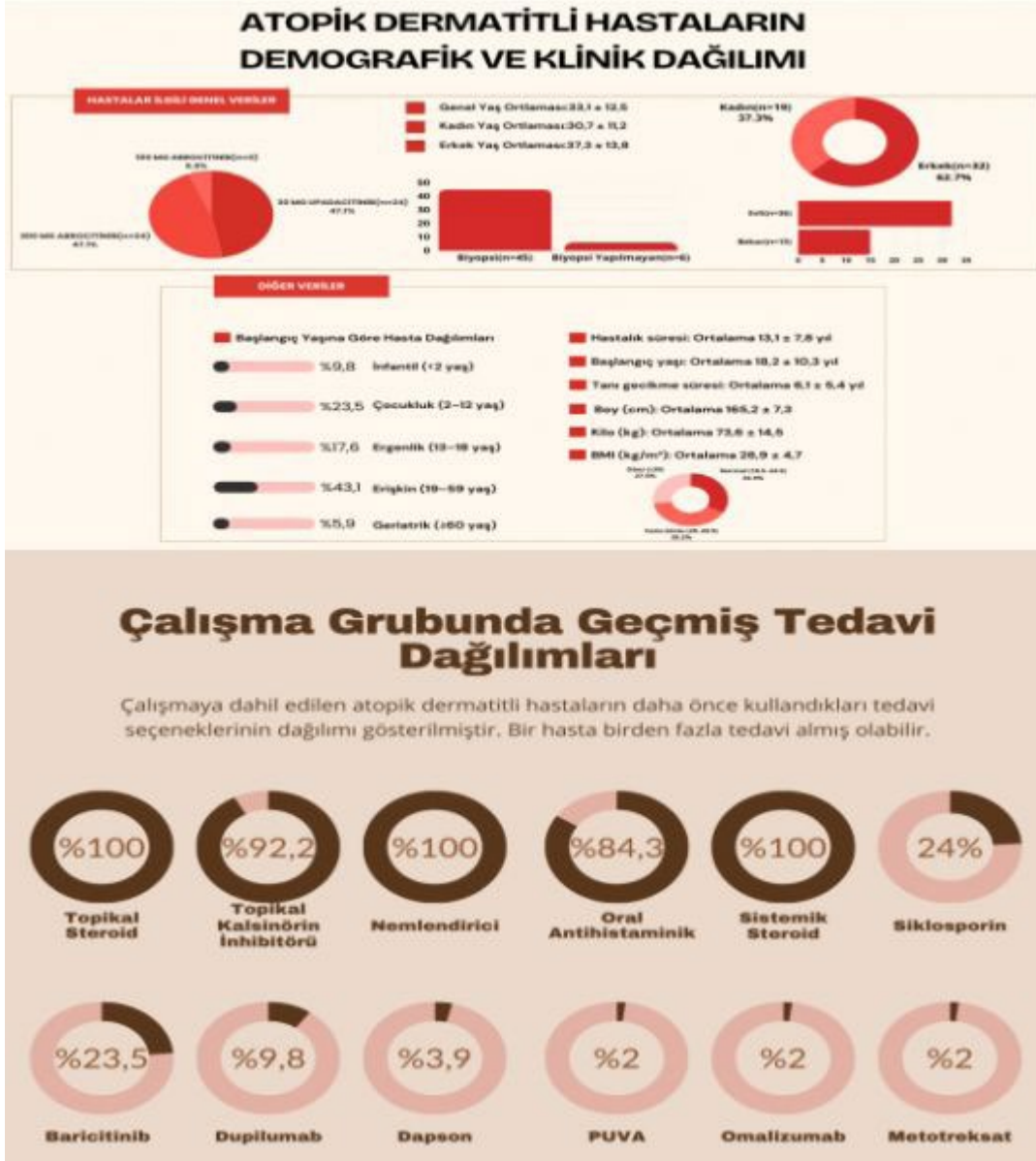
**Bulgular:** Toplam 51 hasta analiz edildi (erkek %62,7; yaş 33,1±12,5). Hastalık süresi 13,1±7,8 yıl, tanı gecikmesi 6,1±5,4 yıl; VKİ dağılımı normal %33,3, fazla kilolu %39,2, obez %27,5 idi(Görsel 1). Tedavi kolları 30 mg upadacitinib (n=24), 200 mg abrocitinib (n=24) ve 100 mg abrocitinib (n=3) olarak dağıldı (Şekil 1). Şiddetli AD (EASI≥21) %52,9, atopi %39,2; aile öyküsü %58,8 ve stres öyküsü %74,5 olup bazalde yüksek IgE %60,8 ve LDH yüksekliği %41,2 saptandı (Görsel 2). Etkinlikte 1. ay EASI-50 yanıtları upadacitinib ve abrocitinib 200 mg için benzerdi (%62,5 vs %62,5); 6. ayda upadacitinib EASI-50 %100'e ulaşırken abrocitinib %83,3 düzeyinde kaldı (p≈0,05). 6. ay EASI-75 yanıtları %83,3 vs %70,8 (p>0,05), EASI-90 her iki grupta %4,2; NRS-4 yanıtı %91,7 vs %79,2 (p=0,26) idi. 100 mg abrocitinib (n=3) grubu tanımlayıcı düzeyde yüksek yanıtlar gösterdi. Obezite, yüksek IgE ve stres öyküsü varlığında EASI-75 yanıtı daha düşüktü; LDH yüksekliği EASI-90 ile sınırdaki negatif ilişki gösterdi. Güvenlikte en sık yan etki akneydi; abrocitinib 200 mg'da KCFT anomalileri ve herpes, upadacitinib'de bir hastada SVO raporlandı; genel yan etki profili gruplar arasında farklı değildi (Görsel 3).

**Tartışma:** Bulgular, iki JAK1 inhibitörünün gerçek yaşamda etkin olduğunu; upadacitinib'de EASI-50 açısından daha sürdürülebilir bir eğilim olabileceğini düşündürmektedir. EASI-90'ın düşük kalması ise hasta heterojenliği ve gerçek yaşam koşullarına ek olarak, çalışmanın 6 aylık izlem süresi içinde "derin yanıt"ın ortaya çıkmasının daha uzun zaman gerektirebilmesiyle açıklanabilir. Stres ve obezitenin yanıtı azaltılması, AD'de psikonöroimmün/metabolik yükün tedavi başarısında rol oynayabileceği varsayımlarını desteklemektedir. Ayrıca çalışma popülasyonunda geçmiş tedavi yükünün yüksek olması ve komorbid atopik yükün belirginliği, faz çalışmalarındaki seçilmiş popülasyonlara kıyasla yanıt düzeylerinin daha düşük izlenmesini açıklayabilecek önemli bir bağlam sunmaktadır. Özellikle pruritus yanıtının (NRS-4) upadacitinib kolunda daha yüksek seyretmesine karşın istatistiksel anlamlılığa ulaşmaması, örneklem büyüklüğünün sınırlılığı ve gerçek yaşam izlemindeki zamanlama/uyum değişkenliği ile ilişkili olabilir; buna rağmen kaşıntı kontrolünün sürdürülmesi klinik pratikte hasta odaklı açıdan belirgin bir kazanımdır. Obezite ve yüksek bazal total IgE'nin yanıtı olumsuz etkilemesi, belirli fenotiplerde daha yoğun izlem ve bütüncül bakım stratejilerinin (bariyer onarımı, tetikleyici kontrolü, yaşam tarzı müdahaleleri ve stres yönetimi) tedavi başarısını artırabileceğini düşündürmektedir. Son olarak SVO gibi ciddi olayların görülmesi, JAK inhibitörleri reçetelenirken risk faktörlerinin sistematik değerlendirilmesi, kardiyovasküler riskin optimize edilmesi ve yakın klinik-laboratuvar izlemin protokollere entegre edilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır.

**Sonuç:** Upadacitinib ve abrocitinib orta-ağır AD'de 6 ayda etkili seçeneklerdir; upadacitinib EASI-50'de daha güçlü bir eğilim göstermiştir. Yanıtı etkileyen faktörler (obezite, IgE, stres) ve güvenlik izlemi klinik karar süreçlerine entegre edilmelidir.

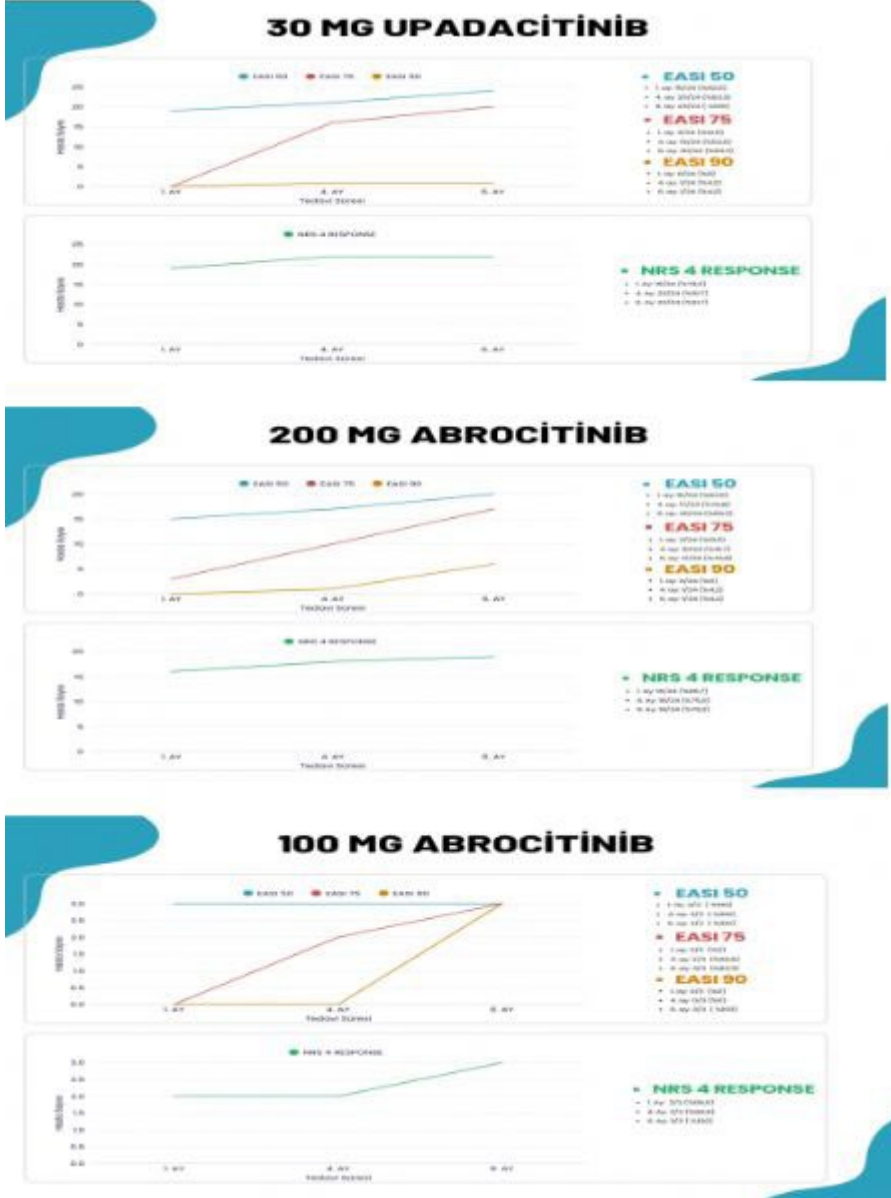
**Anahtar Kelimeler:** atopik dermatit, upadacitinib, abrocitinib, JAK1 inhibitörü

Görsel 1



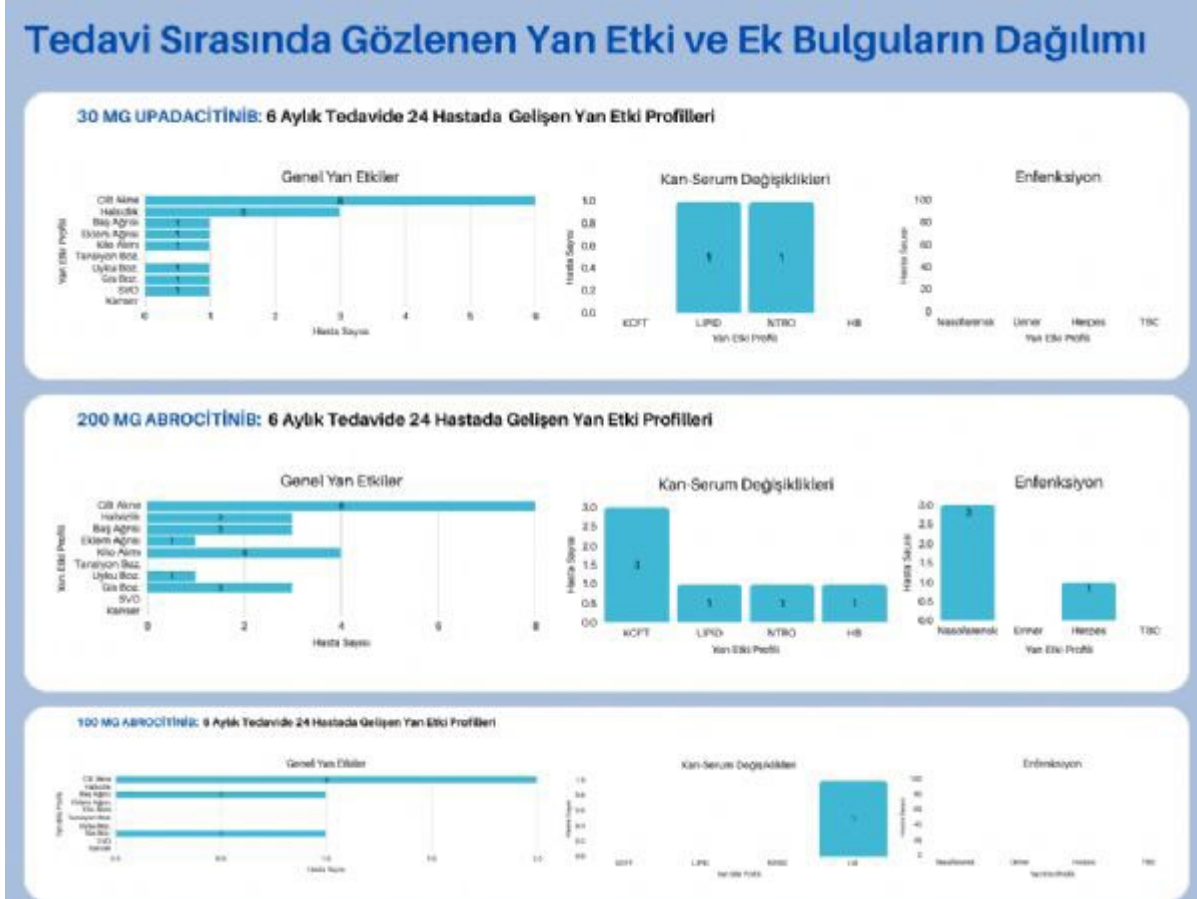
Hastaların demografik ve temel klinik özellikleri ile daha önce kullanılan tedavilerin dağılımı.

Görsel 2



Üç ilacın 6 aylık etkinliği: EASI-50/75/90 ve NRS-4 yanıt oranları.

Görsel 3



Tedavi sırasında gözlenen yan etki ve ek bulguların dağılımı



# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-04

## Eritrodermi tedavisinde yulaf banyosu ve modifiye ıslak sargı tedavisi: 10 olguluk bir seri

Enes Cihan Yarıcı, Erkan Alpsoy, Ecem Etili, Ebrar Selen Bayramoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri Ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya

**Amaç:** Eritrodermi, derinin en az %90'ını kaplayan yaygın eritem ve skuamla seyreden bir dermatolojik acildir. Eritroderminin hızlı bir şekilde iyileştirilmesi morbidite ve mortalitesini düşürmek için hayati bir önem taşıyabilir. Tedavide kullanılan sistemik tedavilerin etkisini göstermesi uzun süreler alabilmektedir aynı zamanda yaşlı veya komorbiditesi olan hastalarda kullanımları sınırlı olabilmektedir. Islak sargı tedavisi (wet wrap treatment), başta atopik dermatit ve psöriasis olmak üzere birçok enflamatuar dermatolojik hastalıkta semptomların hızla yatıştırılmasını sağlayan tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada, kliniğimizde modifiye edilmiş ıslak sargı protokolü ile tedavi edilen ve tedaviye hızlı yanıt alınan on olgunun sonuçları sunulmaktadır.

**Olgular:** Olguların beşi psöriasis, dördü atopik dermatit, biri büllöz pemfigoid tanısı ile takip edilmekteydi.

**Araçlar Ve Yöntemler:** Tüm hastalara tedavi öncesinde 15 dakika boyunca 120 litre suya 1.5 su bardağı öğütülmüş yulaf unu ile hazırlanmış yulaf banyosu uygulandı. Banyo sonrasında sırayla vücut ön ve arka yüzüne 25 gram %0,05 klobetasol propiyonat krem uygulanıp üzerine ilk kat nemli ıslak sargı ikinci kat kuru sargı ve üçüncü kat olarak bir adet temiz battaniye örtülerek 2 saat ön yüz 2 saat arka yüz olacak şekilde toplamda 4 saat süren modifiye ıslak sargı protokolü uygulandı. Bu uygulama 4 ardışık gün boyunca tekrarlandı. Tedavi sonrası hastalarda klinik düzelme, kaşıntı ve eritemde belirgin azalma izlenmiştir. Herhangi bir lokal veya sistemik yan etki gözlenmemiştir.

**Sonuç:** Modifiye edilmiş ıslak sargı tedavisi hem atopik dermatit hem de psöriasis gibi enflamatuar dermatolojik hastalıkların eritrodermik formlarında güvenli bir tedavi seçeneği olabilir. Bu protokol, özellikle sistemik tedaviye uygun olmayan hastalarda veya hızlı klinik iyileşme hedeflendiğinde önemli bir seçenek olarak değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Eritrodermi, Islak sargı, Atopik dermatit, Psöriasis, Büllöz pemfigoid, Topikal kortikosteroid

## Hasta işlem sonrası



*hastanın 4 gün ardışık tedavi sonrası sonucu*

## Hasta uygulama



*Uygulama aşaması 1 duş sonrası*

## Hasta uygulama



*Uygulama sırası 2 dermivate sürme işlemi sonrası ilk önce ıslak kapama sonra kuru kapama*



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON

## Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 İNG Phaselis Bay Kemer, Antalya

### Metadoloji

Tedavi	Banyo uygulaması	Uygulama şekli	Uygulama süresi	Uygulama sıklığı
Yulaf banyosu sonrası modifiye sargı uygulaması	15 dakika boyunca 120 litre suya 1.5 su bardağı öğütülmüş yulaf unu ile hazırlanmış yulaf banyosu uygulandı	banyo sonrası sırayla vücut ön ve arka yüzüne 25 gram %0.05 klobetasol propiyonat krem uygulanıp üzerine ilk kat nemli ıslak sargı ikinci kat kuru ıslak sargı ve üçüncü kat olarak bir adet temiz battaniye uygulandı	Günde 2 saat ön ve arka yüz olmak üzere toplamda 4 saat uygulandı	Tüm tedavi 4 gün boyunca ardışık uygulandı

### Olgular

Olgu	YAŞ / CİNSİYET	TANI	EŞLİK EDEN HASTALIKLAR	TEDAVİ VE TAKİP
1	67/Kadın	Psoriasis	Kronik böbrek yetmezliği, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon	Modifiye ıslak sargı tedavisi ile hızlı iyileşme sonrası bimekizumab ile remisyona planlandı
2	19/Erkek	Psoriasis	Yok	Modifiye ıslak sargı tedavisi ile hızlı iyileşme sonrası bimekizumab ile remisyona planlandı
3	70/Erkek	Psoriasis	Hipertiroidi, Prostat kanseri	Modifiye ıslak sargı tedavisi ile hızlı iyileşme sonrası Metotreksat ile remisyona planlandı
4	70/Kadın	Psoriasis	Kronik böbrek yetmezliği	Modifiye ıslak sargı tedavisi ile hızlı iyileşme sonrası risankizumab ile remisyona planlandı
5	58/Kadın	Psoriasis	Yok	Modifiye ıslak sargı tedavisi ile hızlı iyileşme sonrası Metotreksat ile remisyona planlandı
6	48/Kadın	Atopik dermatit	Yok	Modifiye ıslak sargı tedavisi ile hızlı iyileşme sonrası barisitinib ile remisyona planlandı
7	50/Erkek	Atopik dermatit	Kronik böbrek yetmezliği, atriyal fibrilasyon	Modifiye ıslak sargı tedavisi ile hızlı iyileşme sonrası Topikal kortikosteroid ve takrolimus tedavi ile remisyona planlandı
8	48/Erkek	Atopik dermatit	Edinsel immün yetmezlik sendromu	Modifiye ıslak sargı tedavisi ile hızlı iyileşme sonrası Dupilumab ile remisyona planlandı
9	69/Erkek	Atopik dermatit	Prostat kanseri	Modifiye ıslak sargı tedavisi ile hızlı iyileşme sonrası Dupilumab ile remisyona planlandı
10	72/Erkek	Büllöz pemfigoid	Demans, Diyabetes mellitus, Kalp yetmezliği	Modifiye ıslak sargı tedavisi ile hızlı iyileşme sonrası Topikal kortikosteroid ile remisyona planlandı



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaelis Bay Kemer, Antalya

SB-05

## Kronik plak tip psoriasisde guselkumab ve risankizumab ile tedavi edilen süper-responder hastaların özellikleri: Multimerkezli gerçek yaşam analizi

Filiz Topaloğlu Demir<sup>1</sup>, İlknur Kıvanç Altunay<sup>2</sup>, Algün Polat Ekinci<sup>3</sup>, Burçe Can Kuru<sup>4</sup>, Hilal Kaya Erdoğan<sup>5</sup>, İltiş Oğuz Topal<sup>6</sup>, Burhan Engin<sup>7</sup>, Zafer Türkoğlu<sup>8</sup>, Dilek Canat<sup>8</sup>, Özlem Su Küçük<sup>9</sup>, Yavuz Semiz<sup>10</sup>, Sema Aytekin<sup>11</sup>, Hülya Albayrak<sup>11</sup>, Özge Zorlu<sup>11</sup>, Duygu Yamen<sup>12</sup>, Aslı Vefa Erdemir<sup>13</sup>, Gizem Pehlivan Ulutas<sup>10</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, İstanbul

<sup>5</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Eskişehir

<sup>6</sup>İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, İstanbul

<sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>8</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, İstanbul

<sup>9</sup>Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>10</sup>Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, İstanbul

<sup>11</sup>Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

<sup>12</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, İstanbul

<sup>13</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** IL-23 inhibitörleri psoriasis tedavisinde yüksek etkinlik sağlamakla birlikte, tedavi yanıtı hastalar arasında heterojen seyretmektedir. Erken dönemde tam veya tama yakın deri temizliği elde edip bu yanıtı sürdüren “super-responder” hasta alt grubu için henüz standart bir tanım ve net prediktif faktörler bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, IL-23 inhibitörleri ile tedavi edilen psoriasis hastalarında super-responder grubunun özelliklerini ortaya koymak ve bu yanıtı öngörebilecek faktörleri saptamaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma, psoriasis takip polikliniği bulunan 13 üçüncü basamak merkezde, Ocak 2021-Kasım 2025 tarihleri arasında kronik plak tip psoriasis tanısı ile izlenen ve IL-23 inhibitörleri (guselkumab veya risankizumab) ile tedavi edilen erişkin hastaların kayıtları kullanılarak retrospektif olarak yürütüldü. Super-responder, 12.–16. haftada PASI  $\leq 1$  elde edip 28.–52. haftalarda bu yanıtı sürdüren hastalar olarak; non–super-responder ise 12.–16. haftada PASI  $\leq 1$ 'e ulaşamayan veya ulaşıp sonraki vizitlerde sürdüremeyen hastalar olarak tanımlandı. İstatistiksel analiz SPSS programı ile yapıldı; kategorik değişkenler Ki-kare testi, sayısal değişkenler Mann–Whitney U testi ile karşılaştırıldı ve belirleyici faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 359'u (%42,4) kadın ve 488'i (%57,6) erkek olmak üzere toplam 847 hasta dahil edildi. Hastalar belirlenen kriterlere göre 462'si (%54,5) super-responder (SR) ve 385'i (%45,5) non–super-responder (non-SR) olmak üzere iki gruba ayrıldı. IL-23 inhibitörü kullanım süresinin medyanı toplamda 26,5 ay (IQR: 17–36) olup, SR ve non-SR grupları arasında anlamlı fark saptanmadı (26 [18–36] vs 29 [18–38] ay;  $p=0,082$ ). Grupların karşılaştırılması için yapılan tek değişkenli lojistik regresyon analizinde biyolojik-naiflik (OR=2,538;  $p < 0,001$ ) ve 4. haftada erken yanıt değişkenleri PASI75 (OR=5,135;  $p < 0,001$ ), PASI90 (OR=6,585;  $p < 0,001$ ) ve PASI100 (OR=6,649;  $p < 0,001$ ) SR ile güçlü pozitif ilişkili, risankizumab kullanımı (OR=1,597;  $p=0,001$ ) ise pozitif ilişkiliydi, buna karşılık artan yaş, vücut ağırlığı ve BMI, obezite, hastalık süresi, başlangıç PASI skoru, tutulan zorlu bölge sayısı, komorbidite  $\geq 3$  varlığı ve geçmişte kullanılan biyolojik ajan sayısı SR ile negatif yönde ilişkiliydi. Psöriatik artrit, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, kardiyovasküler hastalık varlığı SR olasılığını azaltmaktaydı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde biyolojik-naif



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON *Sempozyumu 2026*

**23 - 26 Nisan 2026** I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

olma ve risankizumab kullanımı SR olasılığı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu; en güçlü belirleyici 4. hafta PASI75 yanıtı olarak saptandı ve erken yanıt varlığında SR olasılığının belirgin şekilde arttığı gösterildi (OR=5,445; %95 GA: 3,848–7,705;  $p<0,001$ ). Yaş ve başlangıç PASI skoru arttıkça SR olma olasılığının azaldığı belirlendi. Ayrıca, 76–148. haftalar arasında PASI $\leq$ 1 yanıtının sürdürülmesi SR grubunda non-SR grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti (%79,2 vs %36,0;  $p<0,001$ ) ve SR durumu ile güçlü bir ilişki gösterdi (OR=6,795; %95 GA: 4,029–11,461).

**Sonuç:** IL-23 inhibitörü tedavisi alan psoriasis hastalarında süper-responder gelişiminin en güçlü bağımsız belirleyicisi 4. haftadaki erken tedavi yanıtıydı. Süper-responder hastalar yalnızca tanımlandıkları dönemde yüksek yanıt oranları ile değil, aynı zamanda uzun dönemde yanıtın sürdürülebilirliği ile de karakterizeydi.

**Anahtar Kelimeler:** Guselkumab, IL-23 inhibitörleri, psoriasis, risankizumab, süper-responder



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 İNG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-06

## Liken Planus Olgularında Serum İrisin Düzeyi ve Metabolik Sendromla İlişkisi

Saliha Aslan<sup>1</sup>, Selami Aykut Temiz<sup>1</sup>, İbrahim Kılınç<sup>2</sup>, Meltem Uyaner Kan<sup>2</sup>, Sinan İyisoy<sup>3</sup>, İlkay Özer<sup>1</sup>, Munise Daye<sup>1</sup>, Recep Dursun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD. KONYA

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya AD.KONYA

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi İstatistik AD.KONYA

**Amaç:** Liken planus (LP), kaşıntılı papül ve plaklarla seyreden kronik inflamatuvar bir dermatozdur. Enerji metabolizmasında rol oynayan bir miyokin olan irisin, yağ oksidasyonunu artırmakta ve metabolik sendrom (MS) gelişimine karşı koruyucu etki göstermektedir. LP ile MS arasındaki ilişki daha önce bildirilmiş olmakla birlikte, LP hastalarında serum irisin düzeyleri ile hastalık süresi ve şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu prospektif çalışmaya klinik ve histopatolojik olarak LP tanısı doğrulanmış 44 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 44 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 88 katılımcı dâhil edilmiştir. Demografik, klinik ve biyokimyasal veriler kaydedilmiş; serum irisin düzeyleri, plazma aterosjenik indeks (PAI) ve MS varlığı, National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP III) kriterlerine göre değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** LP hastalarının 25'i (%56,82) kadın olup, ortalama yaş  $52,57 \pm 13,44$  yıl ve ortalama hastalık süresi  $5,89 \pm 6,55$  yıl olarak saptanmıştır. MS prevalansı LP grubunda (%65,91) kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p = 0,019$ ). LP hastalarında lipid parametreleri ve PAI düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla  $p < 0,05$  ve  $p = 0,011$ ). Serum irisin düzeyleri ise LP grubunda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p = 0,005$ ). PAI ile hastalık süresi arasında pozitif korelasyon ( $r = 0,47$ ) izlenirken, irisin düzeyleri ile hastalık süresi arasında negatif korelasyon ( $r = -0,31$ ) saptanmıştır.

**Sonuç:** LP, artmış MS prevalansı, yükselmiş PAI ve azalmış serum irisin düzeyleri ile ilişkilidir. Bu bulgular, LP'nin artmış kardiyometabolik risk ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Serum irisin ve PAI, LP hastalarında metabolik komplikasyonların erken tanı ve yönetiminde potansiyel biyobelirteçler olarak değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Liken planus, Metabolik sendrom, Plazma aterosjenik indeks, Serum irisin



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 İNG Phaselis Bay Kemer, Antalya

## Liken planus ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	LP grubu (n) Ortalama±SS	Kontrol (n) Ortalama±SS	p
Yaş	52.57±13.44	51.05±13.43	0.6
BMI	30.58±4.20	29.25±4.08	0.14
İrisin (pg/ml)	4.30±1.47	5.36±1.95	0.005
Açlık kan glukozu (mg/dl)	97.44±16.74	97.87±23.63	0.9
Total kolesterol (mg/dl)	220.81±48.86	168.34±41.93	<0.001
Trigliserit (mg/dl)	202.54±110.75	143.00±79.95	0.005
VLDL (mg/dl)	38.53±18.77	26.47±14.80	0.001
HDL-K (mg/dl)	47.16±14.36	50.30±14.97	0.3
LDL-K (mg/dl)	136.91±42.33	101.06±30.63	<0.001
PAİ	0.59±0.31	0.43±0.27	0.011

## Liken planus ve kontrol grupları arasında metabolik sendrom prevalansının karşılaştırılması

	MS+	MS-	p
LP grubu (n=44)	29 (%65.91)	15 (%34.09)	0.019
Kontrol grubu (n=44)	18 (%40.91)	26 (%59.09)	

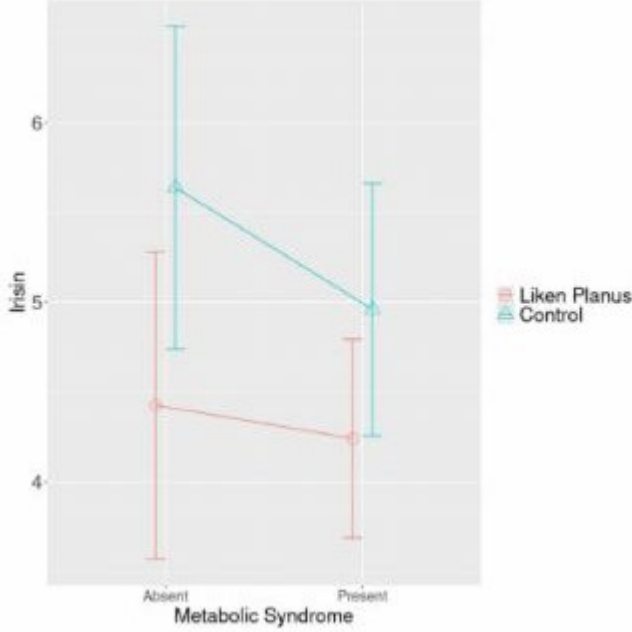
Veriler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. Karşılaştırmalar ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır ( $\chi^2 = 5,52$ ).

## Liken planus hastalarında serum irisin düzeylerinin PAİ, hastalık süresi ve oral mukozal şiddet skoru ile korelasyonu

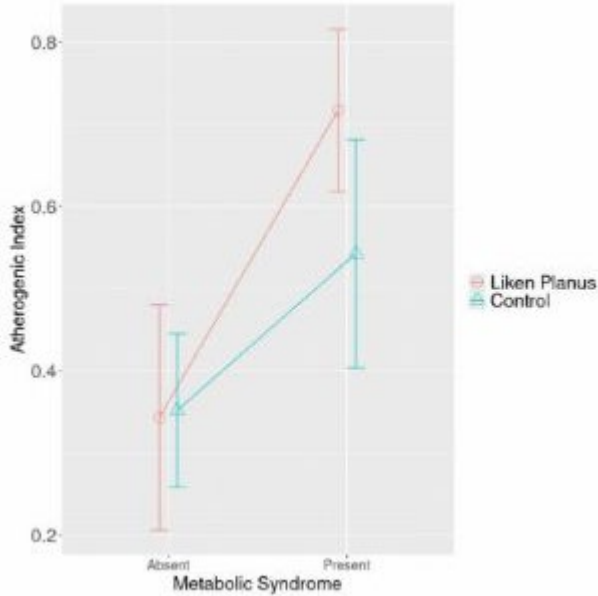
Değişken	İrisin	PAİ	Hastalık süresi (yıl)	Oral mukozal hastalık şiddet skoru
İrisin	—			
PAİ	0.11	—		
Hastalık süresi (yıl)	-0.31*	0.47**	—	
Oral mukozal hastalık şiddet skoru	-0.18	-0.11		—

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

Liken planus ve kontrol grubunun MS varlığına göre serum irisin düzeyi açısından karşılaştırması



Liken planus ve kontrol grubunun MS varlığına göre PAİ açısından karşılaştırması





# PSORİASİS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 İNG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-07

## Psoriasis Akıllı Tedavi Asistanı

Musa Menfaatli, Neslihan Demirel Öğüt

Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Uşak

**Amaç:** Psoriasis, dünya genelinde toplumun yaklaşık %1-3'ünü etkileyen, kronik seyirli, tekrarlayıcı nitelikte inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Türkiye'de bu hastalığın sistemik tedavisinde konvansiyonel ajanlardan biyolojik tedavilere uzanan 14 farklı sistemik ilaç aktif olarak kullanılmaktadır. Her bir ilacın farklı dozaj şemaları, uygulama yolları, laboratuvar gereksinimleri, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SGK-SUT) rapor süreleri ve yan etki profilleri bulunması, klinisyenler için tedavi seçimini karmaşık ve zaman alıcı bir süreç haline getirmektedir. Bu çalışmanın amacı; psoriasis hastalarında tedaviye uyumu artırmak, klinik karar sürecini hızlandırmak ve hekime poliklinik koşullarında önemli ölçüde vakit kazandırmak üzere geliştirilmiş olan "PsorAİSİS" isimli kapsamlı dijital sağlık uygulamasının tanıtılması ve fonksiyonel değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** PsorAİSİS, React.js ve TypeScript teknolojileri kullanılarak web tabanlı bir uygulama olarak geliştirilmiştir. Tıbbi içerik ve karar destek algoritmalarında Psoriasis 2025 Türkiye Tanı ve Tedavi Kılavuzu, SGK-SUT hükümleri ve uluslararası literatür verileri referans alınmıştır. Uygulama dört temel modülden oluşmaktadır. Birinci modül olan Sistemik Tedavi Bilgi ve Takip Modülü'nde, 14 sistemik ajanın oral, subkutan ve intravenöz kullanım şekilleri, yükleme ve idame doz şemaları, uygulama sıklıkları, gerekli laboratuvar tetkikleri, SGK-SUT başlangıç ve devam rapor süreleri ile yan etki profilleri dijital ortamda yapılandırılmış biçimde sunulmaktadır. İkinci modül olan İstatistik ve Veri Analizi Modülü'nde, kayıtlı hastaların PASI, P-PASI, DYKİ, DGD, VYA ve NAPSI gibi klinik şiddet skorları üzerinden ilaca özgü tedavi başarısı değerlendirilmekte; istatistiksel testlerle ilaçlar arası karşılaştırmalı etkinlik analizleri ve demografik alt grup analizleri otomatik olarak gerçekleştirilmektedir. Üçüncü modül olan Yapay Zekâ Destekli İlaç Öneri Sistemi'nde, kılavuz esas alınarak "Güvenlik, Etkinlik, Aciliyet, Konfor" hiyerarşisine dayalı çok katmanlı bir algoritma çalıştırılmaktadır. Bu algoritma, hastanın komorbiditelerine göre mutlak ve göreceli kontrendikasyonları belirlemekte, geçmiş tedavi başarısızlıklarını değerlendirmekte, farklı klinik senaryolarla 10 klinik metrik üzerinden ağırlıklı puanlama yapıp hastaya en uygun tedaviyi önermektedir. Dördüncü modül olan Kılavuz Tabanlı Yapay Zekâ Asistanı'nda ise kılavuz vektörel veritabanına dönüştürülmüş olup, Artırılmış Erişimli Üretim mimarisi ile entegre edilen Groq AI altyapısı aracılığıyla hekimin serbest metin klinik sorularına Türkiye 2025 Psoriasis kılavuzdan kaynak göstererek yanıt üretilmektedir.

**Bulgular:** Uygulamanın kapsamlı fonksiyonel validasyonu tamamlanmıştır. Dört temel modülün tamamı, farklı klinik senaryolarda hedeflenen işlevselliği tutarlı ve başarılı biçimde gerçekleştirmiştir. İlaç öneri algoritmasının ürettiği öneriler ve güvenlik uyarıları, 2025 Türkiye Kılavuzu yönergeleriyle uyumlu bulunmuştur. İstatistik modülü, çoklu klinik skorlar üzerinden otomatik analiz ve görselleştirme kapasitesini doğrulamıştır. Yapay zekâ asistanı, kılavuz içeriğine sadık kalarak kaynak gösterimli yanıtlar üretmiştir.

**Sonuç:** PsorAİSİS uygulaması; Türkiye sağlık sistemine özgü SGK-SUT koşullarını ve ulusal kılavuz önerilerini bütünüyle entegre ederek tedavi seçimi, hasta takibi, istatistiksel analiz ve kılavuz tabanlı klinik danışmanlık işlevlerini tek bir platformda birleştiren, literatürde mevcut olmayan bütüncül bir klinik karar destek sistemi sunmaktadır. Bu uygulama; tedavi uyumunun artırılması, klinik karar sürecinin hızlandırılması ve standardize edilmiş gerçek yaşam verisi üretilmesi açısından dermatoloji pratiğine ve bilimsel literatüre anlamlı katkı sağlama potansiyeli taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** psoriasis, klinik karar destek sistemi, biyolojik ajanlar, akıllı tedavi asistanı



# PSORİASİS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 ING Phaselis Bay Kemer, Antalya

## Hasta Paneli

### Hasta Paneli

Tedavi sürecini yönetin ve takip edin.

**Ahmet A\*\*\***  
1501010101

**ANAMNEZ**  
Hastalık Süresi(Y):  
Cinsiyet(E/K): E  
Çocuk İlerisi: Yok  
Psoriasis Tipi: Plak, Tenak  
Romatolojik Tutulum(Var/Yok): Yok  
Demiyelinoz Hastalık Öyküsü(Var/Yok): Yok  
Malignite Öyküsü(Var/Yok): Yok  
KYY Öyküsü(Var/Yok): Yok  
İnflamatuvar Bağışaksak Hastalık Öyküsü(Var/Yok): Yok  
Tüberküloz Öyküsü(Var/Yok): Yok  
Kronik Hastalık: Yok  
Kullandığı İlaç:  
Önceki Kullanılan Tedavi Varsa Yan Etki:  
Soygeçmiş: Yok  
Enfeksiyon Sorgusu:  
Abdominal USG:  
PPD:  
BPH Profilaksi: Alınmadı  
Bilimsel Profilaksi: Alınmadı  
Hepatik B Durumu Belirtilmedi  
Konsültasyon Notları:  
YA: 30  
Boy: 181  
VK: 30.5  
Sigara: Kullanmıyor  
Alkol: Kullanmıyor  
Meslek: Öğretmen

**Risankizumab**

**RISANKİZUMAB BİLGİSİ**  
1 Kulu + Enjeksiyon 1 Enjeksiyon x 150mg

Tarih Geneli Güvenlik İstem Formu Geneli Doktor Sorgusu

#	TARİH	HAFTA	DOZ PLANI	REÇETE	ŞİDDET ENDEKSİ	NOT	AKSİYONLAR
<b>04 Mart 2026 (Çarşamba) Döndü</b> Başlangıç Raporu (4 Ay)							
1	04.03.2026	ÇARŞAMBA	Başlangıç	150 mg	1 Kulu		
2	01.04.2026	ÇARŞAMBA	4. Hafta	150 mg	1 Kulu		
3	24.04.2026	ÇARŞAMBA	16. Hafta	150 mg	1 Kulu		
<b>02 Temmuz 2026</b> Başlangıç Raporu Sonu							
4	16.09.2026	ÇARŞAMBA	28. Hafta	150 mg	1 Kulu		
5	09.12.2026	ÇARŞAMBA	40. Hafta	150 mg	1 Kulu		
6	03.03.2027	ÇARŞAMBA	52. Hafta	150 mg	1 Kulu		
7	26.05.2027	ÇARŞAMBA	64. Hafta	150 mg	1 Kulu		

**Başlangıç Pası:** V1A, P1A1, N1A1, S-10A-G, D1Q1, D1Q2

Hastanın demografik bilgileri, detaylı anamnezi, tedavi takvimi (enjeksiyon günleri ve doz planı), laboratuvar tetkik hatırlatıcıları ve ilaç raporu sürelerini içeren bütünlük hasta izlem ekranı.

## İlaç Bazlı Analizler

**Genel Bakış**  
**İlaç Bazlı Analizler**

Liste Analiz Kıyasla

İlaç Seçimi  
Risankizumab

Risankizumab Kullanan **78 Hasta** Hedef Hafta **16. Hafta**

**PASI Başarı Oranları (Toplam: 66 Hasta)**

PASI 90 32%  
PASI 100 3%  
PASI 75 33%  
+75 32%

**Ortalama İyileşme (%)**

İlaç	Ortalama İyileşme (%)
PASI (n=66)	~75%
NAF21 (n=17)	~75%
V1A (n=66)	~75%
P1A1 (n=17)	~75%
P1A2 (n=17)	~75%
İPQA (n=66)	~75%
D1Q1 (n=66)	~75%
D1Q2 (n=66)	~75%

**Detaylı Hasta Analizi**

HASTA	BAŞLANGIÇ PASI	HEDEF HAFTA PASI	DEĞİŞİM (%)	Diğer Skor Değişimleri
Özlem Korkmaz (5048799795)	40.7	2.4	74%	V1A N1A D1Q1 N1Q1 D1Q2 N1Q2
Ramazan Çetin (917541859)	31	4.7	78%	V1A N1A D1Q1 N1Q1 D1Q2 N1Q2

Kullanılan ilaç bazında hasta popülasyonu, tedavi başarı oranları, iyileşme istatistikleri ve bireysel klinik sonuçları içeren analiz ekranı.



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 ING Phaselis Bay Kemer, Antalya

## Klinik Karar Destek Sistemi

**Klinik Karar Destek Sistemi**  
Türkiye Psoriasis Tedavi Kılavuzu 2025'e göre çıktı.

Hasta TC Kimlik No: 10100010100

**Analiz Tamamlandı**  
Analiz tamamlandı. İZ uygun tedavi bulundu.

**İlaç Önerileri** | Riskler & Yasaklar

**Mevcut Anamnez**

Hastalık Süresi(Yıll): 1  
Cinsiyet(E/K): E  
Çocuk İstemi: Yok  
Psoriasis Tipi: Plak, Tırnak  
Romboidjik Tufolu(Var/Yok): Var  
Demiyelinizan Hastalık Öyküsü (Var/Yok): Yok  
Malignite Öyküsü(Var/Yok): Yok

**Klinik Değerler**

Konvansiyonel Tedavi Kullandı mı? (MTX, Cyc, Acİ)

**Komorbiditeler & Durumlar**

Depresyon / İntihar Düşüncesi

Durum ara... (Örn: Gebelik, Böbrek)

Aktif Tüberküloz  
Latent Tüberküloz  
Aktif Ciddi Enfeksiyonlar (Sepsis, Apse, vb.)  
Aktif Hepatit B

**İlaç Önerileri**

- Risankizumab** 251 Puan
- Guselkumab** 241 Puan
- Sekukinumab** 222 Puan
- Ustekinumab** 222 Puan
- İksekizumab** 214 Puan
- Sertolizumab** 207 Puan

Hastanın anamnez bilgileri, klinik değerleri, komorbiditeleri ve özel durumları doğrultusunda güncel tedavi kılavuzlarına göre puanlanmış ilaç önerileri sunan klinik karar destek paneli.



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-08

## Psoriasis Vulgaris'te Periostin ve Timik Stromal Lenfopietin'in Rolü ve Klinik ile İlişkisi

Burak Gül<sup>1</sup>, Berna Şanlı<sup>1</sup>, Ayşen Buket Er Urgancı<sup>2</sup>, Erdem Çomut<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Psoriasis; kronik, inflamatuvar, immün aracılı ve genetik yatkınlığa sahip multisistemik bir hastalıktır ve prevalansı değişkendir. Her yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte bimodal dağılım özelliği göstermektedir. Hastalık patogenezinde temel olarak Th1/Th17 yolakları rol oynamaktadır. Periostin, bir ekstraselüler matriks proteini olup birçok fizyolojik ve patolojik süreçte rol oynayabilmektedir. Daha çok atopik dermatit gibi alerjik hastalıklardaki rolü bilinmektedir. Timik stromal lenfopietin ise Th2 yolağının temel moleküllerinden biri olup alerjik inflamasyon gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Son yıllarda literatürde, Th2 ilişkili timik stromal lenfopietin ve periostin moleküllerinin psoriasis patogenezindeki işlevlerini araştıran çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Mevcut çalışma sonuçları incelendiğinde bu moleküllerin psoriasis patogenezinde rol oynayabileceğine ilişkin sonuçlar olduğu görülmüştür. Bu bilgiler temelinde biz de çalışmamızda psoriasis patogenezinde timik stromal lenfopietin ve periostinin rolünü araştırmayı ve klinik bulgular ile olan ilişkilerini incelemeyi amaçladık.

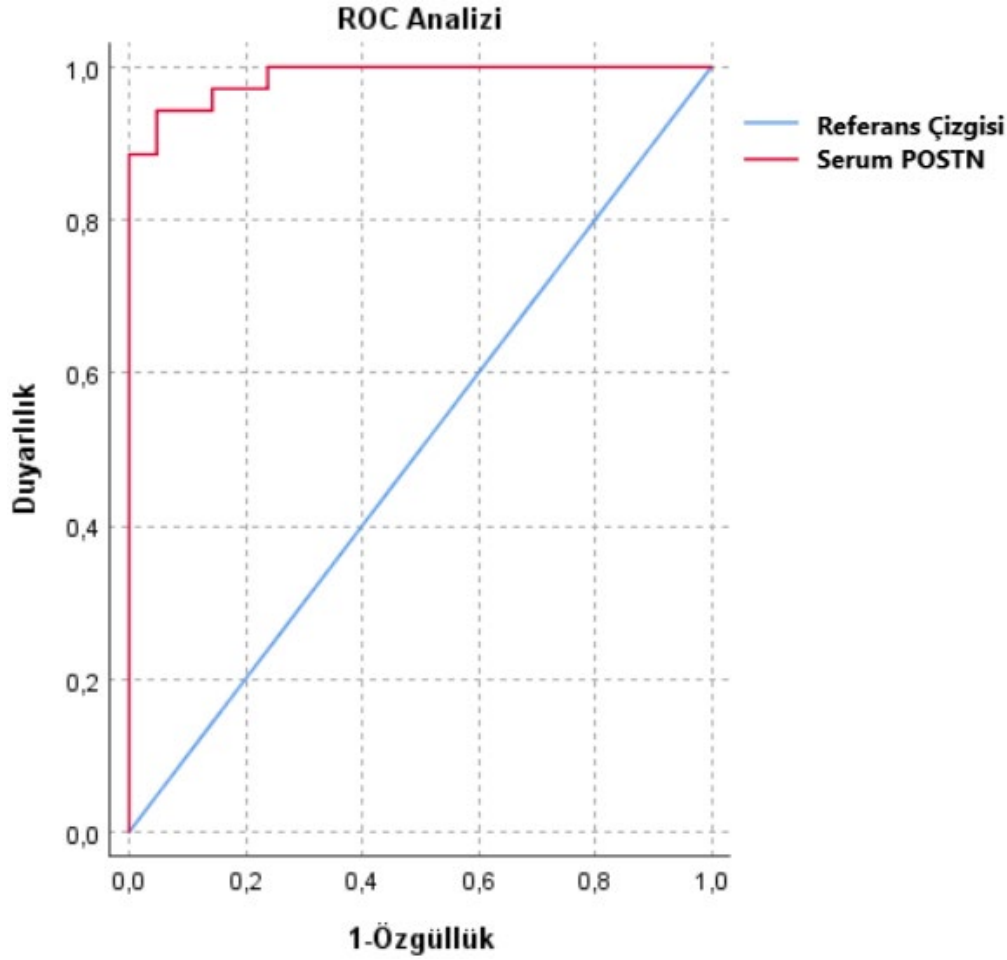
Çalışmamıza, son 6 ay içinde sistemik, son 1 ay içinde ise topikal tedavi almamış 35 psoriasis vulgaris (23 erkek, 12 kadın) hastası ile yaş ve cinsiyet açısından uyumlu, alerjik hastalığı bulunmayan 35 sağlıklı birey dahil edildi. Tüm katılımcılardan serum örneği alınırken, hasta grubundan lezyonel ve perilezyonel bölgeyi içerecek şekilde doku biyopsisi alındı. Alınan lezyonel ve perilezyonel doku örneklerinde, psoriasis vulgaris patogenezinde rol oynadığı gösterilmiş olan Th1/Th17 eksenine ait IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ , IL-17, IL-22 ve IL-23 molekülleri ile Th2 yanıtı ile ilişkili timik stromal lenfopietin ve periostinin ekspresyon düzeyleri incelendi. Ayrıca hasta ve sağlıklı kontrol gruplarına ait serum örneklerinde de bu moleküllerin düzeyleri analiz edildi. Elde edilen bulgular fiziksel, demografik ve klinik parametrelerle birlikte karşılaştırılarak istatistiksel olarak değerlendirildi.

Hasta ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, sigara kullanımı ve vücut kitle indeksi açısından anlamlı bir fark yoktu. Serum düzeyleri incelendiğinde, hasta grubunda periostin, IL-22, IL-23 ve IFN- $\gamma$  düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü. Ayrıca, serum periostin düzeyleri ile serum IL-22 düzeyleri arasında da pozitif korelasyon olduğu saptandı. Lezyonel ve perilezyonel dokulardaki ekspresyon düzeyleri incelendiğinde, psoriasis tedavisinde hedef molekül olan IL-23'ün lezyonel dokudaki ekspresyonunun perilezyonel dokuya kıyasla anlamlı düzeyde artış gösterdiği ve bu artış ile periostin ekspresyonu arasında pozitif bir korelasyon olduğu görüldü. Ayrıca araştırılan moleküllerin serum biyobelirteç olarak kullanımını değerlendiren ROC analizi sonucunda, en yüksek tanısal doğruluk oranının serum periostin düzeylerinde olduğu görüldü. Araştırılan bir diğer molekül olan timik stromal lenfopietinin ise hem hasta ve sağlıklı kontrol grupları arasındaki serum düzeyi, hem de lezyonel ve perilezyonel doku ekspresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı.

Elde ettiğimiz bulgular, periostin molekülünün psoriasis patogenezinde rol oynayabileceğini düşündürmekle birlikte, bu ilişkinin net olarak ortaya konulabilmesi ve olası patogenetik rolünün aydınlatılabilmesi için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Çalışmamız aynı zamanda bu moleküllerin psoriasis vulgaris hasta grubunda hem serum hem de doku düzeylerini birlikte inceleyen, bildiğimiz kadarıyla ilk çalışma olma özelliğini de taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Periostin, Psoriasis Vulgaris, Timik Stromal Lenfopietin

### Serum POSTN ROC Analiz Grafiği



### Serum Biyobelirteçlerin Psoriasis Tanısında Ayırt Edici Gücünü Gösteren ROC Analiz Sonuçları

Biyobelirteç	AUC	p-Değeri	Tanısal Güç
POSTN	0.986	<0.001	Çok Yüksek
IL-22	0.828	<0.001	Yüksek
IL-23	0.725	<0.001	Orta
IFN- $\gamma$	0.722	<0.001	Orta
IL-17	0.585	0.218	Düşük
TNF- $\alpha$	0.598	0.154	Düşük
TSLP	0.283	0.118	Ayırt Edici Değil (Ters İlişki)

AUC  $\geq$  0.90: Çok Yüksek; 0.80-0.89: Yüksek; 0.70-0.79: Orta; 0.50-0.69: Düşük; <0.50: Ayırt Edici Değil (Ters İlişki)



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON

## Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-09

### Mukokutanöz Behçet Hastalığında Kolşisin Tedavi Başarısızlığını Öngören Klinik Faktörler: Retrospektif Kohort Çalışması

Gökberk Uyar, Selda Pelin Kartal

Etlik Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

Behçet hastalığının mukokutanöz bulgularının tedavisinde kolşisin ilk basamak tedavi olarak kullanılmasına rağmen klinik pratikte tedavi başarısızlığı sık görülmektedir. Bu çalışmanın amacı mukokutanöz Behçet hastalığında kolşisin tedavi başarısızlığını öngören klinik ve laboratuvar belirteçlerini araştırmaktır. Bu retrospektif kohort çalışması Etlik Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde Kasım 2006–Kasım 2025 tarihleri arasında takip edilen Behçet hastaları üzerinde yürütülmüştür. Hastane bilgi yönetim sistemi ve arşiv kayıtları taranarak toplam 654 hasta değerlendirildi ve kolşisin tedavisi alan mukokutanöz tutulumlu 113 hasta çalışmaya dahil edildi. Kolşisin tedavi başarısızlığı; yetersiz klinik yanıt, advers olaylar veya hasta tercihi nedeniyle tedavinin kesilmesi ya da ek sistemik tedavi gerektiren yeni organ tutulumunun gelişmesi olarak tanımlandı. Hastaların medyan yaşı 38 yıl (interquartile range [IQR]: 29–47) olup %61.1'i kadındı. Medyan kolşisin takip süresi 53.55 ay (IQR: 28.24–99.30) idi. Kolşisin tedavi başarısızlığı 59 hastada (%52.2) gözlemlendi. Tedavi başarısızlığının en sık nedeni yetersiz klinik yanıt (%37.3) olup bunu sistemik tutulum gelişimi (%40.7; üveit %28.8, santral sinir sistemi %5.1, vasküler tutulum %6.8) izledi. Advers olaylara bağlı tedavi kesilmesi %16.9 oranında görüldü (karaciğer enzim yüksekliği %6.8, gastrointestinal intolerans %10.2). Başlangıç klinik özellikleri incelendiğinde tedavi başarısızlığı gelişen hastalarda aylık  $\geq 1$  oral ülser epizodu (%78.0 vs %38.9) ve yılda  $>3$  mukokutanöz alevlenme (%74.6 vs %7.4) daha sık saptandı. Tek değişkenli analizde erkek cinsiyet, oral ülser sıklığı, artrit varlığı ve yıllık mukokutanöz alevlenme sayısı tedavi başarısızlığı ile ilişkili bulundu. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yılda  $>3$  mukokutanöz alevlenme kolşisin tedavi başarısızlığı için bağımsız risk faktörü olarak saptandı (düzeltilmiş odds oranı [adjusted odds ratio, aOR]: 5.96, %95 güven aralığı [confidence interval, CI]: 1.84–15.24;  $p < 0.001$ ). Erkek cinsiyet (aOR: 0.21, %95 CI: 0.06–0.73;  $p = 0.014$ ), aylık  $< 1$  oral ülser epizodu (aOR: 0.34, %95 CI: 0.10–0.87;  $p = 0.037$ ) ve artrit olmaması (aOR: 0.40, %95 CI: 0.19–0.91;  $p = 0.049$ ) koruyucu faktörler olarak belirlendi. Kaplan–Meier analizleri yılda  $>3$  mukokutanöz alevlenmesi olan hastalarda ve sık oral ülseri bulunanlarda tedavi başarısızlığına kadar geçen sürenin anlamlı olarak daha kısa olduğunu gösterdi (log-rank  $p < 0.001$ ). Cox regresyon analizinde yılda  $>3$  mukokutanöz alevlenme kolşisin tedavi başarısızlığı riskini yaklaşık altı kat artırdı (hazard ratio [HR]: 6.14, %95 CI: 3.35–11.25;  $p < 0.001$ ), aylık  $\geq 1$  oral ülser epizodu ise yaklaşık dört kat artmış risk ile ilişkili bulundu (HR: 4.55, %95 CI: 2.39–8.67;  $p < 0.001$ ). Sonuç olarak mukokutanöz Behçet hastalığında kolşisin tedavi başarısızlığının başlıca belirleyicisi laboratuvar inflamasyon indekslerinden ziyade mukokutanöz hastalık aktivitesidir. Sık alevlenme ve sık oral ülser epizodu olan hastalarda daha yakın klinik izlem ve erken tedavi optimizasyonu gerekebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, Kolşisin, Mukokutanöz tutulum, Tedavi başarısızlığı



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON

## Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

**Tablo 1: Kolşisin tedavi başarısızlığına göre başlangıç klinik özellikleri**

Değişken	Genel (n = 113) (%), veya medyan (IQR)	Başarısızlık yok (n = 54) (%), veya medyan (IQR)	Başarısızlık (n = 59) (%), veya medyan (IQR)
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	69 (61.1)	40(74.1)	29 (49.2)
Erkek	44 (38.9)	14 (25.9)	30 (50.8)
Oral ülser sıklığı, n (%)			
Ayda <1 atak	46 (40.7)	33 (61.1)	13 (22.0)
Ayda ≥1 atak	67 (59.3)	21 (38.9)	46 (78.0)
Genital ülser, n (%)			
Yok	14 (12.4)	5 (9.3)	9 (15.3)
Var	99 (87.6)	49 (90.7)	50 (84.7)
Papülopüstüler lezyonlar, n (%)			
Yok	44 (38.9)	17 (31.5)	27 (45.8)
Var	69 (61.1)	37 (68.5)	32 (54.2)
Eritema nodosum benzeri lezyonlar, n (%)			
Yok	69 (61.1)	39 (72.2)	30 (50.8)
Var	44 (38.9)	15 (27.8)	29 (49.2)
Tromboflebit, n (%)			
Yok	108 (95.6)	53 (98.1)	55 (93.2)
Var	5 (4.4)	1 (1.9)	4 (6.8)
Artrit			
Yok	50 (44.2)	29 (53.7)	21 (35.6)
Var	63 (55.8)	25 (46.3)	38 (64.4)
Kolşisin günlük dozu, n (%)			
≤1 mg/gün	36 (31.9)	22 (40.7)	14 (23.7)
>1 mg/gün	77 (68.1)	32 (59.3)	45 (76.3)
Yıllık mukokütanöz alevlenmeler, n (%)			
Yılda ≤3 atak	65 (57.5)	50 (92.6)	15 (25.4)
Yılda >3 atak	48 (42.5)	4 (7.4)	44 (74.6)
Depo penisilin ihtiyacı, n (%)			
Hayır	80 (70.8)	43 (79.6)	37 (62.7)
Evet	33 (29.2)	11 (20.4)	22 (37.3)
Sistemik steroid ihtiyacı, n (%)			
Hayır	73 (64.6)	47 (87.0)	26 (44.1)
Evet	40 (35.4)	7 (13.0)	33 (55.9)
Genital skar n (%)			
Yok	17 (15.0)	8 (14.8)	9 (15.3)
Var	96 (85.0)	46 (85.2)	50 (84.7)
Yaş	38.0 (29.0–47.0)	36.5 (29.8–47.0)	39.1 (29.2–48.7)
Yıllık mukokütanöz alevlenme sayısı	3 (2–5)	2 (1–3)	5 (3–7)
Oral ülser sıklığı	3 (2–3)	2 (1–3)	3 (3–3)
CRP, mg/L	7.8 (2.2–22.0)	4.7 (1.5–12.4)	10.6 (2.5–32.6)
ESR, mm/h	14 (6–24)	13 (4.8–18.0)	14 (6–24)
Hemoglobin, g/dL	13.8 (12.7–14.8)	13.6 (12.3–14.8)	13.9 (13.1–14.9)
Lökosit sayısı (×10 <sup>9</sup> /L)	8.3 (6.5–10.0)	8.0 (6.4–9.1)	8.6 (6.5–10.1)
Lenfosit sayısı (×10 <sup>9</sup> /L)	2.1 (1.7–2.5)	2.0 (1.6–2.5)	2.2 (1.7–2.5)
Albümin, g/L	46.1 (43.1–47.7)	45.9 (43.7–47.7)	46.1 (43.1–47.3)
Platelet sayısı (×10 <sup>9</sup> /L)	293 (249–340)	286 (251–328)	300 (245–362)
Kolşisin takip süresi, ay	34.2 (14.1–81.5)	45.5 (21.8–90.5)	23.6 (11.0–52.2)

*Kısaltmalar: CRP, C-reaktif protein; ESR, eritrosit sedimantasyon hızı; IQR, çeyrekler arası aralık. Veriler, kategorik değişkenler için sayı (yüzde) ve sürekli değişkenler için medyan (çeyrekler arası aralık) olarak sunulmuştur. Kolşisin tedavi başarısızlığı, yetersiz klinik yanıt, advers olaylar nedeniyle tedavinin kesilmesi, hasta tercihi veya ek tedavi ge-  
rektiren sistemik tutulum gelişimi olarak tanımlanmıştır.*



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

**Tablo 2. Kolşisin tedavi başarısızlığı için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri**

Değişken	Tek değişkenli OR (95% GA)	p değeri	Çok değişkenli düzeltilmiş OR (95% GA)	p değeri
Cinsiyet (erkek/kadın)	0.34 (0.15–0.75)	0.007	0.21 (0.06–0.73)	0.014
Oral ülser sıklığı (<1/ay / >=1/ay)	0.18 (0.08–0.41)	<0.001	0.34 (0.10–0.87)	0.037
Genital ülser (var/yok)	0.57 (0.18–1.81)	0.334	-	-
Genital skar (var/yok)	0.97 (0.34–2.72)	0.948	-	-
Papülopüstüler lezyonlar (var/yok)	0.55 (0.25–1.18)	0.120	-	-
Eritema nodosum benzeri lezyonlar (var/yok)	2.51 (1.15–5.51)	0.020	0.55 (0.17–1.77)	0.313
Tromboflebit (var/yok)	3.86 (0.42–35.62)	0.203	-	-
Artrit (var/yok)	0.48 (0.22–0.97)	0.023	0.40 (0.19–0.91)	0.049
Kolşisin günlük dozu (>1 mg/gün / <=1 mg/gün)	2.21 (0.98–4.96)	0.053	0.81 (0.22–3.05)	0.757
Yıllık mukokutanöz ataklar (>3/yıl / <=3/yıl)	6.67 (2.32–19.73)	<0.001	5.96 (1.84–15.24)	<0.001
Depo penisilin ihtiyacı (evet/hayır)	2.32 (1.00–5.42)	0.048	-	-
Sistemik steroid ihtiyacı (evet/hayır)	8.52 (3.31–21.95)	<0.001	-	-
logCAR (sürekli değişken)	1.36 (1.04–1.80)	0.027	1.10 (0.74–1.63)	0.647
logSII (sürekli değişken)	1.17 (0.61–2.23)	0.639	-	-

*Kısaltmalar: aOR, düzeltilmiş olasılık oranı; CAR, C-reaktif protein/albumin oranı; GA, güven aralığı; SII, sistemik immün-inflamasyon indeksi; VIF, varyans şişirme faktörü. Kolşisin başarısızlığından sonra tedavi eskalasyonunu yansıtan değişkenler (sistemik steroid veya depo penisilin gereksinimi gibi) sonuç değişkeniyle örtüşmeyi (outcome leakage) önlemek amacıyla çok değişkenli modele dahil edilmemiştir. İnflamatuvar indeksler (CAR ve SII) log-dönüştürülmüş sürekli değişkenler olarak analiz edilmiştir. Çok değişkenli model iyi kalibrasyon göstermiştir (Hosmer–Lemeshow uyum iyiliği testi:  $\chi^2 = 2.74$ ,  $sd = 8$ ,  $p = 0.95$ ) ve tatmin edici ayırt ediciliğe sahip olup genel sınıflandırma doğruluğu %85.0 olarak bulunmuştur. Model katsayılarının omnibus testi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2 = 75.83$ ,  $sd = 7$ ,  $p < 0.001$ ). Çoklu doğrusal bağlantı varyans şişirme faktörü (VIF) kullanılarak değerlendirilmiş olup tüm VIF değerleri <5 bulunmuş ve anlamlı bir kollinearite saptanmamıştır.*



# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-10

## Psoriasis Hastalarında Hastalık Şiddetinin Değerlendirilmesinde Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi ile Nötrofil-Lenfosit Oranının Karşılaştırılması

Bengü Reyhan Botsalı Özdemir<sup>1</sup>, Ahmet Kağan Özdemir<sup>2</sup>, Selda Pelin Kartal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

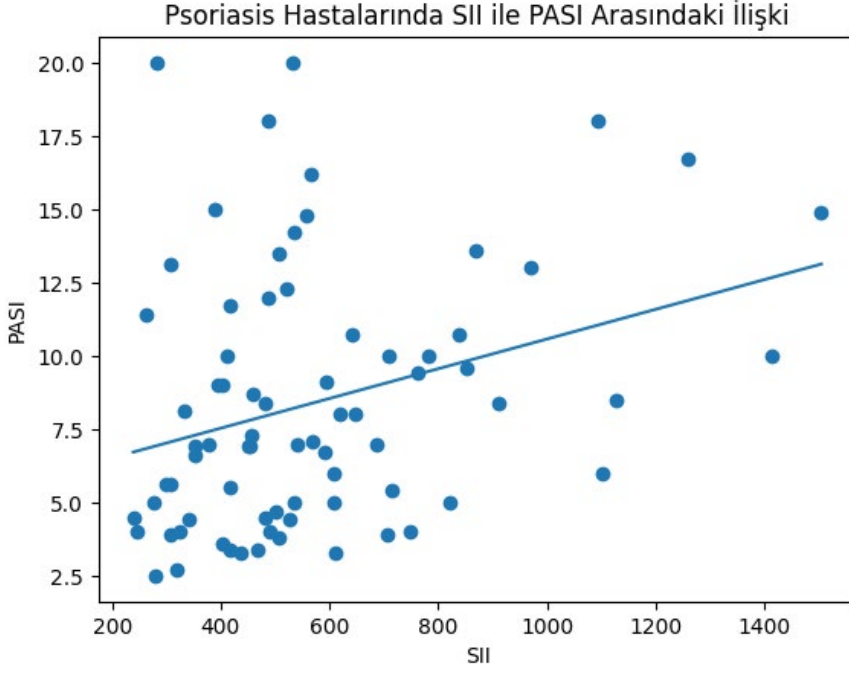
**Giriş:** Psoriasis, doğuştan ve adaptif bağışıklık sistemlerinin düzensizliği ile karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Sistemik inflamasyonun değerlendirilmesi klinik pratikte güç olabilmektedir. Son yıllarda tam kan sayımından elde edilen inflamasyon indeksleri hastalık aktivitesini değerlendirmede potansiyel biyobelirteçler olarak dikkat çekmektedir. Nötrofil-lenfosit oranı (NLR) ve trombosit-lenfosit oranı (PLR) psoriasis hastalarında sağlıklı kontrollerle göre daha yüksek bulunmuş olmakla birlikte, bu parametreler ile hastalık şiddeti arasındaki ilişki literatürde tutarlı değildir. Sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ise nötrofil, trombosit ve lenfosit değerlerini birlikte değerlendiren ve sistemik inflamasyonu daha kapsamlı yansıtmaya potansiyeline sahip yeni bir parametredir. Bu çalışmada psoriasis hastalarında SII ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve SII'nin NLR ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Bu tek merkezli, kesitsel ve gözlemsel çalışmaya sistemik tedavi almayan ve bilinen ek inflamatuvar veya sistemik hastalığı bulunmayan 75 psoriasis hastası dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, sigara kullanımı, vücut kitle indeksi ve hastalık süresi kaydedildi. Hastalık şiddeti Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) ile değerlendirildi. Tam kan sayımı parametrelerinden nötrofil, lenfosit ve trombosit değerleri kullanılarak NLR ve SII hesaplandı. Hastalar PASI <10 ve PASI ≥10 olarak iki gruba ayrıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile değerlendirildi. Ayrıca orta-şiddetli psoriasis öngörüsünde inflamasyon indekslerinin performansı ROC analizi ile incelendi ve potansiyel karıştırıcı faktörleri kontrol etmek amacıyla çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı. Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 75 hastanın 52'si hafif (PASI <10), 23'ü orta-şiddetli psoriasis grubundaydı. SII ile PASI skoru arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ( $r = 0.31$ ,  $p = 0.006$ ). NLR ile PASI arasında anlamlı ilişki bulunmadı ( $p > 0.05$ ). ROC analizinde SII'nin orta-şiddetli psoriasis'i öngörmedeki ayırt ediciliği NLR'den daha yüksek bulundu (AUC: 0.62'ye karşı 0.55). Çok değişkenli lineer regresyon analizinde SII'nin PASI skoru için bağımsız bir belirleyici olduğu gösterildi ( $p = 0.040$ ).

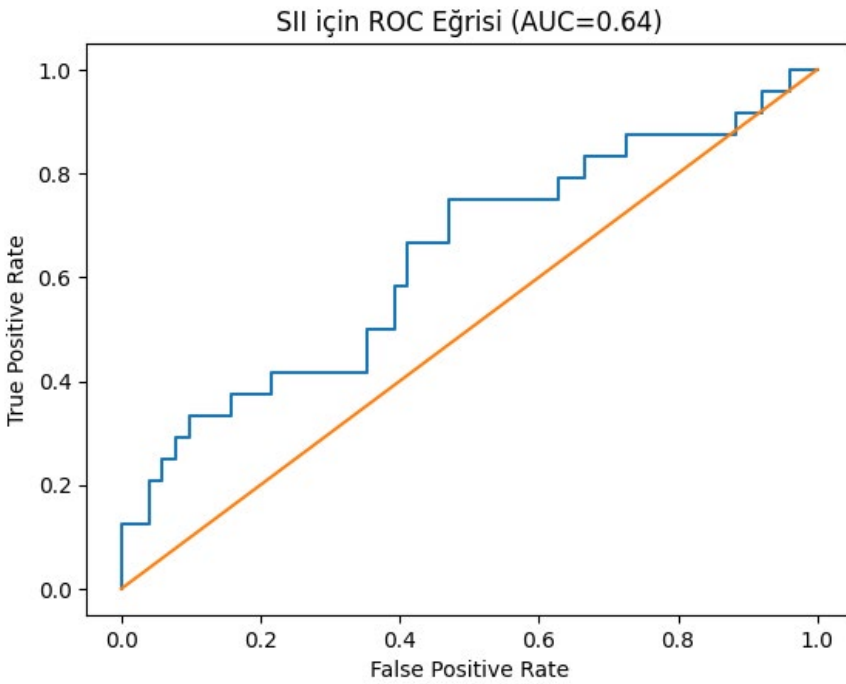
**Sonuç:** SII, psoriasis hastalarında hastalık şiddeti ile anlamlı ilişkili bulunmuş ve NLR'ye kıyasla daha güçlü bir inflamatuvar belirteç olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgular SII'nin psoriasis hastalarında hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde yararlı bir parametre olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu ilişkinin doğrulanması için daha geniş örneklemli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** İnflamasyon, Nötrofil-Lenfosit Oranı, PASI, Psoriasis, Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi

Şekil 1. Psoriasis hastalarında SII ile PASI arasındaki ilişki



Şekil 2. Psoriasis şiddetinin belirlenmesinde SII'nin ROC analizi





# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON

## Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

**Tablo 1. Psoriasis Hastalarının Demografik ve Klinik Özellikleri**

Değişken	Değer (n=75)
Yaş (yıl)	37.7 ± 12.8
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	27.3 ± 5.3
NLR	2.00 ± 0.70
SII	570.6 ± 267.0

**Tablo 2. Psoriasis Hastalarında Hastalık Şiddetine Göre Parametrelerin Karşılaştırılması**

Değişken	PASI <10 (n=51)	PASI ≥10 (n=24)
Yaş (yıl)	37.8 ± 13.1	37.6 ± 12.5
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	26.7 ± 4.95	28.6 ± 5.98
NLR	1.91 ± 0.60	2.17 ± 0.86
SII	518.6 ± 203.2	681.2 ± 347.7



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-12

## Hepatit B Enfeksiyonu Olan Psoriasis Hastalarında IL-23 İnhibitörlerinin Güvenliği: Çok Merkezli Bir Kohorttan Deneyimler

Gizem Pehlivan Ulutaş<sup>1</sup>, İlknur Kıvanç Altunay<sup>2</sup>, Algün Polat Ekinci<sup>3</sup>, Burçe Can Kuru<sup>4</sup>, Hilal Kaya Erdoğan<sup>5</sup>, İltiş Oğuz<sup>6</sup>, Burhan Engin<sup>7</sup>, Zafer Türkoğlu<sup>8</sup>, Dilek Canat<sup>8</sup>, Özlem Su Küçük<sup>9</sup>, Yavuz Semiz<sup>1</sup>, Sema Aytekin<sup>10</sup>, Hülya Albayrak<sup>10</sup>, Özge Zorlu<sup>10</sup>, Duygu Yamen<sup>11</sup>, Aslı Vefa Erdemir<sup>12</sup>, Semih Arslan<sup>2</sup>, Merve Kaba<sup>3</sup>, Elifnur Erdem Parker<sup>4</sup>, Büşra Akkoyun<sup>5</sup>, Filiz Topaloğlu Demir<sup>13</sup>

<sup>1</sup>Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>SBÜ, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>SBÜ, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü, İstanbul

<sup>5</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

<sup>6</sup>İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü, İstanbul

<sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>8</sup>SBÜ, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü, İstanbul

<sup>9</sup>Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>10</sup>Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

<sup>11</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü, İstanbul

<sup>12</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>13</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur ve ülkemiz orta düzeyde endemik bölgeler arasında yer almaktadır. Psoriasis tedavisinde kullanılan konvansiyonel immünsüpresif tedaviler ve bazı biyolojik ajanlar, HBV enfeksiyonu bulunan hastalarda fulminan hepatit, hepatik dekompanseasyon ve mortalite ile sonuçlanabilen ciddi komplikasyonlara yol açabilen HBV reaktivasyonuna neden olabilmektedir. Psoriasis tedavisinde kullanılan biyolojik ajanların güvenliğini değerlendiren klinik çalışmalarda komorbid viral hepatiti olan hastalar genellikle dışlanmaktadır, bu hasta grubuna ilişkin gerçek yaşam verileri sınırlıdır ve geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada, HBV enfeksiyonunun eşlik ettiği psoriasis hastalarında IL-23 inhibitörlerinin güvenliğinin çok merkezli geniş bir hasta popülasyonunda değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu retrospektif çok merkezli çalışmada, Ocak 2021–Kasım 2025 tarihleri arasında 13 üçüncü basamak merkezde IL-23 inhibitörü tedavisi alan psoriasis hastalarının kayıtları HBV enfeksiyonu açısından incelendi. HBV pozitif olan hastalar serolojik durumlarına ve HBV DNA sonuçlarına göre sınıflandırıldı. Birincil sonlanım noktası HBV reaktivasyonu olarak belirlenirken, ikincil sonlanım noktası takip sırasında anti-HBs düzeyinin >10 mIU/mL'den <10 mIU/mL'ye düşmesi olarak tanımlandı ve koruyucu anti-HBs kaybı olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** IL-23 inhibitörü tedavisi alan toplam 992 psoriasis hastasının 143'ünde (%14,4) eşlik eden HBV enfeksiyonu saptandı. Hastalar kronik HBV enfeksiyonu (n=7), izole anti-HBc pozitifliği (n=21) ve geçirilmiş HBV enfeksiyonu (n=115) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Kronik HBV enfeksiyonu bulunan tüm hastalar antiviral profilaksi aldı. Ortalama 28,4 ± 11,5 aylık takip süresince hiçbir hastada HBV reaktivasyonu gözlenmedi. Anti-HBs kaybı analizi için değerlendirilen 439 hastanın 27'sinde (%6,2) ortalama 25,8 ± 10,9 aylık takip süresince antikor kaybı gelişti (insidans: 2,9/100 hasta-yılı). Antikor kaybı gelişen hastalarda başlangıç anti-HBs düzeyleri anlamlı olarak daha düşüktü (medyan 27,3'e karşı 150,0 mIU/mL; p<0,001). Düşük başlangıç anti-HBs titresi (10–100 mIU/mL) olan hastalarda antikor kaybı daha sık görüldü (%12,4 vs. %1,2; OR 11,4; %95 GA 3,4–38,3; p<0,001). Antikor kaybı gelişen olguların tamamına yakını aşıya bağlı bağımsızlığı olan hastalarda görüldü ve hiçbir hastada HBV reaktivasyonu ortaya çıkmadı.



# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON *Sempozyumu 2026*

**23 - 26 Nisan 2026** | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

**Sonuç:** Bu çok merkezli gerçek yaşam çalışmasının sonuçları, uygun antiviral profilaksi uygulandığında IL-23 inhibitörlerinin HBV enfeksiyonu olan psoriasis hastalarında güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir. IL-23 inhibitörü tedavisi sırasında anti-HBs kaybı nadiren görülebilir ve özellikle düşük başlangıç titresini ile aşya bağlı bağışıklığı olan hastalarda daha sık ortaya çıkabilir; ancak çalışmamızda bunun klinik açıdan anlamlı bir sonuca yol açmadığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** psoriasis, guselkumab, risankizumab, hepatit B enfeksiyonu, IL-23 inhibitörleri



# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-13

## Psoriasis Hastalarında İntestinal, Epidermal Yağ Asidi Bağlayıcı Protein Düzeyleri ve İntestinal Geçirgenlik Arasındaki İlişki

Nevzat Uysaloğlu, Ekin Şavk, Meltem Uslu, Münevver Güven, Aydan Yazıcı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Aydın

Psoriasis; genetik yatkınlık zemininde doğal ve kazanılmış immün yanıtın etkileşimiyle gelişen, kronik inflamatuvar bir dermatozdur ve sıklıkla sistemik morbiditelerle birliktelik gösterir. Metabolik sendrom önemli komorbiditelerinden biridir. Son yıllarda “bağırsak–deri eksenini” kapsamında intestinal bariyer disfonksiyonu ve artmış intestinal geçirgenliğin, disbiyozis ve bakteriyel translokasyon aracılığıyla proinflamatuvar yanıtı güçlendirerek psoriasisdeki inflamasyonu alevlendirebileceği ileri sürülmektedir. Enterosit hasarı ve intestinal geçirgenlik artışını yansıtan yağ asidi bağlayıcı protein 2 (FABP2/IFABP) ile psoriasis ve metabolik komplikasyonlarla ilişkili epidermal yağ asidi bağlayıcı protein (EFABP) bu süreçte potansiyel biyobelirteçler olarak dikkat çekmektedir. Ayrıca antiinflamatuvar özellikleriyle Akdeniz tipi diyetin psoriasis şiddeti ve komorbiditeler üzerine olumlu etkileri olabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada, sistemik tedavi gerektiren şiddetli psoriasisli hastalarda Akdeniz tipi diyetle uyumun değerlendirilmesi; serum IFABP ve EFABP düzeylerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak intestinal geçirgenlik, metabolik komplikasyonlar ile ilişkilerinin incelenmesi ve uygulanan sistemik tedavinin bu biyobelirteçler üzerindeki olası etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

65 Psoriasis hastası ve 39 kontrol çalışmaya dahil edildi. Takiplerine gelemeyen hastalar nedeniyle 49 psoriasis hastası ve 38 kontrol üzerinden serum protein ölçüm analizleri gerçekleştirildi. Psoriasis grubunda tedavi öncesi IFABP düzeyi medyanı 0,96 ng/mL (0,29-2,17); kontrol grubunda ise 1,87 ng/mL (0,76-2,80) olarak bulundu. Psoriasis ve kontrol grubu arasında IFABP düzeyleri açısından anlamlı fark bulundu ( $U=884,0$ ;  $Z=-2,40$ ;  $p=0,016$ ); kontrol grubunda IFABP düzeyleri daha yüksekti. EFABP açısından psoriasis grubunda medyan düzey 4,73 ng/mL (1,09–9,00), kontrol grubunda 7,37 ng/mL (4,32–12,12) olarak hesaplandı. Psoriasisli hastaların ve kontrol grubunun tedavi öncesi serum EFABP düzeyleri karşılaştırıldığında kontrol grubunun EFABP düzeyi daha yüksekti ( $U=861,5$ ;  $Z=-2,55$ ;  $p=0,011$ ;  $r=0,25$ ). Hastaların tedavi ile PAŞİ75 yanıtı sağlandığı dönemdeki serum IFABP değeri 1,24 ng/mL (0,41-2,30); EFABP değeri 7,80 ng/mL (2,30-13,40) olarak saptandı. Psoriasis hastaları ile kontrol grubu arasında Akdeniz diyetine uyum düzeyi açısından istatistiksel farklılık gözlenmedi ( $p=0,057$ ). Akdeniz tipi diyetle uyum skoru ile başlangıç PAŞİ skoru arasında korelasyon gözlenmedi ( $\rho=0,033$ ;  $p=0,792$ ;  $n=65$ ). Başlangıç PAŞİ skorları ile serum IFABP düzeyleri arasında korelasyon saptanmazken (Pearson  $r=-0,057$ ;  $p=0,654$ ) serum EFABP düzeyleri arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (Pearson  $r=0,261$ ;  $p=0,036$ ). IFABP ve EFABP düzeyleri arasında korelasyon izlenmedi (Pearson  $r=0,093$ ;  $p=0,461$ ).

EFABP psoriasisli başlangıç hastalık şiddeti ile korele olan tedavi sonrasında düzeyi yükselme eğilimi gösteren bir belirteç olup; IFABP ise şiddetten bağımsız, büyük oranda değişim göstermeyen bir belirteç olarak gözlenmiştir. FABP’lerin klinik değeri, tek seferlik ölçümden çok panel halinde ve uzun dönem izleme ortaya çıkabilir. Bunlardan dolayı her iki proteinin de hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde yararlanılan biyobelirteçler olmasından ziyade psoriasis ve metabolik komplikasyonlarla ilişkili olabilen sistemik inflamasyonun yanı sıra uygulanan tedavinin etkilediği protein ikilisi olarak değerlendirilmesinin daha uygun olacağı düşünülebilir. Ancak nedenselliği ortaya koymak için ileri çalışmalarla ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Psoriasis, intestinal geçirgenlik, Akdeniz tipi diyet, intestinal yağ asidi bağlayıcı protein, epidermal yağ asidi bağlayıcı protein



# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 İNG Phaselis Bay Kemer, Antalya

## Psoriasis Hastaları ve Kontrol Grubunun Serum IFABP, EFABP Düzeyleri

	Psoriasis hastaları (n:65)	Kontrol grubu (n:38)	p değeri*
Başlangıçtaki IFABP (ng/mL) Medyan (25- 75%)	0,96 (0,29-2,17)	1,87 (0,76-2,80)	p<0,05
Başlangıçtaki EFABP (ng/mL) Medyan (25- 75%)	4,73 (1,09-9,00)	7,37 (4,32-12,12)	p<0,05

\*Tablodaki istatistiksel olarak anlamlı p değeri p<0,05 olarak kabul edildi.

## Psoriasis Hasta Grubunda Tedavi Alt Gruplarına Göre Tedavi Öncesi- Sonrası Serum IFABP Düzeyleri

Tedavi alt grupları (n:47)	Tedavi öncesi IFABP (ng/mL) Medyan (25-75%)	Tedavi sonrası IFABP (ng/mL) Medyan (25-75%)	p değeri*
Biyolojik ajan (n:11)	0,73 (0,25-2,24)	1,33 (0,40-2,00)	p>0,05
Fototerapi (n:8)	0,40 (0,16-1,57)	0,81 (0,16-2,13)	p>0,05
Asitretin (n:10)	0,97 (0,32-1,66)	0,76 (0,39-2,91)	p>0,05
Metotreksat (n:18)	0,95 (0,28-1,94);	1,56 (0,66-2,52)	p>0,05

\*Tablodaki istatistiksel olarak anlamlı p değeri p<0,05 olarak kabul edildi.

## Psoriasis Hasta Grubunda Tedavi Alt Gruplarına Göre Tedavi Öncesi- Sonrası Serum EFABP Düzeyleri

Tedavi alt grupları (n:47)	Tedavi öncesi EFABP (ng/mL) Medyan (25-75%)	Tedavi sonrası EFABP (ng/mL) Medyan (25-75%)	p değeri*
Biyolojik ajan (n:11)	6,40 (1,80-14,13)	15,24 (1,26-20,00)	p<0,05
Fototerapi (n:8)	1,88 (0,62-8,14)	3,40 (1,20-9,94)	p>0,05
Asitretin (n:10)	6,50 (2,72-11,83)	10,59 (3,07-20,00)	p<0,05
Metotreksat (n:18)	3,57 (0,41-6,32)	6,82 (0,44-10,34)	p<0,05

\*Tablodaki istatistiksel olarak anlamlı p değeri p<0,05 olarak kabul edildi.



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 İNG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-14

## Psoriasis Hastalarında Biyolojik Tedavilerin Karaciğer Fibrozisi Üzerine Etkisi: 1 Yıllık Gerçek Yaşam Verisi

Ayser Duyan<sup>1</sup>, Işıl Deniz Oğuz<sup>2</sup>, Pelin Hızlı<sup>1</sup>, Sevgi Kulaklı<sup>3</sup>, Caner Göllü<sup>1</sup>, Arzu Kılıç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Balıkesir

<sup>2</sup>Giresun Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Giresun

<sup>3</sup>İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Psoriasis; metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar ve non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı gibi çeşitli komorbiditelerle yakından ilişkili olan kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Psoriasiste kullanılan sistemik tedavilerin hepatotoksisite potansiyeli nedeniyle, hastalarda karaciğer fonksiyon takibi gerekmektedir. Orta-şiddetli psoriasiste kullanılan biyolojik tedavilerin (TNF- $\alpha$ , IL-12/23, IL-17 ve IL-23 inhibitörleri) karaciğer fibrozisi üzerindeki etkilerine dair veriler kısıtlıdır. Bu çalışmada, biyolojik tedavi alan psoriasis hastalarında karaciğer fibrozis riskinin noninvaziv bir belirteç olan Fibrozis-4 (FIB-4) skoru ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Bu çalışma, Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dallarında yürütülen 2 merkezli retrospektif bir çalışma olarak planlandı. 1 Ocak 2020 – 31 Ekim 2023 tarihleri arasında psoriasis tanısı ile en az 12 ay biyolojik tedavi kullanan hastaların dosyaları incelendi. Çalışmaya TNF- $\alpha$  inhibitörleri (adalimumab, infliximab, etanersept, sertolizumab), IL-12/23 inhibitörü (ustekinumab), IL-17 inhibitörleri (iksekizumab, sekukinumab) ve IL-23 inhibitörleri (guselkumab, risankizumab) kullanan hastalar dahil edildi. Hastaların tedavi başlangıcında ve tedavinin 3., 6. ve 12. aylarında elde edilen laboratuvar verileri kullanılarak FIB-4 skorları ( $FIB-4 = [Yaş (yıl) \times AST (U/L)] / [Platelet sayısı (10^9/L) \times \sqrt{ALT (U/L)}]$ ) hesaplandı. FIB-4 skorunun zaman içerisindeki değişimi incelendi. Elde edilen bulgular hastaların demografik ve klinik verileri ile ilişkilendirilerek değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmada en az 12 ay biyolojik tedavi kullanmış 164 (%49,1) erkek ve 170 (%50,9) kadın olmak üzere toplam 334 hasta değerlendirildi. 29 hasta (%8,7) TNF- $\alpha$  inhibitörü, 52 hasta (%15,6) IL-12/23 inhibitörü, 155 hasta (%46,4) IL-17 inhibitörü ve 98 hasta (%29,3) IL-23 inhibitörü kullanmaktaydı. Bu ilaçları kullanan hastaların başlangıç, 3., 6., ve 12. ay FIB-4 değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı (sırasıyla  $p=0,112$ ,  $p=0,494$ ,  $p=0,351$  ve  $p=0,098$ ). Vücut kitle indeksi (VKİ) sınıflarına göre (zayıf:  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup>; normal:  $18,5 - 24,9$  kg/m<sup>2</sup>; fazla kilolu:  $25,0-29,9$  kg/m<sup>2</sup>; obez:  $\geq 30,0$  kg/m<sup>2</sup>) FIB-4(0), FIB-4(3), FIB-4(6) ve FIB-4(12) değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla  $p=0,073$ ;  $p=0,147$ ;  $p=0,209$ ;  $p=0,190$ ). Hastaların %30'unda (n=99) ek hastalık bulunmadığı, %70'inde (n=235) ise en az bir komorbiditenin eşlik ettiği gözlemlendi. FIB-4(0), FIB-4(3), FIB-4(6) ve FIB-4(12) değerlerinin komorbidite sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı (sırasıyla  $p=0,117$ ,  $p=0,344$ ,  $p=0,022$  ve  $p=0,395$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmada, psoriasis hastalarında kullanılan TNF- $\alpha$ , IL-12/23, IL-17 ve IL-23 inhibitörlerinin 12 aylık takipte karaciğer fibrozis skorlarında anlamlı bir artışa yol açmadığı ve hepatik açıdan güvenilir tedavi seçenekleri olduğu gösterilmiştir. Özellikle birden fazla komorbiditesi olan hastaların karaciğer güvenliliğinin izlenmesi ve uygun tedavinin seçilebilmesi için, FIB-4 skoru gibi non-invaziv belirteçlerin rutin klinik pratikte kullanılması pratik ve etkili bir yaklaşımdır.

**Anahtar Kelimeler:** Psoriasis, biyolojik tedavi, FIB-4 skoru, karaciğer fibrozisi



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-15

## Atopik Dermatit ve Psoriasis Vulgariste “Flip-Flop” Fenomeni: Algoritmanın Türk Toplumunda Retrospektif Validasyonu ve Fenotipik Geçişlerin Analizi

Hande Ermiş Akkuş, Bengisu Özarslan Ercis, Muhammed Kerem Özkan, Öykü Bilge Yurtcu, Asude Kara Polat, Savaş Yaylı

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Atopik dermatit ve psoriasis vulgaris, sırasıyla %2–7 ve %0.9–8.5 prevalansa sahip, farklı immünolojik mekanizma ve klinik fenotipe sahip kronik inflamatuvar deri hastalığıdır. Beyaz ırkta yaklaşık %2 oranında klinik overlap bildirilmektedir. Literatürde biyolojik tedaviler sırasında bir hastalık fenotipinin diğerine dönüşmesi sıkça tanımlanmıştır. Son yıllarda bu geçişi tanımlamak için tipik atopik dermatit ve psoriasis klinik özelliklerini temel alan ve -12 ile +12 arasında puanlama yapan bir flip-flop skorlama algoritması geliştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, psoriasis, atopik dermatit ve her iki tanıyı alan hastalardan oluşan üç grupta klinik tanı ile flip-flop skorunun uyumunu değerlendirmek ve FF skorunun eksternal validasyonunu gerçekleştirmektir.

**Yöntem:** Tek merkezli retrospektif çalışma için Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyomedikal Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (2026.132.IRB2.069). 01.01.2020–23.01.2026 arasında dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların elektronik kayıtları geriye dönük incelenmiştir. Çalışmaya hem psoriasis (ICD-10: L40) hem de atopik dermatit (ICD-10: L20) tanısı alan 63 hasta dahil edilip, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş yalnız psoriasis veya yalnız atopik dermatit tanılı 63’er hasta ile karşılaştırılmıştır. Flip-flop algoritması 7 anamnez sorusu ve 13 klinik bulgudan oluşmakta olup -12 ile +12 arasında puan üretmektedir; -12 ile -6 arasında psoriasis lehine, -5 ile +5 arasında flip-flop fenotipi lehine, +6 ile +12 arasında ise atopik dermatit lehine yorumlanmaktadır. Algoritmanın geliştiricileri tarafından yayımlanan R kodu, çalışma kohortunda uygulanarak eksternal validasyon test edilmiştir. Tanısal performans ROC analizi ile, fenotip belirleyici özellikler lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir.

**Bulgular:** Toplam 189 hasta analiz edilmiş olup her üç grupta da 29 (%46) erkek ve 34 (%54) kadın hasta bulunmaktaydı. Psoriasis hastalarında skorların tamamen negatif olduğu (medyan -7), atopik dermatit hastalarında ise tamamen pozitif olduğu (medyan 9) görülmüştür; overlap grubunda skorlar daha geniş bir aralıkta dağılmıştır (medyan 0). ROC analizinde flip-flop skorunun psoriasis ve atopik dermatiti ayırt etme performansı çok yüksek bulunmuştur (AUC=1.00) ve yaklaşık 0 eşik değeri iki hastalığı net biçimde ayırmıştır. Lojistik regresyon analizinde fleksural egzema veya likenifikasyon atopik dermatit-benzeri fenotip ile ilişkili (OR≈0.19), saç çizgisini aşan saçlı deri tutulumu psoriasis-benzeri fenotipi ile güçlü ilişkili saptanmıştır (OR≈6.69).

Klinik özellikler açısından dishidrotik egzema, palmar hiperlinearite, Dennie–Morgan çizgileri, keratozis pilaris, fleksural egzema ve baş-boyun dermatiti AD grubunda anlamlı olarak daha sık görülürken psoriasis hastalarında saptanmamıştır. Püstüller, psoriatik tırnak bulguları, saç çizgisini aşan plaklar, retroauriküler plaklar ve eklem ağrısı psoriasis grubunda daha sık bulunmuş ve AD hastalarında gözlenmemiştir.

**Sonuç:** Orijinal çalışma ile benzer olarak, fleksural alanlarda likenifikasyon ve baş-boyun dermatiti psoriasis hastalarının hiçbirinde görülmemiştir. Kaynak çalışmadan farklı olarak dishidrotik ekzema, palmar hiperlinearite, Dennie-Morgan çizgileri ve keratozis pilaris psoriasis grubunda hiç gözlenmemişken; püstüller, psoriatik tırnak değişiklikleri, saç çizgisini aşan saçlı deri tutulumu ve retroauriküler psoriatik plaklara atopik dermatit grubunda hiç rastlanmamıştır. Orijinal çalışmada overlap grubunda 13 hasta yer alırken, bizim çalışmamızda her üç gruptan eşit sayıda hasta olmak üzere toplam 63 hasta değerlendirilmiştir. Orijinal çalışma, daha çok tedavi altında bir fenotipten diğerine geçiş gösteren hastaları rapor ederken, bizim çalışmamızda hem tedavi sırasında fenotip değişimi gözlenen hastalar hem de tedaviden bağımsız olarak aynı veya farklı zamanlarda overlap fenotipi gösteren hastalar yer almaktadır. Flip-flop skoru psoriasis ve atopik dermatiti ayırt etmede yüksek tanısal doğruluk ve klinik fenotip ile güçlü uyum sergilemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Atopi, dermatit, flip-flop, overlap, psoriasis



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON

## Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

Tablo 1

Değişken		Gruplar			p-value
		Psoriasis N=63	Atopik Dermatit N=63	Overlap N=63	
Cinsiyet					>0.9
	Erkek	29 (46%)	29 (46%)	29 (46%)	
	Kadın	34 (54%)	34 (54%)	34 (54%)	
Yaş		37 ± 18	37 ± 19	37 ± 19	>0.9
Kişisel atopik hastalık öyküsü (astım, AD, AR)					<0.001
	Var	5 (7.9%)	63 (100%)	53 (84%)	
	Yok	58 (92%)	0 (0%)	10 (16%)	
Duyarlanma / gıda alerjisi öyküsü					<0.001
	Var	0 (0%)	12 (19%)	14 (22%)	
	Yok	63 (100%)	51 (81%)	49 (78%)	
Ailede atopik hastalık öyküsü					<0.001
	Var	1 (1.6%)	18 (29%)	13 (21%)	
	Yok	62 (98%)	45 (71%)	50 (79%)	
Ailede psoriasis öyküsü					<0.001
	Var	10 (16%)	2 (3.2%)	22 (35%)	
	Yok	53 (84%)	61 (97%)	41 (65%)	
Sistemik steroid kesilince alevlenme					0.003
	Var	3 (4.8%)	0 (0%)	9 (14%)	
	Yok	60 (95%)	63 (100%)	54 (86%)	
Eklem ağrısı					<0.001
	Var	18 (29%)	0 (0%)	13 (21%)	
	Yok	45 (71%)	63 (100%)	50 (79%)	
Daktilit / entezopati					0.072
	Var	5 (7.9%)	0 (0%)	2 (3.2%)	
	Yok	58 (92%)	63 (100%)	61 (97%)	

Bu tablo, psoriasis, atopik dermatit ve overlap gruplarına ait demografik ve anamnestik değişkenlerin karşılaştırmalı olarak sunulduğu bir özellikler tablosudur.



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON

## Sempozyumu 2026

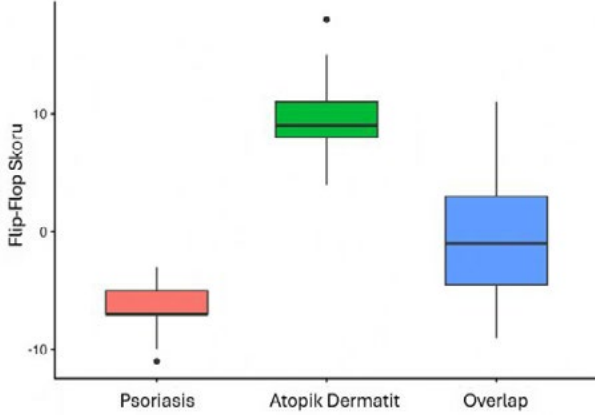
23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

Tablo 2

Değişken		Gruplar			p-value
		Psoriasis N=63	Atopik Dermatit N=63	Overlap N=63	
Dishidrotik egzema (şimdi veya geçmiş)					<0.001
	Var	0 (0%)	22 (35%)	12 (19%)	
	Yok	63 (100%)	41 (65%)	51 (81%)	
Palmar hiperlinearite					<0.001
	Var	0 (0%)	29 (46%)	8 (13%)	
	Yok	63 (100%)	34 (54%)	55 (87%)	
Dennie-Morgan çizgisi / periorbital koyuluk					<0.001
	Var	0 (0%)	39 (62%)	23 (37%)	
	Yok	63 (100%)	24 (38%)	40 (63%)	
Angular keilit / keilit					<0.001
	Var	0 (0%)	11 (17%)	0 (0%)	
	Yok	63 (100%)	52 (83%)	63 (100%)	
Baş-boyun dermatiti / kirli boyun görünümü					<0.001
	Var	0 (0%)	18 (29%)	4 (6.3%)	
	Yok	63 (100%)	45 (71%)	59 (94%)	
Keratozis pilaris					<0.001
	Var	0 (0%)	39 (62%)	27 (43%)	
	Yok	63 (100%)	24 (38%)	36 (57%)	
Fleksural egzema / likenifikasyon					<0.001
	Var	0 (0%)	57 (90%)	30 (48%)	
	Yok	63 (100%)	6 (9.5%)	33 (52%)	
Püstüller (yüz hariç)					<0.001
	Var	11 (17%)	0 (0%)	2 (3.2%)	
	Yok	52 (83%)	63 (100%)	61 (97%)	
Psoriatik tırnak bulguları					<0.001
	Var	14 (22%)	0 (0%)	14 (22%)	
	Yok	49 (78%)	63 (100%)	49 (78%)	
Saç çizgisini aşan saçlı deri tutulumu					<0.001
	Var	36 (57%)	0 (0%)	23 (37%)	
	Yok	27 (43%)	63 (100%)	40 (63%)	
Retroauriküler psoriatik plak					<0.001
	Var	17 (27%)	0 (0%)	9 (14%)	
	Yok	46 (73%)	63 (100%)	54 (86%)	
Gövde/ekstremitede eritemli-skuamlı plak					<0.001
	Var	57 (90%)	0 (0%)	59 (94%)	
	Yok	6 (9.5%)	63 (100%)	4 (6.3%)	
Rima ani eritemi					<0.001
	Var	12 (19%)	0 (0%)	21 (33%)	
	Yok	51 (81%)	63 (100%)	42 (67%)	

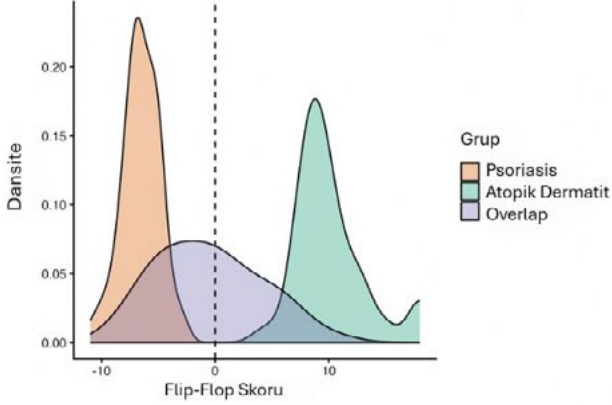
Bu tablo, psoriasis, atopik dermatit ve overlap gruplarında klinik bulguların karşılaştırmalı dağılımını gösteren bir özellikler tablosudur.

Resim 1



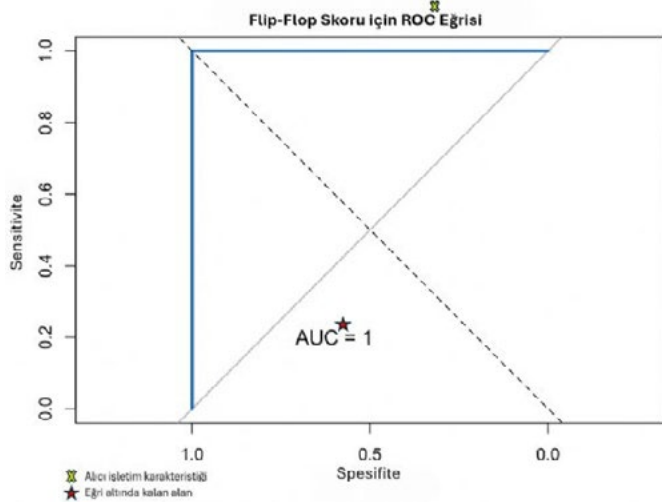
Flip-flop skoru, psoriasis hastalarında negatif, atopik dermatitte pozitif değerler gösterirken overlap grubunda ara ve geniş dağılım sergileyerek iki hastalığı net biçimde ayırt etmektedir.

Resim 2



Flip-flop skoru dağılımı, yaklaşık 0 eşik değeri ile psoriasis ve atopik dermatiti net biçimde ayırırken overlap grubunun ara bölgede kümelendiğini göstermektedir.

Resim 3



Flip-flop skorunun ROC analizi,  $AUC=1.0$  ile psoriasis ve atopik dermatiti mükemmel doğrulukla ayırt ettiğini göstermektedir.



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-16

## Hidradenitis Suppurativa'da tedavi seyrini belirleyen faktörler: retrospektif bir kohort çalışması

Alihan Baylan<sup>1</sup>, Hüseyin Karabat<sup>1</sup>, Bengisu Özarslan Ercis<sup>2</sup>, Seçil Saral<sup>3</sup>, Savaş Yaylı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı; İstanbul

<sup>2</sup>Koç Üniversitesi Hastanesi, Dermatoloji Kliniği; İstanbul

<sup>3</sup>Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı; İstanbul

**Giriş:** Hidradenitis suppurativa (HS), tekrarlayan nodüller, abseler ve sinüs traktları ile karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Orta ve ağır hastalıkta tedavi sıklıkla topikal yaklaşımlardan sistemik ve biyolojik tedavilere doğru ilerlemektedir. Hastalık şiddetinin tedavi kararlarını etkilediği bilinmekle birlikte, tanısal gecikme ve anatomik tutulum paternlerinin tedavi seçimi ve seyri üzerindeki etkisi henüz yeterince aydınlatılmamıştır.

**Amaç:** Bu çalışmada HS hastalarında sistemik tedaviye geçiş süresi ve biyolojik tedaviye geçiş süresi ile ilişkili klinik ve tanısal faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu retrospektif kohort çalışmasına üçüncü basamak bir dermatoloji merkezinde 01.01.2020 -18.01.2026 tarihleri arasında takip edilen 297 HS hastası dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), vücut kitle indeksi (VKİ), semptom başlangıç yaşı, tanı yaşı, Hurley evresi, anatomik tutulum bölgeleri ve uygulanan tedaviler hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Tanısal gecikme, semptom başlangıcı ile klinik tanı arasındaki süre olarak tanımlanmıştır. Çalışmanın birincil sonlanım noktaları, semptom başlangıcından sistemik tedaviye geçiş süresi ve biyolojik tedaviye geçiş süresi olarak belirlenmiştir. Tedavi paternleri Kaplan–Meier sağkalım analizi ile değerlendirilmiş, biyolojik tedaviye geçişi etkileyen bağımsız faktörler çok değişkenli Cox regresyon analizi ile araştırılmıştır.

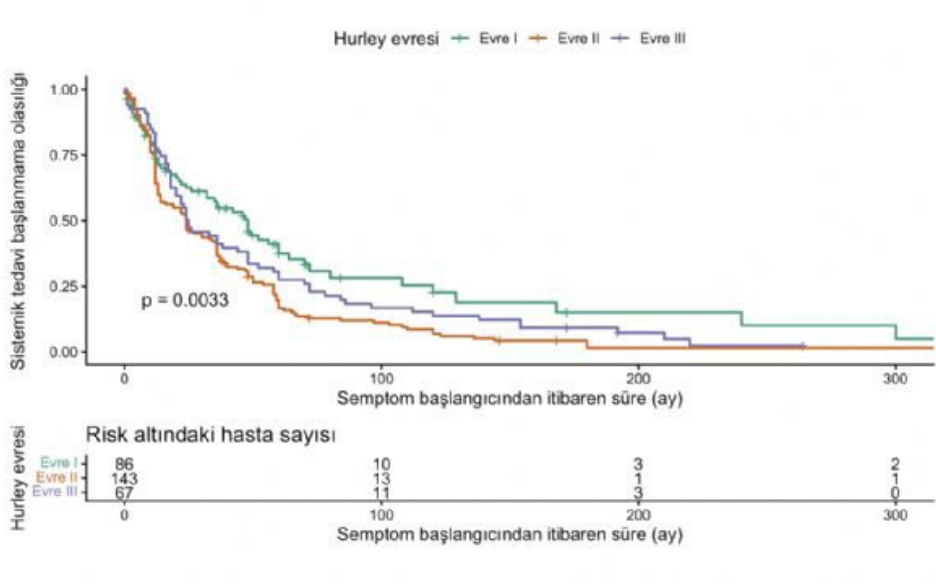
**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 297 hastanın ortalama yaşı  $37.1 \pm 12.8$  yıl olup, hastaların %63'ü erkekti. Ortalama semptom başlangıç yaşı  $29.0 \pm 11.8$  yıl, ortalama tanı yaşı  $32.1 \pm 12.0$  yıl olarak saptandı ve ortalama tanısal gecikme süresi  $36.8 \pm 46.7$  ay idi. Hurley evre dağılımı %29 evre I, %48 evre II ve %23 evre III şeklindeydi. Hastaların %24'ünde perianal tutulum mevcuttu. Takip süresince 56 hastada (%19) biyolojik tedavi başlanmıştır.

Kaplan–Meier analizinde yüksek Hurley evresine sahip hastalarda sistemik ve biyolojik tedavilere geçişin anlamlı derecede daha erken olduğu gösterilmiştir (log-rank  $p < 0.001$ ). Çok değişkenli Cox regresyon analizinde perianal tutulum, biyolojik tedavi başlanmasının en güçlü bağımsız belirleyicisi olarak saptanmıştır (HR 3.92, %95 GA 2.02–7.60,  $p < 0.001$ ). Ayrıca tanısal gecikmenin iki yıldan uzun olması, biyolojik tedaviye geçişin daha geç olması ile ilişkili bulunmuştur (HR 0.52, %95 GA 0.28–0.95,  $p = 0.035$ ). Hurley evre III, biyolojik tedaviye daha erken geçiş ile güçlü bir ilişki göstermesine rağmen çok değişkenli analizde sınırda anlamlılık göstermiştir (HR 7.47,  $p = 0.051$ ). Cinsiyet, VKİ ve sigara kullanımı biyolojik tedavi başlanması ile anlamlı ilişki göstermemiştir.

**Sonuç:** HS'de tedavi seyri hem hastalık özellikleri hem de sağlık sistemine erişim ile ilişkili faktörlerden etkilenmektedir. Bu çalışmada perianal tutulum, biyolojik tedaviye daha erken geçiş ile güçlü şekilde ilişkili bulunmuştur. Buna karşılık tanının gecikmesinin, ileri ve etkin tedavilere geç başlanması ile ilişkili olduğu görülmüştür. HS'nin erken tanınması ve uygun merkezlere zamanında yönlendirilmesi, etkili tedavilerin daha erken başlanmasını sağlayabilecektir.

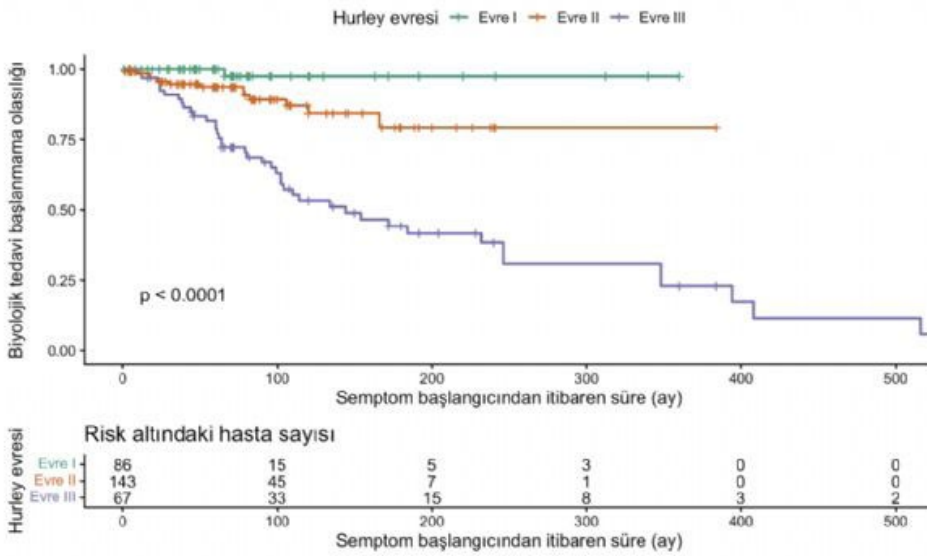
**Anahtar Kelimeler:** biyolojik tedavi, hidradenitis suppurativa, perianal tutulum, tanısal gecikme, tedaviye geçiş

şekil 1



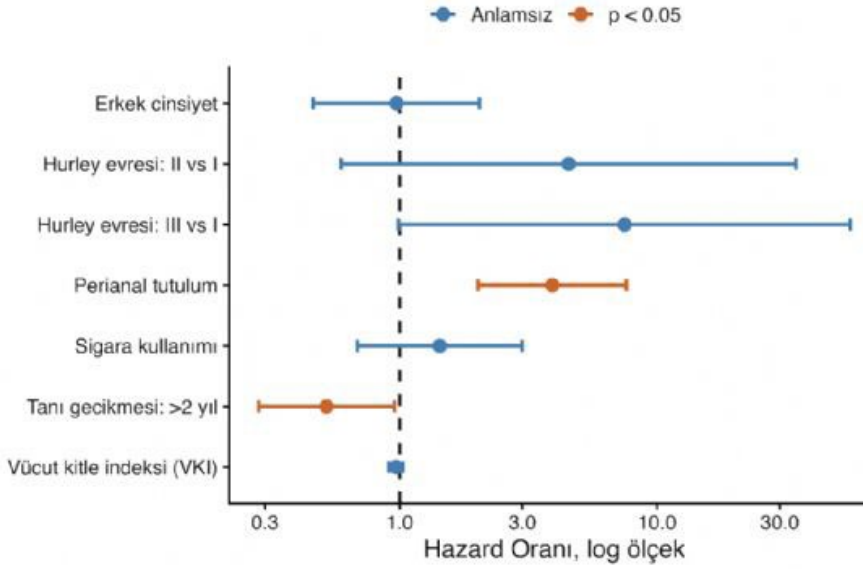
Hurley evresine göre sınıflandırılmış sistemik tedaviye başlama süresini gösteren Kaplan–Meier eğrileri.

Şekil 2



Hurley evresine göre biyolojik tedaviye başlama süresi

Şekil 3



*Biyolojik tedaviye başlama zamanını etkileyen faktörler*

Tablo 1

Değişken	Değer
Hasta sayısı	297
Yaş, ortalama ± SS	37.1 ± 12.8
VKİ, medyan (IQR)	28.1 (5.8)
Erkek cinsiyet, n (%)	188 (%63.3)
Semptom başlangıç yaşı, ortalama ± SS	29.0 ± 11.8
Tanı yaşı, ortalama ± SS	32.1 ± 12.0
Tanısal gecikme (ay), ortalama ± SS	36.8 ± 46.7
Hurley evre II, n (%)	86 (%29.0)
Hurley evre II, n (%)	143 (%48.1)
Hurley evre III, n (%)	68 (%22.9)
Aksiller tutulum, n (%)	177 (%59.6)
İnguinal tutulum, n (%)	181 (%60.9)
Perianal tutulum, n (%)	71 (%23.9)
Sigara kullanımı (+), n (%)	177 (%59.6)
Aile öyküsü (+), n (%)	59 (%19.9)
Biyolojik tedavi, n (%)	56 (%18.9)

*Hastaların demografik ve klinik özellikleri*



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

SB-17

## Hidradenitis Süpürativada TyG İndeksi Bağımsız Bir Risk Faktörü müdür? TyG, TyG–BMI ve NLR Analizi

Elif Kaya, Hanife Karataş, Fatma Efsun Tanaçan, Selda Pelin Kartal  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi

**Amaç:** Hidradenitis süpürativa (HS), kronik, tekrarlayıcı seyirli ve sistemik inflamasyon ile karakterize bir deri hastalığı olup obezite, insülin direnci ve metabolik sendrom ile yakından ilişkilidir. Son yıllarda trigliserid-glukoz (TyG) indeksi ve TyG–BMI indeksi insülin direncinin pratik ve güvenilir surrogate belirteçleri olarak önerilmektedir. Bununla birlikte bu indekslerin HS'deki rolü ve özellikle hastalık şiddeti ile ilişkisi net olarak ortaya konmamıştır. Bu çalışmada HS hastalarında TyG, TyG–BMI ve nötrofil/lenfosit oranı (NLR) düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu parametrelerin hem hastalık varlığı hem de hastalık şiddeti ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:** Kesitsel tasarımı bu çalışmaya 121 HS hastası ve 96 sağlıklı kontrol dahil edildi. Demografik veriler ve laboratuvar parametreleri retrospektif olarak değerlendirildi. Vücut kitle indeksi (BMI) boy ve kilo ölçümlerinden hesaplandı. TyG indeksi  $\ln[(\text{trigliserid} \times \text{açlık plazma glukozu})/2]$  formülü ile hesaplandı ve TyG–BMI indeksi TyG ile BMI çarpımı olarak elde edildi. Nötrofil/lenfosit oranı (NLR) sistemik inflamasyon belirteci olarak kullanıldı. Hastalık şiddeti Hurley evrelemesi ve Uluslararası Hidradenitis Süpürativa Şiddet Skorlama Sistemi (IHS4) ile değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalar uygun parametrik ve non-parametrik testlerle yapıldı. Hastalık riskini etkileyen faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Tanısal performans ROC eğrisi analizi ile incelendi.

**Bulgular:** HS hastalarında BMI kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu ( $29.36 \pm 5.45$  vs  $23.24 \pm 3.01$ ,  $p < 0.001$ ). TyG indeksi ( $8.75 \pm 0.60$  vs  $8.51 \pm 0.52$ ,  $p = 0.007$ ), TyG–BMI indeksi ( $257.71 \pm 55.85$  vs  $197.87 \pm 28.45$ ,  $p < 0.001$ ) ve NLR ( $2.08 \pm 0.97$  vs  $1.79 \pm 0.77$ ,  $p = 0.016$ ) HS grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Ayrıca trigliserid, nötrofil ve lenfosit değerleri de hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p < 0.05$ ). Lojistik regresyon analizinde TyG (OR=2.149,  $p = 0.003$ ), NLR (OR=1.914,  $p = 0.004$ ) ve BMI (OR=1.490,  $p < 0.001$ ) HS varlığı için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi. ROC analizinde TyG için AUC=0.607 ( $p = 0.007$ ), NLR için AUC=0.595 ( $p = 0.016$ ) bulundu. Hastalık şiddeti ile TyG, TyG–BMI ve NLR arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Buna karşılık inflamatuvar belirteçlerin hastalık şiddeti ile daha ilişkili olduğu gözlemlendi.

**Sonuç:** HS hastalarında TyG, TyG–BMI ve NLR değerleri sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak artmıştır. TyG indeksi hastalık varlığı için bağımsız bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Ancak bu metabolik indekslerin hastalık şiddetini yansıtmadığı görülmektedir. Bulgular, HS patogenezinde metabolik disfonksiyonun önemli bir rol oynadığını, ancak hastalık şiddetinin daha çok inflamatuvar süreçler tarafından belirlendiğini düşündürmektedir. Bu nedenle HS hastalarında metabolik risk faktörlerinin değerlendirilmesi klinik yaklaşımda önemli olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hidradenitis süpürativa, TyG indeksi, TyG–BMI, insülin direnci, NLR



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

**Tablo 1. Gruplar ile nitel özelliklerin ilişkilerinin incelenmesi**

Değişken	Hasta (n=121)	Kontrol (n=96)	İstatistiksel analiz* Olasılık
Cinsiyet			
Kadın	30	58	$\chi^2=28,178$
Erkek	91	38	$p<0,001$
BKİ kategorisi			
Zayıf (<18,5 kg/m <sup>2</sup> )	-	5	$\chi^2=68,868$
Normal (18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	26	61	$p<0,001$
Fazla kilolu (25,0 – 29,9 kg/m <sup>2</sup> )	47	30	
Obez ( $\geq 30,0$ kg/m <sup>2</sup> )	48	-	

İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- $\chi^2$ ” çapraz tabloları kullanılmıştır.

**Tablo 2. Gruplara göre biyokimyasal bulguların karşılaştırılması**

Değişken	Hasta (n=121)	Kontrol (n=96)	İstatistiksel analiz* Olasılık
Trigliserid	148,70 $\pm$ 74,77	128,60 $\pm$ 66,91	Z=-2,432 $p=0,015$
Glukoz	98,98 $\pm$ 37,82	88,48 $\pm$ 11,45	Z=-1,233 $p=0,218$
Nötrofil	5,73 $\pm$ 1,75	4,01 $\pm$ 1,21	t=8,203 $p<0,001$
Lenfosit	3,03 $\pm$ 0,92	2,39 $\pm$ 0,63	Z=-5,532 $p<0,001$
NLR	2,08 $\pm$ 0,97	1,79 $\pm$ 0,77	Z=-2,407 $p=0,016$
TyG	8,75 $\pm$ 0,60	8,51 $\pm$ 0,52	Z=-2,697 $p=0,007$
TyG – BMI	257,71 $\pm$ 55,85	197,87 $\pm$ 28,45	Z=-8,829 $p<0,001$

\*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Gruplara göre trigliserid, nötrofil, lenfosit, NLR, TyG ve TyG – BMI değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Hasta grubundakilerin trigliserid, nötrofil, lenfosit, NLR, TyG ve TyG – BMI değerleri, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

**Tablo 3. Hastalık riski baz alınarak kurulan Lojistik Regresyon modeli**

Değişken	B	S.H.	Wald	sd	p	OR	95% Güven Aralığı (OR) Alt	95% Güven Aralığı (OR) Üst
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	0,399	0,058	47,248	1	<0,001	1,490	1,330	1,669
NLR	0,649	0,228	8,104	1	0,004	1,914	1,224	2,992
TyG	0,765	0,261	8,620	1	0,003	2,149	1,290	3,581
Sabit	-16,569	3,440	23,196	1	<0,001	0,001		

Hastalık riski baz alınarak tek değişkenli analizde anlamlı bulunan tüm değişkenlerle yapılan Lojistik regresyon analizi (Backward:LR modeli) sonucunda; optimal model tabloda verilmiştir. BKİ (kg/m<sup>2</sup>) değerlerinin, hastalık riskini etkileyen önemli bir parametre olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). BKİ (kg/m<sup>2</sup>) değeri 1 birim arttığında, hastalık riski %49,0 artacaktır (OR=1,490). NLR değerlerinin, hastalık riskini etkileyen önemli bir parametre olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). NLR değeri 1 birim arttığında, hastalık riski %91,4 artacaktır (OR=1,914). TyG değerlerinin, hastalık riskini etkileyen önemli bir parametre olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). TyG değeri 1 birim arttığında, hastalık riski 2,149 kat artacaktır (OR=2,149).



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON *Sempozyumu 2026*

**23 - 26 Nisan 2026** | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

## POSTER BİLDİRİLER



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

PS-02

## Psoriasis Hastalarında Zonulin Düzeylerinin Klinik Özelliklerle İlişkisi

Hiranur Çağlayan Kaya<sup>1</sup>, Gülhan Aksoy Saraç<sup>2</sup>, Andaç Uzdoğan<sup>3</sup>, Selma Emre<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>4</sup>Ufuk Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Psoriasis, dünya nüfusunun yaklaşık %2'sini etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bağırsak mikrobiyotasındaki bozulmalar ve artmış bağırsak geçirgenliği, düşük dereceli sistemik inflamasyonu tetikleyerek psoriasis patogenezine katkıda bulunabilir. Zonulin, sıkı bağlantıların fizyolojik düzenleyicisi olup bağırsak bariyer bütünlüğünün önemli bir belirteçidir. Bu çalışmada psoriasis hastalarında serum zonulin düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu prospektif, kesitsel vaka-kontrol çalışmasına 18–75 yaş arası 51 psoriasis hastası ve 51 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Son 3 ayda sistemik tedavi, antibiyotik, probiyotik/prebiyotik kullanımı olanlar ve kronik sistemik hastalığı bulunanlar dışlandı. Zonulin düzeyleri ölçüldü. Verilerin analizi SPSS ile yapıldı; normal dağılım Kolmogorov–Smirnov testiyle değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi, cinsiyet karşılaştırmalarında Ki-kare testi kullanıldı.  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 53 psoriasis hastası ve 53 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Psoriasis grubunda serum zonulin düzeyleri kontrollere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ( $37.28 \pm 3.52$  ng/mL vs.  $34.53 \pm 7.22$  ng/mL,  $p=0.015$ ). Her iki grupta da kadınlarda zonulin düzeyleri erkeklerden yüksek saptanmıştır (psoriasis:  $39.24 \pm 1.98$  vs.  $35.09 \pm 3.50$  ng/mL; kontrol:  $37.32 \pm 3.20$  vs.  $31.63 \pm 8.90$  ng/mL). Genital tutulum gösteren hastalarda zonulin düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ( $38.55 \pm 2.67$  vs.  $36.68 \pm 3.74$  ng/mL,  $p=0.044$ ). Zonulin ile PASI ve NAPSİ skorları arasında anlamlı korelasyon izlenmemiştir.

**Sonuç:** Psoriasis hastalarında serum zonulin düzeylerinin artmış olması, bağırsak bariyer fonksiyon bozukluğunun hastalık patogenezinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Cinsiyet farkı ve genital tutulum ile ilişkili yükseklik, bağırsak geçirgenliğinin belirli fenotiplerde daha belirgin olabileceğine işaret etmektedir. Zonulin düzeyleri hastalık şiddetiyle ilişkili bulunmamıştır; ancak bağırsak bariyeri hedefli tedavilerin gelecekteki çalışmalarda araştırılabileceği değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Psoriasis, Zonulin, Bağırsak Bariyeri, Hastalık Şiddeti

### Psoriasis ve Kontrol Grubunun Demografik ve Biyokimyasal Özellikleri

Değişken	Kontrol (n=53)	Hasta (n=53)	p değeri
Yaş (yıl)	$35.64 \pm 8.51$	$39.25 \pm 13.94$	0.044
Zonulin (ng/mL)	$34.53 \pm 7.22$	$37.28 \pm 3.52$	0.015
Cinsiyet			0.846
Kadın (n, %)	28 (52.8%)	27 (50.9%)	
Erkek (n, %)	25 (47.2%)	26 (49.1%)	

## PS-05

### Astaksantin'in Miyeloid Farklılaşma Faktörü 2 (MD2) ile Etkileşiminin Moleküler Dinamik Simülasyonlarla İncelenmesi

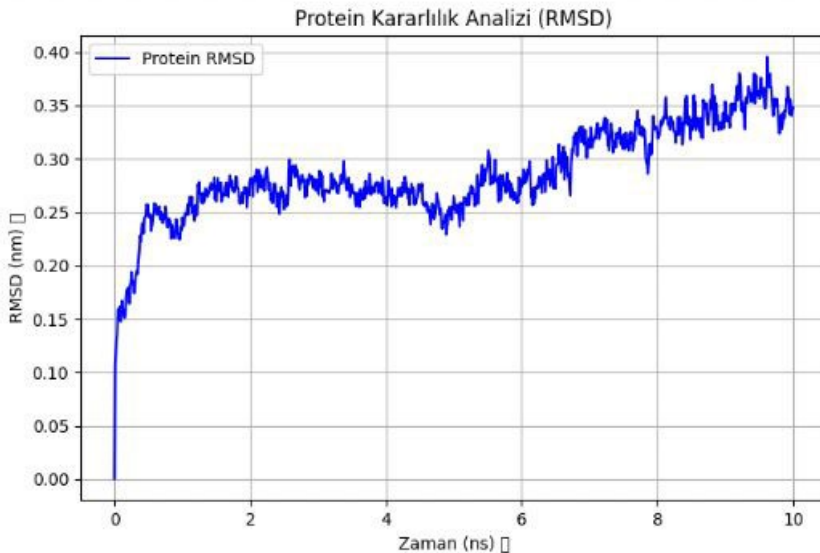
Mahir Dığış, Kısmet Kaya, Betül Demir

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Elazığ

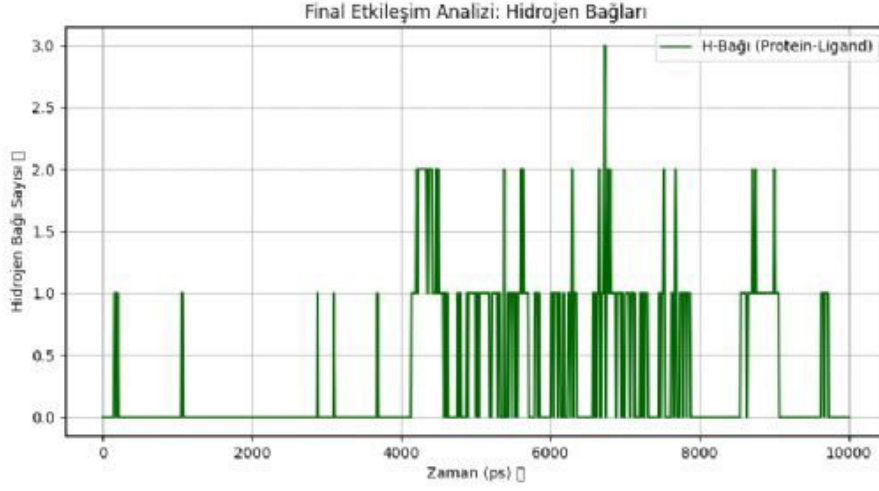
Bu çalışmanın amacı, güçlü bir antioksidan olan Astaksantin'in, pro-inflamatuar sinyal yollarında kilit rol oynayan Miyeloid Farklılaşma Faktörü 2 (MD2) proteini ile olan etkileşim mekanizmasını moleküler düzeyde aydınlatmaktır. Bu amaçla, GROMACS yazılımı ve AMBER99SB-ILDN kuvvet alanı kullanılarak Astaksantin-MD2 kompleksi için 10 nanosaniye (ns) süresince moleküler dinamik (MD) simülasyonu gerçekleştirilmiştir. Simülasyon yörüngesi üzerinden Kök Ortalama Kare Sapma (RMSD), moleküller arası mesafeler, hidrojen bağı (H-bağı) sayısı ve bağlanma enerjileri gibi metrikler analiz edilmiştir. Bulgular, proteinin genel katlanmasını koruduğunu ancak yapısal bir denge arayışında olduğunu göstermiştir (ortalama protein RMSD:  $0.286 \pm 0.043$  nm). Buna karşın, Astaksantin molekülünün kendi iç konformasyonunun daha kararlı kaldığı (ortalama ligand RMSD:  $0.224 \pm 0.061$  nm) tespit edilmiştir (Tablo 1). Protein ve ligand atomları arasındaki minimum mesafenin simülasyon boyunca sürekli olarak 0.35 nm altında kalması (ortalama:  $0.211 \pm 0.021$  nm), iki molekül arasında kesintisiz ve çok yakın bir temas olduğunu kanıtlamıştır (Tablo 2). Etkileşim analizleri, bağlanmanın spesifik hidrojen bağlarından (ortalama sayı: 0.32) ziyade, baskın olarak çok güçlü elektrostatik çekim kuvvetleri (Coulomb enerjisi:  $-723,183$  kJ/mol) tarafından yönlendirildiğini ortaya koymuştur (Tablo 3). Sonuç olarak, bu simülasyon çalışması, Astaksantin'in MD2 proteini yüzeyine güçlü elektrostatik kuvvetlerle ve sürekli temas halinde bağlandığını ortaya koymuştur. Bu bağlanma profili, Astaksantin'in, MD2'nin doğal ligandı olan lipopolisakkaritlerin (LPS) bağlanmasını sterik olarak engelleyerek veya MD2-TLR4 kompleksinin oluşumunu allosterik olarak modüle ederek anti-inflamatuar etki gösterebileceğine dair güçlü bir moleküler kanıt sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** astaksantin, moleküler dinamik simülasyon, psoriasis

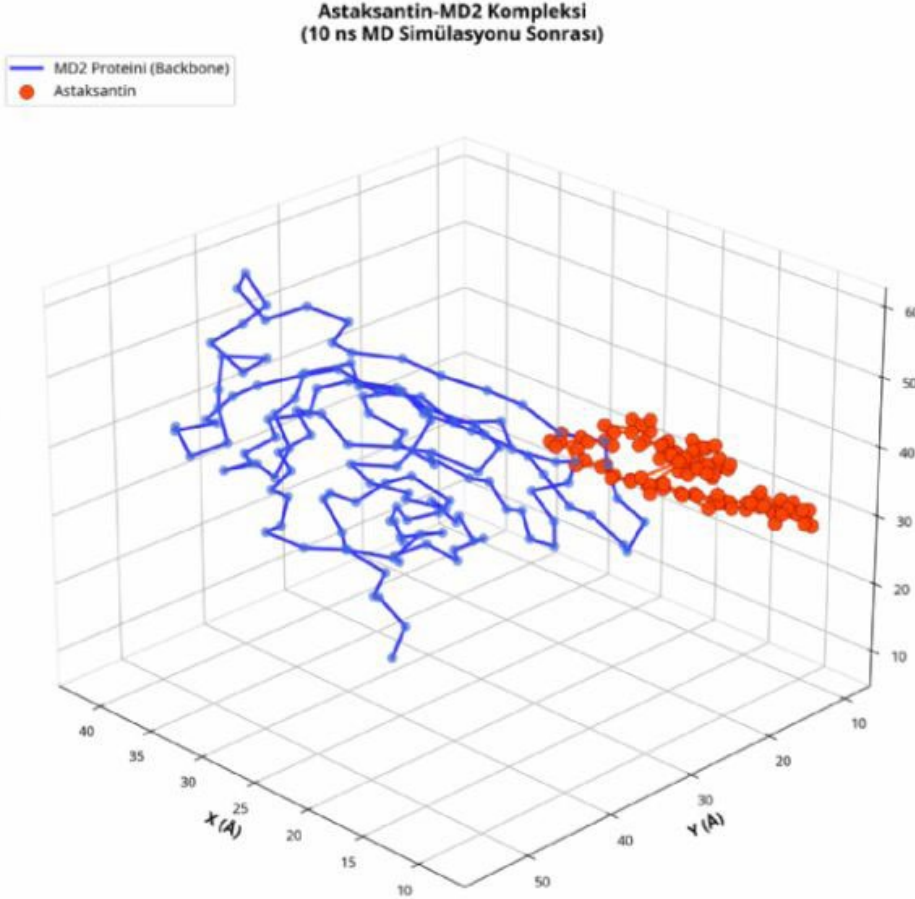
## resim 1



resim 2



resim 3





# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON

## Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

### Bağlanma Enerjileri Analizi

Enerji Türü	Ortalama Değer (kJ/mol)
Coulomb (Elektrostatik)	-723,183
Van der Waals (VdW)	+103,995
Toplam Etkileşim	-619,188

### Etkileşim Mesafeleri ve Hidrojen Bağı Analizi

Analiz Parametresi	Ortalama Değer ( $\pm$ Std)	Minimum	Maksimum
Kütle Merkezi Mesafesi	2.462 $\pm$ 0.143 nm	2.173 nm	3.025 nm
Minimum Mesafe	0.211 $\pm$ 0.021 nm	0.154 nm	0.280 nm
H-Bağı Sayısı	0.32 $\pm$ 0.55	0	3

### Yapısal Kararlılık Analizi (RMSD)

Analiz Parametresi	Ortalama Değer ( $\pm$ Std)	Minimum	Maksimum
Protein RMSD	0.286 $\pm$ 0.043 nm	0.001 nm	0.396 nm
Ligand RMSD	0.224 $\pm$ 0.061 nm	0.001 nm	0.428 nm



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 İNG Phaselis Bay Kemer, Antalya

PS-06

## Tedavisi Zor Tutulum Alanlarında Psoriasis Yönetimi: Metotreksat ve Biyolojik Tedavilerin Retrospektif Karşılaştırması

Faysal Keskin, Arzu Ferhatosmanoğlu, Leyla Baykal Selçuk, İbrahim Etem Arıca, Deniz Aksu Arıca  
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Trabzon

**Amaç:** Psoriasis, saçlı deri, tırnak, genital bölge ve palmoplantar alan gibi tedavisi zor alanları (TZA) sıklıkla tutmakta ve bu durum yaşam kalitesinde orantısız derecede bozulmaya yol açmaktadır. Biyolojik ajanlar yüksek etkinlik göstermiş olsa da, TZA tutulumunda metotreksat ile doğrudan karşılaştırmalı veriler sınırlıdır. Bu çalışmada tedavisi zor alan tutulumu olan psoriasisli hastalarda metotreksat ve biyolojik tedavilerin etkinliğini, klinik sonuçlar ve yaşam kalitesindeki iyileşme açısından karşılaştırmayı amaçladık.

**Metod:** Ekim 2023–Ekim 2024 tarihleri arasında en az bir TZA tutulumu bulunan ve en az bir ay süreyle metotreksat veya bir biyolojik ajan (sekukinumab, iksekizumab, risankizumab veya guselkumab) ile tedavi edilen 267 psoriasis vulgaris hastasının tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastalık aktivitesi başlangıçta ve 4., 12. ve 24. haftalarda Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI), Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ), Tırnak Psoriasis Şiddet İndeksi (NAPSI) ve Doktor Global Değerlendirmesi (DGD) kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** En sık etkilenen bölgeler saçlı deri (%76,8) ve tırnaklar (%50,9) olup, çoğu olguda birden fazla bölgenin eş zamanlı tutulumu mevcuttu. Tırnak ve genital tutulum erkek hastalarda anlamlı derecede daha sık görülürken, palmoplantar psoriasis sigara kullanımı ile ilişkiliydi. Dördüncü haftada sekukinumab ve iksekizumab, metotreksata kıyasla anlamlı derecede daha yüksek PASI ve DYKİ yanıtları sağlarken, risankizumab ve guselkumab benzer sonuçlar gösterdi. On ikinci haftada sekukinumab, iksekizumab ve risankizumab, metotreksata kıyasla üstün PASI75–100 ve DYKİ yanıtlarına ulaştı. Yirmi dördüncü haftada ise sekukinumab, iksekizumab ve risankizumab PASI90/100 yanıtlarında metotreksattan tutarlı biçimde daha üstün bulunurken, tırnak ve saçlı deri temizlenmesinde yalnızca sekukinumab anlamlı üstünlük gösterdi.

**Sonuç:** Tedavisi zor alanları tutan psoriasis, sıklıkla çoklu bölge tutulumu ve belirgin yaşam kalitesi kaybı ile seyreden ciddi bir klinik yük oluşturmaktadır. Biyolojik tedaviler, özellikle IL-17 inhibitörleri, metotreksata kıyasla daha hızlı ve kalıcı klinik ve yaşam kalitesi iyileşmeleri sağlamıştır. Bununla birlikte metotreksat, orta düzey etkinliğe sahip ve maliyet-etkin bir tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir. Tedavisi zor bölgelere odaklanan prospektif, doğrudan karşılaştırmalı çalışmaların tedavi stratejilerinin optimize edilmesi açısından gerekli olduğu düşünülmektedir

**Anahtar Kelimeler:** Biyolojik tedaviler, Metotreksat, Psoriasis, Yaşam Kalitesi



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

PS-08

## Piyoderma Gangrenozum ve Hidradenitis Suppurativa Birlikteliği: PASH Sendromu Olgu Sunumu

Elif Kıntış Ozar<sup>1</sup>, Şebnem Öner Arıkan<sup>1</sup>, Melis Gönülal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

PASH sendromu piyoderma gangrenozum, akne ve hidradenitis suppurativa birlikteliği ile karakterize nadir, otoinflamatuar bir sendromdur. Piyojenik artrit bulunmaması ile PAPA sendromundan, spondiloartrit bulunmaması ile PAPASH sendromundan ayrılır. Klinik olarak, şiddetli derin ülseratif lezyonlarla; hidradenitis suppurativa özellikle intertriginöz alanlarda sinüs ve skar oluşturan nodüller ile; akne ise yüz ve gövde tutulumları ile seyredir. Patogenezde doğal immün sistem aktivasyonu, özellikle IL-1beta ve TNF-alfa eksenini üzerinden gelişen artmış inflamatuvar yanıt ve nötrofil disfonksiyonu temel rol oynamaktadır. Tedavide sistemik kortikosteroidler ve immunsupresif ajanlar kullanılabilir. Refrakter olgularda en sık anti-TNF ajanlar (adalimumab, infliksimab) olmak üzere biyolojik ajanlar ve IVIG tercih edilebilir. Erken tedavi, morbiditeyi azaltmada kritik öneme sahiptir. Bilinen herhangi bir iç hastalığı olmayan 60 yaşında erkek hasta, üç yıldır var olan sol arka bacak ve glutealde ağrılı, akıntılı yaralar şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede sol posterior femoral ve gluteal yerleşimli yaklaşık 12x6 cm boyutlarında düzensiz sınırlı, eritemli-viyolase zeminde, merkezinde granülasyon dokusu içeren ülseratif plak izlenmekteydi. Lezyon sınırlarının yer yer düzensiz, hafif elevasyon göstermesi, çevre dokuda postinflamatuar hiperpigmentasyon alanları ve fibrotik skar alanları dikkat çekmekteydi. Dış merkezde alınan biyopsi sonucu piyoderma gangrenozum olarak sonuçlanan hasta kliniğimize başvurduğunda metilprednizolon 64 mg/gün ve azatiyopürin 200 mg/gün kullanılmaktaydı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde hidradenitis suppurativanın da var olduğu saptandı. Hastanın hematolojik ve romatolojik kontrollerinde ek bulgu saptanmadı. Hastanın lezyonlarının devam etmesi üzerine mevcut tedaviye IVIG ve adalimumab eklendi. Dördüncü ayın sonunda hastanın kliniğinde belirgin iyileşme ve lezyonlarda regresyon izlendi. Hasta metilprednizolon 8 mg/gün, azatiyopürin 150 mg/gün, IVIG, adalimumab tedavisine devam etmektedir. Hasta aylık poliklinik kontrolleri ile izlenmektedir. PASH sendromu, nadir görülmesi ve heterojen klinik seyri nedeniyle tanı ve tedavi açısından zorluk oluşturmaktadır. Literatürde piyoderma gangrenozum ve hidradenitis suppurativa birlikteliğinin genellikle daha agresif ve tedaviye dirençli seyrettiği bildirilmektedir. IL-1 eksenini ve nötrofil aracılı inflamasyonun rolü nedeniyle tedavide hedefe yönelik biyolojik ajanlar ön plana çıkmaktadır. IVIG ise dirençli olgularda adjuvan seçenek olarak bildirilmiştir. Sunulan olgu, kombine biyolojik ve IVIG tedavisi ile elde edilen klinik yanıt açısından literatüre katkı sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** PASH Sendromu, Piyoderma Gangrenozum, Hidradenitis Suppurativa

**Resim 1**



*Sol posterior femoral ve gluteal yerleşimli düzensiz sınırlı, eritemli seminde granülasyon dokusu içeren ülseratif plak.*

**Resim 2**



*Sol posterior femoral ve gluteal bölgede atrofik değişiklikler ve postinflamatuar hiperpigmentasyon alanları*

**Resim 3**



*Sol posterior femoral ve gluteal bölgede atrofik değişiklikler ve postinflamatuar hiperpigmentasyon alanları*



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

PS-12

## Upadacitinib ile hızlı yanıt alınan pediatrik bir alopesi areata olgusu

Ali Osman Metintaş

Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ağrı

**Amaç:** Pediatrik alopesi areata tedavisinde dirençli olguların yönetimi zorlayıcı olabilmektedir. Yeni nesil Janus kinaz (JAK) inhibitörleri bu alanda umut vadeden tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Bu bildiri, konvansiyonel sistemik tedavilere yanıt vermeyen, ancak upadacitinib tedavisi ile hızlı ve belirgin klinik yanıt elde edilen pediatrik bir alopesi areata olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bilinen ek hastalık öyküsü olmayan 10 yaşında kız hasta, yaygın saç dökülmesi şikâyeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenede oksipital ve temporoparyetal bölgelerde ofazis paterninin de eşlik ettiği yaygın alopesi alanları mevcuttu. Saç çekme testi pozitif ve başlangıç Alopesi Areata Şiddet Skoru (Severity of Alopecia Tool - SALT) yaklaşık %55 olarak hesaplandı. Hastaya hastalık aktivitesi nedeniyle sırasıyla 2 ay oral metilprednizolon (0.5 mg/kg/gün ve doz düşümü), 3 ay siklosporin (3 mg/kg/gün), 1 ay barisitininib (2 mg/gün) tedavileri uygulandı. Sistemik steroid tedavisi sırasında hastalık aktivitesi kontrol altına alınamadı. Siklosporin tedavisi sırasında belirgin hipertrikoz gelişti ve doz azaltımında nöks izlendi. Ardından başlanan barisitininib tedavisinin birinci ayında kaşlarda dökülme gelişti ve saçlı deride hastalık aktivitesinin devam ettiği izlendi (SALT ≈%50). Ayrıca ilacın ülkemizdeki geri ödeme koşulları ve hastanın maddi yetersizliği nedeniyle tedavi planı yeniden değerlendirildi.

**Bulgular:** Endikasyon dışı kullanım onayı alınarak hastaya 15 mg/gün dozunda upadacitinib tedavisi başlandı (Resim 1- Başlangıç SALT ≈%50). Upadacitinib tedavisinin henüz ikinci ayında SALT skoru %10 olarak hesaplandı ve kaşlarda tam yanıt gözlemlendi (Resim 2). Üçüncü ay kontrolünde hastanın tedavi yanıtının devam ettiği saptandı. Tedavi süresince yapılan düzenli klinik ve laboratuvar takiplerinde, hastanın 12 yaşın altında olmasına rağmen biyokimyasal parametrelerinde anlamlı bir bozulma veya klinik yan etki izlenmedi. Hasta halen upadacitinib tedavisi altında takip edilmektedir.

**Sonuç:** Upadacitinib, sistemik kortikosteroidler, immünsüpresifler ve diğer JAK inhibitörlerine direnç gösteren şiddetli pediatrik alopesi areata olgularında hızlı ve yüksek oranda klinik yanıt sağlayan, potansiyel bir alternatif tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. Pediatrik yaş grubunda uzun dönem etkinlik ve güvenilirlik profili için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

### Kaynaklar:

1. Tao, K., Miao, Y., Hu, R., Lin, J. M., Sheng, Y., Zhao, J., Zhou, L., Qi, S., Lin, J., & Wu, W. (2025). Upadacitinib for the treatment of refractory alopecia areata in pediatric patients: A retrospective study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, S0190-9622(25)03286-4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2025.11.073>
2. Yu, D., & Ren, Y. (2023). Upadacitinib for Successful Treatment of Alopecia Universalis in a Child: A Case Report and Literature Review. *Acta dermato-venereologica*, 103, adv5578. <https://doi.org/10.2340/actadv.v103.5578>
3. Ha, G. U., Kim, J. H., & Jang, Y. H. (2024). Improvement of severe alopecia areata in an adolescent patient on upadacitinib. *Pediatric dermatology*, 41(2), 356–358. <https://doi.org/10.1111/pde.15504>
4. Bourkas, A. N., & Sibbald, C. (2022). Upadacitinib for the treatment of alopecia areata and severe atopic dermatitis in a paediatric patient: A case report. *SAGE open medical case reports*, 10, 2050313X221138452. <https://doi.org/10.1177/2050313X221138452>

**Anahtar Kelimeler:** Alopesi areata, Janus kinaz inhibitörü, Pediatrik alopesi areata, Upadacitinib

Resim 1



Resim 2





# PSORIASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

PS-13

## Püstüler Lezyonlarla Seyreden Varisella: Adalimumab Tedavisi Alan Psöriatik Artritli Bir Olgu

Gözde Ulutaş Demirbaş<sup>1</sup>, Abdullah Dermirbaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kocaeli

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

**Giriş:** Varicella, Varicella Zoster Virus enfeksiyonuna bağlı gelişen akut viral bir hastalıktır ve tipik olarak makül, papül, vezikül ve krut evrelerinin birlikte görüldüğü polimorfik döküntüler ile karakterizedir. İmmünsüpresif tedavi alan hastalarda enfeksiyon daha ağır veya atipik klinik bulgularla seyredebilir. Özellikle anti-TNF ajanlar enfeksiyonlara yatkınlığı artırabilmektedir. Bu çalışmada psöriatik artrit nedeniyle adalimumab tedavisi alan bir hastada gelişen püstüler dominant varisella olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** Psöriatik artrit tanısı ile uzun süredir adalimumab tedavisi alan 37 yaşında erkek hasta, üç gündür devam eden ateş, halsizlik ve yaygın kaşıntılı döküntü şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenede yüz, saçlı deri ve gövde de eritemli zemin üzerinde çok sayıda püstüler lezyonlar izlendi. Hastanın öyküsünde yakın zamanda benzer döküntüsü olan bir kişi ile temas mevcuttu. Klinik değerlendirme sonucunda atipik seyirli varisella düşünüldü. Hastaya sistemik antiviral tedavi olarak asiklovir başlandı ve biyolojik tedavisi geçici olarak kesildi. Tedavi sonrası lezyonlarda gerileme gözlemlendi.

**Tartışma:** İmmünsüpresif tedavi alan hastalarda varisella daha ağır seyredebilir ve atipik dermatolojik bulgularla prezente olabilir. Anti-TNF ajanlar özellikle viral enfeksiyonlara duyarlılığı artırabilmektedir. Püstüler döküntü ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda impetigo, püstüler psoriasis ve diğer enfeksiyöz dermatozlar düşünülmelidir. Ancak immün-modülatör tedavi alan hastalarda varisella da akılda tutulmalıdır.

**Sonuç:** İmmünsüpresif tedavi alan hastalarda varisella atipik ve püstüler lezyonlarla seyredebilir. Anti-TNF tedavisi alan hastalarda gelişen püstüler döküntülerde varisella ayırıcı tanıda düşünülmeli ve erken antiviral tedavi başlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Varisella, Püstüler Erüpsiyon, Atipik Prezantasyon

## Klinik fotoğraflar



## Klinik fotoğraflar





# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

PS-15

## Nadir bir olgu: multisentrik retikülohistiyositoz ve psoriatik artrit birlikteliği

Burcu Aydemir Demirci<sup>1</sup>, Ali Osman Metintaş<sup>2</sup>, Volkan Yılmaz<sup>3</sup>, Çetin Karagülle<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Zonguldak

<sup>2</sup>Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği Ağrı

<sup>3</sup>Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Zonguldak

<sup>4</sup>Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Zonguldak

**Giriş-Amaç:** Multisentrik retikülohistiyositoz (MRH), ön planda eklem ve deri bulgularıyla seyreden, nadir görülen bir langerhans hücreli dışı histiyositoz tipidir. Bu olgumuzda nadir görülen MRH'nin psoriatik artrit (PSA) ile birlikteliğini literatüre katkı açısından paylaşmak istedik.

**Olgu:** 29 yaşında kadın hasta, birkaç yıldır romatoid artrit (RA) tanısıyla romatoloji bölümünde takipte iken yeni gelişen her iki el parmakları küçük kabarcıklar nedeniyle kliniğimize ilaç yan etkisi açısından yönlendirildi. Lezyonların birkaç ay önce oluştuğunu ve sayıca hızlı artış gösterdiğini, dokunmakla hassasiyet dışında herhangi bir şikayetinin olmadığını ifade etti. Hastamız RA tanısıyla sertolizumab ve metotreksat tedavisi altındaydı. Son kontrollerinde romatoloji tarafından şikayetlerinin gerilememesine ek olarak klinik muayene ve görüntülemelerde proksimal ve distal interfalangeal eklem tutulumu ve aksiyal spondiloartropati saptanması üzerine RA tanısından uzaklaşarak PSA tanısı konuldu. Öz ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Dermatolojik fizik muayenede, her iki el parmaklarının dorsumunda ve proksimal tırnak kıvrımlarında tekil ve gruplaşmış kırmızımsı kahverengi papüller saptandı (Resim 1, Resim 2). El parmak lezyonunun dermoskopisinde, periferinde açık kahverengi renk değişimi bulunan iyi sınırlı bir yapı, beyaz septalar ile globüler damarlar görüldü. Hastamızın diğer fizik ve lenf nodu muayenelerinde bir özellik saptanmadı.

Laboratuvar incelemelerde; tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum lipid düzeyleri, C-reaktif protein, tiroid fonksiyon testleri, göğüs radyografisi normal sınırlardaydı. Anti-siklik sitriline peptit ve romatoid faktör pozitif. Cilt lezyonlarından; MRH, romatoid nötrofilik dermatit ön tanılarıyla 3 mm'lik bir punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede, dermal bağ dokusunda hiyalinizasyonda artış, yüzeysel dermiste lenfohistiyositik infiltrasyon ve dermiste retikülohistiyositik dev hücreler saptandı (Resim 3). Hastaya mevcut klinik ve histopatolojik bulgularla MRH tanısı konuldu.

Mevcut sertolizumab ve metotreksat tedavileri kesilerek, hastaya hidrosiklorokin 400 mg/gün ve upadacitinib tedavisi başlandı. Takiplerinde artraljinin belirgin olarak azaldığı ve lezyonların gerilediği gözlemlendi.

**Tartışma:** MRH, nadir görülen, başta eklem ve deri bulguları olmak üzere çoklu sistem tutulumuyla seyreden langerhans hücreli dışı histiyositoz tipidir. Genellikle 5.-6. dekatta ortaya çıkmakta ve kadınlarda daha sık izlenmektedir. Olgumuzun daha genç yaşta olması dikkat çekicidir ve genç yaş gruplarında da MRH akılda tutulmalıdır. Tipik deri lezyonları olan kırmızımsı kahverengi papülonodüller en sık el dorsalinde yerleşir.3 Periungual papüller mercan boncuk bulgusu olarak isimlendirilir ve özgün bir bulgudur. En sık eklem tutulum yeri ise parmak eklemleridir. Eklem ve deri bulguları eş zamanlı veya ardışık olarak çıkabilmektedir. Olgumuzda olduğu gibi özellikle eklem bulguları RA'yı taklit edebildiğinden, deri bulgularının geciktiği olgularda tanı gecikebilmektedir. Tanı, ulaşımı daha kolay olan deri lezyonlarından alınan biyopside dermiste histiosit ve multinükleer dev hücrelerin varlığının gösterilmesi ile konur. MRH olgularının yaklaşık üçte birine çeşitli otoimmün hastalıkların eşlik ettiği bildirilmiş olmakla birlikte PSA ile birlikteliği oldukça nadirdir. Erken tedavi, eklem harabiyetini önlemek adına hayatidir ancak nadir olması sebebiyle standart bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Literatürde tedavide sistemik steroid, hidrosiklorokin, metotreksat, siklofosomid, bifosfonatlar, TNF-alfa inhibitörleri, JAK inhibitörleri değişken başarı oranları ile kullanılmıştır. Olgumuzda da hidrosiklorokin ve upadacitinib ile iyi yanıt alınmıştır. Sonuç olarak, inflamatuvar artrit nedeniyle izlenen hastalarda gelişen papülonodüler deri lezyonlarında MRH tanısı akılda tutulmalı ve histopatolojik inceleme ile doğrulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** histiyositoz, multisentrik, psoriatik artrit

Resim 1



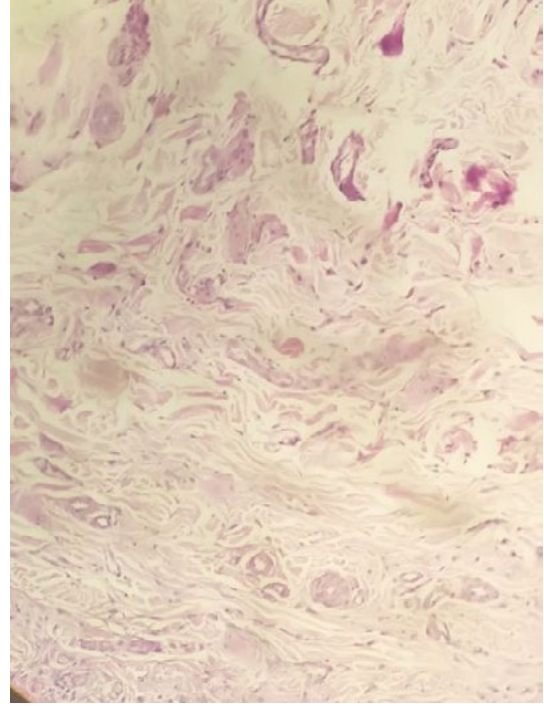
*El parmaklarında distalde simetrik kırmızı-kahverengi papüller*

Resim 2



*El tırnak kenarlarında grube papüller*

Resim 3



*Dermiste retikülöhistiyoitik dev hücreler*



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 I NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

PS-16

## Hidradenitis Süpürativa ve Sekonder Sistemik Amiloidoz Birlikteliği: Olgu Serisi

Yusuf Can Edek, Samed Şahin, Esra Adışen

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Hidradenitis süpürativa (HS) intertriginöz bölgelerde yerleşimli nodül, apse, fistül traktı ve skarlarla karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır. HS hastalarında uzun dönemde lokal, sistemik ve psikososyal birçok komplikasyon saptanabilmektedir. HS’de kronik inflamasyon ve dokularda serum amiloid A proteini birikmesine bağlı olarak sekonder sistemik amiloidoz gözlenebilmektedir. Nadiren ortaya çıkan bu sistemik komplikasyon hastalarda böbrek yetmezliğine neden olabilmesi açısından oldukça önemlidir.

Bu olgu serisinde kliniğimizde HS tanısı ile izlenen takiplerinde sekonder sistemik amiloidoz saptanan altı hastanın verisi sunulmaktadır. Bu yazıyla HS’nin nadir gözlenen kronik bir komplikasyonu olan amiloidoza dikkat çekip takiplerinde morbidite ve mortaliteyi arttıran bu komplikasyon açısından dikkatli olunması gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

Çalışmamızda kliniğimizde takiplerinde sekonder sistemik amiloidoz saptanan altı HS hastası değerlendirildi. Hastaların hepsi erkekti ve ortalama yaş  $58,5 \pm 8,43$  yıl olarak hesaplandı. Hastaların hepsinde sigara kullanım öyküsü mevcutken iki hasta obezdi. HS için ortalama takip süresi  $15,83 \pm 11,77$  yıl iken hastaların hepsinde HS tanısında gecikme mevcuttu. Hastaların lezyonlarının dağılımı değerlendirildiğinde gluteal yerleşim (n=4) en sık saptanırken, aksilla (n=2), inguinal bölge (n=1) ve gövde (n=1) yerleşimi olan hastalarda mevcuttu. Hastaların yarısı Hurley evre II’yken diğer yarısı Hurley evre III’tü. Hastalar fenotip açısından incelendiğinde hepsi inflamatuvar fenotip sergilemekteydi. Amiloidoz açısından hastaların hepsinde böbrek tutulumu bulunuyordu ve hastaların üçü son dönem böbrek yetmezliğine ilerlemişti. İki hastada gastrointestinal amiloidoz da eşlik etmekteydi. Hastaların amiloidoz tanıları histopatolojik olarak doğrulanmıştı.

Hastaların tedavi geçmişi analiz edildiğinde hepsinde topikal-sistemik antibiyotik, dördünde biyolojik ajan kullanım öyküsü bulunmaktaydı. Hastaların dördünde amiloidoz tanısı aldıktan sonra biyolojik ajan tedavisi uygulanmıştı. Uygulanan ajanlar adalimumab (n=3) ve infliksimab (n=1) idi.

Sekonder sistemik amiloidoz, amiloid A (AA) proteini olarak adlandırılan bir non-immunoglobulin proteinin dokularda birikmesiyle ortaya çıkan progresif bir hastalıktır. Kronik inflamasyon koşullarında, protein fibrilleri dokuların ekstraselüler matriksinde birikerek çevredeki hücrelerin mimarisi ve işleviyle etkileşime girer. IL-1 ve IL-6 gibi çeşitli proinflamatuvar sitokinlerin HS ve amiloidoz patogeneğinde ortak bir rol oynadığı bildirilmiştir. Uzun süreli ve şiddetli seyreden HS, serum AA düzeylerini yükselterek amiloidoza yol açabilir. Çalışmamızdaki hastaların ileri evre (Hurley evre II-III) ve uzun süreli hastalığa sahip olmaları, inflamatuvar fenotipte bulunmaları amiloidoz açısından risk faktörleriydi.

Literatürde böbrek ve gastrointestinal amiloidoz tutulumu olan HS vakaları bildirilmiştir. Nadiren ortaya çıkan bu sistemik komplikasyon hastalarda böbrek yetmezliğine neden olabilmesi açısından oldukça önemlidir. Çalışmamızda hastaların hepsinde böbrek tutulumu mevcutken gastrointestinal tutulumu olan hastalar da izlenmişti. HS hastalarında proteinüri ve inatçı diyare varlığında amiloidoz taraması yapmak oldukça önemlidir.

TNF- $\alpha$  inhibitörleri, amiloidozu olan HS hastalarının tedavisinde tercih edilen ajanlar olarak ön plana çıkmaktadır. Çalışmamızda da hastaların dördünde amiloidoz tanısı sonrası hem HS hem de amiloidoz yönetiminde etkili olabilen biyolojik ajan tedavisi TNF- $\alpha$  inhibitörü uygulanmıştı. Bu vaka serisiyle, HS’nin sadece bir deri hastalığı olmadığını, kronik inflamatuvar sürecin böbrek yetmezliği ile sonuçlanabilecek önemli bir mortalite ve morbidite nedeni sistemik amiloidoz ile ilişkili olabileceğini vurgulamaktayız. Hastalığın erken dönemde tanınması ve uygun bir şekilde tedavi edilmesi bu komplikasyonun önüne geçmede oldukça önemli bir basamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** hidradenitis süpürativa, amiloidoz, biyolojik ajan



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON Sempozyumu 2026

23 - 26 Nisan 2026 | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

PS-18

## Hidradenitis Süpürativa Zemininde Gelişen Skuamöz Hücreli Karsinom: Bir Olgu Serisi

Yusuf Can Edek, Samed Şahin, Esra Adışen

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Hidradenitis süpürativa (HS); kıvrım bölgelerinde yerleşimli nodül, apse, fistül traktı ve skarlarla karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Kompleks bir patogeneze sahip olan hastalığın yönetimi zorlayıcı olabilmekte ve kombine yaklaşımlar gerektirebilmektedir.

HS, bakteriyel enfeksiyon, erizipel, selülit, komşu anatomik yapılara fistülizasyon, striktür, lenfödem, osteomyelit ve skuamöz hücreli karsinom (SHK) gibi lokal; anemi, sekonder amiloidoz ve hipoproteinemi gibi sistemik birçok komplikasyonla ilişkilendirilmiştir. Hastalığın kronik seyri, geç tanı alması ve etkili tedavi uygulanmaması bu komplikasyonların görülme sıklığını arttırmaktadır. Hastalığın uygun yönetimi ve kontrol altında olması bu komplikasyonların önlenmesi için oldukça önemlidir. HS hastalarında kronik inflamasyon, bozulmuş hücresel immünite, immünsüpresif ajan kullanımı ve HPV varlığı malignite gelişimi açısından risk faktörü olmaktadır.

Bu çalışmada kliniğimizde HS tanısı ile takip edilen lezyonlarında SHK gelişimi tespit edilmiş olan beş hastanın verileri sunulmaktadır. Bu çalışma ile HS'nin nadir bir kronik komplikasyonu olan SHK açısından dikkatli olunması gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

Çalışmamızda kliniğimizde takiplerinde SHK saptanan beş HS hastası değerlendirildi. Hastaların dördü erkekti ve ortalama yaş  $61,6 \pm 6,91$  yıl olarak hesaplandı. Hastaların hepsinde sigara kullanım öyküsü mevcutken, bir hasta obezdi. Hastalığın başlangıç yaşı  $29,8 \pm 9,23$  yıldır. HS için ortalama takip süresi  $31,8 \pm 11,67$  yıl iken hastaların hepsinde HS tanısında gecikme mevcuttu. Hastaların lezyonlarının dağılımı değerlendirildiğinde gluteal yerleşim (n=5) en sık saptanırken, aksilla (n=2), inguinal bölge (n=1) yerleşimi olan hastalarda mevcuttu. Hastaların üçü Hurley evre III'ken ikisi Hurley evre II'ydi. Hastaların hepsinde gluteal lezyonlarında SHK gelişimi saptanmıştı. Bir hastada eşlik eden HPV pozitifliği bulunmaktaydı.

Tanı sonrası hastaların hepsine geniş eksizyon uygulanmıştı, taramalarda bir hastada lenf nodu tutulumu da izlenmiş olup hastaya kemoterapi uygulanmıştı.

Hastaların tedavi geçmişi analiz edildiğinde hepsinde topikal-sistemik antibiyotik, ikisinde biyolojik ajan (adalimumab) kullanım öyküsü bulunmaktaydı. SHK tanısı sonrası biyolojik ajan tedavileri kesilmişti.

Uzun süreli, dirençli HS lezyonlarında nadiren SHK gelişebilmektedir. HS sıklığı kadınlarda daha fazla olmasına rağmen SHK gelişme olasılığı erkeklerde daha fazladır. SHK genellikle HS başlangıcından 20-30 yıl sonra gelişmektedir. Çalışmamızda hastaların çoğunluğu literatürle uyumlu olarak erkekti ve ortalama takip süresi 31,8 yıldır.

Bu hastalarda SHK ile kronik HS lezyonlarının ayırımı yapmak zor olacağından hastalar geç tanı almaktadır ve prognoz kötüdür. Uzun süreli hastalık, sigara kullanımı ve HPV, SHK gelişimde temel risk faktörleridir. Hastalarımızın HS açısından uzun süreli hastalığa ve şiddetli klinik seyre (Hurley evre II-III) sahip olması, hepsinde sigara kullanımının mevcut olması ve bir hastada HPV bulunması SHK gelişimi açısından risk faktörleriydi.

SHK gelişiminde bozulmuş Notch sinyal yolağı ve artmış IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$  seviyelerinin rolü de olabilmektedir. Yüksek riskli hastalarda, uzun süredir olan, iyileşmeyen, atipik görünümde, ülserasyon izlenen ve endüre karakterde olan lezyonlarda kutanöz maligniteden her zaman şüphelenilmeli ve malignite dışlanmalıdır. SHK yönetiminde geniş lokal eksizyon önerilmektedir. Çoğu vakada negatif cerrahi sınırlar elde edilse bile nüks ve mortalite oranları yüksektir. Literatürde bildirilen olguların yaklaşık yarısında, SHK tanısı sonrasında ilk iki yıl içerisinde hastalıkla ilişkili mortalite



# PSORİASIS ve KUTANÖZ İNFLAMASYON

## *Sempozyumu 2026*

**23 - 26 Nisan 2026** | NG Phaselis Bay Kemer, Antalya

bildirilmiştir. Çalışmamızda hastaların yönetiminde hepsine geniş cerrahi eksizyon uygulanırken bir hastaya da kemo-terapi verilmişti.

Sonuç olarak, özellikle uzun süreli ve anogenital yerleşimli HS olgularında klinik seyirdeki değişiklikler SHK açısından dikkatle izlenmelidir. Kronik inflamasyonun malign transformasyon potansiyeli, bu hastaların yönetiminde multidisipliner bir yaklaşımı ve erken biyopsiyi zorunlu kılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** hidradenitis süpürativa, skuamöz hücreli karsinom, komplikasyon

## Organizasyon Sekreteryası



19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center No: 4, 34360, Şişli / İstanbul

**Telefon:** 0 212 381 46 00 • **Faks:** 0 212 258 60 78

**E-posta:** psoriasis@figur.net



[www.psokid2026.org](http://www.psokid2026.org)